

# Masteroppgave

Masterstudium i rehabilitering og habilitering

Mai 2021

## Tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling på en kommunal rehabiliteringsavdeling

En kvalitativ studie av profesjonsutøvernes erfaringer

Kandidatnavn: Kjersti Baklid

Emnekode: MAREH5900\_2019\_409

29894 ord – Masterstudiet i sin helhet omfatter 120 studiepoeng

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

# FORORD

## Hvorfor dette ble mitt prosjekt

Dels som følge av tilfeldigheter, og dels som følge av aktive valg, ble jeg som turnus fysioterapeut involvert i rehabilitering som felt, og pasienter og pårørende som sto ovenfor massive og komplekse utfordringer som hadde kommet brått på dem. Det vekket en streng i meg som har fulgt meg siden. Etter relativt mange år i rehabiliteringsfeltet, opplevde jeg at jeg satt med mye kunnskap og erfaring, men samtidig hadde jeg en opplevelse av stagnasjon, der undring og frustrasjon også var en del av hverdagen min. For meg er det lite som kan måle seg med å jobbe tett tverrprofesjonelt med pasienter når vi finner en «flyt» i samarbeidet, der den ene utfyller den andre og trekker prosessen videre. Jeg har derimot erfart at det å oppnå flyt og fremdrift ikke er selvfølge, og har undret meg mange ganger på hvorfor...? «*Det kjennes jo så lett ut når vi får det til?*» Denne følelsen har fått meg til å undres: Hva hvis vi hadde mer kunnskap om hvordan vi konkret samarbeider og samhandler tverrprofesjonelt når vi mestrer å få til en god rehabiliteringsprosess - som oppleves som meningsfull for alle parter, i møte med pasienter og pårørende som står ovenfor komplekse og omfattende utfordringer? Kan slik kunnskap bidra til en bevissthet om hva vi søker i tverrprofesjonelt samarbeid, og derfor føre til at vi jobber mer målrettet for å gjenskape opplevelse av flyt? Her lå noe av nysgjerrigheten og vitebegjæret da jeg meldte meg på Masterstudiet i Rehabilitering og Habilitering. Prosesser gjennom studietiden; i forelesninger, gjennom litteraturen jeg tilegnet meg, i diskusjoner og refleksjoner både i timene og i pausene, og med kollegaer, pasienter, venner og ikke minst i veiledning underveis i studietiden, var med på å bevisstgjøre disse spørsmålene jeg hadde (og fremdeles har) – som etter hvert ble tema for problemstillingen i denne studien.

Gjennom masterløpet, har jeg tilegnet meg kunnskap som sammen med erfaring har gitt meg dypere innsikt og forståelse for mangfoldet og mulighetene (og begrensningene) som ligger i rehabiliteringsfeltet. Hvordan vitenskapelig og teoretisk forskning og kunnskap kan bidra til en utvidet forståelse, som kan brukes til å åpne blikket enda mer. Samtidig tror jeg at jeg har blitt mer ydmyk for viktigheten av den kunnskapen som *de ulike* partene i det tverrprofesjonelle teamet, pasient og pårørende tar med seg inn i samarbeidet. Tiden som deltidsstudent, har gjort meg mer bevisst at vi stadig står ovenfor «veivalg», og at disse er det om å gjøre at vi er bevisst på og sammen om. Videre valg i forløpet har konsekvenser – og konsekvensene har påvirkning på de videre valgene. Så; hvordan får vi frem det vi ønsker og tar de valgene som er det beste, for pasienten og hans eller hennes rehabiliteringsprosess, og også for utviklingen av rehabiliteringsenheten vår?

*«When you change the way you look at things – the things that you look at begin to change.»*

Wayne W. Dyer.

## Takk til

Det er tre samarbeidspartnere som har spilt en særegen rolle i forhold til mitt engasjement for rehabilitering. Hjelpepleierne Bodil og Rita-May og fysioterapeut Astri har for meg hatt enorm påvirkning. Det er så utrolig mye jeg har lært av dem – og det er så utrolig mye spennende og morsomt vi har opplevd sammen med pasientene vi har samarbeidet med og om. Det betyr ikke at vi alltid har tenkt likt, men det har aldri vært tvil om av vi vil hverandre vel, og at vi har hatt et genuint ønske om å få til noe sammen. Fordi vi vet at vi får til så mye mer da!

Opp gjennom er det noen pasienter som setter seg ekstra godt på minnet. Disse pasientene og historiene deres har også vært med å forme og gi retning på hvor jeg kommer fra. Takk.

Gode kollegaer er gull verdt, og er med på å gjøre det gøy å gå på jobb. I de senere årene har ergoterapeut Annette vært en av mine faste sparringspartnere og min trofaste kollega som aldri gir slipp på rehabiliteringstanken. Hun har i tillegg vært til enorm oppmuntring i masterløpet, og hatt gode innspill når hun i flere omganger har lest gjennom oppgaven.

Takk til min gode venn Joar som med blick utenfra har dykket ned i oppgaven min og sett med kritisk og interessert øye på oppgaven min.

Takk til veilederen min Tone Dahl-Michelsen, som jeg opplever har gitt meg akkurat den støtten jeg har trengt. Hun har samlet meg når jeg har vært «all over», og hjulpet meg å finne ut hvilken retning jeg har ønsket eller trengt å ta. Det har vært trygt, godt og krevende å vite at hun har vært veilederen min.

Til sist vil jeg takke Pål og resten av familien for at de har vært så tålmodig med meg disse årene. Jeg veit de gleder seg med meg, til at «fritiden» min kan benyttes litt annerledes.

Drammen, mai 2021

Kjersti Baklid

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Rehabilitering for pasienter som har omfattende behov, krever tett, tverrprofesjonelt samarbeid der flere tjenester og profesjoner (som regel) er involvert. De komplekse samarbeidsformene som kreves, og særlig det å holde tråden i rehabiliteringsprosessene, har vist seg å være utfordrende å få til i praksis.

**Hensikt og metode:** I denne studien utforsker jeg hva som kjennetegner tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling på en rehabiliteringsavdeling. Hensikt med studien er å synliggjøre ett eksempel på hvordan tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling kan se ut i en konkret praksis som i stor grad fungerer etter de politiske intensjonene. Edwards teori om tverrprofesjonelt samarbeid i komplekse bruker-/ pasientsaker utgjør studiens teoretiske rammeverk. Prosjektet har en kvalitativ tilnærming og designet er en single case studie. Det empiriske materialet er samlet inn gjennom ett fokusgruppeintervju med representanter fra de profesjonene som vanligvis er tilknyttet arbeidet på en kommunal døgnrehabiliteringsavdeling. Analysen er tematisk.

**Funn:** Funnene viser hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet og samhandlingen på en kommunal rehabiliteringsavdeling særlig kjennetegnes ved at profesjonsutøverne tilstreber å etablere en relasjon basert på felles forståelse og praksis i møte med rehabiliteringspasienten og deres pårørende. Det overordnede temaet som er analysert frem, er «Bli kjent» prosesser. De ulike «Bli kjent» prosessene handler om å skape innsikt, felles forståelse, trygghet, tillit og engasjement i hverandre og de ulike rehabiliteringsprosessene – med pasient og pårørende, og innad mellom de som jobber på rehabiliteringsavdelingen. «Bli kjent» prosessene handler om å bli kjent med og utvikle de ressursene som er tilgjengelig, og erkjenne ulikheter en må ta høyde for. «Bli kjent» prosessene kjennetegnes av å være dynamiske og i endring underveis i rehabiliteringsforløpet.

**Konklusjon:** De komplekse «bli kjent» prosessene som kjennetegner det tverrprofesjonelle samarbeidet og samhandlingen på den kommunale rehabiliteringsavdelingsavdelingen i denne studien, illustrerer hva som kjennetegner et tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling, der de representerte profesjonsutøverne opplever å ha en velfungerende felles forståelse og tilnærming til rehabiliteringsprosessen. Funnene fra studien kan bidra som eksempel til bevisstgjøring og inspirasjon for å se kompleksiteten i, og utvikle det tverrprofesjonelle samarbeidet og samhandlingen på kommunale rehabiliteringsavdelinger.

## Abstract

**Background:** Rehabilitation of patients who are in extensive needs, demands a close inter-professionally collaboration where (usually) several services and professions are involved. The complexity that this way of working together requires, especially to hold on to the common thread, has been experienced a challenge to implement in real life.

**Purpose and method:** In this study I explore what signifies inter-professionally collaboration and interaction on a municipal (day-and-night) rehabilitation unit. The purpose with the study, is to make a tangible example of how inter-professionally collaboration and interaction can look like in a concrete, practical setting that largely functions according to the political intentions. Edwards theories of inter-professional collaboration responses to complex client/patient problems makes the theoretical framework in this study. The project has a qualitative approach with a single case study design. The empirical material is gathered through a focus group interview with representatives from the professions that usually are included in a municipal rehabilitation unit. The analysis is thematic.

**Findings:** The findings shows how the inter-professional collaboration and interaction on a municipal rehabilitation unit is especially characterised by how the practitioners aspire to establish a relation based upon common understanding and practice when working with the rehabilitation patients and their next to kin. The main theme of this analysis is «To get to know» processes. What the different «To get to know» processes are about, is to create insight, common understanding, safety, trust and engagement in each other and in the different rehabilitation processes – with patient and next to kin, and between all those who are working on the rehabilitation unit. «To get to know» processes are about to get to know, and to develop the resources that are available, and to acknowledge the differences that needs to be taken into account. «To get to know» processes are characterised by being dynamic and a product of transformation during the course of rehabilitation.

**Conclusion:** The complex «To get to know» processes that characterises the inter-professional collaboration and interaction on the municipal rehabilitation unit in this study, illustrates what characterises an inter-professional collaboration and interaction where the represented practitioners experience to have a well-functioning common understanding and approach to the rehabilitation process. The findings of the study can be used as an example to contribute to consciousness-raising and inspiration to be aware of the complexity in, and to develop the inter-professional collaboration and interaction on municipal rehabilitation units.

# INNHold

<b>1.0 BAKGRUNN</b> .....	7
<b>1.1 Tidligere forskning og kunnskap på området</b> .....	9
1.1.1 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	9
1.1.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og rehabilitering .....	10
1.1.3 Tverrprofesjonelt samarbeid i en kompleks rehabiliteringshverdag .....	11
1.1.4 Oppsummert – hva nå?.....	13
<b>1.2 Studiens hensikt og problemstilling</b> .....	14
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	14
2.1 Relasjonell ekspertise .....	15
2.2 Felles innsikt og forståelse .....	16
2.3 Relasjonell agency – relasjonell handlekraft .....	17
<b>3.0 FORSKNINGSMETODE</b> .....	17
3.1 Innhenting av forskning og kunnskap på området .....	17
3.2 Kvalitativ tilnærming med single case studiedesign.....	18
3.3 Fokusgruppeintervju.....	18
3.3.1 Utvalg.....	19
3.3.2 Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervju.....	21
3.4 Transkribering .....	23
3.5 Analyse .....	25
3.6 Forskningsetiske vurderinger .....	26
3.6.1 Maktaspektet og skjevhet i bidrag .....	27
3.6.3 Min forforståelse.....	27
3.7 Studiens troverdighet og overførbarhet .....	29
<b>4.0 FUNN</b> .....	30
4.1 Komplekse «Bli kjent» prosesser .....	30
4.1.1 På søk etter et dypere bekjentskap og en felles forståelse .....	30
4.1.2 Bred tilnærming mot helhetlig bilde og prosess .....	36
4.1.3 Ulike tilnærminger og individuell deltagelse.....	42
4.1.4 Trygghet – tverrprofesjonelt og på egen profesjon .....	45
4.1.5 Ulikheter innad blant profesjonsutøverne – en hemmer eller fremmer?.....	48
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	54
5.1 Relasjonell ekspertise .....	54
5.1.1 Relasjonell ekspertise og handlingsformål .....	55
5.1.2. Handlingsformål og forventningsavklaring .....	58

<b>5.1.3 Engasjement og ekspertise</b> .....	61
<b>5.2 Felles innsikt og forståelse</b> .....	64
<b>5.2.1 Felles innsikt og forståelse – en pågående prosess</b> .....	65
<b>5.2.2 Rehabiliteringsavdelingen – bevissthet om egen felles innsikt og forståelse</b> .....	67
<b>5.2.3 Relasjonelt samarbeid og nærhet</b> .....	69
<b>5.3 Relasjonell agency – relasjonell handlekraft</b> .....	70
<b>5.3.1 Pasientens prosess</b> .....	71
<b>5.3.2 Behov for retning</b> .....	72
<b>5.3.3 Ulikheter bringer oss videre?</b> .....	75
<b>6.0 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER</b> .....	78
<b>REFERANSER</b> .....	81
<b>VEDLEGG</b> .....	85
<b>Vedlegg 2: Intervjuguide</b> .....	87
<b>Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet</b> .....	89
<b>Vedlegg 4: Bakgrunnsopplysninger</b> .....	91
<b>Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD</b> .....	92

## 1.0 BAKGRUNN

I denne studien ser jeg på kompleksitet, samhandling og kunnskapsutveksling og utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid innen rehabiliteringsfeltet, nærmere bestemt innen døgnbasert rehabilitering på institusjon i kommunen.

Befolkningen i Norge lever stadig lengre, samtidig som flere overlever sykdom – og flere får kroniske livsstilsrelaterte sykdommer (Hagen & Johnsen, 2013). Den demografiske utviklingen innebærer at mange pasienter har flere sykdommer og funksjonsnedsettelse samtidig (ko-morbiditet). Samlet sett medfører dette at det blir flere som lever lenge med sykdom eller skade som reduserer funksjonsnivået deres betydelig. Den økte kompleksiteten gjør at tjenestene ikke kommer i mål med enkelttiltak. Når tiltakene er knyttet til stor grad av kompleksitet hos pasienten, er det behov for flere elementer og utøvere som virker sammen i jobben mot et godt resultat. Tverrprofesjonelt samarbeid som arbeidsform er da nødvendig, og rehabilitering kan være en aktuell arbeidsmetode og tilnærming. Fokuset på samhandling på tvers av yrkes- og organisatoriske grenser er derfor sterkt økende i dagens helse og sosialpolitikk. Rehabilitering og tverrprofesjonelt samarbeid er to sentrale satsningsområder (Omsorgsdepartementet, 2009, 2016; Willumsen, 2016).

I rehabiliteringsfeltet har tilnærmingen de siste tiårene dreid fra å ha hovedfokus mot å behandle sykdom og patologi til å redusere funksjonsnedsettelse forårsaket av sykdom eller skade for å minske funksjonshemming og optimalisere selvstendighet (McPherson, Gibson, & Leplege, 2015). I dette skiftet er det kommet en ny definisjon på rehabilitering der fokus i større grad er rettet mot samarbeidsprosessene som skjer mellom utøverne; pasient, pårørende og tjenesteyterne – alltid med utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og mål. Et hovedpoeng er at pasienten skal oppleve tjenestene som koordinerte og sammenhengende (Helsedirektoratet, 2018). I den nye definisjon for rehabilitering, §3 *Definisjon av habilitering og rehabilitering*, gjeldende fra mai 2018 (Rehabiliteringsforskriften, 2018), synliggjøres det også en forståelse om kompleksitet som tar hensyn til at brukeren eller pasienten ikke nødvendigvis har en tidsavgrenset utfordring. Det fremheves som sagt at tjenestene som ytes og tilbys skal sees fra pasienten eller brukeren sitt perspektiv, samt at det skal være «en rød tråd» i prosessene rundt den enkelte pasient. Ordlyden på den nye definisjonen av habilitering og rehabilitering uttrykkes slik;

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser som foregår på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere.



Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. (Rehabiliteringsforskriften, 2018)

Formål og overordnede prinsipper i definisjonen samsvarer forøvrig med §1-1 *Lovens formål, Helse- og omsorgstjenesteloven* (Helse- og Omsorgstjenesteloven, 2019).

For å lettere se hvilket tilbud myndighetene mener helsetjenestene bør tilby, samt gi retning for en type arbeidsdeling mellom ulike nivå i tjenestene, har Helsedirektoratet i *Nasjonal Veileder i rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (2018), sett det hensiktsmessig å tredele pasientgruppen etter hvilket behov de har: I den første gruppen inngår pasienter og brukere med mindre omfattende behov, i den andre gruppen inngår pasienter med middels omfattende behov, og den tredje gruppen består av pasienter med **omfattende behov**. Pasientgruppen med omfattende behov, kjennetegnes bl.a. av høyt bistandsbehov, vedvarende funksjonssvikt med behov for intensiv habilitering og rehabilitering for å opprettholde eller positivt endre sitt funksjonsnivå, og/ eller motvirke progredierende utvikling (Helsedirektoratet, 2018).

Rehabilitering på kommunal institusjon har vist seg å være utfordrende å få til. Helsetilsynet gjennomførte landsomfattende tilsyn med rehabilitering i sykehjem for eldre i perioden 2009 – 2012;

Funn som gikk igjen, var at prosedyre eller etablert praksis som sikret rehabiliteringstilbud manglet, og at det tverrprofesjonelle samarbeidet ikke fungerte bra nok. (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2016, s.21)

*Opptrappingsplanen* understreker videre at

Funnene tyder på at det kan være hensiktsmessig å bygge ut egne enheter med dag-, korttids- og hjemmetjenestetilbud utenfor sykehjemmene med tverrprofesjonell kompetanse og fagmiljø som har et klart rehabiliterende siktemål. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.21)

Utfordringene i forhold til enhetlig retning av rehabiliteringsarbeidet, med godt tverrprofesjonelt samarbeid, ble bekreftet i *Evalueringsplan* (2020). Samtidig

ble det her også påpekt at rehabiliteringsfeltet er et område hvor det har vært manglende oppfølging og prioritering, og lite er skjedd over flere år (Helsedirektoratet, 2020).

I internasjonal litteratur tilsvarer kommunal rehabiliteringsenhet det som ofte benevnes som Intermediate Care Unit (ICU). ICU eller rehabiliteringsenhet beskrives i litteraturen som et systematisk fenomen som omfatter et sett av tjenester og defineres av en unik kombinasjon av hensikter, funksjoner, innhold og struktur (Kvæl, Debesay, Langaas, Bye, & Bergland, 2018). Sett i et rehabiliteringsperspektiv er hensikten å støtte overgangen mellom det å være syk og det å rehabiliteres, ofte i overgangen mellom sykehus og hjem for pasienter med omfattende behov. Det å forebygge unødige sykehusinnleggelseser og forlengede døgnopphold, er også et formål for disse rehabiliteringsenhetene - både samfunnsøkonomisk og for pasienten. En tilstreber å se mennesket i en helhetlig sammenheng, både som individ og i en sosial sammenheng. I forhold til struktur, er tilnærmingen på rehabiliteringsenheter i seg selv strukturell. Til tross for endringen i rehabiliteringsdefinisjonen i forhold til å ikke tydeliggjøre rehabilitering som en tidsavgrenset prosess, forblir opphold ved rehabiliteringsenheter tidsavgrenset. I tråd med en pasientsentrert tilnærming, er det i rehabilitering sentralt å støtte endringsprosesser som er sensitive for pasientens ønsker og behov. Målsetning, tiltak og evaluering er en del av denne prosessen. Videre er behandling og terapi for å fremme mestring nøkkelord. Det innebærer både mestring av funksjonsutfordringer slik at pasienten kan klare seg alene eller med støtte i dagliglivet, men også mestring av sosiale og psykologiske utfordringer for å møte en endret hverdag. Sist, men ikke minst er et sentralt trekk ved rehabiliteringsenhetene at den leveres av tverrprofesjonelle team (Godfrey et al., 2005).

## **1.1 Tidligere forskning og kunnskap på området**

### **1.1.1 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Willumsen (2016), professor i sosialt arbeid, har over flere år forsket og publisert på blant annet områdene tverrprofesjonelt samarbeid og brukermedvirkning (i denne studien benyttes pasientmedvirkning). Hun viser til at tverrprofesjonelt samarbeid som begrep ikke er entydig, men defineres og avgrenses svært ulikt, med ulikt fokus i ulike miljøer. Dette handler dels om at kontekst, målgruppe og nivå er helt avgjørende for samarbeidets utforming og funksjon. I tillegg er tverrprofesjonelt samarbeid som fenomen komplekst og dermed en utfordring å få et enkelt grep om. Tverrprofesjonelt samarbeid har over tid vært, og er under utvikling, noe som gjør det formløst - og utydelig. Likevel er det noen klare kjennetegn på tverrprofesjonelt

samarbeid i pasientsammenheng: Samarbeidet preges av en ikke-hierarkisk holdning. For å kunne være tydelig på egen tjeneste slik at en i fellesskap ser hva som er relevant bidrag for den aktuelle pasienten, er det en viktig forutsetning at de ulike profesjonsutøverne har høy bevissthet om egen kompetanse i forhold til egen profesjon. Kjennskap til, og forståelse for de andre profesjonenes kompetanse og tjeneste er like viktig. I dette tverrprofesjonelle samarbeidet er det behov for å jobbe med forventningsavklaring. Det er fokus på en helhetlig tilnærming, noe som fordrer at teamets samarbeid kjennetegnes av å være dynamisk og foranderlig. Fleksibilitet og vilje til å finne løsninger til beste for pasienten fremheves som nøkkelpunkt, med en forståelse og respekt for at de ulike profesjonsutøvernes ulike bidrag i samarbeidet skaper «noe mer» som den enkelte profesjon(-sutøver) ikke har forutsetning for å få til på egenhånd. I denne prosessen kreves at det tverrprofesjonelle samarbeidet samhandler og har en aktiv og bevegelig prosess med overføring av informasjon, kunnskap og ferdigheter mellom profesjonsgrensene. Willumsen bruker symfoniorkester som metafor på tverrprofesjonelt samarbeid; hvert instrument eller profesjonsutøver forutsettes å ha sin særegne tone, sin kvalitet, og de ulike instrumentenes bidrag i orkestreret skal integreres etter behov og til sammen bli en symfoni; en helhetlig tjeneste sammen med pasientens bidrag, etter pasientens egne behov (Willumsen, 2016).

### **1.1.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og rehabilitering**

I døgnrehabilitering vil det i mer og mindre grad være flere profesjonsutøvere med samme yrkesbakgrunn. Det vil i særlig grad være behov for flere pleiere for å dekke opp døgnets 24 timer. Kontinuitet og tett samhandling i det tverrprofesjonelle teamet er avgjørende for å etablere tillit (Papadimitriou & Cott, 2015). I rehabilitering er det gitt at det er flere yrkesgrupper og profesjonsutøvere involvert, men en skal i samspill med pasient og pårørende gi en opplevelse av at en er samstemt i sin tilnærming. Dette understøtter også Kvæl m.fl. (2018) i en oversiktsartikkel. Flere personer og flere profesjoner spilles inn som en utfordring, men også en spore til vekst og utvikling. McPherson m.fl. (2015) støtter dette, og mener at en i rehabilitering, nettopp pga. dens kompleksitet og interdisiplinære samarbeid, har stort potensiale i det å utveksle ideer og være villig til å engasjere seg i hverandre; «It is at the uncomfortable nexus and interface between different perspectives that we think the opportunity for knowledge advance is at its greatest» (McPherson et al., 2015, pp. 11-12)

I Kvæl m.fl. sin oversiktsartikkel (2018), undersøkes konseptet pasientdeltagelse for eldre pasienter, med rehabiliteringsenheter som kontekst. Her finner man at når pasientdeltagelse er en del av den daglige intervensjonen med pasienten, så bygger det på en gjensidig forståelse

for pasientdeltagelse – mellom pasient, pårørende og profesjonsutøvere, samt forankring i organiseringen av tjenesten. Det fremgår også at pasientdeltagelse innen rehabiliteringsenheter innebærer en kompleksitet som krever tverrprofesjonell tilnærming. Denne tverrprofesjonelle tilnærmingen fordrer en vedvarende dialog med pasient og pårørende, samt kunnskap, tid og ressurser til å gi en fleksibel intervensjon som ivaretar respekt for pasientens varierende ønske og kapasitet for deltagelse gjennom rehabiliteringsforløpet. At eldre ofte ikke deltar i sin egen rehabiliteringsprosess og at intervensjonen ofte mangler overføringsverdi til pasientens hjemmesituasjon, er et annet poeng som løftes frem i denne oversiktsartikkelen. Om eldre pasienter derimot deltar, forbindes dette med tilfredshet med helse- og omsorgstjenestene, færre reinnleggelse og bedre behandlingsresultater (Kvæl et al., 2018).

Som sagt skal rehabilitering være målrettede samarbeidsprosesser mellom pasient, pårørende og tjenesteytere, der pasienten «[...]skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse[...]» (Rehabiliteringsforskriften, 2018). Brewer, Pollock & Wright(2014) har i sin studie sammenlignet flere anerkjente teorier angående felles målsetningsarbeid mellom profesjonsutøvere, pasient og pårørende. Pasientmedvirkning trekkes også her frem som essensielt, og at grad av deltakelse vil variere gjennom prosessen. Tilpasning anbefales for å balansere mellom bistand, krav, grad av informasjonsflom og ansvar for avgjørelser og egenaktivitet. Videre påpekes at tidsaspektet må tas med som en del av rehabiliteringsprosessen, der en tar høyde for pasient og pårørendes behov og kapasitet gjennom prosessen. «Utdanning» og styrking av pasient og pårørende er en del av arbeidet for å øke pasientens mulighet for deltagelse. Empatiske ferdigheter og respekt for pasientens ønsker fremmes som viktige egenskaper hos profesjonsutøverne. Likeså anser de det som nødvendig at profesjonsutøverne ikke føler seg truet av pasienten om han eller hun viser seg klar for å innta en aktiv rolle inn i samarbeidet. I denne sammenhengen er det viktig å møte pasient og pårørende med respekt, men samtidig være bevisst sin profesjonelle rolle der det er behov for å balansere veiledning, empowerment og forhandlinger på veien for å styrke pasientens posisjon. Fortløpende evaluering og endring av målsetning er en dynamisk prosess gjennom samarbeidet (Brewer et al., 2014).

### **1.1.3 Tverrprofesjonelt samarbeid i en kompleks rehabiliteringshverdag**

Kompleksitet i tverrprofesjonelt samarbeid innen rehabiliteringsenheter er et gjennomgående trekk i forskningen på feltet. Tverrprofesjonelt samarbeid er komplekst (Willumsen, 2016),

rehabilitering som arbeidsmetode er komplekst (Kvæl et al., 2018), og pasienter med omfattende behov krever en kompleks tilnærming (Helsedirektoratet, 2018, 2020).

Ett aspekt med kompleksiteten, er at profesjonsutøverne må være fleksible og balansere ulike hensyn opp mot hverandre (Kvæl et al., 2018; Skau, 2013; Willumsen, 2016). På samme tid viser forskning at det i dag generelt er press på offentlig sektor om effektiv bruk av ressurser og krav til kvalitetssikring. Utvikling av standardiserte løsninger er da ofte en del av svaret på behov for å kutte kostnadene (Willumsen, 2016). En nyere studie fra 2019 (Kvæl, Debesay, Bye, & Bergland) støtter dette synet: Når organisatoriske forhold utøver press på profesjonsutøvernes arbeidssituasjon, blir intervensjonen til helseprofesjonsutøverne mer rettet mot ren «teknisk og standardisert» utførelse, på bekostning av pasientdeltagelse. Bakgrunn for deres studie, er å undersøke profesjonsutøvere innen helsefag sine erfaringer med eldre pasienters deltagelse i rehabiliteringsenheter. I studien fremgår det hvordan ulike faktorer, som føringer, tidspress og standardiserte rutiner som overforenkler tilnærmingen til den enkelte pasienten, kan utfordre hensikten om å individtilpasse intervensjonen og fremme pasientmedvirkning (Kvæl et al., 2019).

Johannessen m.fl. bekrefter i sin studie (2014), at det å jobbe i en rehabiliteringsenhet krever at en balanserer relasjonell, moralsk/ psykisk og praktisk omsorg. Videre støtter den utspillet om at praktisk omsorg prioriteres fremfor de to andre aspektene når de organisatoriske omstendighetene gjør at arbeidssituasjonen presses. Ugunstige organisatoriske forhold og/ eller ledelse, kan skape barrierer for å utnytte potensiale i rehabiliteringsteamets profesjonelle ekspertise: Når forholdene legger mindre til rette for en tilnærming som kan rette fokus mot mestring, pasientdeltagelse og ønsket bedringsprosess, kan dette potensielt stå i veien for en god klinisk rehabiliteringsprosess (Benten, 2008; Johannessen et al., 2014; Kvæl et al., 2019; Willumsen, 2016).

Radke (2013) og Kvæl m.fl. (2018) fremhever i sine studier hvordan veiledning og styrking («empowerment») av personalet er nøkkelfaktorer for å lykkes i det kontinuerlige endringsarbeidet som skal gjøres for å utvikle en rehabiliteringsenhet. Det samme gjelder for å skape et arbeidsmiljø som støtter og bygger opp om en endringskultur. Engasjement fra ledelse fremheves av Skaug (2013) som helt avgjørende når en skal skape og opprettholde et ønsket «blodomløp» i den uformelle organisasjonskulturen i et arbeidsmiljø. Willumsen (2009) er også tydelig på ledernes ansvar for å tilrettelegge for å støtte opp under det tverrfaglige samarbeidet. Her understreker hun viktigheten av å utvikle en organisasjonskultur

som verdsetter uenighet, og etablerer strategier for å håndtere den. Disse ulike utspillene støtter at pasientdeltagelse i kommunal rehabiliteringsenhet fordrer betydelig grad av engasjement og forpliktelse, samtidig som det fordrer bevissthet på flere nivåer om hvordan de organisatoriske strukturene påvirker den aktuelle situasjonen (Helsedirektoratet, 2020; Kvæl et al., 2018; Papadimitriou & Cott, 2015).

#### **1.1.4 Oppsummert – hva nå?**

Forskning på tverrprofesjonelt samarbeid og rehabilitering har de senere år dreid seg mye om å påpeke viktigheten av pasientmedvirkning, og med det, også målsetningsarbeide.

