

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

MP 303P

Navn:

Anne Berit Heide

En profesjon i utvikling

Ergoterapeuters erfaringer med utvikling og synliggjøring av egen profesjon i en tverrprofesjonell praksis

Dato: 15.05.20

Totalt antall sider: 91

En profesjon i utvikling

Ergoterapeuters erfaringer med utvikling og synliggjøring av egen profesjon i en
tverrprofesjonell praksis

Anne Berit Heide

MP 303P

Master i praktisk kunnskap

2020

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	iv
Forord.	vi
Oppsummering	vii
Summary	viii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for masteroppgaven	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3 Avgrensninger	3
1.4 Formålet med masteroppgaven	3
1.5 Masteroppgavens oppbygging.....	4
1.6 Begrepsavklaring.....	5
2.0 Teoretisk ramme.....	6
2.1 Meløes praksisteori	6
2.1.1 Aktøren og hans verden.....	6
2.1.2 Om å forstå det andre gjør.....	7
2.2 Taus kunnskap.....	8
2.3 Ergoterapi	9
2.4 Rehabilitering	11
2.4.1 Ergoterapeutens rolle i rehabilitering	13
2.5 Tverrprofesjonell praksis.....	15
2.6 Profesjonsidentitet.....	19
2.7 Aktuell forskning.....	20
3.0 Kontekst	23
3.1 Et pasientforløp	24
4.0 Metode.....	26
4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	26
4.2 Min forforståelse	28
4.3 Kvalitativt intervju	29
4.4 Forberedelse til intervju	30
4.4.1 Intervjuguide og prøveintervju	30
4.4.2 Rekruttering og utvalg.....	32
4.4.3 Forskningsetiske overveielser	33
4.5 Intervju og transkribering.....	35
4.6 Kvalitativ innholdsanalyse	38
5.0 Resultat.....	41
5.1 Tydelig fagidentitet i en utydelig profesjon	42
5.1.1 Tydelig fagidentitet	42
5.1.2 Komplekst og vanskelig å forklare.....	43
5.1.3 Utydelig profesjon i endring	44
5.2 Ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljø.....	45
5.2.1 Særfaglig kunnskapsutvikling i kollegiet.....	45
5.2.2 Kunnskapsutvikling i særfaglige miljø utenfor arbeid.....	47

5.2.3	Kunnskapsutvikling i et tverrprofesjonelt miljø.....	47
5.3	Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget.....	49
5.3.1	Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør kjernen i ergoterapifaget.....	49
5.3.2	Rehabiliteringsvirksomhet gjør ergoterapifaget utydelig.....	50
5.3.3	Rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap.....	52
6.0	Drøfting.....	54
6.1	En profesjon trer fram.....	54
6.1.1	Tydelig identitet i en utydelig profesjon.....	54
6.1.2	Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget.....	63
6.1.3	Rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap.....	69
6.2	Ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljø.....	74
6.2.1	Særfaglig kunnskapsutvikling.....	74
6.2.2	Kunnskapsutvikling i tverrprofesjonelt miljø.....	76
7.0	Metodedrøfting.....	79
8.0	Oppsummerende refleksjoner.....	84
8.1	Om å være ergoterapeut i en tverrprofesjonell praksis.....	84
8.2	Om å være ergoterapeut.....	86
	Litteraturliste.....	88
	Vedlegg 1: Informasjon til deltakere med samtykkeerklæring.....	92
	Vedlegg 2: Hjelp til rekruttering.....	97
	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	98
	Vedlegg 4: Godkjenning NSD.....	101

Forord

Etter mitt aller første år på universitetet, tenkte jeg at jeg skulle skrive en masteroppgave. Jeg visste at det skulle være en masteroppgave som jeg ville ha nytte av i egen praksis. Det har vært en lang vei å gå. Ikke bare i antall år, men også i erfaringer. Lite visste jeg at det skulle ta over 24 år før jeg kunne sette punktum.

Takk til alle de flotte ergoterapeutene som takket ja til å dele sine erfaringer med meg. Takk for den tillitsfulle måten dere tok meg imot. Jeg har lært så mye. Mye mer en det som kommer med i en masteroppgave.

Så skal min hovedveileder Inger Danielsen ha en stor takk. Første gang vi møttes var da jeg leste din doktorgradsavhandling *Handlingsrommets evidens*. Den beskrev så godt erfaringer jeg kjente igjen fra min egen praksis. Så møttes vi på andre året på masterutdanningen. Allerede første gang ga du meg motstand til min tanke om at jeg skulle skrive en masteroppgave som ikke omhandlet ergoterapi. Det er jeg svært glad for i dag. Uten den motstanden hadde ikke denne masteroppgaven vært skrevet. Selvfølgelig skulle jeg skrive om ergoterapi. Takk for alle gode diskusjoner, inspirasjon, for å holde målet i sikte når det har blitt imot. For din raushet både som fagperson og som menneske. Uten deg Inger, hadde det ikke blitt en masteroppgave.