Forskningen peker på faktorer som fremmer dette (individuell tilpasning, fleksibilitet, tid, engasjement, tverrprofesjonelt samarbeid), samt viktigheten og kompleksiteten av mangfoldet i de involverte tjenestene, de sårbare overgangene mellom nivåer og hvor viktig kontinuitet og videreføring av tiltakene er (Helsedirektoratet, 2020; Kvæl et al., 2018; Omsorgsdepartementet, 2009).

Økonomi, politikk og organisatoriske forhold kan føre til økt press på rehabilitering og tverrprofesjonelt samarbeid. Forskning viser til at drift og utøvelse da tenderer mot å bli mer rigid og standardisert, på bekostning av at profesjonsutøverne benytter sitt profesjonelle skjønn og «håndverk» innen sin rehabiliteringsekspertise (Kvæl et al., 2019; Kvæl et al., 2018). Hvordan en ivaretar disse til tider sprikende faktorene som spiller inn i møte med pasientens komplekse utfordringer - og balanserer mellom effektivitet og individrettet, profesjonell tilnærming, kan virke overveldende og svært utfordrende når en skal møte mennesket pasienten på en helhetlig måte.

Til tross for økt fokus på tverrprofesjonell praksis i helse- og velferdspolitiske styringsdokumenter i en årrekke, og dessuten pålegg i sentrale lover, ser det fremdeles ut til at vi har kommet forholdsvis kort med utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid i teori og praksis (Willumsen, 2016). Dette synet støttes i *Opptrappingsplanen* (Omsorgsdepartementet, 2016) og bekreftes i *Evaluering av Opptrappingsplanen* (Helsedirektoratet, 2020).

I gjennomgangen av forskning og kunnskap på det aktuelle området, finner jeg at det savnes forskning om hvordan samarbeids- og samhandlingsprosessene utvikles og praktiseres. Hvordan rehabiliteringsprosessen fremmes i møte med pasienter med omfattende behov. *Hvordan* kontinuitet og videreføring fremmes mellom de ulike utøverne innad i selve rehabiliteringsenheten, både med hensyn til overføring og utvikling av kunnskap og pasientmedvirkning i det felles arbeidet mot pasientens mål. Nettopp fordi offentlige plandokumenter konstaterer at kommunalt rehabiliteringstilbud preges av å være fragmentert

og mangler godt nok tverrprofesjonelt samarbeid, og forskning peker på at pasientdeltagelse og individtilpasset intervensjon settes til side når organisatoriske forhold øver press på arbeidssituasjonen, mener jeg det er behov for å få et mer eksplisitt bilde av rehabiliteringsarbeidet. Jeg mener det er viktig å få mer konkret innsikt om hvordan denne individtilpassede og intuitive, tverrprofesjonelle tilnærmingen kan se ut. I min studie ønsker jeg å undersøke dette nærmere.

## **1.2 Studiens hensikt og problemstilling**

Hensikten med min studie er å synliggjøre konkrete og praktiske eksempler på hva som kjennetegner profesjonutøvernes samarbeid og samhandling i en tverrprofesjonell rehabiliteringsenhet. I min utforskning av denne tematikken fokuserer jeg særlig på hvordan profesjonsutøverne etablerer en felles tilnærming og rehabiliteringsprosess i møte med pasienter og hans/ hennes pårørende. Studien begrenses til en kommunal rehabiliteringsavdeling, og pasienter med omfattende behov (Helsedirektoratet, 2018). På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet følgende problemstilling;

***Hvordan utvikles tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling på en tverrprofesjonell rehabiliteringsavdeling som i stor grad fungerer etter de politiske intensjonene?***

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

For å belyse tverrprofesjonelt samarbeid, tar jeg i denne studien utgangspunkt i forskningsarbeidet og de teoretiske perspektivene på tverrprofesjonelt samarbeid som professor Anne Edwards (bakgrunn i pedagogikk og psykologi) har utviklet. I sin forskning identifiserer Edwards seg med den russiske psykologen Vygotsky sin kulturell-historiske tilnærming til utvikling av kunnskap og læring. Edwards er interessert i læring, kultur og tankesett – og ser på ideer som konseptuelle verktøy. Verktøy som stadig raffineres gjennom bruk, som igjen påvirker hvordan vi forstår «verden»; vi endrer kultur og kultur endrer oss. Opprinnelig forsket Edwards på hva som kjennetegner vellykket tverrprofesjonelt samarbeid rundt barn med komplekse utfordringer innen sosialomsorg. I tråd med hennes syn på læring og kunnskapens evolusjon, er hun imidlertid opptatt av hvordan dette konseptuelle verktøyet blir omformet i bruk, og anvendes aktivt, i ulike diskurser og «settinger». Hun refererer til at de aktuelle teoriene over tid er tatt i bruk på ulike områder og i ulike land, og viser til at de kan brukes som verktøy til å analysere og utvikle samarbeid mellom profesjoner (EdgeHillUniversityResearchInstitute, 2014; Edwards, 2017). For å utvikle helhetlige

tjenester av høy kvalitet i møte med komplekse utfordringer, slår Edwards fast at summasjon av den individuelle ekspertisen innenfor hver enkelt profesjon ikke er tilstrekkelig (Edwards, 2012). Hennes fremstillinger får frem de sammensatte utfordringene rundt tverrprofesjonelt samarbeid, og hvorfor og hvordan ulike profesjoner kan skape noe «nytt og bedre» når den enkelte bidrar med sin særegne ekspertise i et åpent og engasjert samarbeid om felles, komplekse utfordringer. Klient og pårørende, i denne oppgaven referert som pasient og pårørende, er i deler av dette arbeidet også aktive og viktige «eksperter» inn i samarbeidet. I henhold til Edwards teori, vil deltakerne i «det komplekse samarbeidet» videre i studien refereres som profesjonsutøvere/ utøvere, om ikke annet blir konkretisert.

Edwards fremhever de relasjonelle kvalitetene som en ekspertise i seg selv, en ekspertise det er behov for, i tillegg til ekspertkunnskapen og erfaringene de ulike profesjonsutøvere bringer inn i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Tre begreper er sentrale i hennes teori om godt tverrprofesjonelt samarbeid: *relational expertise, common knowledge and relational agency* (EdgeHillUniversityResearchInstitute, 2014; Edwards, 2010, 2017).

## 2.1 Relasjonell ekspertise

Edwards støtter seg på Leont'ev, utviklingspsykolog, filosof og grunnlegger av aktivitetsteori, når hun viser til hvordan «Object of Activity», eller formål for enhver handling, «handlingsformål», skapes ut ifra motiv. Hensikt, eller begrunnelse for handling, vil ut fra den enkeltes ståsted vurderes «objektivt» ulikt. Hvor og hvilken praksis en profesjonsutøver (eller pasient) kommer fra, har derfor betydning når formål for oppgave velges, og hvordan det styres. Edwards er videre klar på at det å lære, og eventuelt utvikle ekspertise innen et felt ikke er en nøytral prosess; det kreves gjensidig engasjement i utøvelse der hva som har betydning blir vektlagt gjennom tolkning og respons til oppgavene en møter (Edwards, 2012). «Practices are knowledge-laden, imbued with cultural values and emotionally freighted by the motives of those who already act in them», fremhever hun (Edwards, 2010, p. 5).

**Relasjonell ekspertise** vil si at en som utøver lytter, gjenkjenner og engasjerer seg i hva som «driver» andres og egen profesjon, og at en finner driverne for felles engasjement videre. Ut fra dette finner en sammen utvidet, felles handlingsformål, eller med Edwards ord «Object Joint of Activity» (Edwards, 2017). Fremvekst og utøvelse av relasjonell ekspertise innebærer slik at en evner å engasjere seg for, sette seg inn i og søke å forstå andres profesjoners standpunkt og hva som har betydning for han eller henne. På samme måte er det viktig at en gjør sin egen ekspertise kjent og setter den i en kontekst for de andre utøverne i samarbeidet. Dette er ikke kun snakk om «kunnskapsflyt», men at en som ekspert på sitt område deler sin,



og tar opp andres kunnskap. I det tverrprofesjonelle samarbeidet bygges forbindelser, og kunnskapen fra de ulike spesialområdene integreres med kunnskapen en har fra før; hva en ønsker og hva en bør ha for å møte den aktuelle utfordringen. Den gjensidige forståelsen for hverandre, omtales som profesjonell flerspråklighet og er ikke endelig, men i endring i forhold til behov, formål og handling (Edwards, 2012, 2017).

## 2.2 Felles innsikt og forståelse

Gjennom relasjonell ekspertise har utøverne mulighet til å få en større forståelse for hverandres «drivere». Med en opplevelse av gjensidig engasjement om et «felles prosjekt», viser Edwards til hvordan de tverrprofesjonelt kan komme frem til «common knowledge» - i denne studien oversatt til **felles innsikt og forståelse**. Ut fra sammenhengen benyttes noen ganger bare felles innsikt eller felles forståelse. Felles innsikt og forståelse er en blanding av utvidelse og videreutvikling av hva de ulike profesjonsutøverne tar med seg inn i samarbeidet, skapt i en prosess av tolkning og respons til oppgaven. Om de har innsikt til å praktisk forstå.

Felles innsikt og forståelse benyttes først til å etablere felles grunn, der en gjerne gjør til kjenne felles verdier og motiver, for deretter å forme tjenestene (Edwards, 2012). Differansen mellom det som før var kjent for en, og det en kommer frem til som felles innsikt, samt grad av utfordring det er å jobbe frem mot endret forståelse har betydning. Størrelsen på gapet mellom samarbeidspartners innsikt og forståelse før samhandling, avgjør på hvilket nivå det er behov for å formidle og forhandle for å skape en felles innsikt og forståelse (Edwards, 2012).

Hvorvidt en mestrer å oppnå felles innsikt og forståelse har stor betydning for videre samarbeid, fordi felles innsikt og forståelse fungerer som forutsetning for et raskt og responsivt relasjonelt samarbeid. I det daglige er det ofte ikke rom og tid for, og heller ikke hensiktsmessig med lang intro og forklaring hver gang praktisk handling skal utføres. Hvorvidt utøverne mestrer å komme frem til felles innsikt og forståelse, har også betydning for om utøverne har en felles eller ulik tolkning av samarbeidets suksess (EdgeHillUniversityResearchInstitute, 2014; Edwards, 2010, 2012).

Ulikhetene de forskjellige profesjonene eller pasientene tar med seg inn i samarbeidet, kan både være det som fremmer – eller hemmer innovasjon, men de trenger å adresseres. Edwards er opptatt av at arbeidet med å skape felles innsikt ikke er noe en gjør en gang og kan legge bak seg. Felles innsikt og forståelse må utvikles og holdes levende utover i samarbeidet, i takt

med endring gjennom prosessen (EdgeHillUniversityResearchInstitute, 2014; Edwards, 2010, 2012).

### 2.3 Relasjonell agency – relasjonell handlekraft

For at utøverne skal investere krefter og engasjement i samarbeidet, er det viktig at gruppen er enig om en felles langsiktig målsetning. Med **relasjonell «agency»**, viser Edwards til en gruppes evne til å løfte kompliserte utfordringer opp på et «høyere nivå» preget av selvstendig og likestilt dialog, i en retning mot felles intensjon eller formål. Retningen settes gjennom at en aktivt tar i bruk kunnskapen en har tilegnet seg gjennom relasjonell ekspertise og felles innsikt og forståelse i kombinasjon med ekspertisen de ulike profesjonene bringer inn, og i en del sammenhenger som pasient og pårørende bringer inn. Relasjonell agency preges av at partene er likestilt og at en kommer frem til en bearbeidet, «kalibrert» og felles, profesjonell respons - ikke fragmenterte utspill som går i ulike retninger. Det er et poeng at felles intensjon nettopp er felles, slik at meningen bak de ulike ekspertenes engasjement er ivaretatt i felles, omforent formål for fremtidig innsats (Edwards, 2012, 2017). Jeg har i oppgaven forsøkt meg på ulike norske oversettelser på «relational agency», men strever med å finne noe som ivaretar agentkapets retning og uavhengighet i forholdet som beskrives. I oppgaven vil **relasjonell handlekraft** brukes hovedsakelig, mens **relasjonell agency** også vil benyttes noen ganger.

## 3.0 FORSKNINGSMETODE

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for metode for innhenting av aktuell forskning og litteratur. Jeg vil så beskrive valg av forskningsdesign og metode for denne studien. Deretter beskriver jeg bakgrunn for ulike aktive valg jeg har tatt i forarbeidet, under planlegging og gjennomføring av datainnsamling. Videre presenterer jeg analyseprosessen med transkripsjon og bearbeidelse av datamaterialet til den ferdige analysen av funnene fra forskningsmaterialet. Til sist i dette kapittelet vil jeg gå nærmere inn på noen forskningsetiske vurderinger, og presentere noen synspunkter i forhold til studiens troverdighet og overførbarhet.

### 3.1 Innhenting av forskning og kunnskap på området

For å undersøke hvilken litteratur som fantes på området og hva som var gjort av tidligere forskning, utførte jeg litteratursøk i Oria, PubMed, Pedro og Google Scholar. Deler av søkene ble gjort sammen med bibliotekarveileder, mens andre deler av søket ble gjort på egen hånd. På bakgrunn av relativt få treff knyttet til problemstillingen, besluttet jeg sammen med bibliotekar og veileder å søke etter grå litteratur. Her benyttet jeg søk i Google Scholar og også

aktuell pensum- og annen litteratur som jeg var introdusert til tidligere i studiet. Jeg søkte aktivt i litteraturlistene på aktuelle bøker og artikler her, samt at jeg benyttet podkaster/ YouTube med forelesninger og intervjuer med noen av de aktuelle forfatterne.

### **3.2 Kvalitativ tilnærming med single case studiedesign**

Kvalitativ forskning handler om og er interessert i mening; det handler om å fange inn noen aspekter fra vår sosiale eller psykologiske verden. Som Braun & Clarke sier: «It records the messiness of real life, puts an organising framework around it and interprets it in some way.» (2013, p. 20).

Jeg ønsker i denne studien å utforske fenomenet tverrprofesjonell samhandling og samarbeid inne på en kommunal døgnrehabiliteringsavdeling. Formålet er både knyttet til samhandlingen mellom profesjonsutøverne og mellom profesjonsutøverne og pasienten og hans/hennes pårørende. På denne måten ønsker jeg å få frem kontekstbasert kunnskap og erfaringer. Jeg ønsker via min datainnsamling å gi et dybdebilde som kan vise mangfoldet og til tider ulikheten i hvordan profesjonsutøverne tilpasser sin tverrprofesjonelle tilnærming og rehabiliteringsprosess i møte med pasientene og deres pårørende (Flyvbjerg, 2010; Halkier, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015).

For å komme i dybden på fenomenet jeg skal studere, har jeg valgt kvalitativ tilnærming med single case studie som forskningsdesign. Single case studiedesignet egner seg til å illustrere praksisen en ønsker å få frem i et prosjekt. Med hensyn til denne studien, betyr det at designet er egnet for å kontekstualisere eksempler for å vise noe av det mangfoldet og kompleksiteten av samhandlingen og det tverrprofesjonelle samarbeidet. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å studere flere kommunale rehabiliteringsavdelinger. Valget om single case studie ble tatt fordi den første avdelingen viste seg å være en særlig god case og derfor egnet seg til denne type studie (Flyvbjerg, 2010; Thomas, 2011).

### **3.3 Fokusgruppeintervju**

Jeg har valgt fokusgruppeintervju som metode i denne single case studien. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv. Formålet med intervju i fokusgruppe med utforskende ambisjon, er å benytte samtaleinteraksjon i gruppe for å aktivt stimulere til å sette ord på og «åpne nye dører» til et felt som er relativt ukjent (2012). «Focusgroups are an excellent method if you want to elicit a wide range of views, perspectives or understandings of an issue.» (Braun & Clarke, 2013, p. 110) Jeg anser utforskende fokusgruppeintervju som egnet metode for å besvare problemstillingen i denne studien. Formålet ved å benytte fokusgruppe som

intervjumetode her, er å lære mer om rehabiliteringsteamets refleksjoner rundt kompleksiteten av det samarbeidet og samhandlingen som er en del av deres hverdag. Samtidig ønsker jeg å belyse selve samspillet og vekslingene mellom profesjonsutøverne som både representerer en felles enhet og ulike profesjoner.

Fokusgruppe ledes av moderator (masterstudenten). Moderator er den som presenterer emnene som skal diskuteres, og legger til rette for ordveksling på en ikke-styrende måte, men samtidig skaper «samhandlingsklima» der deltagerne inspireres av hverandre og får assosiasjoner som kan føre til nye ideer (Malterud, 2012).

I denne studien, var det ønskelig at alle de mest vanlige profesjonene var representert (se under «Utvalg»), noe som styrte antallet av deltakere under fokusgruppeintervjuet (Halkier, 2016; Malterud, 2012, 2017).

### **3.3.1 Utvalg**

For å besvare studiens problemstilling, ønsket jeg å rette fokus på kommunale rehabiliteringsenheter som jobber med døgnrehabilitering, der pasientgruppen i hovedsak er voksne og eldre pasienter som nylig har opplevd store helseendringer på kort tid. Når det gjelder utvalg i min studie, handler det både om valg av kommunal rehabiliteringsavdeling, og om deltagere til fokusgruppeintervjuet.

Rehabiliteringsavdeling:

Hovedinkluskjonskriteriet for utvalg av enhet var døgnrehabiliteringsavdeling som jobber med rehabilitering for pasienter med omfattende behov i Østlandsområdet. Viktig ekskluskjonskriteriet var den kommunen der jeg selv jobber. Når det gjelder kommunal rehabiliteringsenheter/ rehabiliteringsavdelinger, har *Opptrappingsplanen* (Omsorgsdepartementet, 2016) og *Rehabiliteringsveilederen* (Helsedirektoratet, 2018) kommet med en del anbefalinger i forhold til struktur og organisering. Jeg ønsket å studere avdelingen som fulgte disse anbefalingene. I prosessen med å velge ut aktuelle avdelinger, leste jeg derfor på kommunenes nettsider i forhold til rehabiliteringstilbud generelt og døgnrehabilitering spesielt. Jeg gikk da videre med avdelinger som fulgte de nevnte anbefalingene i forhold til struktur og organisering. Det vil si at jeg så etter avdelinger som var av en viss størrelse, og som viste tydelighet i sin formidling; om hva de la i rehabiliteringsbegrepet og hvilke kriterier de så etter hos eventuelle rehabiliteringspasienter, hvilke forventninger de hadde til pasienten og hva pasient og pårørende kunne forvente av rehabiliteringsavdelingen. Med andre ord var det å ha tydelig profil i forhold til rehabilitering,

og intensjon om å være en rehabiliteringsavdeling i tråd med de politiske intensjonene ett inklusjonskriterie i min studie.

Jeg valgte ut to rehabiliteringsavdelinger som fylte disse kriteriene, og utvalget er dermed strategisk (Flyvbjerg, 2010).

Fordi jeg selv er fysioterapeut, opplevde jeg det naturlig å ta kontakt via fysioterapeuten som var knyttet til de ulike rehabiliteringsavdelingene. Jeg opprettet kontakt med en kommune (via fysioterapeuten) som fylte inklusjonskriteriene. De var interessert i å delta. Etter avtale sendte jeg deretter ut informasjonsskriv (Vedlegg 1) per e-post til den aktuelle fysioterapeuten, som videreformidlet forespørsel til ledelse og aktuelle deltakere (se utvalgskriteria under) muntlig og per e-post. Kort tid etter bekreftet de at de takket ja, og vi avtalte intervju 1 ½ uke etter.

Deltakerne:

Når det gjaldt utvalg av deltakere til fokusgruppeintervjuet, var viktigste inklusjonskriteriet at deltakerne arbeidet ved den aktuelle rehabiliteringsavdelingen. Jeg ønsket at deltagerne skulle representere mangfoldet av ulike profesjoner som vanligvis inngår i et kommunalt rehabiliteringsteam. Dette er typisk ergoterapeut, sykepleier, helsefagarbeider (tidligere hjelpepleier), lege og fysioterapeut, samt eventuelt logoped og/ eller sosionom (Helsedirektoratet, 2018; Omsorgsdepartementet, 2016). Egen erfaring er at de to siste profesjonene ikke like ofte er fast tilknyttet kommunale rehabiliteringsavdelinger. Jeg ønsket å inkludere representanter fra flest mulig av de aktuelle profesjonene, men satte ikke begrensning på at det kun skulle være en representant fra hver faggruppe. Engasjement for rehabiliteringsfeltet var derimot et ønsket kriterium, jamfør hvordan Edwards (2012) og McPherson m.fl. (2015) trekker frem engasjement som en viktig og nødvendig egenskap i forhold til å utvikle og utøve ekspertise. Flyvbjerg støtter strategisk utvalg i single case studie for å legge til rette for å en setting der en får tak i mer utdypende og konkret informasjon (2010). Jeg ba derfor fysioterapeuten om å være bevisst hvem hun spurte om å delta på denne studien; at jeg ønsket deltakere som var engasjerte og hadde særlig interesse for rehabiliteringsarbeidet på avdelingen. Jeg formidlet under samme samtale at lang ansiennitet innen rehabiliteringsfeltet ikke var et kriterium, men at en viss tid innenfor feltet likevel var viktig for å kunne ha referanser til rehabiliteringsprosessen og det aktuelle tverrprofesjonelle teamet som representerte rehabiliteringsavdelingen under fokusgruppeintervjuet. Selv om pasient- og pårørendedeltagelse var viktig tema under intervjuet, var det i denne settingen

ikke ønskelig at disse skulle ha representanter inn i fokusgruppeintervjuet. Grunnen til dette, var at jeg ønsket at samtalen i stor grad skulle foregå på et faglig nivå som kunne virke ekskluderende i denne settingen. I delkapittelet *1.1.4 Tverrprofesjonelt samarbeid i en kompleks rehabiliteringshverdag*, formidlet jeg lederens sentrale rolle for utvikling og kvalitet i tverrprofesjonelt rehabiliteringssamarbeid. Dette er et bakteppe, men jeg hadde ikke ønske om at denne studien skulle ha ledelse som primært tema. Jeg anså dette som en utfordring dersom ledelse skulle delta i fokusgruppeintervjuet. Ansettelse i lederstilling var derfor et eksklusjonstema.

På bakgrunn av disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble deltakere fra fem ulike profesjoner fra en kommunal rehabiliteringsavdeling inkludert som deltakere i studiens fokusgruppeintervju. Hele spekteret av avdelingens faste, tverrprofesjonelle sammensetning var representert; sykepleier, ergoterapeut, lege, hjelpepleier og fysioterapeut. De var alle tilknyttet eller ansatt på den aktuelle rehabiliteringsavdelingen, en avdeling med opptil 10 rehabiliteringsplasser. Hjelpepleier, fysioterapeut og lege hadde alle vært tilknyttet til rehabiliteringsavdelingen i mer enn 10 år. Hjelpepleier og fysioterapeut hadde noe formell videreutdanning i rehabilitering. Legen hadde bred praksis- og utdanningsbakgrunn fra ulike felt, inkludert forskning. Ergoterapeuten hadde mange års erfaring innen rehabiliteringsfeltet, siste 5 årene på aktuelle avdeling. Sykepleier hadde et år jobbet på rehabiliteringsavdelingen, og før det mange års erfaring fra hjemmesykepleien i gjeldende kommune. Fra deres bakgrunnsopplysningsskjema (Vedlegg 4) og gjennom intervjuet, kom det frem at legen primært deltok i de formelle, avtalte samarbeid og settinger, mens de resterende deltakerne i tillegg samhandlet mye om pasientene, og møttes i mange flere uformelle møteplasser og settinger gjennom dagen. Utover de representerte profesjonene, kom det frem at de i de ulike rehabiliteringsprosessene innlemmet samarbeid med eventuelle samarbeidspartnere ved behov; som sosionom, psykiatrisk sykepleier, logoped, og rådgivere fra rus og omsorg.

### **3.3.2 Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervju**

Prosessene med fokusgruppeintervju innebar mye planlegging. Siden jeg ikke hadde erfaring fra fokusgruppeintervju, satte jeg meg godt inn i forskningslitteraturen på området.

Utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen fungerte som en del av denne forberedelsen. Flere runder med lesning av Malterud (2012, 2017) og Braun & Clarke (2013) gav meg innblikk i og forståelse av hva jeg burde vektlegge når jeg skulle bygge opp et intervju. På bakgrunn av råd og tips fra litteraturen, utformet jeg en intervjuguide (Vedlegg 2) som var tematisk og hadde traktformet spørreteknikk.

For å få et håndterbart materiale, tok jeg opp samtalen digitalt og lagret den som lydopptak til senere transkribering. Jeg valgte i tillegg å følge anbefaling om å ha med meg en kollega som sekretær, til å bistå med å notere hovedmomenter fra stemningen i samtalen og få med forhold som kanskje ikke kommer frem på lydfilen. Tidsrammen for intervjuet var omtrent 90 minutter (Halkier, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

For å gjøre det enkelt for profesjonsutøverne å delta, og samtidig legge til rette for at intervjuet ble gjennomført i den konteksten rehabiliteringsarbeidet foregår i det daglige, ble intervjuet gjennomført i rehabiliteringsenhetens egne lokaler (Halkier, 2016). Nærmere bestemt inne på den felles treningssalen, med en Bobath-benk som bord. Tidspunkt ble bestemt ut fra når det samlede teamet hadde anledning til å delta.

Før oppstart av fokusgruppeintervjuet, rigget vi (sekretær og moderator) til med stoler rundt Bobath-benken, der vi hadde plan for hvor vi som moderator og sekretær skulle være plassert. 3 taleopptakere ble fordelt rundt på benken, slik at ingen hadde lang avstand til denne under intervjuet. Etter hvert som deltakerne kom, undertegnet de informert samtykke (Vedlegg 3) og skjema med noen bakgrunnsopplysninger (Vedlegg 4) (til bruk for å skape den rette bakgrunnsforståelsen om kontekst i studien). Frukt og drikke ble satt frem som enkel servering. Som en del av det å skape en god setting for fokusgruppeintervjuet, ble studiens tema innledningsvis presentert muntlig. Her formidlet jeg blant annet at formålet med intervjuet ikke var at deltakerne nødvendigvis skulle komme til enighet eller finne fasit til de spørsmålene som skulle diskuteres. Videre tok vi en kort runde der deltakerne, moderator og sekretær presenterte seg raskt med navn og rolle i forhold til rehabiliteringsfeltet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012).

Under fokusgruppeintervjuet var jeg bevisst på å vise at jeg engasjerte meg i det deltakerne snakket om, samtidig som jeg forsøkte å ikke gi uttrykk for egne meninger om de ulike temaene (Braun & Clarke, 2013). Min deltagelse innebar derfor primært å stille spørsmål for å få bekreftet at jeg hadde forstått det de sa slik de mente, og be om utdyping dersom noe ble forklart «halvveis» - noe en ofte gjør i muntlig samtale (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som avrundning av fokusgruppeintervjuet, ble deltakerne spurt om de hadde mer de ønsket å dele, hvordan de opplevde å være med på intervjuet, og om de hadde noen tilbakemeldinger i forhold til gjennomføring (Malterud, 2012).

Etter fokusgruppeintervjuet, hadde vi, moderator og sekretær, satt av tid til å reflektere over tanker og erfaringer, samt beskrive hvordan opplevelsen var (Fangen, 2010; Halkier, 2016);

Eksempelvis opplevde vi stemningene som inkluderende og interessert, der latteren satt løst samtidig som engasjementet og alvoret i skjebnene til pasienten kom tydelig frem. Det var god flyt i samtalen. Det virket som de var trygge på hverandre og vant til å reflektere sammen. Flere ganger under intervjuet kunne den ene begynne et innspill som ble naturlig fullført av en annen. Om noe ble opplevd som uklart, kom det tydelig frem enten ved pause, kroppsspråk eller konkret spørsmål. Disse refleksjonene føyde seg sammen med andre tanker og refleksjoner jeg forsøkte å legge meg på minne i en prosjektlogg som fulgte meg gjennom studien (Malterud, 2017).