En stor takk til min biveileder Trude Hartviksen. For å ha ledet og vist vei gjennom en helt ny form for analyse. For å være tilgjengelig uansett når behovet for veiledning oppsto. For dine tydelige og gode råd. Takk for at du deler raust med din kunnskap. For å bringe nye perspektiver inn i masteroppgaven. Det har vært en berikelse.

Det har vært mange som på ulike måter har vært med på å heie meg fram mot målet. Jeg ønsker å takke min mangeårige sjef og mentor Ann Kjerstin Dybvik. For å lære meg å stille spørsmål til praksis, spørsmål som åpnet for ny forståelse og læring, til å undre meg over mine erfaringer og til å gi mine meninger motstand. Takk til kontoret som har holdt ut alle disse årene med studier, for innspill og motivasjon. For gode faglige diskusjoner og en interesse for å utvikle god praksis. Fortsett med det.

Til slutt gjenstår bare å takke Mikal for å ha tatt sin part i disse årene. Til Julie, Oline og Signe som har forstått at lekser må gjøres også når man er voksen. Og til mamma og pappa for å bestandig være bakkemannskap.

Oppsummering

Denne masteroppgaven handler om hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider i tverrprofesjonelle team har med å ivareta og utvikle eget profesjonsfag. Ergoterapeutene som har bidratt til denne masteroppgaven arbeider alle i spesialisthelsetjenesten på fysikalsk-medisinske rehabiliteringsavdelinger.

Tidligere forskning har vist at ergoterapeuter har hatt utfordringer knyttet til sin profesjonsidentitet over tid. Det har vært vanskelig for ergoterapeutene å synliggjøre egen kompetanse, og for andre å vite hva ergoterapi er. I tillegg vet man fra litteraturen at å arbeide i tverrprofesjonelle praksisfellesskap gir utfordringer knyttet til grenser, integrering og samarbeid profesjonene imellom. For å få tak i ergoterapeutenes erfaringer ble det gjort ni semistrukturerte intervjuer. Intervjuene varte ca. 1 time. Dataene fra intervjuene ble analysert med hjelp av innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman.

Resultatene viser at ergoterapeutene som deltok har en tydelig fagidentitet i en utydelig profesjon. Det er komplekst og vanskelig å forklare hva ergoterapi er, og deltakerne bruker eksempel fra sin praksis hverdag for å forklare hva de gjør som ergoterapeuter. Samtidig så gir de uttrykk for at profesjonen er i ferd med å bli mer kjent, spesielt hos sine kollegaer i rehabiliteringssengposten. Ergoterapeutene i undersøkelsen er tydelig på å vise fram sine profesjonskunnskaper og kjerneverdier. I tillegg viste resultatet at ergoterapeutene utvikler seg i både i det særfaglige og det tverrprofesjonelle miljøet. De beskriver en utvikling som går spesielt på det ergoterapifaglige, men også en praksis der de lærer og utvikler en rehabiliteringskompetanse. Her står læring i praksisfellesskapet og praktiske synteser sentralt.

Et av resultatene er paradokset med at samtidig som rehabiliteringsvirksomhet synliggjør ergoterapifaget, så er det også med på å usynliggjøre ergoterapifaget. Synliggjøringen kommer via den gode profesjonskompetansen som medlemmene i praksisfellesskapet får, og at ergoterapi og rehabilitering har mange felles mål. Utfordringen kommer med sammenfallende verdier og definisjoner av ergoterapi og rehabilitering.

Disse resultatene drøftes i lys av Jakob Meløe sin praksisteori og Polanyi sin teori om den tause dimensjonen i kunnskap. Masteroppgaven har et hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Begrepene fra Meløe om å ha et kyndig og ukyndig blikk står sentralt i drøftingen, sammen med det å bevege seg i og med hensyn til en verden.

Summary

This master thesis discuss the experiences of occupational therapists working with other professions in teams attending to and developing their own profession. The occupational therapists who have contributed to this master thesis all work in hospitals, in the specialist health service in physical- medical rehabilitation wards. Previous research has shown that occupational therapists experience challenges related to their professional identity over time. It has been difficult for occupational therapists to clarify their own competence, and for others to know what occupational therapy is. In addition, it is known from literature that working with other professions in teams presents challenges related to boundaries, integration and cooperation between the professions.

To obtain the experience of the occupational therapists, nine semi structured interviews were conducted. The interviews lasted about 1 hour. The data from the interviews were analyzed with the help of content analysis inspired by Graneheim and Lundman.

The results show that the occupational therapists who participated have a clear professional identity in a blurry profession. It is complex and difficult to explain what occupational therapy is, and the participants use example from their practice to explain what they are doing as occupational therapists. At the same time, they express that the profession is becoming more familiar, especially with their colleagues in the rehabilitation ward. The occupational therapists are coherent in showing off their professional knowledge and base values. In addition, the results showed that occupational therapists develop in both the special and interdisciplinary environment. They describe a development that goes especially to the occupational therapy professional, but also a practice in which they learn and develop a rehabilitation competence. Here, learning is central to the community in where they practice as well as practice based syntheses. One of the results is the paradox that while rehabilitation focuses occupational therapy, it also makes the occupational therapy less visible. The focus comes through the good professional expertise that the professional members of the ward see, and that occupational therapy and rehabilitation have many coinciding aims. The challenge comes with coinciding values and definitions of occupational therapy and rehabilitation.