### **3.4 Transkribering**

I min forskningsstudie valgte jeg å transkribere datamaterialet selv. Dette valget var begrunnet i ønsket om å få nærhet til materialet og oversikt over dataene. I tillegg så jeg denne fremgangsmåten som en god læringsprosess, også i forhold det å lytte til hvordan spørsmålene og responsene underveis påvirket samtalen (Malterud, 2012). Som forsker og «ansvarlig» for min egen studie, var jeg familiær med forskningsspørsmålene for studien, slik at jeg hadde mulighet til å nedtegne analytiske ideer som dukket opp under transkribering (Braun & Clarke, 2013). Jeg valgte derfor å transkribere i en tabell, som gjorde det lett å tydeliggjøre hvem som uttalte seg, når, hva de sa og eventuelt assosiasjoner til koder/ tema og teoretisk rammeverket jeg fikk underveis. Under er utsnitt av tabell som viser eksempel:



Kommentar	Hvem	Hva	Tanker/ kode	Edwards
	Hjelpepl.	Det var veldig vanskelig å nå inn, altså! Han var kjempelukkig, og hadde ingen rusproblematikk – det var liksom <u>hele</u> han hadde på en måte barn – og alt var borte for han – ingen ville ha kontakt med han. Eh – og nå vi kom inn sånn smått, men – alle prøvde seg på sin måte, på en måte – så kom det! – og det var veldig bra – og nå har han kontakt med alle! Tilbake til arbeidsplassen sin er han litt, på besøk <u>og</u> så...	En kronglete vei – ikke bare fremover <u>Maktforsving</u>	Gjensidig engasjement, Ulik likevekt
Flere som nikker og bekrefter med mm	Lege	<u>Men</u> Det som jo er, på en måte – det bakenforliggende spørsmålene – <u>ift</u> det du stiller. Altså, hva er <u>suksesskriterie</u> ? Hva er det å lykkes? Så jeg tenker at – dette dreier seg veldig mye om forventningsavklaring – altså hva er realistisk å få til? For jeg tenker at det er kjempeviktig å bruke litt tid på det, da – og forsøke å bli enige. Det er på en måte at - litt parallellt til arbeide på lindrende enheten hvor prognosen ofte er dårlig, men ikke alltid er dårlig. I en rehabiliteringsavdeling så vil en jo i utgangspunktet tro at en nesten alltid skal være veldig mye bedre, men så er en jo ikke det heller, ikke sant! På en del slagpasienter og sånn! Så jeg tenker at forventningsavklaringen med pasienter og pårørende det er kanskje det aller viktigste, da - å foredle og bruke litt tid på!	Forventningsavklaring  Det tar tid å bli enige	Relasjonell ekspertise og felles innsikt og forståelse før mulig relasjonell agency
Flere som nikker og bekrefter med mm	Hjelpepl.	Ja, for det hadde vi jo kjempeannet tilfelle til – vi hadde en småbarnsfar på – var han mange og <u>søtt</u> – han hadde et barn på 2 år – og hun ventet nummer to. Og han flyttet hjem igjen til en tilrettelagt leilighet sammen med dem, da. Men, vi vet jo ikke hvordan det har gått etterpå, da – men det også – det trodde vi jo aldri at det skulle gå! Ikke sant? Men veldig intens jobbing, da! Bittesmå ting av gangen, så tuslet han rundt i gang og han ble flyttet på en annen avdeling her før han flyttet hjem, da! Det er ganske utrolig å få til, da! – ja – med å finne løsningene – bruke tid – <u>og</u> så – og så jobbe sammen, da – med at vi går og spør, ikke sant! Vi gir innspill hvordan vi føler og – og får til tingene sakte men sikkert, med <u>disse</u> (mm fra flere kollegaer) pasientene som er veldig dårlig.	Tiden må få lov til å jobbe for pasienten	Tverrprofesjonell kalibrering
	Mod	Så <u>håde</u> på kryss og på en måte...		
	Hjelpepl.	Ja, det blir jo <u>det</u> ...		
	Mod	<u>innad</u> i teamet?		
	Hjelpl	Ja, mm.		
	Evajot.	Ja – og så må man også stå på litt, ikke sant?! Man må være pasientens «bakke-advokat», ikke sant? Man må jobbe tett med saksbehandlerne i kommunen, ikke sant – av og <u>til</u> at de forstår at vedkommende trenger lenger tid i sin rehabiliteringsprosess. At de faktisk kommer på banen <u>ift</u> psykisk helse, finne <u>holig</u> eh kommunikasjonen også med de pårørende – barna – eller ektefelle – altså... og står litt på! Man må være litt sånn at du – du kamper litt <u>og</u> , for pasienten, da! (mm, fra <u>moderator</u> .)	Pasientens «bakke-advokat»  Tiden må få lov til å jobbe for pasienten	Gjensidig engasjement
13:07	Ergote.	Jeg tenker meg den første <u>case</u> som vi snakket om og dette om forventning: Han hadde ingen forventning. Så alt som på en måte – ikke sant – <u>han</u> <u>han</u> hadde et...eh, stor hjerneinfarkt og hadde - klarte ikke å gå... eh... kognitiv svikt. Han hadde ikke bolig, ja det var veldig mange utfordring. Men han sjøl hadde ikke noen forventning, og barna – familien var ikke i kontakt, så på en måte sto han naken uten ingenting. Så alt som han fikk til var helt fantastisk for han. Og at han nå på en måte kommer tilbake regelmessig de siste to år, for han har vært så takknemlig. At det var liksom han trodde egentlig han skulle dø etter skaden den episoden. Så det var litt sånn – <u>hvor</u> det andre <u>case</u> hvor vi hadde pasienten som har stor forventning. Familien som har kanskje en større forventning - større forventning enn pasienten og omvendt. Men i hans <u>case</u> – han hadde ikke noen forventning. Bare å overleve var det <u>som</u> ... suksess for han. (Kollegaer bekrefter med mm... flere ganger)	Forventningsavklaring  <u>Målsetningsarbeid-plan</u>	Bygge allianse og nøre til relasjonell ekspertise, ikke likevektig gjennom prosessen

Jeg opplevde det å ha tre taleopptakere under fokusgruppeintervjuet som svært nyttig, fordi enkelte av deltakerne kom mindre tydelig frem på båndopptakerne som sto lengre unna, samtidig som det ble vanskelig å skille enkelte stemmer fra hverandre. Ved å gå gjennom de ulike båndopptakene, fikk jeg skilt ut stemmene og hørt det som ble sagt av alle tydelig. For å få med meg det som ble sagt, satte jeg avspilling på saktere tale, samtidig som jeg stoppet flittig og spolte tilbake ved behov. Etter å ha vært gjennom hele materialet 4-5 ganger på denne måten, spilte jeg hele gjennom i sin helhet. Dette var for å få frem flere nyanser, ikke bare ordene som ble sagt: Samspeillet i samtalen, de ulike muntlige responslydene, falske starter, pauser og talende fakter/ bevegelser (ut fra sekretær sine notater) - og sjekke om mine uthevelser, komma, tankestreker og punktum reflekterte formidlingen til deltakerne. På denne måten fikk jeg også luket bort flere «tolkninger» jeg hadde gjort fortløpende, der jeg fremfor å lytte til ordene, hadde falt for å lytte etter meningen bak (Braun & Clarke, 2013).

For å anonymisere informantene og samtidig få frem hvilken profesjon de representerte, valgte jeg å «navngi» deltakerne etter profesjon. Videre valgte jeg etter hvert å gjøre små grep for å endre litt på enkelte uttrykk, da måten de ble sagt på kunne være avslørende i seg selv, med hensyn til ulike dialekter/ språk, samt at noe av muntligheten kunne virke forstyrrende i

sluttproduktet. Jeg tilstrebet likevel å bevare «sannheten» i innholdet og den ledige tonen under samtalen (Braun & Clarke, 2013).

### 3.5 Analyse

Analysearbeidet har vært en pågående prosess, der jeg har forsøkt å være bevisst gjennom hele forløpet; for å kunne dra nytte av den evige utvikling og endring av forforståelse og forståelse tilegnet gjennom teori, veiledning, intervjuer og/ eller observasjoner. Systematisk analyse av det konkrete datamaterialet er en viktig del av det totale analysearbeidet (Fangen, 2010; Halkier, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015).

I denne studien har jeg brukt analysen til å identifisere tema i en induktiv - deduktiv-variant: Jeg har analysert frem de empiriske funnene og deretter sett om jeg gjenkjenner funn i materialet i det teoretiske rammeverket – som igjen har bidratt til at jeg har benyttet det teoretiske rammeverk til å se etter funn i datamaterialet. Dette har vært en dynamisk prosess som har gått begge veier underveis. På denne måten har datamaterialet hjulpet meg til å bli dypere kjent med det teoretiske rammeverket, og det teoretiske rammeverket har bidratt til at jeg har sett andre sammenhenger enn jeg ellers ville ha gjort i datamaterialet (Braun & Clarke, 2013).

Jeg har brukt tematisk analyse av Braun og Clarke (2006) for å analysere datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene. Metoden innebærer seks analytiske faser, samtidig som det beskrives som en prosess som går frem og tilbake mellom de ulike fasene i analysearbeidet. Det kan jeg bekrefte at jeg har gjort – mange ganger, som en del av en refleksiv prosess preget av kompleksiteten i tema og materialet, på leit etter «tydelige» veier og mønster i forhold til problemstillingen.

- 1) Først ble jeg godt kjent med datamateriale, både gjennom selv å transkribere og lese gjentatte ganger.
- 2) Deretter gikk jeg gjennom og delte opp materialet etter karakteristiske, interessante og sammenlignbare data som ble kodet. Jeg valgte å fortsatt beholde dataene i tabeller gjennom de første fire fasene, fordi jeg opplevde dette gav meg en bedre oversikt den første tiden. I tråd med Braun & Clarke (2013) sine beskrivelser, benyttet jeg i andre fase samme eller deler av ulike utdrag i flere kodinger, om jeg opplevde de aktuelle for flere.
- 3) Etter dette tematiserte jeg de ulike kodingene. Først ved å farge utdrag og koder jeg opplevde hørte sammen, deretter skilte jeg disse til egne dokumenter. Dette ble til 6

ulike tema; Felles kunnskapsplattform – felles forståelse, Kompetanse, nærhet og forståelse, Tid og prosess, Tro, entusiasme og engasjement, Ulik kompetanse – individ og profesjon, og Sett – hørt – verdsatt.

- 4) Så gikk jeg gjennom de ulike tematiseringene og revurderte om tematiseringene fungerte i forhold til kodingene, før jeg etter hvert trakk temaene videre sammen til to hovedtemaer; Komplekse «bli kjent» prosesser og Endringsprosesser krever tid og engasjement, for å se for meg videre analyse i forhold til problemstilling.
- 5) Dette ble videreutviklet i femte fase, der jeg måtte jobbe betydelig med å redusere mengden av datamateriale som skulle være med i denne studien, samt spisse funndelen enda mer i lys av problemstilling. Noen av områdene jeg måtte «skrelle bort», omhandlet kompleksiteten, samhandlingene i forhold til døgnets 24 timer på rehabiliteringsavdelingen, og overgangene mellom rehabiliteringsavdelingen og hjemmetjenesten.
- 6) Da jeg begynte med produksjon av resultatdelen i sjette fase, var jeg nede i ett hovedtema, som etter flere revideringer endte med følgende undertemaer;

Komplekse 'Bli kjent' prosesser

- På søk etter dypere bekjentskap og en felles forståelse
- Bred tilnærming mot helhetlig bilde og prosess
- Ulike tilnærminger og individuell deltagelse
- Trygghet – tverrprofesjonelt og på egen profesjon
- Ulikheter innad blant personale – en hemmer eller fremmer?

### **3.6 Forskningsetiske vurderinger**

For å sikre at personvern ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte, ble prosjektbeskrivelse sendt til NSD for godkjenning (Vedlegg 5). Prosjektbeskrivelse, Samtykkeskjema (Vedlegg 3), Intervjuguide (Vedlegg 2), Forberedelser til fokusgruppeintervju, Bakgrunnsopplysninger (Vedlegg 4) og Bekreftelse fra OsloMet angående datalagring var vedlegg til søknaden.

Informert samtykke ble lagret nedlåst sammen med skjema for innhentet

bakgrunnsopplysninger. Lydfilene fra intervju ble oppbevart på kryptert minnepinne.

Transkribert materiale ble anonymisert i forhold til navn, men differensiert i forhold til profesjon. Datamaterialet ble lagret på datamaskin med passordbeskyttelse (Malterud, 2012).

Veileder har under hele prosessen vært med for å sikre at planlegging og gjennomføring av studien er av forsvarlig, vitenskapelig kvalitet.

### **3.6.1 Maktaspektet og skjevhet i bidrag**

Et forskningsintervju er en spesifikk profesjonell samtale, i denne sammenheng satt i scene av moderator (forsker/ masterstudent). Til tross for at fokusgruppeintervju tilstreber å ha en naturlig dynamikk og flyt, vil det også her være et asymmetrisk maktforhold. Både i forhold til valgte tema, dreining og tolkning av «samtalen» (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Som nybegynner innen forskningsfeltet, og fysioterapeut fra annen tilsvarende kommunal rehabiliteringsavdeling, opplevde jeg dette var med på å utjevne noe av denne asymmetrien.

I forhold til «maktbalanse», opplevde jeg at fokusgruppedeltakerne alle var vant til en muntlig delingskultur med lite preg av hierarkisk ordning dem imellom. En kan tenke seg at det kunne være en avstand i forhold til maktposisjon for eksempel mellom lege og hjelpepleier, men dette var ikke merkbart for meg som moderator. Siden gruppen her så ut til å ha en «interaksjonell» familiaritet, så det ut til å være en fordel at de var kjent på intervjuet. Det virket like naturlig for alle å bidra inn i samtalen, samtidig som de så ut til å lytte aktivt og være interessert spørrende til det andre sa. De hadde alle relevant forkunnskap til å relatere seg til det som ble sagt, noe som også kan påvirke balanse i dynamikken (Braun & Clarke, 2013).

Til tross for en opplevd ikke-hierarkisk atmosfære, var det tydelig skjevhet i bidrag fra de ulike deltakerne, både i forhold til mengde og tema. Alle deltakerne gav uttrykk for engasjement for rehabiliteringsfeltet, men de deltakerne som hadde flere års erfaring hadde flere innspill enn deltakeren som kun hadde jobbet et års tid med rehabilitering (Edwards, 2010). Videre var legens innspill oftere rettet mot tema på litt mer overordnet plan, mens de andre deltakernes innspill var mer relatert til praktisk utøvelse med hverandre og pasienten. Dette gjenspeiler nok til en viss grad arbeidsfordelingen på rehabiliteringsavdelingsavdelinger generelt, der legen har et særegent og overordnet medisinsk ansvar, mens profesjonsutøverne for øvrig har noen særegne ansvarsroller knyttet til sin profesjon, men i større grad samhandler i den praktiske hverdagen med og om pasienten (Helsedirektoratet, 2018).

### **3.6.3 Min forforståelse**

Det at jeg jobber som fysioterapeut i kommunen og over lengre tid har vært knyttet til kommunens døgnrehabiliteringstilbud, har farget – og vil også fremover farge min interesse

og mitt engasjement for temaet denne studien tar opp. Jeg har forkunnskap – og meninger om feltet. Som Edwards beskriver i sin teori, har også jeg mine drivere og «Objects of Activity» når det gjelder rehabiliteringsområdet (Edwards, 2010). Engasjement og interesse for rehabiliteringsfeltet og for pasienten, er eksempelvis noe jeg opplever har stor betydning, men at dette ikke adresseres nok i vår arbeidshverdag. Min mening er at jeg opplever at engasjement og aktiv interesse er med på å gjøre oss mer bevisst i vår tilnærming med pasienten, slik at vi lettere ser etter hensikt og formål med det vi gjør, og at vi har ambisjoner og ser etter mulige endringer på vegne av pasienten. Samtidig gjør engasjementet at vi kan ta med oss følelsene inn i arbeidet, og dette er noe som kan bli en utfordring om en ikke er bevisst på hvordan en legger følelsene inn i samarbeidet og samhandlingen med resten av rehabiliteringsteamet, både med og uten pasient og pårørende. Malterud(2012) trekker paralleller til fenomenologien i forhold til begrepet forforståelse; der enhver ser verden ut fra de erfaringer og kunnskaper en selv har med seg. Slik sett vil enhver forståelse farge hvordan en går inn i en oppgave; ingen forkunnskap og erfaring farger også.

De ulike prosessene gjennom studiet har vært en god og nødvendig prosess for å løfte blikket og ta en mer refleksiv og «objektiv» posisjon, slik at emosjonelt bånd og egne erfaringer til problemstillingen ikke er det som fører pennen, men begrunnelser bundet i refererbar kunnskap. Alle de ulike delene har vært med å bidra til å klargjøre og «tvinge» tankene mine fra ideer og forforståelse til mer konkrete problemstillinger, og bevisstgjøre prosessen der det teoretiske rammeverket og datamaterialet er det som skaper den deduktive/ induktive prosessen (Malterud, 2012). Transkripsjonen og videre analyse er også et produkt av dette, med en prosess som innebar gjentatte endringer i forhold til seleksjon og bearbeidelse. Slik sett er det viktig å få frem at funnene slik de fremstår er en representasjon, et selektivt arrangement produsert til hensikt for å benyttes i min studie (Braun & Clarke, 2013; Malterud, 2017).

Min forkunnskap i forhold til rehabiliteringsfeltets mangfold generelt og endringsprosessene spesielt, har både vært en ressurs og en utfordring gjennom studiens forløp. Forkunnskapen og interessen jeg har for feltet, gjør at jeg mener jeg har hatt mulighet til å fange inn, både i litteraturen og under fokusgruppeintervjuet, detaljer og sammenhenger som andre med mindre erfaring ikke ville fått med seg (Edwards, 2012). Faren for å miste kompleksiteten og dynamikken i det tverrprofesjonelle samarbeidet, og isteden forenkle til for store linjer (Willumsen, 2016), mener jeg hadde vært en fare med lite forkunnskap på feltet. Samtidig har det vært en utfordring å begrense materialet, fordi forkunnskapen gjør at jeg ser

sammenhenger «overalt». Utvelgelse og spissing av problemstillingen og materialet har dermed vært en kontinuerlig refleksiv og aktiv prosess hele veien (Braun & Clarke, 2013; Malterud, 2012). Metodisk er det et poeng at jeg får til å være bevisst og åpen nok om egen forforståelse, slik at det å forske på eget praksisfelt primært blir en ressurs som styrker oppgaven (Braun & Clarke, 2013; Malterud, 2012). Videre at jeg mestrer å fremstille funnene og drøftingene på en troverdig og sammenhengende måte, slik at denne single case studien trer frem som forskning som ikke er unik, men lar seg overføre til rehabiliteringsarbeidet og rehabiliteringsprosesser som skjer på andre kommunale rehabiliteringsavdelinger (Braun & Clarke, 2013).

### **3.7 Studiens troverdighet og overførbarhet**

I denne studien har jeg valgt ut en rehabiliteringsavdeling som illustrerer eksempel på hvordan en etter forskrifter og anbefalinger organiserer en kommunal rehabiliteringsavdeling. Videre har jeg inkludert profesjonsutøvere som er interessert og engasjert i rehabiliteringsfeltet, der de tverrprofesjonelle deltakerne er bidragsytere som representerer en ekspertise innen deres område. Som nevnt tidligere, var det først etter gjennomføring, transkripsjon og begynnende bearbeidelse av datamaterialet at det var mulig å vurdere om første intervju gav denne type bidrag, eller om det ville være nødvendig med ytterligere intervju (Flyvbjerg, 2010). Hensikten med å velge en rehabiliteringsenhet som ser ut til å drive forskriftsmessig, og et fungerende rehabiliteringsteam med deltakere som besitter kunnskap og interesse som gjør dem særlig egnet til å bidra med innsiktsfulle tanker og eksempler, var å finne case som kunne bistå med dybdekunnskap egnet for å tydeliggjøre feltet og studiens problemstilling. I sine artikler om case studier, kaller Thomas(2011) dette for «key case» og Flyvbjerg(2010) «paradigme case». Ved å velge singel case studie her, er hensikten å øke håndterbar, praktisk kunnskap og innsikt om rehabiliteringsfeltet. Videre er formålet at jeg ved å bruke Anne Edwards sine perspektiver på tverrprofesjonelt samarbeid, skaper kunnskap som kan være overførbar til andre kliniske situasjoner og samhandling innen rehabilitering av pasienter med omfattende behov på kommunale rehabiliteringsenheter. Single case studier egner seg til å illustrere praksiser, og funnene herfra kan følgelig ikke generaliseres i statistisk forstand. I hvilken grad funnene kan overføres til andre kontekster (her andre rehabiliteringsavdelinger), vil i stor grad avhenge av hvor like kontekstene er. (Flyvbjerg, 2010; Thomas, 2011).

I dette metodekapittelet har jeg begrunnet valgene jeg har tatt i denne studien, delt noen av refleksjonene jeg har hatt underveis med tanke på etiske betraktninger, og forsøkt å gi et bilde

av hvordan prosessen har foregått og blitt formet utover i studien. Hensikten med dette, er å gi et «vindu inn» i hvordan veien har blitt til underveis, og dermed gi mulighet for leser til å vurdere logikken og holdbarheten, eller troverdigheten i denne studien. Ønsket er at sammenhengen mellom datamaterialet og valgt teoretisk rammeverk kommer frem på en forståelig måte i funnene og drøftingene jeg videre presenterer i studien (Kvale & Brinkmann, 2015).

## **4.0 FUNN**

I dette kapitlet skal jeg presentere funnene fra de empiriske analysene. Disse danner grunnlaget for å kunne besvare studiens problemstilling, som i neste kapittel drøftes i lys av studiens teoretiske rammeverk. Problemstillingen er: *Hvordan utvikles tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling på en tverrprofesjonell rehabiliteringsavdeling som i stor grad fungerer etter de politiske intensjonene?*

### **4.1 Komplekse «Bli kjent» prosesser**

Funn fra datamaterialet viser hvordan profesjonsutøverne på en rehabiliteringsavdeling bruker mye tid og krefter på å utvikle både tverrprofesjonell samhandling og felles rehabiliteringsprosess i møte med pasient og deres pårørende, gjennom komplekse «Bli kjent» prosesser. Disse komplekse prosessene handler om et mangfold av kompleksitet og interaksjon og danner grunnlaget for de tverrprofesjonelle rehabiliteringsprosessene til pasienter med omfattende behov. «Bli kjent» prosessene omfatter både fysisk og mentale aspekter ved det å bli kjent. Prosessene begrenses ikke til oppstarten av rehabiliteringen, men er dynamisk og pågående - og endres underveis i forløpet.

#### **4.1.1 På søk etter et dypere bekjentskap og en felles forståelse**

I fokusgruppeintervjuet fremgår det at deltakerne anser det som særdeles viktig at de ulike utøverne i rehabiliteringsprosessen har god kjennskap til hverandre, og at de tilstreber å få en opplevelse av felles forståelse for situasjon og forventninger. Når pasienten kommer til avdelingen, skal pasient og personalet bli kjent med og trygge på hverandre, og personalet skal bli kjent med pårørende. De skal få en relasjon til hverandre. Videre skal pasienten bli kjent med seg selv i sin nye situasjon, og pårørende skal bli kjent med pasientens nye tilværelse. Pasientens nye situasjon kan ofte føre til endringer for pårørende. Pasient og pårørende skal med andre ord ta innover seg en ny hverdag, og bli kjent med de utfordringene og mulighetene denne gir. Fokusgruppedeltakerne forteller at mange pasienter og pårørende

ved inntak fremdeles kan være i en form for sjokk og krise, der de preges av svingninger mellom håp og fortvilelse. Ofte er disse skiftningene knyttet til at de er usikre på pasientens tilstand, og at de er i «ukjent farvann» med en usikker fremtid. Fokusgruppedeltakerne gjentar gjennom intervjuet hvor viktig god kommunikasjon og godt samarbeid er for å trygge pasient og pårørende, og legge grunnlaget for å komme i gang med en hensiktsmessig rehabiliteringsprosess.

Fysioterapeuten forteller at de ønsker å bli kjent med pasienten på flere plan, ikke bare det «*somatiske og rehabilitering i forhold til slaget – men like mye det psykiske*». Deltakerne forteller at når pasienten kommer til rehabiliteringsavdelingen, så gjennomfører de en inntakssamtale. I denne samtalen er minst to ulike profesjoner fra «miniteamet» representert. Miniteamet består (sammen med pasienten) av en primær- og en sekundærkontakt fra pleiepersonale, samt en ergo- og en fysioterapeut. Miniteamet har et særlig ansvar i forhold til praktisk planlegging, prosess og utførelse under pasientens rehabiliteringsopphold, men er også en del av den tverrprofesjonelle helheten på avdelingen.

Fokusgruppedeltakerne fremhever at parallelt med at de som rehabiliteringspersonalet blir kjent gjennom samhandling og samtaler med pasienten, så er god kommunikasjon og samhandling med pårørende viktig, både ved oppstart og gjennom hele rehabiliteringsprosessen. «*...vi er veldig opptatt av å få til en god samtale med pårørende*», sier fysioterapeuten. Ergoterapeuten understreker viktigheten av at rehabiliteringsteamet engasjerer seg i møtet med pårørende; «*Det blir vel som ved inntakssamtalen – når pasienten sier sine ting. Når vi tar inntakssamtale, da er det vi begynner på en måte å få et forhold til pasienten. De pårørende får se at vi på en måte er **her** – ikke sant?*» (ergoterapeutens utheving). Fysio- og ergoterapeuten forteller her at de er interessert i mer enn bare de medisinske opplysningene om pasienten – de prøver å bli kjent og få tak i «mennesket» pasienten, og den vedkommende er sammen med sine pårørende. Ved å vise at de bryr seg og at de ser pasienten og hans eller hennes pårørende, bygger de en relasjon og en tillitt som de fremhever som en viktig del av fundamentet for den videre rehabiliteringsprosessen.

Selv om rehabiliteringsteamet er interessert i mer enn de medisinske opplysningene, er fokusgruppedeltakerne tydelig på at pasientens medisinske og funksjonelle utfordringer **er** svært viktig å kartlegge og bli kjent med. I den sammenhengen, er legen særlig tydelig;



*Men det som da er poenget, det er... første spørsmålet; har pasienten et rehabiliteringspotensiale? (legens utheving) Og det må man se på lokalt! For det er ikke alltid at opplysningene stemmer når de kommer fra sykehuset eller andre avdelinger – eller hjemmefra... Så jeg tenker det er ganske så grunnleggende, både i forhold til forventningsavklaring og mål.*

Sitatet over viser til at rehabiliteringsteamet må gjøre sine egne vurderinger på en måte som er våken, systematisk og profesjonell - før de danner seg en foreløpig formening om pasientens fremtidige rehabiliteringspotensiale. Med andre ord – ikke en ukritisk overtagelse av opplysningene som foreligger ved innkomst. Legen understreker at pasientens rehabiliteringspotensiale er retningsgivende for videre forventningsavklaringer og mål, og dermed av stor betydning for hvordan den enkeltes rehabiliteringsprosess «tar i vei».

Alle fokusgruppedeltakerne fremhever at det er om å gjøre å få tak i hvilke håp og bekymringer pasient og pårørende har ved innkomst på rehabiliteringsavdelingen. Samtidig er det viktig å komme frem til noen gjensidige avklaringer om hva de kan forvente seg. For å felles sette gode og meningsfulle mål og tiltak, er det viktig at en sjekker at **alle** som er involvert i rehabiliteringsprosessen, ikke minst pasient og pårørende, er sånn noenlunde «kalibrert». Under intervjuet er forventningsavklaring og felles forståelse trukket frem som fundamentalt for å kunne legge og gjennomføre en god plan gjennom rehabiliteringsforløpet. Betydningen av å komme frem til felles forventningsavklaring, som forutsetning for en god og vellykket rehabiliteringsprosess, kommer blant annet til uttrykk slik;

*Altså, hva er suksesskriteriet? Hva er det å lykkes? Så jeg tenker at – dette dreier seg veldig mye om forventningsavklaring – altså hva er realistisk å få til? [...] For jeg tenker at det er kjempeviktig å bruke tid på det, da – og forsøke å bli enige. Det er på en måte at – litt parallell til arbeide på lindrende enheten hvor prognosen ofte er dårlig, men ikke alltid er dårlig. I en rehabiliteringsavdeling så vil en jo i utgangspunktet tro at en nesten alltid skal være veldig mye bedre, men så er en jo ikke det heller - ikke sant?! Så jeg tenker forventningsavklaringen med pasienter og pårørende, det er kanskje det aller viktigste, da – å foredle og bruke litt tid på! (Lege) (flere som nikker og bekrefter)*

I sitatet over viser legen til at det er en sammenheng med opplevelse av hvorvidt rehabilitering har vært en suksess og hvilke forventninger partene har hatt. Han poengterer videre at ulike grunner kan være med å forme pasient, pårørendes og det tverrprofesjonelle

teamets forforståelse for hva de kan forvente seg. Eksempelvis kan det å bli innvilget et rehabiliteringsopphold gi visse forhåpninger om å gjenvinne tapt funksjon – jamfør betydningen av ordet eller begrepet rehabilitering. Gapet mellom høye eller lave forventninger og hva som er realistisk mulig å få til i forhold til medisinsk situasjon og prognose, kan ødelegge for mange faktorer som spiller inn for å få til en god rehabiliteringsprosess; kommunikasjon, samarbeid, motivasjon, felles planlegging, gjennomføringsevne, hvorvidt resultat oppleves som «suksess» eller ikke. Sitatet over peker mot at det å øke innsikt og skape et felles ståsted der en kan se fremover sammen, kan ta tid og være en prosess i seg selv – men at dette er det verdt å bruke tid på.

Fokusgruppedeltakerne utdyper videre at det kan være viktig å sjekke opp hvilken forståelse pasient og pårørende har om den medisinske situasjonen pasienten kommer inn med.

*...Og **det** må kommuniseres – alle må være innforståtte med det. Det har igjen med rammene med hva en kan ha som mål. Da sier jeg ikke at vi som medisinere liksom sitter på fasiten, men jeg tenker at det er **viktig** at det blir kommunisert, da! At det er noen klare oppfatninger av det – det er hvert fall sånn at pårørende etterspør det i veldig stor grad. (Legen, med hans egne uthevninger)*

Det påpekes i sitatet over at det ikke bare handler om å si høyt, men å få til en kommunikasjon angående pasientens medisinske forutsetninger, slik at en søker at **alle** parter kan ha en gjensidig forståelse for utfordringene en står ovenfor. Fokusgruppedeltakerne viser til at de ulike fagprofesjonene kan utfylle hverandre her; når de i samhandling benytter ulike innfallsvinkler for å skape innsikt med pasient og pårørende til å se sammenheng mellom de medisinskfaglige utfordringene og de fysiske og mentale utfordringer som påvirker mestring og deltagelse i ulike aktiviteter i pasientens nåværende og fremtidige miljø. Det fremheves at felles forståelse gjør det lettere å ha en felles «ramme» eller utgangspunkt for å se på hva som kan være gode og meningsfulle mål å jobbe mot. Fokusgruppedeltakerne er tydelige på at det er et dynamisk viktig samspill mellom forventningsavklaring og målsetning;

*... Det følger jo av det med forventningsavklaring; - en må jo ha et mål, da (flere bekrefter og mm-er). Ikke sant?! Det er jo det som man har vært flink til her – det å ha et **felles** mål! Må jo legge noen mål – og så må man justere dem etter hvert. Hvis du ikke har noen mål, så kan vi ikke drive noen fornuftig hverken rehabiliteringsmessig eller medisinsk virksomhet. [...] (Lege)*

Sitatet over viser til hvordan forventningsavklaring, målsetting, plan og tiltak alle fremheves som nødvendige faktorer som skal henge sammen og gi mening. Som med forventningsavklaring, beskrives det å komme frem til målsetning som en prosess i samråd med pasienten. Siden pasienten på et rehabiliteringsopphold ofte har endringer underveis, kommenterer legen at justering og kalibrering gjennom oppholdet er en nødvendig del av disse prosessene.