These results have been discussed in light of Jakob Meløe's practice theory. Polanyi's theory of tacit dimension is also included as a background of understanding. The thesis has a hermeneutic scientific theoretical perspective.

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven handler om ergoterapeuter og deres erfaringer med å arbeide i en tverrprofesjonell praksis innen fysikalsk- medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Fagforbundet Ergoterapeutene trekker følgende fram om innhold og rammer for ergoterapeuter som arbeider med rehabilitering innen somatikken: Ergoterapeuter i somatisk spesialisthelsetjeneste skal gi sin behandling med bakgrunn i nødvendige utredninger. De tar utgangspunkt i personens kropps- og aktivtetsfunksjoner, og hva som er viktige aktiviteter for den enkelte person. Omgivelsene kartlegges for å se om det er utfordringer knyttet til miljøet rundt personen. For ergoterapeutene i spesialisthelsetjenesten er det viktig å ha og utvikle spesialiserte fagmiljø. Dette kan gjøres via kurs og veiledning. Rehabilitering sees på som en naturlig del av det å få behandling for sin sykdom eller skade om det er risiko for å få eller utvikle aktivitetsbegrensninger. Rehabiliteringen skal starte så tidlig som mulig, og det er en forutsetning at man har tilgang på en tverrfaglig rehabiliteringskompetanse (Ergoterapeutene, 2013, s. 4).

Et enkelt søk i søkeportalen Oria viser at det i løpet av de siste årene har vært skrevet mye om rehabilitering, tverrprofesjonalitet og samarbeid. Både i helsesektoren, men også mellom ulike aktører og virksomheter utenfor helsetjenesten. Denne litteraturen er ofte overordnet og omhandler teori som gjelder uansett hvilken profesjonsbakgrunn man har. Søker man derimot på ergoterapi og erfaringer i Oria, får man straks færre treff (34 treff 26.03.20), og få av dem er relevante i forhold til erfaringer fra ergoterapeuter som arbeider innen fysikalsk- medisin og rehabilitering. Å få tak i andre ergoterapeuters erfaringer med å arbeide og utvikle seg i en tverrprofesjonell praksis, ville kunne gi ny kunnskap til oss som profesjonsgruppe, og erfaringene kan være med på å løfte fram viktige aspekter med det å arbeide som ergoterapeut innen spesialisert rehabilitering.

1.1 Bakgrunn for masteroppgaven

Jeg arbeider som spesialergoterapeut på et sykehus, og har de siste 16 årene arbeidet innen fysikalsk- medisin og rehabilitering der jeg har min spesialisering. Som siste års student på ergoterapistudiet kom jeg i praksis til min nåværende arbeidsplass. Det ble en flott opplevelse da jeg opplevde at ergoterapeutene hadde en tydelig rolle, og de hadde en aktiv og tydelig plass i det tverrprofesjonelle teamet. Dette i sterk kontrast til første praksis der det var

tydelige hierarkiske team, og der jeg opplevde teamdeltakere som ikke virket interessert i å lytte på ergoterapeutens faglige bidrag. Jeg opplevde at de ulike profesjonene arbeidet etter egne planer uten samkjøring eller fagutveksling. I den andre praksisen erfarte jeg at det var vanskelig å finne tak i det som var spesielt for ergoterapeuten. Alle gjorde det samme og det var for meg som student vanskelig å finne tak i ergoterapeutens rolle. Jeg undret meg over hva som var ergoterapeutens spesielle faglige bidrag, og jeg kjente lite igjen fra det vi lærte på utdanningen. Det ble derfor motiverende å avslutte med en praksis der profesjonen og ergoterapifaget var tydelig. Noen år etter jeg var ferdig utdannet, ble jeg ansatt der jeg hadde min siste praksis, og der har jeg arbeidet siden.

De første årene opplevde jeg at ergoterapeutene hadde en tydelig rolle i rehabiliteringen. Etter hvert som årene gikk erfarte jeg en gjentagende diskusjon blant ergoterapeutene om det vi gjorde virkelig var ergoterapi? Var mye av våre arbeidsoppgaver mer fysioterapi eller pleieoppgaver? Vi snakket om hvordan vi kunne synliggjøre at vi har en annen rolle enn sykepleierne når vi for eksempel deltar i et morgenstell, uten at samtalen førte til at oppgavene våre nødvendigvis ble mer tydelig av den grunn. Den tydelige rollen jeg erfarte etter studiet var blitt forandret og mer utydelig i arbeidet ved avdelinga. Jeg opplevde ofte å være medhjelper, eller *den andre*, når sykepleiere, nevropsykologer og fysioterapeuter skulle gjøre sine arbeidsoppgaver. Samtidig som jeg erfarte at ergoterapeutene var viktige samarbeidspartnere, oppsto det en uro for eget fag og fagutvikling.