Fokusgruppedeltakerne snakker litt rundt dilemmaer som kan oppstå når pasienten som kommer inn, har en så stor skade at det er begrenset hvilken endring de kan få til.

Fysioterapeuten og legen reflekterer sammen og utdyper om det spriket som de opplever kan være mellom skaden pasienten kommer med, forventningene pasient og pårørende har, og hva de som profesjonsutøvere mener er mulig. Fysioterapeuten spiller inn hvordan hun opplever at tapsopplevelsen til pasient og pårørende til tider kan være så stor at de under oppholdet ikke lykkes å komme forbi denne sorgen. Hun hevder likevel det kan være riktig å både sette av tid til samtaler og samhandling med aktive tiltak, for å ta sorgprosessen på alvor. Med innsikt og aksept for pasientens situasjon, kan en komme frem til en forventningsavklaring som gjør det mulig å sette videre mål og tiltak som gir mening - selv for en pasient med få ressurser og store utfordringer. Legen spiller inn at det handler om en:

*...verdimessig utfordring – at en jobber med at en lar tvilen komme den tiltalte til gode – selv om du kanskje tenker at her er det ikke veldig mye å hale, så gjør en et forsøk – om ikke noe annet. Men, igjen, da i forhold til en tidsavgrenset periode – det er igjen noe med det å sette seg mål, da! (litt pause og bekræftende nikk, mm-er rundt bordet).*

Fokusgruppedeltakerne viser her til at den konkrete, praktiske intervensjonen på avdelingen noen ganger kan være et nødvendig bidrag, **før** de kan komme til felles innsikt og forventninger om hva som er mulig. Ikke minst i de tilfellene med akutt, stor endring som i betydelig grad påvirker brukers og pårørendes liv videre – med liten utsikt til bedring. Det å «ha forsøkt», kan være viktig for å kunne «gå videre». Tydelig avklaring av målsetning, tiltak og evaluering etter en gitt periode, vises til å være nødvendig verktøy for å komme videre i sorgprosessen og til å komme frem til en felles forståelse av hva videre omsorgsnivå kan innebære.

Under intervjuet, trekker deltakerne ofte frem kompleksiteten av utfordringer som følger pasienter med kognitive endringer. Legen påpeker hvor viktig dialogen med pårørende er og

understreker at forventningsavklaring i disse situasjonene er en av «suksessfaktorene for å skape et meningsfullt og trygt liv som både pasient og pårørende verdsetter videre».

Fysioterapeuten utdyper med å henvise til det viktige arbeidet som gjøres i forbindelse med at pårørende kommer på besøk - særlig av pleierne, siden besøkende ofte kommer på kveldstid.

Videre fortsetter hun;

*Men, tilbake til det at ... når det da kommer frem ting, så er det jo rett og slett også i samhandling; «Er det forsvarlig at denne pasienten kommer hjem? Hvordan vil det livet bli?» ...for ektefellen, og hvis da ektefellen heller ikke er helt «på plass»... eh, ikke sant – og de barna! Og det er det der med – trygghet og mestring i livet videre – at man må egentlig stå med – stå i det sammen med de (pårørende) – de tar ganske vanskelige valg, og! ...sorgprosessen, det, det er liksom med å... kanskje, eh ...enten selge eneboligen og flytte til leiligheten – men når ikke det en gang går?! Fordi ikke vedkommende faktisk tar så mye – altså er så ukritisk - at det er viktig at vi ser de (pasienten) gjennom døgnet!*

Fysioterapeuten viser her til hvordan de forsøker å se pasientens funksjon i den konteksten og hverdagen pasienten skal tilbake til. Det finnes ikke alltid noen optimal løsning. Pasientens hverdag kan ha vært utfordrende fra før, enten med egne eller ektefelles utfordringer, slik at den siste helseendringen er det «lille» som skal til for at tidligere hverdag ikke lenger er mulig å opprettholde. Fysioterapeuten gir uttrykk for at de da må formidle at de som profesjonsutøvere og medmennesker viser forståelse, og at de står sammen med pasienten og hans eller hennes pårørende i de vanskelige valgene de må ta. Igjen vises det til at det handler om å skape felles forståelse og komme frem til felles avklaringer som gjør at en kan sette mål og plan videre.

Deltakerne i intervjuet kommer stadig innom hvor viktig det er at de innad på avdelingen etterstreber å være «samkjørt». De mener forventningsavklaring derfor også er aktuelt innad i miniteamet til rehabiliteringspasienten, og i rehabiliteringsavdelingen for øvrig.

Fysioterapeuten trekker paralleller til legens innspill om viktigheten av forventningsavklaring med pasient og pårørende, til å gjelde hvordan en har en felles forståelse for hensikt, mål og tiltak for pasientens særegne prosess og avdelingens visjon og arbeidsform – «at alle som jobber på avdelingen er innerforstått med rehabilitering og sånt, og hvilken visjon vi har på vår avdeling». Gjennom sine innspill kommer det frem at felles innsikt innad på

rehabiliteringsavdelingen ikke kommer av seg selv. Det er en pågående prosess i endring som krever innsats.

Samhandling med saksbehandlerne nevnes flere ganger i forhold til behovet for å enes om hva «vi tenker om en pasient», og hvor viktig saksbehandlerens forståelse for rehabiliteringsprosessen er;

*...få de (saksbehandlerne) på banen – og så hva tenker vi om en pasient som har en sånn problemstilling å ikke ha et hjem å komme hjem til – sant?! Det er ekstra utfordrende når vi ikke kan rehabilitere dem hjem til en leilighet eller hus. Og – da må vi tenke på mange nivåer, faktisk – og da må vi ha tid...  
Ja... (Fysioterapeut)*

Fysioterapeuten setter her fokus på at rehabiliteringsprosessen til pasienten ikke slutter når pasientens tid på avdelingen er over. Oppholdet der er en type korttidsopphold og dermed for en begrenset periode, før livet til pasienten fortsetter et annet sted. I kjente eller nye omgivelser, ofte med behov for videre tjenester og andre samarbeidspartnere. For å få til gode overganger, vises det til at en må tenke på flere nivåer – og legge til rette for gode forventningsavklaringer; slik at en har felles forståelse for videre formål og plan videre.

#### **4.1.2 Bred tilnærming mot helhetlig bilde og prosess**

Fokusgruppedeltakerne forteller at det å få et helhetlig bilde av pasienten er en møysommelig prosess, der alles puslebiter bidrar inn. De forteller om et helhetlig bilde som ikke har en ferdig fasit, men der brikkene stadig må vurderes og kanskje omrokeres. Arbeidsformen krever en fleksibel og individuell tilnærming preget av stadig samhandling og samkjøring.

De omfattende utfordringer pasientene kommer inn med, ofte med kombinasjon av fysiske og kognitive utfall, kan gjøre at det å bli kjent og skape tillit byr på utfordringer. I prosessen for å lære pasienten å kjenne, mener fokusgruppedeltakerne at de drar nytte av bredden personalet på avdelingen representerer. Det at flere profesjoner jobber sammen, samt verdien av de personlige og faglige egenskapene de som enkeltutøvere tilfører det tverrprofesjonelle samarbeidet og miljøet på avdelingen, er noe de fremhever som viktig. Deltakerne i fokusgruppeintervjuet diskuterer seg imellom, før de velger en case som kan illustrere kompleksiteten i deres pasienttilnærming. De velger å fortelle om en tidligere pasient de hadde på avdelingen. Pasienten var en mann i 60-årene som kom inn med et større hjerneinfarkt. En del av forhistorien hans, var et betydelig alkoholoverforbruk og at han hadde

mistet kontakt med barn og barnebarn. Deltakerne forteller om en prosess med ulike innfallsvinkler;

*... Ja – og som vi fikk rehabilitert også innenfor psykisk helse, vi fikk gjort hjemmebesøk – og der kunne vi ikke gjøre noe heller, sant... så han fikk ny bolig, sant – vi fikk tatt med det og! I samtaler, både med lege og oss, i den daglige samhandlingen. Men vi pratet også helt konkret om misbruket. For, vi åpner opp, vi går ikke rundt grøten – for ellers ... (Fysioterapeut)*

*Ja, for han var det jo ikke særlig greit med i starten, da. [...] Det var veldig vanskelig å nå inn, altså! Han var kjempelukket, og hadde «ingen rusproblematikk» - det var liksom helt ... han hadde på en måte barn – og alt var borte for han – ingen ville ha kontakt med han. Eh – og når vi kom inn sånn smått, men alle prøvde på sin måte, på en måte – så kom det! Nå er han litt tilbake til arbeidsplassen, har begynt å få kontakt med familien og kommer innimellom til oss på besøk... så... [...] Det er ganske utrolig å få til, da! – Ja – med å finne løsningene – bruke tid – og så jobbe sammen, da – med at vi går og spør, ikke sant?! Vi gir innspill på hvordan vi føler og – og får tingene sakte men sikkert, med disse pasientene som er veldig dårlige... (Hjelpepleier) (flere av kollegaene nikker og «mm»-er)*

Dynamikken i fokusgruppen bærer preg av at de kjenner hverandre og at de er vant til å samhandle. Det virker naturlig for dem å samstemme seg før de velger en case de vil snakke om. Pasienten i casen var ved innkomst ikke klar for å være med på og være en del av rehabiliteringsprosessen. Ved å være direkte, blant annet om utfordringene som hadde med rus og sosiale relasjoner – ikke ved å presse på, men ved å bruke tid og ulike innfallsvinkler, skapte de ifølge hjelpepleieren og fysioterapeuten relasjon og tillitt som de kunne bygge videre på. Ergoterapeuten påpeker at pasienten kom inn «uten forventning, [...] han var naken uten ingenting». Hjelpepleieren viser til at det var summen av hvordan de ulike fagpersonene på avdelingen tilnærmet seg pasienten som var nøkkelen til hvordan de fikk «innpass» til å begynne prosessen sammen. At det var fordel å være flere, med ulike fagbakgrunn og ulike erfaringer, men samme målsetning; å finne ut hva som motiverer, inspirerer og fungerer for nettopp denne pasienten.

Fysioterapeuten utdyper videre hvordan de bruker den individuelle egenarten innad i miniteamet og på rehabiliteringsavdelingen. Hun mener den profesjonelle tilnærmingen ikke bare handler om profesjon, faglig kompetanse og erfaringer, men også den personlige

kompetansen og erfaringene hver enkelt har med seg og tar i bruk i møte med pasient og pårørende;

*Ja, og at ... at det er fint at vi sitter på ulik kompetanse og! At vi – for det må man jo på en måte liksom... gå inn i de litt vanskelige samtalene – og sånne ting! Sant?!(andre bekrefter og mm-er) Det er viktig, og det tror jeg vi alle har; at... vi sitter alle på ganske mye livserfaringer på forskjellige nivåer – og den bruker vi, jo... faktisk... for å prøve å forstå mest mulig av hva som skjer i pasienten og de pårørende. Egentlig hele tiden prøver vi også... av våre egne liv, liksom... (Fysioterapeut ).*

Fysioterapeuten gir her uttrykk for at pasientene som kommer inn på døgnerhabiliteringsopphold, ofte er i en situasjon der det er behov for å ta tak i utfordringer som både er personlige og omfattende, og som gjerne setter store krav til pasienten når det gjelder innsats og endring. Hun henviser videre til at det er nyttig at de ulike utøverne sitter på ulike erfaringer, ikke bare som profesjonsutøver, men som menneske og de livserfaringer som hun eller han har. Slik sett kan sitatet tyde på at en vanskelig kan jobbe profesjonelt og godt med disse pasientene med komplekse og omfattende rehabiliteringsbehov, uten å «gi noe av seg selv» og engasjere seg i pasienten og hans eller hennes situasjon.

Hjelpepleier og fysioterapeut beskriver en hverdag der pleiere og terapeuter samhandler praktisk i ulike settinger, sammen om pasienten; gjennom daglige gjøremål og i spesifikk trening. Fokuset deres er på hvordan de kan «spille pasienten» inn slik at han eller hun deltar på en hensiktsmessig måte i dagliglivets aktiviteter innen de personlige og andre meningsfulle gjøremål (pADL og ADL). I første omgang gjelder dette slik som å komme seg inn i og ut av seng, personlig hygiene, spise - og etter hvert hvordan komme seg rundt, lage mat, skaffe mat og mer. Noen ganger går de flere sammen om brukeren, som ved oppstart, for at de skal bli enige om strategi for forflytning og pADL;

*...det er jo også konkret i samhandlingen... ergo-fysio-pleier fra de står opp til de legger seg. Også i, altså morgen-ADL, morgenstell – hvordan de snur seg i sengen, hvordan de skal komme seg opp på sengekanten – når de skal flytte seg fra seng til rullestol. Der går vi jo inn med en gang! Tverrprofesjonelt, fra når pasienten kommer inn – fort! Det er jo der vi jobber – og så... den... eh... treningen, egentlig hele tiden, da – med fysio/ ergo konkret og med pleierne... (Fysioterapeut)*

*... som når jeg går inn i dag til en pasient – da er jeg direkte med han, ikke sant – alle disse gjøremålene vi skal. For han er vant til at noen gjør alt for han, ikke sant?! Eh, og da – sånn vi jobber gjør jo at de blir bedre, da – for de må selv gjøre tingene, ikke sant?! Og da henter jeg fysioterapeuten ved forflytning. Vi jobber sammen. Fysioterapeuten henter meg ved en annen forflytning, og vi får det til sammen på en måte, da! Og så bruker vi jo sykepleierne når det er noe medisinerer, når det er smerter, ikke sant?! (Hjelpepleier) (fysioterapeuten nikker og bekrefter med «jah...»).*

Fokusgruppedeltakerne påpeker her hvor viktig det er at de jobber tverrprofesjonelt. Ved å bruke kompetansen til de ulike fagpersonene, finner utøverne på rehabiliteringsavdelingen ut hvordan de kan utnytte pasientens ressurser slik at de kan legge til rette for og «kreve» deltagelse ut fra de forutsetningene pasienten har her og nå. Hjelpepleieren forteller hun er «direkte» med brukeren; hun legger frem forventninger om at pasienten selv skal delta. På dette viset tegner hun et bilde av at det å være på rehabilitering setter noen krav til pasienten – det «koster», og at dette kan oppleves annerledes enn på andre avdelinger med døgnopphold. Samtidig understreker hjelpepleieren at det følger en bonus med de kravene de setter; de - det tverrprofesjonelle teamet på avdelingen, vil sammen med pasienten stå på for at han eller hun skal bedre sine muligheter til å mestre hverdagen sin.

Under fokusgruppeintervjuet blir det tydelig at veien fra innkomst til utreise ikke alltid er strømlinjeformet. Kjennskapen til hva pasienten kan få til må stadig utforskes og evalueres. Det er eksempelvis ikke alltid innlysende hvilke hjelpemidler eller tilnærming som vil fungere for disse pasientene med så omfattende og komplekse skadeomfang. Hjelpepleieren gir eksempel på hvordan de utforsker nye måter å tilpasse aktiviteten, slik at pasienten kan mestre best mulig, ut fra hans eller hennes nåværende status;

*(...) vi skulle starte opp, da - med å få pasienten over i toalettstol, i morgenstell på badet. Og det må jo testes ut – og da må det testes ut av alle, ikke bare når jeg er på jobb, ikke sant?! [...] Kanskje ender det opp med, da - at det ikke blir sånn vi gjør etter hvert... [...] Mens noen ganger får man det til!*

Hjelpepleieren forteller her om hvordan en forflytning må testes ut, med tanke på overføring mellom personalet - og for pasientens utviklingsprosess under oppholdet. For at pasienten skal få kontinuitet og virkelig prøve ut om denne forflytningen går, er det viktig at alle følger



tiltaksplan. Så er neste del av prosessen å vurdere og reflektere om dette var en hensiktsmessig måte å utføre aktiviteten – eller om en må revurdere og endre.

I tillegg til nytten bredden personalet på rehabiliteringsavdelingen representerer, fremhever deltakerne på intervjuet viktigheten av å ha med pårørende i prosessen til deres ektefelle, samboer, mor, far... Ergoterapeuten beskriver hvordan åpenhet kombinert med profesjonalitet kan medvirke til at pårørende blir en bidragsyter til en helhetlig tilnærming;

*Ja, jeg tenker, det er jo som du sier (ser på fysioterapeuten) det er jo måten vi kommuniserer – at både pårørende er med oss på en måte gjennom prosessen – at vi møter med hjemmebesøk, at vi prater med de òg – ...når vi var på hjemmebesøk forrige uke med pasient som er her hos oss – var... (Ergoterapeut)*

*...begge sønnene... (Fysioterapeut)*

*...begge sønnene, og konen var der òg. Eh – og så de hadde noen tanker og vi hadde vår tanker – og så begynner vi og snakker og da ble de veldig, på en måte, glad for at vi tok opp de tingene som de hadde allerede tenkt på. Så det er på en måte å være åpen – men fortsatt profesjonell – på det en snakker om. At – det – fordi de møtene er så viktige, fordi det er der vi på en måte hører hva de tenker og hva de – ja – om de tenker pasienten har forandret seg – eller kommet videre – alt sånn – og at vi diskuterer det! Så det er der – at alle har tanker for det samme... (Ergoterapeut)*

Sitatet over viser hvordan fokusgruppedeltakerne opplever at god kommunikasjon er viktig fra start og utover i oppholdet, og hvordan de som profesjonelle spiller pårørende inn i prosessen. Ergoterapeuten viser med sitt innspill at de anser kommunikasjon for å være noe som går «frem og tilbake» mellom pårørende og tverrprofesjonelt team. Ikke kun opplysninger om hvor i prosessen pasienten er og hva planen er videre, men en utveksling og refleksjon der partene åpner seg for hverandre og viser felles engasjement som åpner for å diskutere mulige løsninger.

Deltakerne i fokusgruppeintervjuet forteller gjennom ulike innfallsvinkler hvordan de prøver å få tak på hvem den enkelte pasienten *er*. Å få et helhetlig bilde av pasienten, handler om å få et bilde av pasientens funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse både før og etter det aktuelle, sett i sammenheng med de nyoppståtte medisinske utfordringene. Samtidig handler det om å fange inn hva som inspirerer og motiverer, hva som er viktig og av

betydning i livet hans eller hennes. Deltagerne i fokusgruppeintervjuet forteller at det er *en tidkrevende jobb som settes sammen av bruddstykker*. De fremhever flere ganger hvor viktig nærheten til pasienten er, både i fysisk og overført betydning. De mener mange av bidragene til «puslespillet» skjer «mellom avtalene»; i observasjoner av pasienten i hans daglige gjøremål og samhandlinger på avdelingen, i «tilfeldige» samtaler i forbindelse med disse, gjerne også sammen med medpasienter eller pårørende. Ergoterapeuten beskriver det slik;

*Ja... det er som vi ser pasienten hele tiden; når vi henter en kaffekopp, når vi går på toalett – vi møter konen i gangen – vi tar en prat med dem hele tiden – når de er i gangen og sykler (noen treningshjelpemidler står åpent tilgjengelig på avsatt sted i gangen) stopper vi og tar en prat... Vi – vi blir fort veldig, veldig kjent fordi vi er den avstanden mellom (terapeutenes kontor/ treningslokale er i samme etasje som rehabiliteringsavdelingen, noen få meter mellom) på en måte, hvert fall oss terapeuter – er...tett på avdelingen (Ergoterapeut).*

I sitatet her, forteller ergoterapeuten hvordan det å tilhøre det fysiske nærmiljøet til pasienten, også når en ikke har planlagt intervensjon, gir mulighet for å bygge opp sammensatt og kompleks kunnskap. Hun fremhever hvordan det å bli kjent med pasienten ofte kan handle om alle detaljene de observerer og får med seg gjennom døgnet. Disse bruddstykkene av kunnskap bidrar til innsikt og settes sammen til en helhet.

For at kunnskapen og erfaringene de ulike utøverne gjør seg om brukeren på rehabiliteringsavdelingene skal få verdi, er det viktig at kunnskapen og erfaringene deles og samkjøres. Deltakerne i fokusgruppeintervjuet forteller om hvordan utveksling av erfaringer og kunnskap om pasienten og videre refleksjon over rehabiliteringsprosessen også er noe som skjer både i de formelle og uformelle møtene utøverne imellom. De fremhever det som en essensiell arbeidsmetode som muliggjør utvikling av felles kunnskap og forståelse for og med pasienten, og at denne arbeidsformen pågår gjennom hele pasientens opphold.

*Vi prater veldig mye pasienter i lunsjen, og – for det er masse små detaljer; at nå har ergoterapeuten hatt en tur med pasienten - og der kom det frem viktige ting som vi også må vite. Altså vi må hele tiden videreformidle – så vi sitter inne med den samme kunnskapen om pasienten! [...] - i tillegg til tverrprofesjonelle møter hver uke... (Fysioterapeut) (bekreftende kommentarer og lyder fra flere).*

*...og vaktskiftene så er dere jo inne, når det er spesielle ting vi trenger å jobbe med (Hjelpepleier).*

*...og så kommer dere inn til oss, ikke sant! (terapeutene deler kontorlokaler)  
(Fysioterapeut).*

Sitatene over viser til at det underveis gjennom hele rehabiliteringsprosessen, er av praktisk betydning for samarbeidspartene innad på rehabiliteringsavdelingen hva som kommer frem i samhandling med pasienten gjennom døgnet. Det én profesjonsutøver har erfart eller fanget opp, kan føre til endringer i hvordan neste samhandling med en annen utøver vil bli – både på tvers av eller innen samme profesjon. Ved å dele kunnskap og erfaringer, samkjøres og endres videre felles kjøreplan.

Fysioterapeuten utdyper videre i forhold til denne utvekslingen av kunnskap og enighet om plan videre, at det også handler om å oppdatere seg og «være tro» mot det en har blitt enige om;

*[...] Altså, vi må hele tiden videreformidle – så vi sitter inne med den samme kunnskapen om pasientene! Så atte – for vi har jo også av og til at noen som har vært litt egenrådig i sin tilnærming til pasienten i personale, og som vi må...  
«men, vent nå her, vi har jo en felles plan, og...»*

Fysioterapeuten peker her på utfordringen med at de på avdelingen er «flere» som samarbeider om de ulike pasientene. Hver av de ulike profesjonene som jobber inn mot pasienten, og eventuelt flere fra samme profesjon – noe som gjelder pleiepersonalet i særlig grad, siden deres tjeneste skal ytes gjennom døgnet 24 timer. Om én gjør observasjoner som er av betydning, eller en profesjonsutøver gjør en erfaring som fører til endring av tiltak må dette deles, både muntlig og skriftlig, for at andre skal gis mulighet for å videreføre eller ta dette med i betraktning videre. Videre fremheves det her hvor viktig det er at alle utøverne holder seg oppdatert i forhold til planen til enkeltpasienten, og er tro mot at de har en felles kjøreplan. Fysioterapeuten visualiserer denne overføringen ved å si at de har en stafettpinne som sendes videre. Hun gir uttrykk for at det ligger både en trygghet og en forventning om at «nestemann» tar stafettpinnen videre.

#### **4.1.3 Ulike tilnærminger og individuell deltagelse**

Fokusgruppedeltakerne får spørsmål om hvilken opplevelse de ønsker at pasient og pårørende skal sitte inne med, som pasient og pårørende på rehabiliteringsavdelingen. Uten lang diskusjon, blir de enige om at de ønsker at både pasienten og hans eller hennes pårørende skal ha en opplevelse av å føle seg sett og ivaretatt og trygg... «og da må vi ha ulike tilnærminger», påpeker fysioterapeuten, og gir et eksempel:

*For det er – hvis en pasient som kommer, som har gitt fra seg kontrollen over egen kropp ved å være en intensivpasient, for eksempel – må han få noen dager i den sengen! Sant – for det kan jo være at hvis du er litt nyere i rehabiliteringsfaget at du tenker; «Nei, du må jobbe sjøl – og, du må være motivert...» og alt det der! (fysioterapeuten smiler litt mens hun forteller og de andre nikker og ler litt, de også) Men etter hvert når du jobber, så skjønner du «Nei, det er ikke der!» Noen ganger må vi være pasientens motivasjon – du, du må møte de der de er! Kanskje den pasienten trenger frokost på sengen tre dager på rad! (de andre mm-er) Helt greit! Hvis det gjør; «Ah!» At, ikke sant?! Og så lokker vi, og holder på, ikke sant?! Durtutu! Så man må en veldig individuell tilnærming **hvis** man virkelig, liksom, skal ta hver enkelt pasient **på alvor**, da!*

*[...]Og så er det det her med målet som vi prater om... Noen pasienter kan vi gå inn i første innkomsten, ikke sant; «Hva har du for mål for dette oppholdet?» - Men andre ganger er det bare om å gjøre å knytte en slags allianse – og ivareta og se! At, ... å begynne å snakke om mål og fornyelse – ergoterapi og ditten og datten – det blir.. det blir helt feil òg! Mens jeg tror når du for eksempel trener eller er i morgenstell – man kan på en måte la målene vokse litt frem! [...] Men målprosesser **er** kjempeviktig! (Ergoterapeut) (de andre mm-er og nikker bekreftende).*

Fokusgruppedeltakerne kommer her inn på diskrepansen mellom det å være i krise og sorg som en del er ved innkomst på rehabiliteringsavdelingen og forventningen til at pasientene skal være klare for «å brette opp ermene» til det som kanskje er deres livs største utfordring. For det tverrprofesjonelle teamet blir første mål å skape en allianse med pasient og pårørende der ivaretagelse og bli kjent er det viktigste. Terapeutene viser her til viktigheten av å vurdere tempo og timing individuelt, slik at en ser og møter pasienten på det behovet han eller hun har her og nå. De beskriver hvordan ulike pasienter krever ulike forløp, der prosessen med krav og målsetning ikke presenteres likt for alle. Noen har behov for omsorg og trygghet før de kan lokkes/ bli med videre, mens andre kommer inn **med** motivasjon, klar til innsats fra starten av.

Noen ganger er skadeomfanget så stort at pasienten må ha mye bistand og kanskje kontinuerlig tilsyn videre. Måten og engasjementet fokusgruppedeltakerne viser når de forteller om disse prosessene, viser at de er opptatt av hvordan disse prosessene blir. De

forteller de anser også disse prosessene som svært viktige – for å **møte pasienten og hans eller hennes pårørende der de er, i deres krise og ta dem på alvor;**

*Ja, for det er noen ganger... at vi har sett fra dag en at denne pasienten kommer til å trenge mye hjelp fremover. Men samtidig; vi går veien med pasienten og pårørende! (ergoterapeut legger trykk) Eh, så det er litt som å få en balanse med dem i forhold til å si til dem fra start av «at den pasienten kommer ikke videre – han trenger masse hjelp – så vi sender han videre til langtid». Det er der han kanskje kommer til å havne, eller på en omsorgsbolig. Med å – i stedet for å – være veldig direkte med det, så velger vi å på en måte gå gjennom prosessen. Da går vi gjennom det hjemmebesøket. Da får vi familien kjent med den nye situasjonen ved å ha han på dagpermisjon – eller at de blir med han på en aktivitet – for å skjønne hvordan det faktisk er! For når de bare er på besøk, ser de ikke sin pappa – ikke sant – så da går vi gjennom med dem – kanskje 2-3 uker – . Vi har på en måte – en annen plan i hodet – vi har snakket – eh, om at pasienten kommer kanskje ikke hjem, men vi har ikke sagt det tydelig fra starten – eh, til pasienten og pårørende. Vi vet at de er i en dyp sorg! De må på en måte se mye av det selv... (Ergoterapeut).*

Ergoterapeuten beskriver her hvordan de på avdelingen forsøker å ha sensitivitet ovenfor hvor i prosessen den enkelte pasienten og hans eller hennes pårørende er. Det kan være store omveltninger i livet de står ovenfor, og de har skjedd raskt! Selv om fagpersonene tror de vet hva «sluttresultatet» blir, er det ikke sikkert at pasient og pårørende har samme forståelse. Noen ganger kan det være verdt å bruke tid til å prøve ut tiltak, for å legge til rette for at pasient og pårørende henger med i sin egen prosess. Det kan være viktig å la pårørende være med, slik at de selv får se og gjøre seg sine egne erfaringer sammen med ektefelle, far eller mor... Fysio- og ergoterapeuten forteller de pårørende gjerne blir invitert til å bli med på treningsøkter. Ergoterapeuten fortsetter;

*Eh, for på en måte... vi har en plan, ikke sant?! Det blir, det blir et møte der vi skal snakke sammen om fremtiden, men... noen ganger må vi vente... for å gå sammen med pårørende, så de... er med (Ergoterapeut).*

*Og så det å gi dem en sjanse! Så de kan tenke tilbake på det etterpå - og tenke at de hvert fall prøvde! (Sykepleier).*

*Men alt sånn er gjort sammen – med ergo – fysio og legen og pleierne, og – det er ikke en som står ansvarlig – det, det er miniteamet med avdelingen som står sammen om den planen (Ergoterapeut).*

Igjen viser fokusgruppedeltakerne hvor essensielt de mener det er å ha med pasient og pårørende, og at det tverrprofesjonelle teamet er samstemt om prosessen. Flere ganger under intervjuet har de trukket frem viktigheten av kommunikasjon og forventningsavklaring, der åpenhet om medisinsk situasjon og prognose er en del av dette. Samtidig viser de her til hvordan dette ikke alltid er en «rett-frem»-prosess, men at det fordrer en viss «kløkt». De ønsker å gi pasienten og hans eller hennes pårørende sjanse til å se at de ikke bare er «gitt opp», og slik få mulighet til å ta innover seg omfanget av det de står ovenfor. Ergoterapeuten er tydelig på at dette ikke er en spontan avgjørelse, men noe som de står sammen om tverrprofesjonelt. Fokusgruppedeltakerne forteller videre at det er flere aspekter de anser som viktige når de velger å «senke tempoet» på prosessen og graderer informasjon gjeldende hvilken formening fagteamet har om pasientens framtidsutsikter. Som nevnt, er mange i krise og i dyp sorg slik at de ikke er klare for å se langt fremover og tenke løsninger fra start. Men pasient og pårørende fortjener i tillegg en mulighet, en sjanse til å prøve å få til en positiv endring – og en mulighet til å gjøre erfaringer som gir en viss opplevelse av at de ikke ble gitt opp – de har prøvd. Legen understreker her at det kan det kan være etisk riktig å prøve, fordi en heller ikke alltid kan *vite* med sikkerhet om en vil eller ikke vil oppnå stor positiv endring.