For noen år siden skrev en av mine linjeledere masteroppgave om organisering av rehabiliteringsvirksomhet i sykehuset. Flere informanter som ble intervjuet tok fram spenningsforholdet mellom det å være profesjonsutøver og det å arbeide tverrfaglig med rehabiliteringsvirksomhet. Spenningsforholdet var ikke i fokus i den masteroppgaven og det ble derfor ikke sett dypere på, men det fremheves at arbeidsformen krever trygge profesjonsutøvere, men ikke spisse albuer for å fronte eget fag (Steiro, 2015, s. 35). Det kjenner jeg meg igjen i, og den masteroppgaven økte min nysgjerrighet på utfordringene rundt det å være profesjonsutøver i et tverrprofesjonelt team.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Gjennom masterstudiet i praktisk kunnskap får jeg anledning til å utforske og fordype meg i egen profesjon og eget praksisfelt. Det å kunne fordype meg i tema som er relevant for mitt daglige arbeid har vært motiverende med masteroppgaven, og det har også en stor verdi for

meg på det personlige plan. Problemstillinga er formulert ut fra egen undring over lang tid, og ut fra antagelser om at det å arbeide i en tverrprofesjonell praksis påvirker det ergoterapeuten gjør og måten han eller hun gjør det på.

Masteroppgavens problemstilling er derfor:

Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i et tverrprofesjonelt team med å ivareta og utvikle eget fag?

Problemstillingen har fire forskningsspørsmål som masteroppgaven svarer på:

1. Hvordan forstår ergoterapeuter sin egen profesjon?
2. Hvordan ivaretar og utvikler ergoterapeuter sitt eget fag i et tett praksisfellesskap?
3. Hvordan synliggjør ergoterapeuter sin egen profesjon i tverrprofesjonelle kompetanseområder?
4. Hvordan påvirker praksisfellesskapet utøvelsen av ergoterapi?

Forskningsspørsmålene har vært bestemmende og retningsgivende for valg av teoretisk ramme, i søk etter relevant forskning, i valg av metode, i analysen og i drøftingen til slutt.

1.3 Avgrensninger

Masteroppgaven er begrenset til ergoterapeuter som arbeider innen spesialisert rehabilitering på fysikalsk- medisinske rehabiliteringsavdelinger i sykehus. Her er det etablert tverrprofesjonelle team siden det er ei forutsetning at rehabilitering tilbys tverrprofesjonelt, noe jeg kommer tilbake til i teorikapitlet. Masteroppgaven er også avgrenset til å gjelde ergoterapeuter som har sitt daglige virke på sengeposter, og ikke i ambulant tjeneste.

Det er gjort flere praktiske avgrensninger i forhold til arbeidet med masteroppgaven, og det tydeliggjøres under kapitlet om metode.

1.4 Formålet med masteroppgaven

Formålet med masteroppgaven er å få tak i de erfaringer og den kunnskap ergoterapeuter som arbeider i tverrprofesjonelle team har med å ivareta og utvikle sitt eget fag. Jeg vil utforske praksisen deres, om de opplever utfordringer og i tilfelle hvilke utfordringer de erfarer. Jeg er opptatt av å få tak i deres tanker og meninger om egen profesjon, ved å få ergoterapeutene til

å sette ord på hva ergoterapi er, både beskrevet som konkrete arbeidsoppgaver og på et overordnet nivå. I tillegg er fokuset i intervjuene på hvordan de i daglig arbeid sammen med fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer og andre greier å beholde sin fagkunnskap. Hvordan ergoterapeutene utvikler sitt fag og sin kompetanse i en tverrprofesjonell praksis.

De overordnede målene med masteroppgaven er å vise hvordan en tverrprofesjonell praksis både påvirker kunnskapsutviklingen hos utøvere i en profesjon, og hvordan utøvere fra en profesjon bidrar i utvikling av en slik praksis. Jeg ønsker derfor at den kunnskapen som denne masteroppgaven bidrar med diskuteres i relevante praksiser. På den måten blir masteroppgaven en del av den pågående kunnskapsutviklingen, først og fremst i ergoterapifaget i rehabiliteringsvirksomheten, men også i andre profesjoner i samme virksomhet. I tillegg håper jeg at ledere innen rehabilitering kan ha nytte av mitt arbeid i forhold til organisering og tilrettelegging for fagutvikling og utvikling av gode rehabiliteringspraksiser.

1.5 Masteroppgavens oppbygging

Masteroppgaven har syv kapitler. I første kapittel vil jeg informere hva masteroppgaven handler om, bakgrunn for valg av tema, problemstilling med forskningsspørsmål, og hensikten med masteroppgaven.

I kapittel to redegjøres det for masteroppgavens teoretiske ramme der praktisk kunnskap er den overordnede rammen. I tillegg beskrives det hvordan ergoterapi som profesjon har oppstått og utviklet seg fram til i dag. Tverrprofesjonell praksis og rehabilitering beskrives også. Til slutt presenteres aktuell forskning. Kapittel tre skal gi et innblikk i praksis på en rehabiliteringsavdeling ved å presentere et pasientforløp med konkrete arbeidsoppgaver og arbeidsmåter hos de ulike profesjonene og samarbeid dem imellom.

Metodekapittelet viser min metodiske tilnærming. Den kvalitative metoden brukt for å svare på problemstillinga og den praktiske gjennomføringen presenteres. De metodiske overveielser gjøres det rede for. I kapittel fem presenteres resultatene, som diskuteres i kapittel seks. I kapittel sju drøftes metoden for arbeidet med masteroppgaven. Til slutt avsluttes masteroppgaven med et kapittel der jeg reflekterer rundt resultatene knyttet til masteroppgaven og dens betydning for ergoterapeuter.

Helt bakerst ligger litteraturliste og deretter vedlegg som omhandler: informasjon om masteroppgaven inkludert samtykkeerklæring, informasjon i forhold til rekruttering,

intervjuguide og godkjenning av masteroppgaven som prosjektet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

1.6 Begrepsavklaring

I masteroppgaven omtales ergoterapeutene som deltok i intervjuene som deltakere. Når deltakerne eller andre, for eksempel pasienten i pasienthistorien, er presentert med navn, er det fiktive navn.

De personene som mottar tjenester fra ergoterapeutene omtales som pasient. Dette er fordi masteroppgaven omhandler det som foregår inne på rehabiliteringssengeposter på sykehus. I den konteksten blir mottakere av tjenesten omtalt som pasient.

Andre relevante begrep blir avklart fortløpende i de ulike kapitlene i masteroppgaven.

2.0 Teoretisk ramme

Overordnet i masteroppgaven anvendes Jakob Meløe sine teorier om *aktøren og hans verden* (Meløe, 1973) og *om å forstå det andre gjør* (Meløe, 1997). Meløes teorier handler om praktisk kunnskap, både det å forstå og kunne gjøre rede for egen praktisk kunnskap, men også forstå andres praktiske kunnskap i et praksisfellesskap. Meløe bruker begrepet *å se* om denne kunnskapen eller forståelsen (Meløe, 1985). Meløe sine teorier bidrar med relevante perspektiver i utforskningen av deltakernes erfaringer og meninger om det å ivareta eget fag, og hvordan de utvikler eget fag i en tverrprofesjonell praksis. Et viktig poeng hos Meløe er at for å forklare det en selv gjør og for å forstå det andre gjør, må vi gjøre rede for omgivelsene, eller landskapet som Meløe skriver, for våre praksiser. Derfor inngår det i den teoretiske rammen i dette kapittelet en redegjørelse for masteroppgavens landskaper der ergoterapi foregår: i rehabilitering og i tverrprofesjonell praksis. Kapittelet avsluttes med forskning som er relevant for masteroppgaven.

2.1 Meløes praksisteori

Allerede første året på masterstudiet i praktisk kunnskap utforsket jeg min ergoterapipraksis, og diskuterte den ved hjelp av Meløe sine begrep om å se med det kyndige blikk, det ukyndige blikk og det døde blikk (Meløe, 1985). Jeg kjente meg igjen og forsto min faglige utvikling fra studenten som starter med et dødt blikk, til den mer erfarne ergoterapeuten med et kyndig blikk. Det ble derfor naturlig for meg å lese Meløe og finne inspirasjon i hans teorier til masteroppgaven med utgangspunkt i kunnskap, forståelse og det *å se* slik Meløe beskriver.

2.1.1 *Aktøren og hans verden*

Artikkelen *Aktøren og hans verden* (Meløe, 1973) handler om at våre begreper om verden vi lever og virker i, er knyttet til det vi gjør i vårt daglige liv. De redskaper vi bruker når vi utfører våre oppgaver (Meløe kaller det operasjoner) er nært knyttet til hvordan vi oppfatter, forstår og vurderer det vi gjør og den beste måten å gjøre det på. Meløe bruker det å hugge ved som eksempel (Meløe, 1973, s. 133). Når vi skal fortelle hvordan vi best kan hugge ved til noen som ikke kan det, er det ikke nok å fortelle og forklare de bevegelser vi gjør, og hvordan vi bruker øksen. Vi må også fortelle om vedkubben, hvordan vi plasserer den på hoggestabben og hvordan den kan kløyves for at den skal tørke og gi god varme i ovnen. Med

dette eksempelet forsøker Meløe å vise fram aktøren, den som handler og virker, og den verden aktøren er i. Han sier at poenget er at: "... det vesentlige ved våre operasjoner er ikke at vi beveger oss, med eller uten mentale korrelater, men at vi beveger oss med hensyn på en verden" (Meløe, 1973, s. 135).