#### **4.1.4 Trygghet – tverrprofesjonelt og på egen profesjon**

Under intervjuet gir fokusgruppedeltakerne uttrykk for, og inntrykk av, at de på avdelingen kjenner hverandre godt og er trygge på hverandre. Tryggheten de beskriver omfatter blant annet en raushet og interesse for hverandres profesjon, og opplevelse av trygghet og mestring innen egen profesjon. I rausheten legger de også rom for, og behovet for ulikhet innad i gruppa.

Fokusgruppedeltakerne forteller at den interne tryggheten på avdelingen er alfa og omega som gir ringvirkninger for hvordan de blir kjent med pasient og pårørende;

*«...vi kjenner hverandre godt, slik at vi jobber på – det blir mye gode samtaler både med terapeuter og pleiere, ja hele personale – og med legen. [...]...det merker man – og det er mange pasienter som sier det – om at det virker som vi har det så godt sammen - så **de** trives her –»(Fysioterapeut).*

I praktisk samhandling med pasienten, blir det å bruke kunnskapen til *de ulike* profesjonsgruppene lagt frem som grunnleggende for å lykkes i arbeidet med rehabiliteringspasienten. Fokusgruppedeltakerne beskriver en hverdag der det å støtte hverandre både er viktig for å utføre en jobb, og for å trygge hverandre om at de står i denne omfattende utfordringen *sammen – med brukeren*. Hjelpepleieren forteller at fysioterapeuten ofte er med inn til pasienten i forbindelse med at pleierne skal forflytte pasienten, særlig tidlig i forløpet. Fysioterapeuten bekrefter behovet for samhandling; «[...] ...fordi de har vært så hardt skadet... for å, for at... vi skal stå i det sammen. Vi har jobbet veldig tett med noen pasienter.» Sykepleieren forteller at hun som erfaren sykepleier, men ikke innen rehabiliteringsfeltet, kan kjenne på at situasjoner i stell kan være utfordrende i forhold til det å ha en aktiv og endringsrettet tilnærming til pasienten; «...så får jeg tak i en av disse (viser med hendene og ser seg om til de andre) rundt meg. Og så får vi til forflytning. Og det opplever jeg som veldig positivt. Da får vi til noe *sammen*.» (sykepleierens vektlegging) Ergoterapeuten forteller at hun som ergoterapeut ofte er aktivt inne bl.a. i stellesituasjon, for å kartlegge og trene på for eksempel morgenstell – noen ganger alene, men gjerne også sammen med pleierne for å overføre og samkjøre hvordan de jobber. Hun er tydelig på at hun opplever det som en suksessfaktor at de er flere profesjoner sammen om å utføre handlinger med pasienten. Hun påpeker at hun tidligere har jobbet mer «på siden av hverandre» på andre rehabiliteringsavdelinger, men mener at denne konkrete samhandlingen der de ulike profesjonene blandes, er «nøkkelen» til en god rehabiliteringsprosess;

*...det blir en kultur (ergoterapeuten legger trykk på) som er, som er blitt bygget opp over mange, mange år – at alle på en måte står sammen, som sagt – ikke sant?! [...] Det er kultur at alt på en måte er drevet sammen, ikke sant?! [...] Vi er så nært avdelingen, det er ikke fysio-ergo som «stikker innom» for å trene en halvtime, så ser ikke pasienten dem før klokken 11 neste dag. [...] - vi blandes litt mer. Vi er i nærheten og en del av at det «sklir», henter en kaffe her – blir med på en forflytning der... Jeg tenker at det er det som er nøkkelen – egentlig!*

Ergoterapeuten beskriver her hvordan de som rehabiliteringsteam har en innstilling på avdelingen der alle stiller opp for hverandre og pasienten. Dette mener de gjør at de blir ytterligere kjent gjennom samhandling, og skaper en trygg hverdag som bidrar til at rehabiliteringen ikke bare skjer til «avtalte» tidspunkt. Arbeidsformen med mulighet for tilstedeværelse av flere gjennom dagen, bidrar til å kunne få et helhetlig inntrykk av hvordan

pasienten fungerer på avdelingen – og bidrar samtidig til et helhetlig tilbud under rehabiliteringsoppholdet.

Ergoterapeuten understreker at de har klare rollefordelinger i forhold til hver profesjon, selv om de går over i hverandres områder; «Det er ikke noe, på en måte: - «*Det er DIN jobb!*», *ikke sant?!*» Ved at de blir med hverandre over i deres «territorier» og også til tider utfører oppgaver som er «på siden» av sin egen profesjon, mener hun de blir tryggere på hverandre og samtidig kjent med hverandres profesjonskompetanse. De utvikler tverrprofesjonell trygghet, samtidig som de blir mer bevisst og trygge på hva de selv tilfører fra sin egen profesjon. Når de sammen ser pasienten i ulike settinger, utveksler og utvikler de en felles kunnskap og erfaring som gagnar både pasienten og avdelingen. Ergoterapeuten mener denne «tilførselen» av kunnskap som de får gjennom å være med hverandre, gjør henne tryggere som terapeut; « - så jeg stoler på at pasienten og jeg kan mestre hjemmebesøket, om jeg må ta et hjemmebesøk alene». Fysioterapeuten henger seg på og kommenterer dette. Hun viser til at hun har jobbet så mange år på rehabiliteringsavdelingen, og etter års erfaring kjenner hun at hun sitter med en større trygghet på egen kunnskap. I tillegg til å inneha spesifikk kunnskap som fysioterapeut, mener hun at hun nå sitter på en bredere kunnskap, spesifikk for behovet på rehabiliteringsavdelingen;

*...jeg har lært så fryktelig mye av mine kollegaer! Slik at jeg, (hun stopper opp og ser rundt på sine kollegaer)... har de andre yrkesgruppene inne i meg! Ser dere hva jeg mener? (pleierne og ergoterapeuten mm-er)... det er litt sånn når man har jobbet så lenge på en slik avdeling, så integrerer du de andre yrkesgruppene litt inni deg! Slik at du faktisk er tryggere, kanskje også når du går inn i en annen jobb! Du har fått så mye av de andre at du faktisk – du kan stå i noen ting mer alene enn hvis du bare hadde jobbet som monofaglig fysioterapeut. [...] ...det er jo slik at variasjon i jobben er også litt gøy!*

*Men ikke med de sammensatte pasientene! Det kan gå å være mer alene når det er «enkelt»... (Hjelpepleier).*

*Nei, nei! ... med de sammensatte er jeg HELT avhengig av TEAMET! (Fysioterapeut).*

Fokusgruppedeltakerne forteller her at det er en viktig del av arbeidsformen i rehabiliteringsprosessen at de samhandler slik at de ulike profesjonene yter litt på siden av det en tradisjonelt ser som de ulike profesjonenes oppgaver. Ved å jobbe sammen, øker utøvernes



innsikt i hva de andre yrkesgruppene er gode på. På rehabiliteringsavdelingen blir de slik mer bevisst hva ulikhetene mellom yrkesgruppene er, og de lærer mer om hvorfor og hvordan hjelpepleiere, ergoterapeuter, sykepleiere og fysioterapeuter utfyller hverandre. Samtidig lærer de av hverandre. Over tid integrerer de noe av kunnskapen fra de andre yrkesgruppene over til sin egen. Slik øker både utøverens særegne kompetanse, og rehabiliteringsavdelingens samlede kompetanse i forhold til det behovet som er på avdelingen.

#### **4.1.5 Ulikheter innad blant profesjonsutøverne – en hemmer eller fremmer?**

Fokusgruppedeltakerne fremhever flere ganger hvordan det at personalet sitter med *ulik* faglig og personlige kunnskap og erfaringer, bidrar til at de samlet har et bredere grunnlag for å forstå pasient og pårørende bedre. Samtidig trekker de frem hvordan ulikhetene blant profesjonsutøverne på avdelingen kan sees både som en styrke og en svakhet. De er klare på at årsakene til ulikheter ikke bare har med profesjon, kunnskap og erfaring hos den enkelte, men er en kombinasjon av dette og utøvers personlighet. Ergoterapeuten utdyper hvordan den enkelte utøver er unik ulik, og mener at disse ulikhetene kan få følger for pasienten;

*Det kan også være med kompetanse hos terapeutene òg! De som tørr og ta sjanser med pasienten og de som ikke gjør det... både ergo og fysio. Eh... da kan det stoppe opp litt, også. Og da kan det hende at vi på en måte – har diskusjoner på kontoret vårt òg, ikke sant?! Eh, ja! Det er forskjellig kompetanse hos oss, også... [...] – for eksempel hvis du har en pasient som trener med gangtrening. Kanskje, kanskje jeg tenker, at jeg tenker at pasienten kan komme videre, men kanskje fysio har ikke tatt den pasienten til det neste level, på en måte. Om det er fra – å gå fra å bruke rullator med mye støtte til kanskje å prøve å gå alene... Kanskje det tar 2-3 uker mer... og jeg tenker; «Åh, skal vi ta den pasienten til det neste nivå?» Men, kanskje den fysioen ikke ønsker, vil ikke, tør ikke – da kan det stoppe litt opp – og komme diskusjoner mellom terapeutene eller på tverrprofesjonelle møter... eller... ja! Og omvendt – kanskje det er fysio som gjerne vil at ergo skal ta noen kognitive kartlegginger – og kanskje det er en av oss som ikke har den kompetansen innenfor den type tester eller sånne type ting. Da kan ukene gå uten at det blir gjort. Vet ikke om dere er enige med meg om det?*

*Jo, absolutt! (Fysioterapeut).*

*Så da blir det avbrudd i den flyten, på en måte. Fordi vi terapeutene har jobbet med andre terapeuter, ikke sant – vi ser at det er forskjeller, ikke sant?! ...så vi må på en måte bygge om en «pose» med terapeuter som har kompetanse. [...] Så da er det en diskusjon som kan bli litt ubehagelig, - men viktig, ikke sant – ja – og kanskje vi kommer til en annen løsning; Kanskje ergo – fysio skal gjøre det sammen... for på en måte å hjelpe hverandre hvis den ene føler seg usikker...ja... (Ergoterapeut).*

Ergoterapeuten peker på at grunnen til ulik praksis mellom profesjonsutøverne kan ligge på ulikhet i kompetanse, men beskriver grunner som alternativt kan bunne i ulik faglig vurdering, eller om vedkommende for eksempel er «forsiktig og veloverveid» eller proaktiv som type. Ikke bare om terapeuten tør eller vil. Uansett, skaper det en diskrepans som kan føre til diskusjoner – eller refleksjoner mellom terapeutene eller i de tverrprofesjonelle møtene. Ergoterapeuten viser til at disse diskusjonene kan være ubehagelige, men at de er viktige å ta, siden de har så stor innvirkning på flyten og utviklingen i pasientens rehabiliteringsprosess. Hun setter samtidig fokus på hvor viktig det er at de på avdelingen har en «pose» med terapeuter som har god nok kompetanse, og at de ser etter løsninger for hvordan de kan øke kompetansen til de som ikke har det.

Hjelpepleieren viser til at det i hele den tverrprofesjonelle gruppen kan være lignende ulikheter, og føyer til at engasjement for faget og pasienten også kan være ulikt;

*[...] – og jeg brenner veldig for rehabilitering – og jeg ser hva som er gjort – og så gjør jo jeg noe videre med pasienten, ikke sant?! Men det er ikke alle pleiepersonale som går og tar den rollen – og det er jo dere (terapeutene) veldig klare på; at han skal ikke gå med alle – han skal gå med de som er trygge med å gjøre det, ikke sant?! Og da kommer man jo noen skritt videre hvis man er personale på jobb som viderefører jobben til terapeutene, da. For det er jo en lang prosess... og så helgen er lang – og disse kveldene er lange for pasienten hos oss (Hjelpepleier).*

Hjelpepleieren forteller at hun har ambisjoner på vegne av pasienten. Samtidig er hun klar på at alle ikke har det samme engasjementet, og det kan få noen konsekvenser. Når pleierne over tid, kanskje år, har samarbeidet med terapeutene, kan det være at skillelinjene mellom hva terapeutene kan gjøre og hva enkelte pleiere kan gjøre viskes ut. Kunnskapen den enkelte pleier har i forhold til eksempelvis å trene gangfunksjon, kan ligne på det eksempelvis

fysioterapeuten gjør. Det innebærer at denne pleieren kan utføre noen former for gangtrening med pasienten som andre ikke kan. Følgelig kan spesifikk type rehabilitering utføres til flere tider av døgnet, når pleiere som kan dette er på jobb. Av sikkerhetsmessige grunner, er hjelpepleieren tydelig på at det i samråd med terapeutene er viktig at de tydeliggjør denne ulikheten, slik at pasienten kan dra nytte av kunnskapen til de som er på jobb, men hverken utsetter personale eller pasienten for fare ved at alle skal utføre jobben likt.

Under intervjuet gir fokusgruppedeltakerne uttrykk for at det kan være ulikt hvordan de som jobber på avdelingen ser på seg selv som profesjonsutøver i det tverrprofesjonelle teamet, og hvordan den enkelte profesjonsutøver vurderer rehabiliteringsprosessen til den enkelte pasienten. Dette tenker de kan bunne i en kombinasjon av trygghet på egen rolle, og hvordan enhver ser på seg selv og sin rolle i den tverrprofesjonelle rehabiliteringsutøvelsen og som profesjonsutøver;

*...hvis en tenker på «profesjonsbriller», så har du noen briller på som hjelpepleier, og så har jeg noen briller som fysioterapeut... og du, dine sykepleierbriller... (Fysioterapeut).*

*Men, med det dere har snakket om tidligere; så høres det ut som en også kan ha litt ulike briller bare fordi en har ulik erfaring? (Moderator)*

*Ja, yes! Veldig viktig! ...og tenker annerledes og gjør ting annerledes! At profesjon har ikke bare med profesjon...(Fysioterapeut).*

*... men hvordan man selv ser det...(Hjelpepleier).*

*Ja... sant (Sykepleier) (flere nikker og mm-er).*

*Og... at noen vil være mer i **sin** profesjon, mens andre... strekker seg litt mer... i ulike... ikke sant... gjør litt alt mulig! – og synes det er gøy, òg! Så der – der er vi litt forskjellige òg! (Fysioterapeut)*

*Ja, for det kan være litt sånn... uflaks og flaks for pasienten...! (De andre smiler litt, men er bekreftende i sine mm-er) Ja, men ikke sant.... Det er måten – det kommer helt an på – hvis en skal være helt ærlig (Ergoterapeut).*

*Ja, kjør på... (Fysioterapeut).*

*Pasienten kommer – har ikke den trygge fysioterapeuten, ikke sant... har en ergo som er.. kanskje kjempetrygg... og har en sykepleier som ikke jobber*

*fullt... og har en pleier som ikke tørr å videreføre... Da sitter den pasienten ganske... (Ergoterapeut).*

*... i klisteret... (sukker) (Hjelpepleier).*

*...stuck, ikke sant?! Så har en annen fysioterapeuten som «kjører på»! Eh – klarer å ta sjanser og tester ut pasienten litt mer...! Kanskje har ergo som jobber 100 og ikke 60%... som er her hver dag! Kanskje en sykepleier som er veldig god med medisiner – og en hjelpepleier som jobber 100%! Da har den pasienten en bedre sjanse! Og det er litt skummelt...ikke sant?! (Ergoterapeut)*

I sitatene over, er deltakerne igjen tydelig på at det innad på rehabiliteringsavdelingen er ulikheter som i sin tur kan få følger for pasientens sjanse til å oppnå sitt optimale potensiale. Erfaringsbakgrunn, hvordan en tenker, hvordan en utfører, trygghet og utrygghet i ulike situasjoner, om en er fremoverlent i forhold til å ta «neste skritt» eller om en gjør det en har gjort før, om en ønsker å jobbe mer profesjonsnært eller om en ønsker å jobbe mer tverrprofesjonelt, fysisk tilstedeværelse som følge av stillingsbrøk eller turnus... Det er mange faktorer som kan spille inn i den enkeltes prosess. Det er ikke ett enkelt svar på hva som er riktig – men fokusgruppedeltakerne er tydelig på at det kreves en bevissthet om at ulikhetene er der. Sykepleieren spiller inn at ***ulikhet er en styrke for arbeidet rundt rehabiliteringsprosessen, så sant det er åpenhet til å diskutere og reflektere over ulike måter å se pasienten og hvordan en skal tenke veien videre.*** Siden rehabiliteringspasienten forhåpentligvis er i stadig endring, vil et gjennom hele oppholdet dukke opp behov for å reflektere over, og avklare hensikt og rammer for videre plan.

Fysioterapeuten trekker bevisstheten om ulikhet innad på avdelingen litt videre slik:

*Men det, ja... så der er man egentlig på – der er vi på hva som er suksessen (bekreftende ja og mm-er fra de andre) – og hva som utfordrer den! Eh sant?! Og vi tenker at – avdelingen er et orkester; vi spiller alle ulike instrumenter (smiler litt) – vi synes vi har et veldig raust miljø (trekker pusten, gir inntrykk av at det hun nå sier er viktig) ...for hverandre her! Vi er gode på ulike ting! Og så er vi gode på noen av de samme ting – og det er også veldig viktig! (Fysioterapeut)*

*Ja, det er nok derfor vi har så gode resultater, tror jeg! Fordi vi er så tett – og fordi vi er så fleksible, da! Det er ikke sånn veldig låst...hver dag... (Hjelpepleier).*

*Jeg tenker at ulikheter i en gruppe er et sunnhetstegn, også! For da tør alle å si hva de mener! For når vi har disse tverrprofesjonelle møtene våre, så diskuterer vi jo ganske... mye, da! Og... og.. tenker da at man lærer noe nytt hele tiden – ved å høre de andre sine synspunkter! (Sykepleier) (bekreftende mm-er rundt bordet)*

*Ja.. at vi har ikke bare, liksom sykepleierbriller og ergoterapeutbriller – vi har rehabbriller, har vi ikke det?! (Ergoterapeut)*

*Jo... Ja! (Sykepleier)*

*Alle har de samme brillene, også! (Ergoterapeut).*

Samtidig som fokusgruppedeltakerne i sitatene over viser at de mener det er viktig å erkjenne at de er forskjellige og at det gis rom for hverandres ulikheter, kommer de stadig tilbake til hvordan de etterstreber å sitte med noe av den samme kunnskapen. Slik at alle har, til tross for sine respektive briller som sykepleier, ergoterapeut, hjelpepleier, lege eller fysioterapeut, et felles par briller; «rehabbrillene». Eller som fysioterapeuten billedlig beskriver; alle på rehabiliteringsavdelingen representerer et orkester, der hver profesjon representerer ulike instrumenter og ulike stemmer. Hver og en av de ulike profesjonsutøverne har sine roller å tilføre rehabiliteringsprosessen, slik at de blir «samspilt» og skaper en god symfoni. Imidlertid mener de at det er noen forutsetninger som må ligge til grunn for å få til dette, blant annet at det må ligge en nysgjerrighet og et ønske om å bli med og tilegne seg denne rehabiliteringskunnskapen;

*Jeg tenker også at man er ulike – man oppdager det selv når man på en måte ikke har nok kompetanse; det kan være ulike terapeuter og pleiere – vi prøver å hjelpe hverandre... Men, det er noen som... det er noen som... egentlig ikke ønsker å jobbe med rehab, ikke sant?! Ønsker ikke å ha mer kompetanse, ønsker ikke – så er det andre som sier; «Dette kan jeg ikke, kan du være så snill å hjelpe meg? Ta meg inn når det er amputasjonspasienter! Jeg føler meg ikke trygg!» Man må tørre å si sånne type ting! For å lære – hvis jeg skal lære fra fysioterapeuten her, så må jeg tørre å si «Jeg kan ikke det her! Jeg vil ikke*

*være alene i den situasjonen – men jeg vil lære fra deg! At du skal på en måte veilede meg!» Men ikke alle ønsker det, heller! (Ergoterapeut)*

Fokusgruppedeltakerne og ergoterapeuten med sitatet over, retter fokus mot at de mener det er om å gjøre at de som jobber med døgnerhabilitering av pasienter med omfattende behov har ønske om å gjøre nettopp det! Det handler ikke bare om erfaring. Arbeidsformen krever tett samarbeid, engasjement, åpenhet og et ønske om å bidra og lære av hverandre – sammen med pasient og pårørende. De mener det å ha et eierforhold og pasjon for rehabilitering generelt, og evne til å la seg begeistre over pasientens prosess spesielt, er grunnleggende viktig for å drive rehabilitering med denne pasientgruppen:

*...og så tror jeg det er viktig at vi er positive og har godt humør! Og at vi tror på det vi driver med, da! Ja, at vi løfter pasienten opp og frem – at vi heier på pasienten. De trenger det! Oppmuntring! Ja! Det tror jeg er viktig!  
(Sykepleier) (flere nikker og mm-er)*

*[...]Jeg tenker at det er... hvert fall en av de viktigste suksessfaktorene **miljømessig** i forhold til pasientene – det er jo at de i avdelingen er entusiastiske og tror på det man driver med! Og viser at man har kompetanse på det (andre nikker og mm-er – hjelpepleieren visker «trygghet») Som at – pasientene, da – da blir det litt forslitte «se og bli sett» - mye snakk om og er litt trend... (ler litt) Kanskje særlig med rehabiliteringspasienter er det veldig viktig! (kort pause) Ikke sant?! Det er på en måte greit der hvor tiden bare peker i en retning, men alle vet at det er ikke alltid at det går sånn! Og noen ganger så sitter det langt inne å få til, også?! Så da er det å få til dette med **entusiasme – og arbeidsglede**, og at det – det tror jeg kanskje **nesten** er noe av det aller viktigste, da. (det nikkes, mm-er) For å lykkes – egentlig (Lege, med hans uthevinger).*

Sykepleier og lege hevder i sitatene over at det kan være direkte sammenheng mellom formidling av entusiasme – arbeidsglede og hvorvidt en lykkes med rehabilitering. De skal heie fram og vise pasienten at de mener innsatsen er verdt resultatet av det de kan få til sammen. Kombinasjonen av at man har «entusiasme og tro på det man driver med», kompetanse på det som skal gjøres og at en «ser» den enkelte pasienten. Særlig viktig mener legen dette er når utkomme av innsatsen er uklar; når pasientens skade eller sykdom er så omfattende at en ved oppstart ikke vet hva som kan være mulig å få til.

Fokusgruppedeltakerne er samstemt i om at tro, entusiasme og arbeidsglede som formidles til

pasient, pårørende og hverandre, er uerstattelig og avgjørende for å lykkes med denne pasientgruppen.

## 5.0 DRØFTING

I dette kapitlet drøfter jeg funnene fra forrige kapittel i lys av Anne Edwards sine teoretiske perspektiver på tverrprofesjonelt samarbeid knyttet til komplekse utfordringer. Drøftingen av funnene er organisert i tre deler, delt opp i forhold til de tre hovedbegrepene Edwards benytter i sin teori; *relasjonell ekspertise, felles innsikt og forståelse, og relasjonell agency/handlekraft* (Edwards, 2010). I min studie har jeg satt søkelys på teamsamarbeidene og samhandlingene som er knyttet til rehabiliteringsavdelingens profesjonsutøvere og pasient/pårørende.

### 5.1 Relasjonell ekspertise

Funnene viser at det er svært viktig å se, lytte til og verdsette «mennesket» som kommer til rehabiliteringsavdelingen. I denne «Bli kjent» prosessen ønsker profesjonsutøverne å skape en positiv relasjon, utviklet gjennom kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende. Profesjonsutøverne, som også representerer ulike yrkesgrupper, søker å bli kjent med pasienten på flere plan; både medisinsk og personlig. Begge deler er nødvendig kunnskap for å bistå pasienten på veien til å finne motivasjon og krefter til å stå på i sin egen rehabiliteringsprosess. Bekjentskapet handler samtidig om å gjøre profesjonsutøverne og avdelingen kjent for pasient og pårørende. Rehabiliteringsteamet (bestående av ulike konstellasjoner, både pasientens miniteam og de ulike profesjonsutøverne som har det daglige ansvaret for pasienten) med pasient og pårørende, går inn i rehabiliteringsprosessen med ulike forventninger og motiv. Store ulikheter kan gi samarbeidet og rehabiliteringsprosessen ekstra utfordringer. Forventningsavklaringer der profesjonsutøverne løfter, blir kjent med og jobber med ulikhetene er derfor en viktig del av rehabiliteringsprosessen. For å få til dette, trenger profesjonsutøverne relasjonell ekspertise (Edwards, 2012, 2017). Funnene viser hvordan prosessen ofte kompliseres fordi pasienten gjerne kommer inn med en skade eller sykdom som er ny for dem selv og deres pårørende. De kan være i sjokk og har ikke erfaring til å vite i hvilken grad den fremtidige hverdagen kommer til å endres. Følgene av den aktuelle endringen kan heller ikke profesjonsutøverne på rehabiliteringsavdelingen vite med sikkerhet. For å håndtere dette på en god måte, er profesjonsutøverne avhengig av en velutviklet relasjonell ekspertise. Konkret utøves den relasjonelle ekspertisen gjennom en prosess der profesjonsutøverne samlet sett – det vil si som avdeling - går inn for å vise pasienten at de

engasjerer seg i hans eller hennes rehabiliteringsprosess. Samtidig tilstreber de vekselvis å skape og kreve engasjement hos pasienten, slik at han/ hun kan involvere seg i sin egen prosess. Gjennom felles engasjement mener profesjonsutøverne at de har større forutsetning til å finne ut hvilke muligheter som bor i pasienten. Denne måten å jobbe på ser ut til å være avgjørende i det som kan forstås som vellykket rehabilitering - slik den skisseres i politiske dokumenter og nasjonale veiledere; med tett tverrprofesjonelt samarbeid som bistår pasienten i hans eller hennes rehabiliteringsprosess (Helsedirektoratet, 2018; Omsorgsdepartementet, 2016).

### **5.1.1 Relasjonell ekspertise og handlingsformål**

Funn i studien viser at profesjonsutøverne anser arbeidsmiljøet og hvordan de samarbeider som en avgjørende faktor for hvordan pasient og pårørende opplever det er å komme til rehabiliteringsavdelingen, og hvordan rehabiliteringsprosessen utspiller seg. Forskning støtter synet på at tverrprofesjonelt samarbeid er nødvendig i møte med komplekse pasientsaker, og at den relasjonelle tilnærmingen som da behøves, er et eget kompetanseområde (Edwards, 2017; Willumsen, 2016). Ergoterapeuten trekker frem at de ved å jobbe nært og tidvis over i hverandres arbeidsområder, får en innsikt om hverandres profesjon som gjør dem både mer bevisst på hva de andre profesjonene står for, samtidig som utøveren blir mer bevisst hva de selv tilfører samarbeidet som profesjonsutøver (her ergoterapeut) (s46-47). Denne innsikten og tryggheten for egen profesjon og innad i teamet, kan sees i lys av forståelsen av *relasjonell ekspertise*, i det som noen steder kalles tverrprofesjonell flerspråklighet. Det å jobbe relasjonelt, innebærer at en som utøver anerkjenner at det er behov for å få vite mer enn den kunnskapen en selv sitter på; at de en samarbeider med kan bidra med en kunnskap og ekspertise som er av betydning - sammen med ens egen (Edwards, 2012). Profesjonsutøvernes søkelys på hvordan de vektlegger at de på rehabiliteringsavdelingen har et trygt arbeidsmiljø, der profesjonsutøverne tilstreber og ser nytten av å ha en gjensidig raushet og interesse for hverandres profesjon, kunnskap og erfaringer, minner om denne tankegangen. Åpenheten og den gjensidige interessen, er noe profesjonsutøverne beskriver som merkbart også for pasient og pårørende, og noe de tar med inn i relasjonsbyggingen i den enkeltes rehabiliteringsprosess (s45).

I tillegg til å være interessert i å lære hva andre bringer inn i samarbeidet, og dele det en selv kan tilføre, handler den tverrprofesjonelle flerspråkligheten om anerkjennelse av hvor viktig det er å få vite *hvor* kunnskapen kommer fra, både andres og ens egen. Vi formes av den praksisverden vi kommer fra, og det vi gjør initieres slik av et motiv som er formet av vår



individuelle bakgrunn, som profesjonsutøver og person. Begrunnelse eller hensikt bak *handlingsformål* («*Object of Activity*»), eller hvorfor vi gjør som vi gjør, kan derfor se annerledes ut for de ulike utøverne i et rehabiliteringsteam. Dette gjelder alle, både profesjonsutøverne, pasientene og de pårørende (Edwards, 2010, 2012). Funnene i min studie viser hvordan profesjonsutøverne på rehabiliteringsavdelingen også er opptatt av å bli kjent med «hvor» pasienten kommer fra, og få tak på hvem han eller hun er. Om vi som mennesker alltid handler ut fra et motiv skapt fra et aktivt (men ofte ubevisst) valg eller engasjement, gir det mening at de på rehabiliteringsavdelingen ønsker å vite *mer* om pasienten enn diagnose og funksjonsnivå. De trenger å få innsyn i begrunnelsene for hva som motiverer pasientene i hverdagen.

Eksempel på hvordan utøverne utvikler og bruker denne innsikten om hverandres handlingsformål, kan være når hjelpepleieren og fysioterapeuten forteller at de har nytte av å gå sammen inn i morgenstell, trening eller annet til en pasient (s38-39). De kan da ha en felles intensjon om deltagelse og mestring, men litt ulik innfallsvinkel ut fra profesjonen de representerer. Videre påpeker hjelpepleieren her at det ut fra pasientens forforståelser i forhold til egen deltagelse, er behov for å gjøre kjent intensjonen bak det de gjør også for pasienten. For at en slik samhandling om eksempelvis en forflytningssituasjon mellom profesjonsutøvere og pasient skal få verdi, er det viktig å formidle kunnskap som har betydning for pasienten – tilpasset slik at pasienten ser betydningen av å ta med seg denne kunnskapen til neste gang det samme skal gjøres. Samtidig er det en forutsetning at profesjonsutøverne har innsikt i, eller er interessert i å få innsikt om, hva som er ens egen og den andres hensikt med den tilnærmingen de velger å bruke i samhandlingen med pasienten. Dette vil være viktig kunnskap for at de ulike utøverne skal ha interesse for å investere tid og krefter i det tverrprofesjonelle samarbeidet fremover (Edwards, 2010, 2012, 2017). Fokus på å skape denne innsikten kan være viktig for å etablere og opprettholde en rehabiliteringspraksis som oppleves sammenhengende og tydelig, slik politiske føringer og retningslinjer etterspør (Helsedirektoratet, 2018, 2020; Omsorgsdepartementet, 2016).

I casen med slagpasienten med alkoholoverforbruk, beskrev ergoterapeuten pasienten som «uten forventning og naken uten ingenting» (s37), slik at det tok tid å finne ut hva som kunne ha verdi for pasienten, nok til at han lot seg motivere til handling. Profesjonsutøverne spilte da på sin relasjonelle ekspertise og brukte personlige og faglige egenskaper, på egenhånd og i felleskap, for å lokke frem hva som kunne være denne pasientens drivere. For å kunne bistå pasienten med å finne krefter til å gjøre en innsats, og *stå i det* gjennom en svært utfordrende

tid, må profesjonsutøverne – og pasienten – vite hva som engasjerer og motiverer, og hvor dette kommer fra. Dette fremstår som nødvendig for at profesjonsutøverne og pasienten skal ha noe å bygge videre på. Denne forståelsen synes å ligge til grunn for den praksisen som formidles i denne studien, og er gjenkjennelig i Edwards perspektiver: Det er viktig at pasient og pårørende innser at de har en oppgave å jobbe med, og at denne oppgaven har betydning for dem (Edwards, 2010). En slik type praksis er imidlertid tidkrevende og krever aktivt involvering, men ser ut til å være nyttig for å få et tverrprofesjonelt samarbeid til å fungere slik helse- og velferdspolitiske styringsdokumenter etterspør (Omsorgsdepartementet, 2016). Ved at en aktivt utnytter og utveksler hverandres ressurser slik, etterleves dessuten rehabiliteringsforskriftens hensikt om å invitere pasienten til å aktivt delta og se sammenhengen i egen livssituasjon (Rehabiliteringsforskriften, 2018).

I utøvelse av relasjonell ekspertise, er utgangspunktet at alle utøverne i det tverrprofesjonelle teamet er likestilt og bidrar inn i samarbeidet med sin unike ekspertise. Pasient og pårørende bidrar inn med ekspertise om seg selv. En slik forståelse fordrer likevel at profesjonsutøverne tilpasser samarbeidet i forhold til pasientens situasjon, og bistår pasienten ved behov for å styrke mulighet til deltagelse (Coppack, Kristensen, & Karageorghis, 2012; Edwards, 2010). Dette harmoniserer med hvordan pasientdeltagelse presenteres i *Rehabiliteringsveilederen* (Helsedirektoratet, 2018). I studien kommer det tydelig frem hvordan det å hente frem pasientens «ekspertise» er en kompleks prosess som foregår gjennom hele forløpet. Skaden eller sykdommen pasienten kommer inn med, er delvis en ukjent faktor som de må ta høyde for, som en del av *hvor* pasienten kommer fra og hvilken *ekspertise* pasienten nå innehar. Ingen av utøverne i det tverrprofesjonelle samarbeidet vet med sikkerhet hvordan pasientens tidligere liv, egenskaper og helseutfordringer påvirker fremtiden. En slik arbeidsform som orienteres mot pasientstyrt handlingsformål fordrer at profesjonsutøverne jobber tett relasjonelt og følger pasient og pårørendes bane. De må i tillegg være fleksible, klare for å endre kurs ut fra prosessen til pasient og pårørende. Igjen viser funn i denne studien at det kreves tid og tett tverrprofesjonelt samarbeid som utøves med en særegen kompetanse i forhold til relasjonelt samarbeid, for på best mulig måte imøtekomme intensjoner om å involvere pasienten i egen prosess slik helsepolitiske retningslinjer og forskrifter tilsier (Helsedirektoratet, 2018; Rehabiliteringsforskriften, 2018).

I det ene eksempelet ergo- og fysioterapeuten forteller om, utveksler de tanker og ideer med pårørende under et hjemmebesøk (s40). Refleksjonene de sammen gjør med pårørende, er basert på endringer de hver for seg har erfart, og mulighetene som de ser for seg ut fra ståsted

som pårørende, ergo- eller fysioterapeut. Denne samhandlingen fremhever de som en viktig del av prosessen. Profesjonsutøverne, pasient og pårørende jobber dynamisk med å gjøre kjent egen og andres motivasjon for hva en «ser - og ser etter»: Pasientens utfordringer og muligheter er slik under stadig vurdering. Endring (eller stagnasjon) kan påvirke pasientens funksjonsnivå/ hverdag, slik at opplevd og erfarte utfordringer og muligheter også endres. Med Edwards referanse til Vygotskys kulturell-historiske tilnærming til kunnskap og læring, vil pasientens forståelse av verden endres når hans eller hennes verden endres – og verden endres som en følge av endret forståelse (Edwards, 2017).

Det tydelige søkelyset på handlingsmotiv innad i det tverrprofesjonelle teamet, skiller Edwards (2010, 2012, 2017) fra annen forskning jeg har funnet i forhold til tverrprofesjonelt samarbeid i rehabiliteringssammenheng. Med Coppack, Kristensen, & Karageorghis (2012) sine ord, er det essensielt at en som behandler(e) inntar rehabiliteringspasientens perspektiv når de skal komme frem til en felles plan og bestemme tiltak som skal være motiverende for nettopp *denne* pasienten. I relasjonell ekspertise utvides dette til å se egne og hverandres perspektiver; pasienten i forhold til rehabiliteringsteamet, og de tverrprofesjonelle utøverne i forhold til hverandre, og sette de i en sammenheng som har betydning for pasientens rehabiliteringsprosess. Jeg mener også at perspektivene i relasjonell ekspertise tilfører et tydeligere krav til involvering og engasjement enn hva jeg finner i annen forskning.

### **5.1.2. Handlingsformål og forventningsavklaring**

I studien fremstår både pasientene med sine pårørende og profesjonsutøverne som individer, samtidig som de representerer en «rolle» i det tverrprofesjonelle samarbeidet; som pasient, pårørende, lege, sykepleier, hjelpepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut. For at det tverrprofesjonelle samarbeidet skal fungere, kommer det tydelig frem som funn i studien at det er viktig at de i de ulike teamsammensetningene jobber med forventningsavklaring. Rehabiliteringsteamene med de enkelte pasientene og deres pårørende har behov for å gjøre kjent hvilke forventninger de har til den aktuelle rehabiliteringsprosessen. Som et bakteppe for at de på rehabiliteringsavdelingen skal kunne møte pasient og pårørende med en felles tilnærming, må avdelingen i tillegg ha en egen form for forventningsavklaring. Begrunnelse og behov for forventningsavklaring på pasient- og avdelingsnivå har, sett i forhold til studiens funn, mange likhetstrekk.

Behovet for at rehabiliteringsavdelingen som enhet jobber med forventningsavklaring, kommer til uttrykk i eksempelet der fysioterapeuten understreker hvor viktig det er at alle som jobber på avdelingen er «innforståtte» om hva de legger i rehabilitering og hvilken visjon de

har på deres rehabiliteringsavdeling (s35-36). Ergoterapeuten og hjelpepleieren viser til eksempler der store forskjeller, eller «gap», mellom profesjonsutøverne i valg og utøvelse kan gi store negative konsekvenser for pasientens rehabiliteringsprosess. Likeså kommer det frem at interesse og engasjement for rehabiliteringsfeltet kan fremstå svært ulikt innad blant de som jobber på rehabiliteringsavdelingen (s48-51). Ergoterapeuten mener det ikke er slik at alle som jobber på avdelingen er interessert i å jobbe tverrprofesjonelt, eller er nysgjerrig og interessert i å lære hva andre gjør (s52-53). Som hjelpepleieren sier, er det ikke alle som «brenner» for rehabilitering og rehabiliteringspasientene slik hun gjør (s49). Samtidig kommer individuell egenart innad i den tverrprofesjonelle rehabiliteringsenheten frem i studiens funn som en styrke profesjonsutøverne bevisst spiller på i møte med pasient og pårørende. Det er ikke et ønske om at de alle skal være like (s51-53). Funnene i min studie, viser slik at det å jobbe med forventningsavklaring på rehabiliteringsavdelingen både innebærer å utvikle en felles visjon for det de ser som omforente handlingsformål i møte med pasient og pårørende, men også hvilken kunnskap og mangfold de ser på som gunstig for rehabiliteringsavdelingen som helhet. En av forutsetningene for å få til dette, poengteres av sykepleieren i eksempelet der hun tydelig gir uttrykk for hvor viktig hun opplever det er at de på avdelingen har en positiv atmosfære og viser raushet overfor hverandre, til ulikt syn og kompetanse – med åpenhet og behov for å diskutere og reflektere - også om det som de ikke ser likt på (s45). Ut fra det som kommer frem i studiens funn, er det å jobbe med forventningsavklaring og visjon på avdelingsnivå noe som kontinuerlig må jobbes med.

For å kunne samarbeide og samhandle om deres felles, komplekse utfordring, viser studien at rehabiliteringsteamet, med pasient og pårørende, trenger å ha en dialog om *hvor* pasienten kommer fra *nå*. Dette er knyttet til forventningsavklaring og krever som vist i funnene; tid og omtanke. Eksempel her kan være legens uttalelser i forhold til nytten av å ta seg tid til å avklare gjensidige forventninger med pasient og pårørende i forhold til hva som forventes å oppnå under rehabiliteringsoppholdet - både som grunnlag for å lage felles mål og tiltak, og fordi dette har betydning for videre samarbeid og de ulike utøvernes opplevelse av om oppholdet har stått til forventningene (s32-35).

Å bruke tid på forventningsavklaring harmoniserer også med Edwards (2010) fremstilling når det gjelder utvikling og praktisering av relasjonell ekspertise i tverrprofesjonelt samarbeid i komplekse pasientsaker. Både i det tverrprofesjonelle teamet, og i selve samarbeidet med pasient og pårørende. Gjennom praktisering av relasjonell ekspertise bygges broer mellom kunnskapen og forventningene som de ulike utøverne sitter med. Om samarbeidspartene

evner å øke innsikt om hverandre og den aktuelle utfordringen, påvirkes den enkeltes syn slik at de på rehabiliteringsavdelingen i større grad kan omfavne en utvidet og mer helhetlig forståelse for hva som er av betydning og hvorfor. Det å komme frem til en utvidet forståelse for betydningen av handlingsformålet, fremmes som nødvendig utgangspunkt for å bryte ned til konkrete målsettinger og delmål som gir mening for de ulike utøverne (Edwards, 2010, 2012).

Politiske føringer, nasjonale veilere og evalueringsdokument legger ikke skjul på at det i kompleks rehabilitering ofte ikke er mulig å få til løsninger som tilfredsstillende for alle forventninger og behov når en skal utvikle og opprettholde gode tjenester (Helsedirektoratet, 2020). Funn i min studie viser at det å sette mer søkelys på utvikling av forventningsavklaring er tidkrevende, men likevel nødvendig. Både for å spisse retningen av rehabiliteringsprosessen, og øke pasient, pårørendes og avdelingens opplevelse av å lykkes i rehabiliteringsarbeidet. Det å jobbe med forventningsavklaring og visjon, kan også være et nyttig bidrag i forhold til utfordringen om at det tverrprofesjonelle samarbeidet i kommunal rehabilitering på institusjon ikke fungerer godt - slik det pekes på i *Opptappingsplanen* (Omsorgsdepartementet, 2016).

Behovet for forventningsavklaring i tverrprofesjonelt samarbeid er kjent fra tidligere (Willumsen, 2016). Jeg mener imidlertid Edwards sin teori tilfører noe essensielt, ved at hun er så tydelig på hun ønsker å få frem hensikten i handlingsformålene i det tverrprofesjonelle samarbeidet i møte med komplekse pasientutfordringer. Dette fremstilles som noe dypere enn hva som er «viktig» - det er selve «drivkraften» bak det vi gjør. Edwards bruker et uttrykk «*I want to know the grit in the shoe*» (Edwards, 2012, p. 30), der hun gir uttrykk for en nysgjerrighet etter å vite hva som driver vedkommende til å fortsette. Grunnen til at utøveren eller det tverrprofesjonelle samarbeidet fortsatt får fotfeste og står på når det ikke ser mulig ut å komme videre. Denne forståelsen kan brukes og gi mening både på individnivå for pasient og profesjonsutøvere i deres hverdag, - og på teamnivå på rehabiliteringsavdelingen og i de ulike rehabiliteringsprosessene. Det å finne frem til og identifisere utøvernes drivkraft er også gjenkjennelig i funnene i denne studien.

Funn som kommer frem i studien i forhold til praktisering av relasjonell ekspertise på individ og avdelingsnivå, tydeliggjør at tilnærmingen til rehabiliteringsfeltet og den komplekse rehabiliteringspasienten har nytte av en særegen ekspertise. For at rehabiliteringsavdelingen skal kunne utvikle denne særegne ekspertisen som kommer den komplekse

rehabiliteringspasienten til gode, ser det ut til at det er viktig at profesjonsutøverne *jobbes sammen* til en tydelig enhet med en visjon som gir retning og inspirasjon til de ulike rehabiliteringsprosessene. Dette underbygger hva *Opptrappingsplanen* viser til, om at kommunalt rehabiliteringstilbud, blant annet på institusjon, bør fysisk skilles ut i egen enhet for å kunne utarbeide en tydelig og robust rehabiliteringsprofil (Omsorgsdepartementet, 2016).

### **5.1.3 Engasjement og ekspertise**

Ut fra funn i denne studien, ser det ut som engasjementet i seg selv har betydning for hvordan profesjonsutøverne samhandler og utvikler praksis i de ulike teamsammensetningene på den kommunale rehabiliteringsavdelingen. Det vil si; at de har eierforhold og entusiasme for rehabiliteringsfeltet generelt - og evne til å la seg begeistre over pasientens genuine rehabiliteringsprosess. Dette poenget kommer blant annet frem i innspillet til hjelpepleieren, når hun formidler at hun *«brenner veldig for rehabilitering – og jeg ser hva som er gjort – og så gjør jeg noe videre med pasienten, ikke sant?!» (s49)* I utøvelse og utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid, handler relasjonell ekspertise om å være engasjert i, interessert og nysgjerrig på hva andres bidrag i prosessen er, med den kunnskapen som den enkelte bringer inn – og at de som profesjonsutøvere og medmennesker handler ut fra et profesjonelt engasjement i pasient og pårørende (Edwards, 2010, 2012).

Det kommer også frem i studien at det å formidle og skape engasjement hos pasient og pårørende er et mål i seg selv: Engasjement og åpenhet for å lære mer om sin nye situasjon, både hva de står ovenfor – «hva er viktig for deg?» – og hva kan gjøres. Eksempelvis kommer dette frem i sykepleierens innspill: *«...jeg tror det er viktig at vi er positive og har godt humør! Og at vi tror på det vi driver med, da! Ja, at vi løfter pasienten opp og frem – at vi heier på pasienten.» (s53)* Legen understreker dette med å påpeke at han ser formidling av entusiasme og tro på det en gjør i kombinasjon med at en viser at en har den aktuelle kompetansen, som en av de viktigste miljømessige suksessfaktorene i forhold til pasienten.

Engasjement står også som en sentral faktor hos Edwards (2012); for et godt læringsmiljø, for å utvikle ekspertise og for å utvikle godt, tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling. Hun viser til at de ulike utøverne i samarbeidet må la seg involvere og engasjere, fordi det øker forutsetning for at det er interesse for å lære om og med hverandre, og for å finne alternative løsninger sammen (Edwards, 2012). Det betyr at dersom egenmestring er ønskelig, er det ikke nok for personalet å utføre på vegne av pasienten, uten krav og invitasjon til aktiv involvering fra pasienten. Dette er et fokus som også kommer frem i funnene i denne studien, eksempelvis

når hjelpepleieren forteller om en pasient som nettopp har blitt overført til deres rehabiliteringsavdeling; ved å være direkte og fortelle om hensikt for hvorfor pasienten selv må bidra i de ulike gjøremålene i ADL, krever hun innsats fra pasienten fra første stund (s38-39).

Det kommer imidlertid frem i studien at involvering av pasienten til tider likevel må lempes – ut fra hvor i prosessen pasienten er. Dette kommer eksempelvis frem når fysioterapeuten forteller om hvordan noen pasienter har behov for å få tid til å akklimatisere og komme seg første tiden av rehabiliteringsoppholdet. Det er ikke alle som er beredt til å være aktivt engasjert fra første stund. «*Noen ganger må vi være pasientenes motivasjon!*» forteller fysioterapeuten, før de gradvis kan sette større krav til pasientens deltagelse (s43). Andre eksempler fra studien viser også at personalet anser det nødvendig å variere hvordan de setter krav til eller bistår pasienten i deres samhandling, og at dette er en vurdering de gjør hele tiden. Dette viser hvordan aktiv involvering fra pasienten ikke er et enten-eller-forhold, men noe som profesjonsutøverne får frem gjennom engasjement og tilpasset intervensjon i forhold til krav og bistand. På sikt er derimot en del av arbeidsformen at de formidler en læringsprosess, der pasienten skal involveres til å selv utføre det de kan, men med eventuell bistand og tilrettelegging om det behøves. Da utfører de *sammen med* pasienten. Utover i prosessen, vil målet være å gradvis vise pasienten tillit og slippe pasienten til på egenhånd – med så høy grad av egenmestring som mulig. Dette samsvarer med tidligere nevnte behov for tilpasning for å fremme pasientdeltagelse i *Rehabiliteringsveilederen* (Helsedirektoratet, 2018) og Brewer m.fl. sin artikkel om pasientmedvirkning i målprosesser (2014).

Samhandlingsprosessene over illustrer situasjoner der pasienten er i en læringsprosess og utvikling, veiledet av profesjonsutøverne som praktiserer en form for ekspertise i sin tilnærming. Ekspertkunnskapen vokser frem gjennom en blanding av indre motivasjon hos utøver knyttet til handlingsformål i daglig praksis, og hvordan dette henger sammen med hva som har betydning på arbeidssstedet. Det kreves gjensidig engasjement i utøvelse, der hva som har betydning blir vektlagt gjennom tolkning og respons til oppgavene en som profesjonsutøver møter (Edwards, 2010, 2012). I studiens funn demonstrerer profesjonsutøverne eksempler på hvordan de kan utøve denne type ekspertkunnskap; ved at de engasjerer seg i pasientens situasjon og utfordring, og ved å vurdere individuelt og fortløpende hvilket behov pasienten har ut fra hans eller hennes særegne funksjon.

Dersom gapet mellom hvilket krav som stilles, og hva pasienten på gjeldende tidspunkt kan mestre blir for stort, er faren for at pasienten får en omvendt mestringsopplevelse. Ved å legge til rette for et miljø som gjør pasienten i stand til, og gir tillitt til å være mer selvstendig, skapes en forsterkende effekt ved at en gjennom mestringsopplevelser bygger opp pasientens iboende motstandskraft, også kalt resiliens. Utvikling av pasientens resiliens kan videre gjensidig påvirke og forme engasjement for videre utvikling og deltagelse i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Edwards, 2010). Bonanno (2004) støtter Edwards teori om nytten av å forsterke pasientens resiliens. Funnene i min studie viser hvordan engasjementet profesjonsutøverne viser, og engasjementet de krever, inngår som en svært viktig del av den arbeidsformen og ekspertisen som de både tilstreber å utvikle og arbeide etter.

Funnene viser at profesjonsutøverne møter mange pasienter med kognitive utfordringer på rehabiliteringsavdelingen deres. Ofte er det snakk om pasienter som har nedsatte evner i forhold til innsikt, til å vurdere situasjonen og nedsatt initiativ. Sett i lys av Edwards teori angående utvikling av kunnskaps- og mestringsnivå, er det forståelig at kognitive utfordringer vanskeliggjør pasientens muligheter for ansvarliggjøring og egenmestring og dermed en målrettet rehabiliteringsprosess. Ifølge Edwards, må en beveges seg videre fra en veiledet, forenklet og løsrevet tilnærming til avanserte problemstillinger, og la seg engasjere og foreta aktive, bevisste valg, for å komme seg videre fra laveste trinn på utviklingsstigen (Edwards, 2012). I funn fra min studie, fremgår det at pårørende i større grad blir involvert når det er snakk om kognitive utfordringer. Eksempelvis trekker legen frem hvor viktig dialogen med pårørende er, og understreker hvor stor betydning forventningsavklaring i disse situasjonene er, som en av forutsetningene til å *«skape et meningsfullt og trygt liv som både pasient og pårørende verdsetter videre»* (s35). Fysioterapeuten utdyper med hvor viktig det er at de som profesjonsutøvere møter de pårørende i deres fortvilelse og sorg, og gir opplevelse av at de står sammen med de pårørende i de vanskelige valgene de som pårørende må ta. Valg som kan ha inngripende følger, og som til tross for ønske om å ivareta mestring i hverdagen, ikke er mulig når en også skal ivareta trygghet. Valg som ikke alltid har en optimal løsning. Fysioterapeuten understreker i dette eksempelet viktigheten av ivaretagelse av pårørende, og fremhever pleiernes rolle her, i forhold til at det ofte er på kveldstid de besøkende kommer.

Jeg mener Edwards i sine fremstillinger er særskilt tydelig i forhold til viktigheten av engasjement i tverrprofesjonelt samarbeid i komplekse pasientsaker: For å dele, for å lære mer om hverandre, for å utvikles og for å tilføre prosessene en ekspertkunnskap. Dette harmoniserer med funn som går igjen i denne studien. Tverrprofesjonelt samarbeid og



utvikling av rehabilitering som arbeidsform og prosess krever innsats, tid og en god porsjon egeninteresse og involvering fra hver enkelt som arbeider på rehabiliteringsavdelingen - sammen med rehabiliteringspasienten og deres pårørende. Engasjement og interesse for rehabiliteringsfeltet presenteres i denne studien som noe profesjonsutøverne opplever som en faktor som er viktig, men som innad på rehabiliteringen ikke er en selvfølge, og kan være svært ulik mellom profesjonsutøverne. Dette argumenterer igjen for at rehabilitering av pasienter med omfattende behov bør foregå på egne enheter som har spisset seg på feltet (Helsedirektoratet, 2020; Omsorgsdepartementet, 2016).

## 5.2 Felles innsikt og forståelse

Rehabiliteringsteamet i studien tilstreber å skape innsikt og forståelse for hvordan hverdagen på avdelingen kan fungere best mulig med pasienten, og hvordan hverdagen i fremtiden kan bli. Bruddstykker settes sammen og omorganiseres, i et forsøk på å sette dem i en kontekst, en helhet, som egner seg for videre plan og tiltak. Ikke bare under de første kartleggingene, men hele veien under oppholdet. Det jobbes aktivt for å øke innsikt om pasientens situasjon og muligheter, slik at forutsetningene for å komme til en felles forståelse for hvilke forventninger de har til hverandre og hva som er mulig å oppnå sammen øker, både tverrprofesjonelt og sammen med pasient og pårørende.

Disse funnene har mye til felles med fremstilling av *felles innsikt og forståelse* (Edwards, 2017). Noe av målet med å utøve relasjonell ekspertise, er at profesjonsutøverne (eventuelt med pasient og pårørende) gjennom diskusjoner og samhandling jobber seg frem mot felles innsikt og forståelse for hva som har betydning videre, som igjen påvirker handlingsformål og tiltak: «Common knowledge [...] is made up of what matters in each profession, that shape and take forward professional practice» (Edwards, 2017, p. 9). Som med utvikling og praktisering av relasjonell ekspertise, gjelder også felles innsikt og forståelse både mellom profesjonene, og i fellesskap med pasient og pårørende. Dessuten gjelder felles innsikt og forståelse både i de større sammenhengene; som i utvikling av forventningsavklaring og visjon - og i de daglige gjøremålene der en på egenhånd eller alene utfører en handling eller aktivitet som har sammenheng med utfordringen en jobber med i fellesskap (Edwards, 2010, 2012).

Store ulikheter i forståelse og innsikt er allerede fremstilt som en kjent utfordring for rehabiliteringsarbeidet i denne studien. Det å komme frem til felles forståelse og innsikt, eksempelvis i forhold til forventningsavklaring, er kommet frem som et viktig grunnlag for en felles opplevelse av å ha hatt en god rehabiliteringsprosess. Edwards støtter behovet for å

adressere ulikt syn og innsikt, og påpeker, i tråd med hva som kommer frem som funn i studien, at den felles forståelsen en oppnår ofte er skjørere om gapet er stort i utgangspunktet (2014; 2010, 2012).

### **5.2.1 Felles innsikt og forståelse – en pågående prosess**

Edwards (2010) viser til at det skaper utfordringer når vi møter pasienter som på en eller annen måte mangler noen av forutsetningene for å kunne vite hva en kan forvente av fremtiden. Hverken mangel på forventninger eller for store forventninger er et godt utgangspunkt for sammen å komme til gode handlingsformål. Samtidig peker hun på at dette ofte vil være tilfelle, noe som samsvarer med mine funn: Profesjonsutøverne forteller at det hender at pasienten kommer inn *med* motivasjon og klare tanker som stemmer overens med hva de ser som hensiktsmessig å sette i gang med i forhold til rehabiliteringsprosessen. De formidler det imidlertid som mer vanlig at pasient og pårørende strever med å være beredt til å sette relevante mål (s43). Edwards meddeler:

then a pedagogical element is added which will include eliciting and negotiating the motives of clients and often working slowly to support them as they develop a capacity for agentic action on their own trajectories (Edwards, 2010, p. 13).

Sett i lys av Edward sin teori og sitatet over, illustrerer også mine funn i denne studien hvordan profesjonsutøverne må bruke både tid, kløkt og forhandlinger før de har forutsetning for å finne en felles retning videre. Slike forhandlinger er også gjenkjennelig fra forskning om hvordan en skaper en sterk arbeidsallianse som fundament for det endringsarbeidet en står ovenfor i samarbeid mellom pasient og behandler(e) (Bordin, 1994; Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010; Nerdrum & Geirdal, 2017). Funnene som kommer frem under dialogene mellom profesjonsutøverne på den kommunale rehabiliteringsavdelingen, får frem flere eksempler på hvordan de tenker og «forhandler» med pasient og pårørende for å komme frem til felles innsikt og forståelse.

Det fremgår i studiens funn hvordan profesjonsutøverne ser disse forhandlingene som en av forutsetningene for at en i fellesskap eksempelvis kan finne frem til formål og planer som pasient og pårørende kan oppleve å være en del av, nok til at de ikke resignerer, men heller ønsker å engasjere seg. Noen ganger kan det handle om aksept. Aksept for det som ikke er optimalt, men likevel kan bli en opplevelse av felles handlingsformål og tiltak.

Ergoterapeuten gir et eksempel der hun forteller om hvordan rehabiliteringsteamet kan velge å gjennomføre hjemmebesøk, til tross for at de mener det er begrensede muligheter for at

pasienten kan komme hjem (s43-44). Gjennom de praktiske samhandlingene og aktivitetene gjør pasienten og rehabiliteringspersonale erfaringer, og pårørende inviteres til å bli med på treningsøkter og hjemmebesøk. Som ergoterapeuten formidler, ser de viktigheten av at det tverrprofesjonelle teamet graderer tempo og «går sammen med (pasient og) pårørende», til tross for at de som fagpersoner til tider er fristet til å konkludere og bestemme retning mye før. De ser at pasient og pårørende trenger å få tid til å omstille seg. I disse prosessene fremstilles det som viktig at profesjonsutøverne samarbeider godt og har en plan der de fortløpende evaluerer og eventuelt endrer kurs underveis.

Som funnene viser, er tid og ressurser i slike prosesser et tema som spiller inn. I hvilken grad en mestrer å spille pasient og pårørende inn i sin egen prosess, vil kunne være snakk om prioritering ut fra en større sammenheng i forhold til politiske og praktiske forhold som må hensyntas. Dette er et kjent fenomen også i tidligere forskning (Willumsen, 2016). Om en ser videre til forskning, tilsier den at det bør økes bevissthet til hvordan en følger opp, også i de mer komplekse og tidkrevende rehabiliteringsprosessene: Resultatene peker mot at eldre pasienter som opplever å delta aktivt i egen prosess, er mer tilfreds med helse- og omsorgstjenestene, har færre reinnleggelses og bedre behandlingsresultater (Kvæl et al., 2018).

Jamfør tidligere drøfting om forventningsavklaring, vil større gap mellom pasient og pårørendes innsikt og forståelse i forhold til rehabiliteringsteamet, kreve mer omfattende omstillingsprosesser enn om utøverne i utgangspunktet står «nærme hverandre» (Edwards, 2010, 2012). I tillegg vil økt skadeomfang med tilhørende endringer hos pasienten gjerne gjøre prosessen ytterligere kompleks. I funnene som kommer frem i studien, blir det stor kontrast mellom hvordan profesjonsutøverne kan la rehabiliteringsprosessen rulle fremover fra start når alt ligger til rette, og situasjoner der pasienten har mange ulike utfordringer - noe som krever komplekse prosesser der utøverne hele tiden må holde tak i prosessen for å oppnå for små endringer.