Det er det vi oppfatter og forstår av våre omgivelser, eller vår praksis, som gir retning for våre bevegelser og måten vi utfører våre oppgaver på. Aktøren beveger seg og gjør sine oppgaver med hensyn på omgivelsene sine. For å forstå en handling må vi forstå omgivelsene, eller landskapet som Meløe beskriver, der handlingen foregår. Derfor vil kunnskap om hvordan vi gjør noe, peke mot særtrekk ved omgivelsene. Meløe gir dette eksempelet:

Forskjellen på å stå kroknet, med høyrehand i bevegelse hit og dit, og det å plukke bær, er ikke at det siste er det første pluss intensjonen. Det er bærene som gjør forskjellen. Bærplukkeren står ikke bare kroknet, han står kroknet ute i blåbærlyngen, og han beveger ikke høyre hand hit og dit, han beveger den fra lyng til spann og tilbake igjen, dvs. han plukker hånden passe full av bær, tømmer bærene over i spannet, og plukker videre (Meløe, 1973, s. 135).

Slik beskriver Meløe omgivelsene for en bærplukkerpraksis i detaljer, for at vi lettere skal forstå hensikten med det aktøren gjør. Tar vi bort omgivelsene blir aktørens handlinger meningsløse for en tilskuer. Det hjelper heller ikke å utstyre aktøren med intensjoner, i følge Meløe skal vi "møblere værelset og gi mannen en oppgave" (Meløe, 1973, s. 139). Da gjør vi han til praktiker, for eksempel en skomaker, og ber han om å lage en bestemt sko i en bestemt størrelse. Da ser han det han trenger å se for å lage en sko og han kan det han trenger å kunne for å lage skoen. Aktøren vet hva han gjør. Det en aktør (utøver) trenger å vite for å kunne gjøre noe, viser han når han gjør det (Meløe, 1973, s. 140). Aktøren kan ikke ha kunnskap om det han selv eller andre gjør uten å ha kunnskap om den verden det gjøres i (Meløe, 1973, s. 141).

2.1.2 Om å forstå det andre gjør

Utgangspunktet for å kunne forstå det andre gjør, er at vi må forstå omgivelsene til andre aktører. Da ser og forstår vi med de begreper som hører virksomheten til (Meløe 1997), og det er gjennom egne virksomheter vi settes i stand til å forstå andres virksomheter (Meløe, 1985). Meløe sitt begrep om forståelse, vår evne til å se, deler han inn i tre nivåer: 1) Det kyndige blikk, da ser jeg det som er å se og jeg vet at jeg ser eller forstår med virksomhetens egne begreper. Det helt kyndige blikk på det andre gjør, har bare den som kan gjøre det samme

selv. 2) Det ukyndige blikk, da ser jeg ikke det som er å se fordi jeg mangler begreper, men jeg vet at jeg ikke ser det som er å se i virksomheten. 3) Det døde blikk, da ser jeg heller ikke det som er å se fordi jeg mangler begreper fra virksomheten, men her vet jeg ikke det. Jeg føler meg trygg på at jeg ser det som er å se uten mistanke om at jeg konfronteres med en verden jeg ikke kjenner (Meløe, 1985, s. 22).

"Vår forståelse av det andre gjør har plass som premiss for våre handlinger vis a vis andre, eller for våre kommentarer til det andre gjør", skriver Meløe (Meløe, 2017, s. 207). Vår praktiske forståelse knytter Meløe til å se med begreper, virksomhetens innebygde begreper, opparbeidet gjennom erfaringer i virksomheten. Vårt arbeid med å forstå det andre gjør i virksomheten er først og fremst av praktisk og moralsk art, fordi vi skaper oss bilder av hva andre har gjort eller sagt ut fra fortellinger som kanskje ikke stemmer helt med virkeligheten. Men, ved å være tilstede i situasjoner med andre eller observere andre i arbeid og beskrive dette, kan vi forstå hva andre gjør (Meløe, 2017, s. 208).

Vi trenger begreper for å gi riktige beskrivelser av det andre gjør, og vi trenger begreper for å forstå det vi ser at andre gjør, for å se det som det det er, og ikke som noe annet. Vi kan lære å forstå hva andre gjør på to måter. Ved å være tilstede i det som gjøres og sies, fordi det andre gjør flettes sammen med de vi selv gjør og sier i en felles virksomhet. Eller vi kan observere hva andre gjør for å lære. Vi trenger også å lese oss til en slik forståelse, for å bygge ut vår forståelse med andres erfaringer. Veien til å forstå hva andre gjør går gjennom vår forståelse av virksomheten, som igjen bygger på vår evne til å se det som er å se med virksomhetens egne begreper (Meløe, 2017, s. 209).

2.2 Taus kunnskap

Et særtrekk ved praktisk kunnskap er at den må vises fram i utøvelsen, det er ikke nok å gjøre rede for den. Kunnskapen ligger i ferdigheter og evne til skjønnsmessige vurderinger. Polanyi beskriver dette som den tause dimensjonen i kunnskapen, og skriver "vi kan vite mer enn vi kan si" (Polanyi, 2000, s. 16). Som eksempel viser han til hvordan vi kjenner igjen et ansikt blant tusener andre. Denne forståelsen er så hverdagslig at vi ikke tenker på den som en bestemt form for kunnskap, mesteparten av den kan vi heller ikke formulere. Den er taus, vi har ikke ord for den, den bare er der intuitivt i oss alle. Polanyi viser også til et annet eksempel på taus kunnskap som vi opparbeider oss bevisst gjennom erfaringer (Polanyi lest i Wifstad, 2018, s. 135). Eksempelet han bruker viser til medisinstudenten som skal lære

røntgendiagnostikk og sitter i et mørkt rom og ser noen skyggeaktige streker på en skjerm, og hører røntgenlegen forteller hva som vises på skjermen. Men studenten forstår lite, det kreves erfaring med å se på røntgenbilder for å forstå hva det er de ser.