Funnene i denne studien vise at rehabiliteringsprosesser der pasientene har betydelige kognitive endringer er prosessen særlig utfordrende. Ut fra Edwards teori om relasjonell ekspertise og forutsetninger for gode samarbeidsprosesser, kan en se for seg at dette er ekstra vanskelig å få til, både grunnet pasientens symptomer og fordi det som funnene også viser, følger ekstra mye usikkerhet og bekymringer med for pårørende (s34-35) (Edwards, 2012).

### **5.2.2 Rehabiliteringsavdelingen – bevissthet om egen felles innsikt og forståelse**

Funn i min studie tilsier at flyt i samarbeidet og samhandlingen mellom profesjonsutøverne påvirkes av hvor godt de kjenner til hverandres og felles kunnskap, som igjen påvirker intervensjon med pasienten. Det at eksempelvis pleierne og terapeutene praktisk samhandler om de komplekse pasientene, fremstår som viktig for at de skal utvikle en felles forståelse og innsikt for hvordan de skal håndtere pasienten eksempelvis under forflytning (s38-39). Om profesjonsutøveren tar med seg tankegangen om hensikten de andre profesjonene bringer inn i de ulike aktivitetene, skaper dette en helhet som gir flyt og sammenheng som vil gagne pasienten - om en tilsvarende ikke gjør det, kan det skape brudd i flyten (s48-49). I lys av Edwards perspektiver, skapes flyt når en i tverrprofesjonell sammenheng mestrer å ta i bruk felles innsikt og forståelse i praktisk samhandling og samarbeid, slik at utførelsen gjenspeiler en forståelse for hensiktene bak de ulike profesjonenes innspill - uten behov for veiledning eller andre mer omfattende prosesser (Edwards, 2010). Om de på rehabiliteringsavdelingen skal oppnå flyt i tverrprofesjonelt samarbeid om komplekse pasientsaker, vil det derfor være behov for at det er etablert gode rutiner for at profesjonsutøverne er godt kjent og har en felles innsikt og forståelse for rehabiliteringsprosessene og aktivitetene knyttet til disse. Samtidig tydeliggjør både profesjonsutøverne i min studie, og Edwards, at om de tverrprofesjonelle samarbeidsprosessene skal være levende og gjeldene, vil det være behov for kontinuerlig oppmerksomhet og refleksjoner der de evaluerer og gjør eventuelle fortløpende endringer ved behov (Edwards, 2010, 2012). Dette indikerer at det er behov for en etablert rehabiliteringsenhet med fleksibel, men god struktur for det tverrprofesjonelle samarbeidet (Helsedirektoratet, 2020; Omsorgsdepartementet, 2016).

Det kommer tydelig frem i studiens funn at flere av profesjonsutøverne opplever de sitter inne med en særegen kunnskap nettopp fordi de har jobbet så tett sammen over tid i de ulike rehabiliteringsprosessene. Dette bringer opp effekten av tett tverrprofesjonelt samarbeid over tid. Funn i studien viser til at kunnskapsbasen til profesjonsutøverne endres etter hvert som de jobber på rehabiliteringsavdelingen: De blir mer bevisst på hva som er særegent for deres profesjon – hva som er deres særlige bidrag inn i fellesskapet (s47-48). Samtidig gir profesjonsutøverne uttrykk for at de både som enkeltutøvere og som felles gruppe endrer og utvikler en særegen ekspert kunnskap for det behovet de har i møte med rehabiliteringspasientene som kommer til avdelingen. Dette er særlig synlig der profesjonsutøverne snakket om at de hadde rehabiliteringsbriller, og ikke bare sykepleier- eller ergoterapeutbriller (s50-52).

Fysioterapeuten som forteller hun har jobbet mange år på avdelingen, mener hun har integrert noe av kunnskapen til sine kollegaer «inni seg», noe hun påstår gjør henne tryggere, og gir henne en annen bredde i møte med ulike rehabiliteringspasienter (s47). Når profesjonsutøverne på en kommunal rehabiliteringsavdeling jobber ut fra en felles forventningsavklaring og visjon, vil dette gi retning og forme hvilket behov for kunnskap de ulike yrkesutøverne tilegner seg, og etter hvert også hvilken kunnskapsbase de som samlet enhet «sitter på». Ut fra hvordan dette fenomenet står frem i min studie, ser det ikke ut til at denne felles og særegne kunnskapen (rehabiliteringsbrillene) kommer automatisk med ansiennitet, men krever et visst engasjement og innsats for å erverve. Dette samsvarer med Edwards (2012) tidligere nevnte fremstilling av utvikling av ekspertise innen et felt.

Helse- og velferdspolitiske styringsdokumenter påpeker blant annet at rehabilitering av pasienter med omfattende og sammensatt behov er særlig komplekst, og at tverrprofesjonelt samarbeid er et eget kompetanseområde. Samtidig etterlyser de mer etablerte og innarbeidede rehabiliteringsprosesser, pasientmedvirkning som innebærer faktisk involvering av pasient og pårørende, og tverrprofesjonelt samarbeid som fungerer (Helsedirektoratet, 2020; Omsorgsdepartementet, 2016). Kunnskapen som kommer frem i dette delkapittelet, sier noe om hvor levende og dynamisk utvikling og praktisering av samarbeid og samhandling i rehabiliteringsfeltet er. Dessuten at kompetansen er så nært knyttet til profesjonsutøverne som faktisk utfører den. For å møte noe av kravet som er til rehabilitering av pasientgruppen med omfattende behov på en tilfredsstillende måte, kommer det tydelig frem her at en bør anerkjenne ekspertise egenskapene i denne måten å jobbe på, samt hvordan den utvikles og praktiseres. Dette understøtter igjen offentlige anbefalinger og føringer om at det er hensiktsmessig å ha egne enheter for spisset form for rehabilitering organisert i egne enheter, der det er mulighet for å utvikle og opprettholde tverrprofesjonell kompetanse og fagmiljø med klart rehabiliterende siktemål (Helsedirektoratet, 2018, 2020; Omsorgsdepartementet, 2016).

Edwards kommenterer også hvordan tett samarbeid fører til endring av kunnskap, men er klar på at den er mer et produkt av, og ikke primærmålet for det tverrprofesjonelle samarbeidet:

Learning does occur as people work together, but that is not the prime motive for working relationally. Instead, its purpose is more successful task accomplishment thorough working in relation to what each participant brings to the task. (Edwards, 2010, p. 61)

Dette kan være tilfelle generelt i forhold til tverrprofesjonelt samarbeid i komplekse pasientsaker som går på tvers av ulike, mer separate tjenester. I rehabilitering på døgnavdeling skal en imidlertid få til et tverrprofesjonelt samarbeid som skal få til en retningsdrevet mestringstilnærming gjennom hele døgnet. Jeg mener derfor at denne læringseffekten er noe en skal søke å oppnå på kommunale rehabiliteringsavdelinger, samtidig som en må være bevisst det å opprettholde den særegne kompetansen de ulike profesjonene bringer inn i samarbeidet. Denne gunstige effekten, der det også er fare for at de ulike profesjonene kan bli for like, er et syn som også nevnes av Willumsen (2016).

### **5.2.3 Relasjonelt samarbeid og nærhet**

*Nærhet* utkrystalliserer seg som et funn i denne studien. Nærhet slik at utøverne kan være *til stede* - fysisk og i mer overført betydning for hverandre, tilgjengelig for den dynamiske «Bli kjent» prosessen. Fysisk tilgjengelighet mellom profesjonsutøverne støttes som viktig suksesskriterium i en av studiene som legges frem i gjennomgangen av ulik *Forskning på helse- og sosialfaglig samarbeid – en «review» fra Storbritannia* (Cameron, Lart, & Baostock, 2016). Dette er i tråd med funnene i min studie. Det kommer imidlertid frem at de faste pasientrettede møtene, intervensjon med enkeltprofesjoner og dokumentasjon alene ikke er nok på døgnrehabiliteringsavdelingen. Felles intervensjon med pasienten er også viktig. I tillegg trekker blant annet ergoterapeuten frem de «tilfeldige» møtene og samhandlingene der profesjonsutøverne observerer, bidrar og «slår av en prat» med pasient og pårørende, som viktige bidrag for å bli kjent og få tillit til hverandre. De uformelle «møteplassene» der de oppsøker hverandre og reflekterer rundt erfaringer og tanker og ideer de får underveis, blir en fruktbar og nyttig del av prosessen. Detaljer noen har erfart eller fått med seg i en uformell samtale med pasienten, blir viktig å dele fordi disse refleksjonene kan føre til innsikt om behov for å endre felles videre kjøreplan underveis. Det kreves evne og anledning til å fange opp, dele og bearbeide essensen av det de ulike utøverne bringer inn i samarbeidet, og utvide hvordan en forstår og ser på en kompleks utfordring til et *samlet* formål (s38/40-41/46-47). Denne arbeidsformen sikrer en sammenheng i rehabiliteringsforløpet og hindrer fragmentering, noe som både politiske føringer og forskning viser til er en kjent utfordring (Helsedirektoratet, 2020; Kvæl et al., 2018; Omsorgsdepartementet, 2016).

Balansen mellom å være «nær» og samtidig profesjonell nevnes flere ganger. Det står frem som funn at det å skape en opplevelse av (arbeids)allianse, der profesjonsutøverne «står sammen» og «går veien» med pasient og pårørende, blir viktig for å ha en felles opplevelse av at utøverne i samarbeidet er investert i de felles utfordringen de står ovenfor (s43).

Forskningen understreker nødvendigheten av at helsepersonell i denne prosessen selv ser behovet for at de som profesjonsutøvere anerkjenner og har tro på pasienten som individ innehar viktige ressurser (Hall et al., 2010). Dette er gjenkjennelig kunnskap både hos Edwards (2010) og i annen forskning. Det er for eksempel en utbredt oppfattelse at arbeidsalliansen er en viktig faktor for å oppnå endring, terapiform satt til side (Nerdrum & Geirdal, 2017).

Eksempel her kan igjen være hjerneslagpasienten som blant annet hadde en forhistorie med alkoholoverforbruk. Han kom inn uten forventninger hverken til seg eller andre. Profesjonsutøverne gikk da inn og viste at *de* hadde forventninger, og skapte grobunn for motivasjon hos pasienten som begynte å bidra inn i samarbeidet og forvente mer av seg selv og fremtiden. Et annet aktuelt eksempel ble presentert tidligere i dette delkapittelet, der rehabiliteringsteamet gikk «*sammen med (pasient og) pårørende*» i deres prosess.

Det kommer frem i studien at opplevelsen av fellesskap og støtte også mellom profesjonsutøverne på avdelingen er viktig. Det er tunge saker de står i, med hardt skadede og syke pasienter og pårørende som må møte store omveltninger (s46). I tillegg gir profesjonsutøverne uttrykk for at det er viktig for dem å vite at det er flere om å holde i tråden, til å føre «stafettpinne» videre (s42). I denne sammenhengen nevnes igjen engasjement og interesse for å bistå hverandre som viktig. Vissheten om at du ikke er alene, at det er flere om å dele ansvar i møte med komplekse, store livsendringer, formidles også av Edwards (2010) som av stor betydning. I dette fellesskapet hevder hun det er en gjensidighet, som i sin tur kan virke styrkende på de involverte. Leders rolle vil her være av betydning for å legge til rette for og være en del av denne støtten (Radtke, 2013; Willumsen, 2016).

### **5.3 Relasjonell agency – relasjonell handlekraft**

Funn i studien viser at profesjonsutøverne som rehabiliteringsteam ønsker pasientmedvirkning og en brukerstyrt prosess. Samtidig er de klare på at kompleksiteten i pasientens situasjon ikke alltid gjør han eller henne klar for å være en aktiv deltaker fra begynnelsene av rehabiliteringsprosessen. Individuelle tilpasninger i forhold til timing, tempo og intensitet fremstilles som svært viktig for at de skal lykkes med å bistå pasient og pårørende på veien. Utover i forløpet foretas fortløpende vurderinger og endringer, der de tilstreber å involvere og gjøre pasienten mer likestilt og aktiv utover i rehabiliteringssamarbeidet. Funn fra studien viser at endring og utvikling er noe profesjonsutøverne tilstreber skal være en del av arbeidsformen deres, både som avdeling og i samarbeidet med rehabiliteringspasienten og hans eller hennes pårørende. Denne bevisstheten

om å ha en retningsdreven prosess kan ses i lys av *relasjonell agency, eller relasjonell handlekraft* (Edwards, 2012). Det er flere fellestrekk med forutsetningene og faktorene som deltakerne formidler må til for å utvikle rehabiliteringsavdelingens arbeidsform og visjon - og pasientens rehabiliteringsforløp i ønsket retning: Det er behov for finne frem til trygghet og tillit, åpenhet, nysgjerrighet, engasjement, fleksibilitet, kompetanse og profesjonalitet, entusiasme og glede – og en bevissthet om at en står sammen i de store utfordringene. Ulikheter mellom profesjoner og mellom utøvere innad i samme profesjon fremstilles som en del av hverdagen, like naturlig som at pasientene er ulike. Hvordan en håndterer og møter ulikheten, formidles som avgjørende for om ulikheten stimulerer til vekst og utvikling eller omvendt.

Ifølge Edwards, er relasjonell handlekraft eller agency, relasjonell ekspertise og felles innsikt og forståelse i praktisk utøvelse (Edwards, 2010). Relasjonell handlekraft handler om hvordan profesjonsutøverne spisser retningen på rehabiliteringsprosessen. Her er det om å gjøre at samarbeidet og samhandlingen reflekterer motivene som er gjort kjent, og nyttiggjør seg den relevante ekspertisen til alle utøverne i rehabiliteringsteamet. I hvilken grad profesjonsutøverne, i fellesskap med pasient og pårørende, mestrer å skape flyt i samhandlingen, vil påvirkes av hvor langt de har kommet mot sin felles forståelse og innsikt – hvilket nivå de er på i forhold til hverandre, for å trekke veksler på hverandre (Edwards, 2012). I funnene fra studien kommer det frem at profesjonsutøverne på avdelingen bruker mye tid på å nettopp samkjøre og samhandle, for å søke å ha en felles tilnærming som samtidig preges av fremdrift – i et tempo som må tilpasses pasientens prosess. Tidsaspektet er heller ikke ukjent for Edwards i møte med pasienter med komplekse og omfattende utfordringer: «Relational work, with those who need it most, cannot be done quickly!» (Edwards, 2010, p. 95)

### **5.3.1 Pasientens prosess**

I likhet med hva Edwards (2010) formidler i sin perspektiver, viser studiens funn at profesjonsutøverne er opptatt av å skape en setting der pasienten er den egentlige «agenten» i rehabiliteringsprosessen. Som det tidligere har kommet frem i denne studien, er imidlertid erfaringen at pasientene ikke nødvendigvis er «tilgjengelige» for denne oppgaven fra start av. Fysioterapeuten forteller i et av eksemplene på dette, at pasienten kan ha behov for å akklimatisere seg etter lengre tids sykeleie, før de på rehabiliteringsavdelingen gradvis setter større krav til egenaktivitet og ansvar (s43). Erfaringer som kommer frem i studiens funn, er at tid til omsorg og pleie i flere tilfeller kan være en god investering for å skape den alliansen de trenger for å komme vider til å mobilisere krefter og snakke om mål og fornyelse. Først



senere, etter en gradvis omstillingsprosess kan pasienten bli klar for å overta noe av «makten» og styringen (agency) i egen rehabiliteringsprosess. Tempo og timing viser seg slik å være en viktig del av intervensjonen, og krever at profesjonsutøverne samhandler og endrer kjøreplan fortløpende i forhold til pasientens situasjon.

Fenomenet som fysioterapeuten og de andre profesjonsutøverne forteller om her, er kjent problemstilling fra tidligere. Om pasienten mestrer omstillingsprosessen, er dette et produkt av at pasient og pårørende i et dynamisk samspill erfarer og lærer, fordi forutsetningene deres endres i forhold til den situasjonen de er i. Deltagelse må slik sees på som en utvikling av pasients forutsetninger til å handle ut fra sin egen situasjon. Først da er det mulig å forbedre sin pasientdeltagelse (Brewer et al., 2014; Edwards, 2010). Dette samsvarer også med Nasjonal Veileder i Rehabilitering og habilitering i forhold til pasientmedvirkning og empowerment (Helsedirektoratet, 2018).

### **5.3.2 Behov for retning**

I studien forteller profesjonsutøverne om pågående, dynamiske og komplekse prosesser der de tilstreber å samle seg om en retning på det de gjør.

Åpenhet og raushet til å være uenig er tidligere fremstilt som viktig i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette handler blant annet om at profesjonsutøverne i teamet er utforskende i pasientenes ulike rehabiliteringsprosesser, sett i forhold til hans eller hennes individuelle målsetning. Ergoterapeuten gir et eksempel der de tverrprofesjonelt kan se ulikt på hva som skal introduseres som «neste level» i forhold til gangtrening - og når det skal skje (s48-49). Det kommer frem her, at slike diskusjoner kan være utfordrende å ta – blant annet fordi ulike profesjoner kan føle en sterkere tilknytning og ansvar i forhold til aktuelle tema, som eventuelt fysioterapeuten i dette eksempelet. Det at det er høyde under taket til å skape refleksjoner som beveger seg over i «hverandres områder», kommer derimot frem i studien som viktig i forhold til rehabiliteringsprosessens fremdrift. Dette er en kjent problemstillingen i utøvelse av relasjonell handlekraft. De komplekse utfordringene som det samarbeides om, har alltid flere aspekter og strekker seg over områder som angår de ulike utøverne sine praksisområder i større og mindre grad. Nettopp det at de ser ulike aspekter og motiv i samme sak, er det som skaper mangfold og større mulighet til å se helheten. Dette er syn som støttes av både Edwards og annen forskning (Edwards, 2010, 2017; McPherson et al., 2015; Willumsen, 2016). For å få denne effekten i rehabiliteringsarbeidet, ser det ut til å være viktig å dyrke et arbeidsmiljø der profesjonsutøverne opplever seg som sidestilt sine kollegaer, med en ekspertise til å se rehabiliteringsprosessen fra egen og andres ståsted, og en

trygghet til å dele relevante syn i det tverrprofesjonelle felleskapet (relasjonell ekspertise). Et trygt arbeidsmiljø med ikke-hierarkisk profil, vil ut fra dette være ønskelig å tilstrebe for å utvikle god tverrprofesjonell samhandling som praktiserer en klar rehabiliteringsprofil basert på felles forståelse og innsikt (Edwards, 2010).

Ut fra funn i min studie, kan det se ut som vurderingen og kompetansen for å ta pasienten til «neste level», som ergoterapeuten har nevnt i et eksempel, kan være ulik mellom profesjonsutøverne. Egenskapen og evnen til å se etter endringsmuligheter, beskrives som en kompetanse som ikke bare er knyttet til profesjon, men bevisstheten til, og praktiske ferdigheter i rehabilitering som metode. Hjelpepleieren viser blant annet til hvordan hun, på bakgrunn av den kunnskapen hun har etablert gjennom mange års tverrprofesjonelt samarbeid og engasjement innen rehabilitering, opplever at hun har noe av det som skal til for å vurdere og utfordre pasienten videre. Hun gir eksempel: Når hun samhandler med pasienten i ADL, tilstreber hun å ta i bruk og videreføre det fysioterapeuten har fått frem under trening tidligere på dagen. På denne måten bidrar hun til flyt og fører pasienten videre i sin rehabiliteringsprosess (s49). Relasjonell handlekraft er derfor mer enn samarbeid. Om profesjonsutøverne har kommet til en slik forståelse, beskrevet med hjelpepleierens eksempel, begynner samarbeidet å ligne det Edwards beskriver som levende og pulserende, preget av flyt og likeverd med en improviserende orkestrering av praksis (Edwards, 2010, 2012, 2017).

Behov for en felles visjon for hva de på den kommunale rehabiliteringsavdelingen legger i rehabilitering og det samarbeidet de ønsker å få til med rehabiliteringspasienten og deres pårørende, er tidligere blitt beskrevet som funn i denne studien. I lys av Edwards tanker om relasjonell handlekraft gir dette mening (Edwards, 2010, 2012). I møte med den komplekse rehabiliteringspasienten, vil det være ønskelig å skape flyt, retning og sammenheng i rehabiliteringsprosessen (Helsedirektoratet, 2018). Da må profesjonsutøverne være samstemt om tilnæringsformen før den faktisk skjer. Innsikten og forståelsen må ha blitt en naturlig del av dem. Ikke det spesifikke målet rehabiliteringsteamet og pasienten kommer frem til, men det overordnede handlingsformålet for hvordan de som rehabiliteringsavdeling ønsker å bidra og jobbe i de aktuelle rehabiliteringsprosessene.

Det å gjøre og følge opp justeringer som blir gjort eller bestemt av andre profesjonsutøvere, er ifølge både profesjonsutøverne og Edwards en viktig del av prosessen i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Edwards, 2012). På den ene siden viser funn at dette handler om videreføring av å skape sammenheng i det andre har satt i gang. De er mange profesjonsutøvere som skal

samarbeide og samhandle om alle rehabiliteringspasientene som er på avdelingen, 24 timer i døgnet. Hjelpepleieren og de andre profesjonsutøverne påpeker utfordringen med kommunikasjon, og referer til bruk av tiltaksplanen som et nyttig samarbeidsdokument. De påpeker at det er viktig at alle er tro mot denne, for å holde tak i den «rød tråden» i pasientens rehabiliteringsprosess (s39-40/42). På den andre siden handler prosessen om å se etter endringspotensiale og gjør grep for å justere (s32-33/48-49). Funnene i studien formidler hvordan det å samarbeide om rehabiliteringspasienter med komplekse behov kan være en «balansekunst». Profesjonsutøveren må stå stødig i egen profesjon og være genuint opptatt av å se mulige endringspotensiale i pasienten, men likevel være opptatt av å ivareta og ha respekt for det rehabiliteringsteamet jobber samlet med: Samtidig som en skal være tro mot tiltaksplanen, er det om å gjøre å ha evne til å se og være villig til å ta neste skritt for å utfordre og teste ut videre utvikling. Ledelse og empowerment vil være viktig elementer for å styre og styrke disse egenskapene (Helsedirektoratet, 2020; Radtke, 2013; Willumsen, 2016).

Det framkommer i studien at rehabiliteringsteamet ofte har parallelle og mer overordnede prosesser der pasient og pårørende ikke medvirker. Her har profesjonsutøverne gjerne en mer langsiktig plan, der de må tenke på flere nivåer av pasientens tjenestetilbud og periodevis involvere eksempelvis saksbehandler og hjemmesykepleien. At komplekse rehabiliteringsprosesser tar tid, er fra før et kjent funn i denne studien. Samtidig kommer det frem at profesjonsutøverne likevel *må forholde seg til tid* - ut fra varigheten av rehabiliteringsoppholdene og andre bestemmelser som spiller inn. Legen presiserer i et eksempel behovet for å sette tydelige mål og gjøre kjent for pasient og pårørende at de på avdelingen må forholde seg til en tidsavgrensning når det settes mål. Det kan virke som dette er særlig viktig i saker der profesjonsutøverne mener det ser ut til at det ikke er «*veldig mye å hale*» - men så gjør de et forsøk. For å «*la tvilen komme tiltalte til gode*» (begge sitater legens ord, s34), og som tidligere beskrevet; forsøke å ha pasient og pårørende med i prosessen. I denne forbindelse blir det tydelig at profesjonsutøvernes oppgave i de ulike rehabiliteringsprosessene, er å evaluere og stake ut videre kurs – også uten pasient og pårørendes medvirkning. Edwards støtter nødvendigheten av evaluering for å kunne si at vi jobber målrettet. Videre er hun klar på at det å være ansatt i et velferdssystem, betyr å måtte forholde seg til lovbestemte, politiske og andre føringer, slik at kompleksiteten i utfordringene også kan ligge i nødvendigheten av å forholde seg til diskrepansen som da blir mellom velferdssystemets krav og pasient og pårørendes ønske og behov (Edwards, 2010). Jamfør

*Evaluering av opptrappingsplan* sin fremstilling av personer med store og sammensatte behov som et «gjenstridig problem» (Helsedirektoratet, 2020, p. 80).

### **5.3.3 Ulikheter bringer oss videre?**

Ulikheter som fenomen står frem som en faktor som har stor påvirkning på hverdagen på den kommunale rehabiliteringshverdagen. Pasientene har ulik bakgrunn og har ulike utfordringer å ta tak i. Det tverrprofesjonelle rehabiliteringsteamet representerer både de ulike yrkesgruppene de har, i tillegg til de ulike praksisverdener som hver og en av dem representerer.

Profesjonsutøverne fremstår som i utgangspunktet positive til ulikheter seg imellom, men uttrykker også uro og utrygghet for noe av den ulikheten de opplever de har på avdelingen. Funn i studien forteller at profesjonene de kommer fra har en viss betydning, men like viktig viser funnene at den kunnskapen og erfaringsbakgrunnen som hver enkelt har, påvirker hvordan de tenker og handler. «*Profesjon har ikke bare med profesjon...*» sier fysioterapeuten i et eksempel (s50). I tillegg hevder de personlighet, og som hjelpepleieren sier: «*hvordan man selv ser det*», har betydning. Her kommer som tidligere nevnt engasjement inn, og om en er trygg i seg selv og faget, forsiktig, nysgjerrig, fremoverlent, fysisk og mentalt tilstede, ... Disse faktorene påvirker når profesjonsutøverne skal komme fram til felles forståelse og innsikt, sette felles formål, evaluere og handle. I et av eksemplene i studiens funn, reflekterer profesjonsutøverne rundt hvordan de på rehabiliteringsavdelingen har ulike roller. De mener nøkkelen til suksess, men også sporen til utfordring ligger i *hvordan* de samhandler og utvikler ulikhetene og likhetene sine (s51-52). Igjen kommer behovet for forventningsavklaring og rolleavklaring frem som funn i min studie.

Edwards viser gjennom sin teori at det er ulikheten og mangfoldet av ekspertise som gjør det tverrprofesjonelle samarbeidet bedre rustet til å håndtere og skape flyt i komplekse og sammensatte utfordringer. Hun fremhever at i et slikt arbeidsmiljø, er en del av denne prosessen å erkjenne og verdsette hverandres motiver, slik at en ser hensikten med å engasjere seg og ønske å få til et produktivt samarbeid om dette utvidete, felles prosjektet (Edwards, 2010, 2012, 2017). Dette er gjenkjennelig i funn profesjonsutøverne deler. De forteller de opplever at de har en samarbeidsform som påvirker dem både som profesjonsutøvere og som team, men samtidig at de som profesjonsutøvere og team påvirker samarbeidsformen. I denne prosessen skapes og endres rehabiliteringsbrillene ved bruk. I lys av Edwards teori, viser profesjonsutøverne her til at de i denne prosessen praktiserer flere aspekter av *relasjonell ekspertise, utvikling av felles innsikt og forståelse - og relasjonell handlekraft*. Som Edwards

(2010, 2012) legger vekt på, påpeker profesjonsutøverne at det å utvikle denne ekspertise-kunnskapen ikke kommer av seg selv, men kreves at det rettes oppmerksomhet mot disse arbeidsprosessene. Rolleavklaring, omforent praksis og felles holdninger der det satses på å utarbeide felles struktur for det tverrprofesjonelle samarbeidet gjennom faste møteplasser og forutsigbare arbeidsprosesser fremmes også som viktig i *Evaluering av opptrappingsplanen* (Helsedirektoratet, 2020).

I relasjonelt samarbeid har det stor betydning hvordan en legger til rette for, og følger opp hvordan samarbeid skal skje. Er det rom og legges det til rette for at de ulike utøvernes stemmer skal bli anerkjent og verdsatt? I denne sammenhengen er det en fare for at en i samarbeidet ikke mestrer å gi alle involverte nok og likeverdig plass - eller, som det har kommet eksempler på i denne studien, at noen av utøverne ikke ønsker eller har tilstrekkelig trygghet på egen profesjonsutøvelse til å «ta plassen» ved siden av de andre (s52-53). Ikke-hierarkisk struktur, med horisontal organisering, i denne form for samarbeid, er som tidligere beskrevet et sentralt poeng (2010, 2012, 2017). Organisering og leders rolle vil være viktig i prosessen for å skape et miljø og en arbeidsform som fremmer dette (Helsedirektoratet, 2020; Willumsen, 2016).

Funnene i denne studien viser hvordan profesjonsutøverne opplever at de på mange måter har et miljø der det er rom for ulikheter. Samtidig kommer det frem at det er én ulikhet som oppleves som problematisk; grad av engasjement og interesse for å lære av og til hverandre og ha ambisjoner på vegne av pasienten. Ergoterapeuten og hjelpepleieren trekker frem flere eksempler på sammenhengen mellom interesse for, og ønske om å ta pasienten til «neste level», og ha kompetanse til å gjøre det – eller hvis ikke; se muligheten i å trekke på andres kompetanse og bistand for å ta neste skritt (s.48-53). Med dette viser de noen av forutsetningene som bør være tilstede for at det tverrprofesjonelle samarbeidet i møte med komplekse og omfattende utfordringer skal fungere; De ulike profesjonsutøverne bør hver for seg representere en særlig kunnskap og ekspertise for at arbeidsformen skal fungere, i kombinasjon med å benytte den relasjonelle ekspertisen (Edwards, 2010, 2012). Dette er for at prinsippet om likeverd og respekt i samarbeidet skal kunne balanseres og at en lar ulikhetene bli en styrke og ikke en svakhet (Edwards, 2017). Igjen kommer det frem hvordan denne suksessen i dette samarbeidet preges av flere «ihverandregående»-prosesser, der det ene påvirker det andre og motsatt. Relevant eksempel her er utvikling ekspert kunnskap; på den ene siden forutsettes det at en går inn i gjeldene felt med engasjement og nysgjerrighet – men på den andre siden kan ikke slik utvikling skje uten at interesse og engasjement først

vekkes (Edwards, 2012). Som nevnt tidligere i studien, er kunnskapsdeling og det å se merverdien av tverrprofesjonelt samarbeid fremstilt som viktig både i forskning og offentlige føringer og veiledere (Helsedirektoratet, 2018, 2020; Willumsen, 2016). Viktigheten av at profesjonsutøverne har et tydelig engasjement for rehabiliteringsfeltet (eller det det tverrprofesjonelle samarbeidet handler om), er derimot satt begrenset fokus på her, men er av Edwards tatt med som en viktig kjennetegn for å lykkes i samarbeidet (Edwards, 2012). Funnene som kommer frem i min studie, støtter Edwards i dette.