Her er to forskjellige dimensjoner ved taus kunnskap. Den umiddelbare forståelsen som vi kjenner, uten å kunne si hvorfor, når vi kjenner igjen et ansikt. Og så den andre dimensjonen som krever at vi tar oss tid til å reflektere over og venne oss til eksemplene for å lære begreper innbygget i praksis. Som vist her med en medisinpraksis der refleksjoner over det erfarne utøvere lærer oss, og deltagelse i bestemte praksiser bidrar til av studenten blir klar over meningen med de erfarnes handlinger (Wifstad, 2018, s. 135).

Polanyi hevder at vi bruker våre tause kunnskapsevner - det vi vet, men ikke kan si – på alt fra tankemessige problemformuleringer til bruk av verktøy (Polanyi, 2000, s. 37). Disse evnene kommer også til uttrykk i Meløe sitt begrep om *å se* (Meløe, 2017) og også i folkelige uttrykk som å ha blikk for, magefølelse og fingerspissfølelse. Taus kunnskap eksisterer på den måten i arbeidsmåter, rutiner og prosedyrer i våre praksiser (Wifstad, 2018, s. 136).

2.3 Ergoterapi

Selv om ergoterapi regnes som et ungt fag, har det røtter som kan føres langt tilbake i tid. Å ha god helse gjennom aktivitet var sentralt allerede i antikken. Da ble fysisk aktivitet, underholdning, litterære studier, kunst og handverk brukt for å behandle forskjellige sykdommer. I middelalderen sto den religiøse makta sterkt, og synet på behandling var at det måtte være balanse mellom bønn, arbeid og kvile, og det var kirken og klostrene som behandlet de som var syke, fattige, spedalske, eller mennesker med funksjonshemninger. Etter reformasjonen mistet kirken sin sentrale posisjon, og tanken om at arbeid skulle kunne helbrede menneskene overtok som tankesett. I denne perioden kom det fram arbeidshus der mennesker med funksjonshemninger, fattige, gamle og arbeidsledige ble satt til å arbeide. Med den franske revolusjonen endret dette seg igjen til å dreie mot en mer humanistisk tilnærming. Moral treatment, moralsk behandling, vokste fram innen psykiatrien. Grunntanken var at mennesker med psykiske lidelser hadde behov for å utvikle fornuften gjennom tilrettelegging av omgivelsene slik at de kunne lære og utvikle seg, og aktivitet som behandling ble sentralt. Benjamin Rush, som er sentral innen utviklingen av psykiatrien, tok prinsippene for moral treatment med seg til USA. Her argumenterte han for at fravær av

aktivitet ikke var kvile, da en hjerne som ikke var engasjert, var en stresset hjerne (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 110).

Midt på 1800-tallet ble moral treatment mer eller mindre borte og en biomedisinsk tilnærming på sykdomsbehandling overtok. Imidlertid var det flere som mot slutten av 1800-tallet igjen løftet fram ideen om at aktivitet var et sentralt menneskelig behov. Det var en metode for både gjenopptrening og å bli frisk fra sykdom. Denne gruppa begynte etterhvert å kalle seg for ergoterapeuter, og det første ergoterapiforbundet ble stiftet i New York i 1917. Det var mennesker med ulike profesjonsbakgrunn som tok initiativ til å opprette forbundet, så ergoterapifaget var tverrfaglig helt fra starten av (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 112). Sosialarbeideren Elanor Clark Slagle, arkitektene Thomas Kindner og Georg Barton, psykiateren William Rush Dunton, sykepleieren Susan Tracy, kunstneren Susan Johnson og sekretæren Isabel Newton dannet det første forbundet. Også i Norge var stiftelsen i 1952 av det som da het Norges Arbeidsterapeuters Landsforbund påvirket av flere fag, da denne stiftelsen ble tatt initiativ til av både ergoterapeuter, sykepleiere og barnehageterapeuter (Ness & Horghagen, 2017, s. 38).

I starten var ergoterapifaget påvirket av ideer fra moral treatment og det var ulike måter dette kom fram på. Blant annet var faget påvirket av en kunst og handverkstradisjon der bruk av hendene var sentralt i behandling og tilnærming til sykdom. Dette sto i kontrast til det biomedisinske synet som var godt etablert i samtiden, der forklaringsmodellen var fokusert på kroppen og patologi i kroppens cellenivå. Hvordan ergoterapeuter forsto aktivitet var det uenighet om da, og det er fortsatt en aktuell debatt innen fagmiljøet. I det norske samfunnet har vi i de siste 30 årene hatt en klar sosialpolitisk tilnæringslinje der arbeidslinja har stått sterkt. Mennesker skal bli stimulert til å være i arbeid framfor å være passive trygdemottakere og i dette arbeidet har ergoterapeuter et samfunnsoppdrag som en del av velferdspolitikken. Ergoterapeutene kan være en aktiv deltaker da verdiene og kjernekompetansen i ergoterapi handler om aktivitet, deltagelse og inkludering. Gjennom arbeid og aktivitet får menneskene verdighet og respekt, sosial inkludering og deltagelse i samfunnet rundt seg og ergoterapeutene kan være med å bidra til dette med sin kompetanse (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 112).