Hvordan de på rehabiliteringsavdelingen vurderer og håndterer endringspotensiale, står frem som særlig viktig. Ut fra funn i min studie, kan det se ut som små avgjørelser i hverdagen kan være spore til både utvikling og stagnasjon; som i eksempelet ergoterapeuten presenterer, der fysioterapeuten vegrer seg for å utfordre pasienten under gangtrening mens andre i det tverrprofesjonelle teamet er uenig i denne avgjørelsen. Ergoterapeuten kommenterer at følgene av slike avgjørelser i teorien kan forsinke og hemme pasientens rehabiliteringsprosess betydelig. Men, like viktig trekkes disse ulikhetene frem som grunnlag og mulighet for vekst og utvikling. Ergoterapeuten uttale videre i eksempelet over: «*Så da er det en som kan bli litt ubehagelig, - men viktig, ikke sant – ja - og kanskje vi kommer til en annen løsning. –.*» (s48-49) Slik kan diskusjoner, refleksjoner og forhandlinger tverrprofesjonelt, innad i egen profesjon, - og med pasient og pårørende føre til alternative løsninger og utvikling av tillit i prosessen. Edwards (2014; 2010) støtter dette synet. Hun påpeker at det er naturlig og viktig at det er rom for at følelsesmessige tilknytninger som følger det å være engasjert profesjonsutøver kan komme til overflaten. Følgelig vil det til tider være sterke meningsforskjeller som kommer til uttrykk i diskusjoner. Hun utdyper videre at konflikt eller refleksjon kan føre med seg muligheter – muligheter for å analysere fra ulike synsvinkler og dermed bringe inn elementer som kan føre til videre endring – også i felles retning. **Hvordan** en håndterer og legger til rette for at engasjement og ulikheter er derfor svært avgjørende for det tverrprofesjonelle samarbeidet og samhandlingen på rehabiliteringsavdelingen – og hvordan de møter pasient og pårørende i deres rehabiliteringsprosess.

I løpet av det siste året har *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering* (Helsedirektoratet, 2020) fått økende oppmerksomhet. De faktorene som rapporten fremhever som betydningsfulle – det vil si de faktorene som skaper utfordringer når det gjelder å få til et godt rehabiliterings- (/habiliterings) tjenestetilbud nasjonalt, samsvarer med flere funn i min studie, men da omgjort til tilsvarende faktorer på lokalt nivå. Min studie viser «med omvendt fortegn» hva som synes å være betydningsfullt for å lykkes; hva som kjennetegner en

velfungerende kommunal rehabiliteringsavdeling der tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling utspilles i praksis.

## 6.0 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

I denne studien har jeg utforsket hva som kjennetegner tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling og hvordan dette utvikles på en kommunal døgnrehabilitering - i møte og med rehabiliteringspasienter med omfattende rehabiliteringsbehov. Ved å gjennomføre fokusgruppeintervju i et etablert rehabiliteringsteam, sammensatt av de mest vanlige profesjonene i en kommunal rehabiliteringsavdeling, har studien synliggjort ett eksempel på hvordan tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling kan se ut i en konkret praksis som i stor grad fungerer etter de politiske intensjonene.

Å «Bli kjent» og bygge gode relasjoner er viktig i møte med denne pasientgruppen og deres pårørende. Det å skape ekte, men likevel profesjonelle bånd, ser ut til å være nødvendig for å skape den tryggheten og tilliten som skal til for at rehabiliteringsteamet med pasient og pårørende kan stå gjennom i en krevende rehabiliteringsprosess. Det kommer frem i denne studien, at det å bli kjent ikke bare handler om at avdelingen skal bli kjent med pasienten, men at pasienten skal bli kjent med rehabiliteringsavdelingen og arbeidsformen der - og at profesjonsutøverne på avdelingen jobber for å være kjent med hverandre. Det å bli kjent, handler også om at profesjonsutøverne tilstreber å få innsikt og forståelse for å se de ulike utøverne i rehabiliteringsteamet, også pasienten, sin motivasjon og hensikt bak det de gjør - eller ønsker å få til. Forventningsavklaring står frem som viktig å få på plass, for å få til et godt samarbeid og en opplevd vellykket rehabiliteringsprosess.

Fordi de komplekse utfordringene krever mye av både pasient, pårørende og det tverrprofesjonelle teamet, kommer det frem som viktig at de har en opplevelse av at de har støtte i hverandre – også innad mellom profesjonsutøverne på rehabiliteringsavdelingen.

Studien får frem hvor viktig en helhetlig tilnærming er i møte med den komplekse og sammensatte rehabiliteringspasienten. For å ha en felles tilnærming til rehabiliteringsfeltet generelt og rehabiliteringspasienten spesielt, er det også behov for en forventningsavklaring og visjon for de som jobber på rehabiliteringsavdelingen. Det at de på rehabiliteringsavdelingen tverrprofesjonelt jobber nært og sammen står frem som viktig premiss. Fysisk og mental nærhet, der de i formelle og uformelle settinger samhandler og

samarbeider for å kartlegge, utvikle og følge opp pasientens potensiale. Disse settingene fungerer både som en del av pasientens rehabiliteringsprosess, men er også viktig for å øke individuelt og felles erfaringsgrunnlag. Det å utvikle trygghet på egen profesjon, ha respekt for andres, og være interessert i å lære av og med hverandre står frem som en essensiell del av rehabiliteringsavdelingens arbeidskultur. Tid til, og interesse for refleksjoner, diskusjoner og samhandling ser ut til å være grunnleggende for at de skal utvikle det de kaller *rehabiliteringsbriller*. Når de mestrer å bruke *rehabbrillene*, tar de opp i seg noe av kunnskapen fra de andre profesjonene, slik at de vurderer situasjonen med en økt forståelse for helheten. Studiens funn viser at profesjonsutøverne også opplever de øker sin praktiske kompetanse ved å jobbe sammen. Denne praktiske og kognitivt utvidede forståelsen, øker forutsetning for å skape flyt og retning i samarbeid og samhandling på avdelingen - både i forhold til de overordnede prosessene og den spesifikke oppfølgingen av pasientene.

Engasjement er ikke bare noe som skal skapes hos pasienten og for pasienten. Engasjement og entusiasme for rehabiliteringsfeltet, til å dele egne og få del i de andre utøvernes (også pasient og pårørende) erfaring og kunnskap i rehabiliteringsprosessen er en essensiell del av hvordan fremdriften utvikles. I tillegg får denne studien frem hvordan engasjement er en viktig drivkraft til å utvikle kunnskaps- og mestringsnivåene til både profesjonsutøverne og pasientene.

Kompleksiteten i det tverrprofesjonelle samarbeidet og samhandlingen i dette rehabiliteringsfeltet kommer tydelig frem i denne studien. Fremstillingen av rehabiliteringsprosessene understreker hvor mange valg og avgjørelser som blir tatt i møte og samarbeid med rehabiliteringspasienten og hans eller hennes pårørende. Hver dag. Hele tiden er det «veier å gå» som avgjør hvordan «bli kjent» prosessene blir. Det som skjer i pasientens rehabiliteringsforløp påvirkes av så mange forhold, slik at pasientens prosess preges av et dynamisk avhengig samspill mellom de involverte. Profesjonsutøvernes ekspertise i forhold til balansering mellom krav og bistand, og vurdering av tempo i pasientens prosess står frem som viktig. Balansen i dette samarbeidet mellom pasienten og resten av rehabiliteringsteamet, ser ut til å være viktig for å fremme pasientens medvirkning.

Forskning og ulike offentlige plan- og veiledningsdokumenter som er henvist til i denne studien er entydig: For å kunne fremme helsepersonellens evne til å tilby tilpasset rehabilitering i komplekse pasientsaker, eksempelvis på kommunale rehabiliteringsavdelinger, er det nødvendig og nyttig med fleksibelt og tett tverrprofesjonelt



samarbeid. Utøvelse av velfungerende tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling er en ekspertise i seg selv; en levende ekspertise som må satses på for at den skal bygges opp og opprettholdes. Om pasienter med omfattende og sammensatte rehabiliteringsbehov skal ha mulighet til å delta og utvikle seg på sine premisser, må det satses på de tverrprofesjonelle samarbeids- og samhandlingsferdighetene på fremtidens kommunale rehabiliteringsavdelinger.

Jeg opplever Anne Edwards sine perspektiver i forhold til tverrprofesjonelt samarbeid i komplekse pasientsaker, fungerer godt i forhold til studiens problemstilling. Fremstillingene hennes tydeliggjør hvordan rehabiliteringsprosessene ikke er en rettlinjet prosess, men er en læringsprosess som går dynamisk frem og tilbake som en del av den naturlige fremdriften. Med begrepene og innholdet i relasjonell ekspertise, felles innsikt og forståelse, og relasjonell handlekraft/ agency, bidrar disse perspektivene både til struktur og å se de litt overordnede dynamikkene i dette innfløkte feltet.

I studien beskrives flere situasjoner, faktorer og settinger som fremheves som eksempelvis suksessfaktorer, viktige, sårbare, motsetningsfylte, og tidkrevende. I oppgaven har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på hvordan en på rehabiliteringsavdelingen kan gå frem for å jobbe videre med disse feltene, for å styre prosessene i ønsket retning, utvikle visjoner, opprettholde og videreutvikle engasjement for pasienten og rehabiliteringsfeltet. Grunnen til dette, er at jeg da hadde beveget meg over mot neste nivå, der nettopp organisering, struktur og ledelse vil være helt essensielt å ta tak i; Et annet stort, og komplekst tema i denne sammenhengen – som absolutt vil ha betydning for kvalitet og form på rehabiliteringsarbeidet. I videre forskning, kan det være interessant å trekke inn ledelsens rolle i en setting der en benytter Anne Edwards sine teoretiske rammeverk som verktøy til å utvikle og etablere tett tverrprofesjonelt samarbeid - på kommunal døgnrehabiliteringsavdeling der de bistår pasienter med komplekse og omfattende rehabiliteringsbehov.

## REFERANSER

- Benten, J. (2008). Intermediate care: what are service users' experiences of rehabilitation? *Quality in Ageing and Older Adults*, 9(3), 4-14. doi:10.1108/14717794200800015
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Am Psychol*, 59(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Alliance: New Directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working alliance : theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research : a practical guide for beginners*. Los Angeles, Calif: Sage.
- Brewer, K., Pollock, N., & Wright, F. V. (2014). Addressing the Challenges of Collaborative Goal Setting with Children and Their Families. *Phys Occup Ther Pediatr*, 34(2), 138-152. doi:10.3109/01942638.2013.794187
- Cameron, A., Lart, R., & Baostock, L. (2016). Forskning på helse- og sosialfaglig samarbeid - en "review" fra Storbritannia. In E. Willumsen & A. Ødegård (Eds.), *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. ed., pp. 200-213). Oslo: Universitetsforl.
- Coppack, R. J., Kristensen, J., & Karageorghis, C. I. (2012). Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 26(11), 1032-1042. doi:10.1177/0269215512436613
- EdgeHillUniversityResearchInstitute (Producer). (2014, 08.10.14). I4P Lectures Series - Prof Anne Edwards - YouTube. [text/html] Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=-5pBrr3-yOM>

- Edwards, A. (2010). Being an expert professional practitioner: The relational turn in expertise. In *Professional and practice-based learning* (Vol. 3). Dordrecht: Dordrecht: Springer.
- Edwards, A. (2012). The role of common knowledge in achieving collaboration across practices. *Learning, Culture and Social Interaction*, 1(1), 22-32.
- Edwards, A. (2017). Revealing Relational Work. In A. Edwards (Ed.), *Working relationally in and across practices: a cultural-historical approach to collaboration* (pp. 1-22): Cambridge University Press.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Flyvbjerg, B. (2010). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *SAGE Qualitative Research Methods*, 12(2), 219-245. doi:10.1177/1077800405284363
- Godfrey, M., Keen, J., Townsend, J., Moore, J., Ware, P., B., H., . . . Henderson, K. (2005). An Evaluation of Intermediate Care for Older People: Final Report. *Institute of Health Sciences and Public Health Research, University of Leeds*.
- Hagen, R., & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling. In L. Melby & A. H. Tjora (Eds.), *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. udg. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 90(8), 1099. doi:10.2522/ptj.20090245
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

- Helsedirektoratet. (2020). *Evaluering av Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. (IS-2975). KPMG Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-opptrappingsplanen-for-habilitering-og-rehabilitering>
- Johannessen, A. K., Werner, A., & Steihaug, S. (2014). Work in an intermediate unit: balancing between relational, practical and moral care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 586-595. doi:10.1111/jocn.12213
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvæl, L. A. H., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2019). Health-care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care-At the intersection between profession, market and bureaucracy. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. doi:10.1111/hex.12896
- Kvæl, L. A. H., Debesay, J., Langaas, A., Bye, A., & Bergland, A. (2018). A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. *Patient Education and Counseling*, 101(8), 1337-1350. doi:10.1016/j.pec.2018.03.005
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- McPherson, K., Gibson, B. E., & Leplege, A. (2015). *Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice* (1 ed. Vol. 10). Boca Raton: CRC Press.

- Nerdrum, P., & Geirdal, A. K. Ø. (2017). Arbeidsallianse og brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. In A. K. Ø. Geirdal & S. Varvin (Eds.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (pp. 60-75). Oslo: Universitetsforl.
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. 47). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2016). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 - 2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
- Omsorgstjenesteloven, H.-o. (2019). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. (LOV-2020-06-19-78). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Papadimitriou, C., & Cott, C. (2015). Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: results from four case studies. *Disability and Rehabilitation*, 37(13), 1135-1143. doi:10.3109/09638288.2014.955138
- Radtke, K. (2013). Improving Patient Satisfaction With Nursing Communication Using Bedside Shift Report. *Clinical Nurse Specialist*, 27(1), 19-25. doi:10.1097/NUR.0b013e3182777011
- Rehabiliteringsforskriften. (2018). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1)
- Skau, G. M. (2013). Klient og hjelper/ Hvordan motvirke at hjelpere krenker/ Sluttrerrefleksjon: personlig kompetanse, makt og hjelp. In *Mellom makt og hjelp : om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg. ed., pp. 61-87, 125-145). Oslo: Universitetsforl.

Thomas, G. (2011). A Typology for the Case Study in Social Science Following a Review of Definition, Discourse, and Structure. *Qualitative Inquiry*, 17(6), 511-521.  
doi:10.1177/1077800411409884

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 16-32). Oslo: Universitetsforl.

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. In E. Willumsen & A. Ødegård (Eds.), *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg. ed., pp. 33-78). Oslo: Universitetsforl.

Hei,

Jeg heter Kjersti Baklid, er fysioterapeut og jobber til daglig med rehabilitering på institusjon i Drammen kommune. Jeg er også deltidsstudent ved OsloMet der jeg tar en master i Rehabilitering, og det er derfor jeg nå ønsker å komme i kontakt med deg!

***Det finnes mye forskning, føringer og retningslinjer om rehabilitering og samhandling, men vi har lite kunnskap om hvordan ulike profesjonsutøvere erfarer kunnskapsutveksling og samarbeid mellom de ulike faggruppene som samhandler rundt rehabiliteringsprosessen innad i samme enhet. Oppgaven min er en kvalitativ studie der jeg gjennom fokusgruppeintervju skal få innsikt i hvordan ulike profesjonsutøvere i kommunal døgnrehabiliteringsenhet erfarer tverrprofesjonelt samarbeid, – med særlig fokus på pasientene med omfattende og mer komplekst behov.***

***Jeg håper i den anledning at du kan tenke deg å delta i et fokusgruppeintervju sammen med kollegaer fra de ulike faggruppene som samarbeider på rehabiliteringsenheten ved X bo- og omsorgssenter; sykepleier, lege, hjelpepleier/ helsefagarbeider, ergoterapeut og fysioterapeut, eventuelt logoped.***

Mer konkret vil intervjuet omhandle individuelle og gruppevis tanker, refleksjoner og erfaringer (både de gode og de mindre gode) rundt samarbeid og kunnskapsutveksling på rehabiliteringsavdelingen, samt erfaringer med å ivareta fokus på pasientmedvirkning og helhetlig tilnærming til pasienten.

Jeg vet det er en travel arbeidsdag for alle, så jeg ser for meg at det vil være hensiktsmessig om jeg kommer til InstitusjonX for å gjennomføre intervjuet. Dersom du sier ja til å delta i studien, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju som vil vare ca 1 til 1 ½ time. Fysioterapeut XX vil være behjelpelig med å finne tidspunkt som passer for flest mulig.

Masteroppgaven skal leveres våren 2021 og jeg vil i etterkant, sammen med veilederen min Tone Dahl-Michelsen, publisere en vitenskapelig artikkel på studien. Du er sikret full anonymitet både i oppgaven og i den vitenskapelige publikasjonen.

Dersom du takker ja til å delta, vil du signere et samtykkeskjema, samt fylle ut et kort bakgrunnsinformasjonsskjema (ca 5 minutter). På intervjuet vil jeg ha med meg en sekretær (kollega) som skal hjelpe til med det praktiske. Sekretæren har taushetsplikt på linje med meg. Studien er godkjent av NSD (Norsk Senter for forskningsdata) og følger NSD og OsloMet- storbyuniversitets retningslinjer for innhenting, oppbevaring, anonymisering og sletting av personopplysninger og datamateriale.

***Jeg håper du kan tenke deg å delta i denne studien og være med å bringe frem kunnskap om et viktig tema innen rehabilitering. Om det er mulig, ber jeg om tilbakemelding i løpet av denne uken, uke 5, helst med forslag om når det kan passe. Hvis du/ dere takker ja, hadde det vært flott om vi kunne fått til intervju innen uke 7.***



Med vennlig hilsen Kjersti Baklid, fysioterapeut/ masterstudent  
Mob 40 29 61 93  
e-post

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Tema	Spørsmål
<b>Presentasjon av profesjonsutøverne i det tverrprofesjonelle teamet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan dere fortelle kort om dere selv; navn og profesjon?</li><li>• Er dere alle ansatt på rehabiliteringsavdelingen?</li></ul>
<b>Erfaringer med vellykket rehabilitering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortell om en gang du opplevde at dere lyktes med å jobbe tverrprofesjonelt med en rehabiliteringspasient.</li><li>• Hva var det som gjorde at du opplevde at «dette er hva rehabilitering handler om»?</li></ul>
<b>Erfaringer med mindre vellykket rehabilitering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortell om en gang du opplevde at dere ikke lyktes. Hva var det som ble annerledes?</li></ul>
<b>Faktorer for å lykkes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Har dere eksempler hvor forhold ved situasjonen, kollegaer i det tverrprofesjonelle teamet, pasienten eller du selv gjorde det lett å skape flyt og samspill i en rehabiliteringssituasjon?</li></ul>
<b>Faktorer som hindrer at en lykkes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Har dere eksempler hvor forhold ved situasjonen, kollegaer i det tverrprofesjonelle teamet, pasienten eller du selv gjorde det vanskelig å skape flyt og samspill i en rehabiliteringssituasjon?</li></ul>
<b>Arbeidsallianse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva opplever dere er faktorene som skaper den gode arbeidsalliansen mellom pasienten og alle aktørene i rehabiliteringsenheten?</li><li>• Hvordan skapes grunnlaget for å fortsette et meningsfylt og trygt liv som pasient og pårørende verdsetter?</li></ul>
<b>Forventninger og syn på egen og «de andres» profesjon og ståsted</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan ser du på deg selv som profesjonsutøver i denne rehabiliteringsenheten?</li><li>• Har dere noen tanker om hva du forventer av de andre profesjonene i enheten?</li><li>• Har du noen tanker om hva du tror eller mener de andre i det tverrprofesjonelle teamet forventer av deg?</li><li>• Som profesjonsutøver ser en gjerne pasientens utfordringer og muligheter gjennom «profesjonsbriller» som har likheter til andre av samme profesjon. Skaper dette utfordringer eller muligheter i hverdagen når dere skal jobbe tverrprofesjonelt?</li></ul>



	Eksempel? Hvordan blir du kjent med dine egne og de andres «profesjonsbriller» ?
<b>Syn på og erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid. Relasjonell ekspertise og handlekraft.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva tenker dere om uttrykket 1+1 kan bli mer enn 2?</li> <li>• Tverrprofesjonelt samarbeid kan ta både ekstra tid og krefter – hva gjør det likevel verdt å satse på som arbeidsform? Eksempel?</li> <li>• Er det også slik at det erfares som at det noen ganger ikke er verdt det?</li> </ul>
<b>Spenninger og forskjeller som profesjonsutøver og en del av helheten i et tverrprofesjonelt team – felles kunnskapsplattform</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke erfaringer har dere ift å kombinere kunnskapen hver enkelt tar med seg inn i felleskapet og hvordan dere utvikler en felles kunnskap sammen?</li> <li>• Hvordan påvirker dette (se over) tverrprofesjonelt samarbeid dere imellom og dere sammen med pasienten? Eksempel?</li> <li>• Hvordan opplever dere forskjellen om dere tilnærmer dere pasienten som enkeltperson/ profesjonsutøver og som en del av en helhet, som tverrprofesjonelt team.</li> </ul>
<b>Mål for pasientens opplevelse av møtet med rehabiliteringsenheten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan ønsker dere pasientens opplevelse av personale og det som skjer på avdelingen når han eller hun har vært her noen uker?</li> <li>• Har dere noen historier der dere opplever at dere har mestret å skape grunnlag for at pasienten har mot og vilje til å fortsette et meningsfylt og trygt liv som han eller hun og pårørende verdsetter? Hva var suksesskriteriene her?</li> <li>• Har dere eksempler på når dere ikke lyktes? Hva skjedde?</li> </ul>
<b>Flyt og kontinuitet i rehabiliteringsprosessen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan samarbeider dere innad i rehabiliteringsenheten for å skape flyt og kontinuitet både i overgangene inn og ut, og ikke minst under selve rehabiliteringsprosessen?</li> </ul>
<b>Avslutningsvis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har dere noen innspill på endringsmuligheter eller forbedringsbehov når det gjelder det å få til kontinuitet og videreføring mellom dere profesjonsutøvere? Betingelser som må være tilstede?</li> <li>• Runde rundt bordet om hvordan det har vært for dem å være med i fokusgruppen.</li> </ul>

### Vedlegg 3: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

#### *”Tverrprofesjonelt samarbeid i kommunale rehabiliteringsteam” - en kvalitativ studie av profesjonsutøvernes erfaringer*

Dette er en forespørsel om å delta i forskningsprosjektet Tverrprofesjonelt samarbeid i kommunale rehabiliteringsteam i praksis – en kvalitativ studie av profesjonsutøveres erfaringer. Studien er grunnlaget for Kjersti Baklids masteroppgave i habilitering og rehabilitering, ved masterprogrammet i habilitering og rehabilitering, Fakultet for Helsevitenskap, Storbyuniversitetet OsloMet. **Formålet** med studien er å få kunnskap om hvordan profesjonsutøvere som arbeider i kommunale rehabiliteringsteam erfarer tverrprofesjonelt samarbeid. Prosjektets hovedproblemstilling er: ***Hvordan erfarer profesjonsutøvere i kommunale rehabiliteringsenheter tverrprofesjonelt samarbeid i praksis?***

Underproblemstillingene er:

- ***Hvordan erfarer de ulike aktørene i tverrprofesjonell rehabiliteringsenhet samarbeid og kunnskapsutveksling, som enkeltutøver og representant for egen profesjon – og som medlem av et team med flere profesjoner?***
- ***Hvordan erfarer medlemmer av tverrprofesjonelle team at de ivaretar fokus på pasientmedvirkning og helhetlig tilnærming til pasienten?***

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Førsteamanuensis Tone Dahl-Michelsen ved Storbyuniversitetet og masterstudent Kjersti Baklid er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I prosjektet ønsker vi å få erfaringer fra de ulike profesjonene tilknyttet interkommunal døgnrehabiliteringsenhet. Som profesjonsutøver i en av profesjonene i det tverrfaglige arbeidet ved døgnrehabiliteringsenheten i din kommune, er din stemme og dine erfaringer angående studiens tema interessante.

**Hva innebærer det for deg å delta?** I denne studien benyttes fokusgruppeintervju, for å få frem både individuelle og gruppevisse tanker, refleksjoner og erfaringer knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid i kommunale rehabiliteringsteam. Gruppens størrelse vil variere ift. hvordan dere jobber på din avdeling, men meningen er at gruppen skal representeres med minst en fra de ulike profesjonene som jobber sammen i det daglige tverrprofesjonelle arbeidet.

Dersom du samtykker til å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju med varighet på ca 1 – 1 ½ time. Intervjuet vil finne sted på din arbeidsplass slik at det blir mest mulig praktisk for deg å delta. Intervjuet vil bli tatt opp digitalt og lagret som lydopptak i tråd med OsloMet – Storbyuniversitetets retningslinjer for datalagring. Etter at masteroppgaven og planlagt artikkel er godkjent, vil lydfilene og øvrig datamateriale slettes. Samtykket innebærer også at du fyller ut et kort skjema med bakgrunnsinformasjon. Det vil ta deg ca. 5 minutter. Skjemaet inneholder spørsmål om alder, profesjon, eventuell videreutdanning, aktuell ansiennitet tilknyttet rehabiliteringsarbeidet, samt hvor du organisatorisk er ansatt og i hvilken grad du er tilknyttet rehabiliteringsenheten. Dine svar på skjemaet vil bli nedlåst sammen med samtykkeskjemaene.»

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Om du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Veileder og student er de som vil ha tilgang til aktuelle opplysninger. På selve intervjuet vil det være med en «sekretær»/ kollega som bistår studenten, noe som er anbefalt for å få til en oversiktlig og god helhetsopplevelse i et intervju med flere deltagere. Sekretær har taushetsplikt på lik linje med studenten.

- Transkribering av intervju på lydopptak utføres av student.

Lydfiler og annet datamateriale materiale med personopplysninger vil bli oppbevart på kryptert minnepinne.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 15. juni 2021. Opplysningen vil slettes når masteroppgaven er godkjent. Du vil ikke kunne gjenkjennes verken i masteroppgaven eller i artikkelen vi planlegger å publisere i etterkant av masteroppgaven.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Storbyuniversitetet OsloMet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Førsteamanuensis og veileder Tone Dahl-Michelsen. Hun kan nås på Institutt for fysioterapi, ved å ta kontakt på e-post [tone.dahl-michelsen@oslomet.no](mailto:tone.dahl-michelsen@oslomet.no).
- Personvernombud Ingrid Jacobsen ved Storbyuniversitetet OsloMet på e-post [ingrid.jacobsen@oslomet.no](mailto:ingrid.jacobsen@oslomet.no).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

---

*Førsteamanuensis Tone Dahl-Michelsen, veileder*

*Kjersti Baklid, student*

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Tverrfaglig samarbeid i kommunale rehabiliteringsteam», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju sammen med tverrprofesjonell sammensetning fra jobben min på kommunens døgnrehabilitering.
- å fylle ut skjema med bakgrunnsopplysninger, hovedsakelig knyttet til profesjon og organisering/ ansettelse knyttet til/ ikke knyttet til kommunens rehabiliteringsenhet.
- å bli kontaktet for forespørsel om å delta på individuelt intervju dersom det blir aktuelt på et senere tidspunkt i prosjektet. Det vil i tilfelle være egen forespørsel og samtykke til dette.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15. juni 2021, og masteroppgaven/artikkel er godkjent.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

#### Vedlegg 4: Bakgrunnsopplysninger

<b>Navn</b>	
<b>Alder</b>	
<b>Profesjon</b>	
<b>Evt relevant videreutdanning for jobb på døgnerhabilitering</b>	
<b>Er du ansatt på aktuelle avdeling? Hvis nei – hvor har du ditt ansettelsesforhold?</b>	
<b>Jobber du fulltid mot pasientene på døgnerhabiliteringsopphold? Hvis nei - hvor mye tid (dager eller timer per uke, evt i prosent) er du tilknyttet aktuelle avdeling?</b>	
<b>Hvor lenge har du vært tilknyttet kommunens rehabiliteringsavdeling?</b>	
<b>I hvilke fora er alle de ulike profesjonene samlet (eks faste møter og/ eller møter angående eller med pasient)?</b>	
<b>I hvilke fora samarbeider du med en eller flere andre profesjoner i samhandling med pasient/ pårørende?</b>	
<b>Har du andre opplysninger du mener er relevant for studien?</b>	

## Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Kjersti Kathinka Baklid

# Tverrfaglig samarbeid i kommunale rehabiliteringsteam

### Referanse

914651

### Status

Vurdert

### NSD Personvern

15.11.2019 14:39

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 914651 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.11.2019. Behandlingen kan starte. Vi vil minne om at utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. Vennligst vær obs på dette under intervjuet og still kun spørsmål som er utformet slik at respondentene kan uttale seg uten hinder av taushetsplikt. I tillegg anbefaler vi at du minner deltakerne på at de ved eventuell omtale av pasienter/elever/brukere etc. må utelate indirekte personidentifiserende opplysninger (som institusjon, tidspunkt, spesielle diagnoser/hendelser osv.), i tillegg til navn. I studentprosjekter må veileder ta et særskilt ansvar for at studenten ikke behandler taushetsbelagte opplysninger. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2023. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **NSD Personvern**

15.11.2019 12:41

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 914651 er innsendt og mottatt.