Ifølge det internasjonale ergoterapiforbundet er ergoterapeuter eksperter på aktivitet og deltagelse, og sentralt står at alle skal kunne være aktive deltakere i samfunnet. Ergoterapi er klientsentret og har som mål at mennesker skal kunne delta i hverdagsaktiviteter (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 114). Det samme har fagforbundet Ergoterapeutene

beskrevet i heftet *Alle skal kunne delta, ergoterapeuters kjernekompetanse*. Målet med ergoterapi er at mennesker kan delta og være inkludert i samfunnet. Helse beskrives som mer enn fravær av sykdom, men ved sykdom kan ergoterapeuter hjelpe med å finne ut av aktivitetsproblemer slik at det ikke blir et gap mellom egen helse og de krav man får fra hverdagen rundt seg. En av ergoterapeutenes kjernekompetanse er å kunne se på samspillet mellom personen, aktiviteten og omgivelsene. Selv om det er over hundre år siden det første forbundet ble stiftet, kjenner man fortsatt igjen tverrfagligheten i form av at ergoterapeuter har kunnskap som omhandler mennesket, aktivitet og omgivelsene (Ergoterapeutene, 2017).

I artikkelen *Ergoterapi i hundre år* (Ness & Horghagen, 2017) beskrives det at faget har gjennomgått tre paradigmer siden starten på 1900-tallet. Først ut var aktivitetsparadigme der man så på aktivitet som et behov som mennesker hadde, og at aktivitet var virkemiddelet som man kunne bruke til gjenoppretning etter sykdom. Perioden på 1940- 1960- tallet blir omtalt som det mekaniske paradigme. Nå var det teknikker og metoder som var i fokus, og disse ble ofte lånt fra andre faggrupper. Fra å ha hatt aktivitet i fokus, ble det nå et fokus på sykdom og kroppsmekanismer som for eksempel leddbevegelighet. Meningsfull aktivitet og omgivelser kom i bakgrunn i denne perioden. Det siste paradigme beskrevet så langt, det sosiale paradigme, utvikler seg på slutten av 1980-tallet. Her er igjen samspillet mellom aktivitet, person og omgivelser sentralt. Ergoterapeuter utvikler egne teorier og modeller for ergoterapifaget. Aktivitetsvitenskapen ble etablert i 1989 som en egen vitenskapelig disiplin der fokuset var å forske på sammenhengen mellom helse og aktivitet (Ness & Horghagen, 2017, s. 38).

I dag har vi over 5000 ergoterapeuter i Norge. I 2004 ble Unni Sveen den første i Norge med doktorgrad, og i 2017 var det over 30 ergoterapeuter som hadde doktorgrad (Ness & Horghagen, 2017, s. 40). Man kan ta en bachelorgrad på en av de seks stedene i Norge som tilbyr utdanningen, og man kan ta videreutdanning og mastergrad i mange ulike retninger. Har man mastergrad kan man blant annet bli godkjent som ergoterapispesialist (Ergoterapeutene, 2017). Fra januar 2020 ble det lovpålagt at alle kommuner skal ha et tilbud om ergoterapi (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

2.4 Rehabilitering

Rehabilitering har over lang tid endret både sin form og innhold. På slutten av 1800-tallet var fokuset å gi barn som var døve, blinde eller åndssvake muligheten til å lære å lese og skrive slik at de kunne ha et yrke. Senere vokste det fram en rehabiliteringspraksis som orienterte

seg mot somatiske sykdommer og funksjonstap. De medisinske framskrittene som kom bidro til at flere overlevde sykdommer og skader, og det gav behov for behandling og etterbehandling. Både fysioterapi, ergoterapi og den medisinske spesialiteten fysikalsk-medisin har sine røtter fra denne perioden. Den nye vitenskapelige kunnskapen og den praktiske erfaringen førte til et sterkere samfunnsansvar for enkeltindividene. Politiske tiltak handlet ikke lenger om en spesiell særomsorg, men om velferd og sosial omsorg for hele befolkningen. Etter andre verdenskrig var det fokus på full sysselsetting. En ny velferdstjeneste kom, først som omskolering, via attføring og deretter rehabilitering. De første begrepene som hadde fokus på hva man kunne, som eksempelvis delvis arbeidsfør, kom i denne perioden (Feiring, 2017, s. 38).

På slutten av 1960-tallet kom den mer samfunnsorienterte rehabiliteringen. Her hadde individuelle og kollektive ordninger kommet sammen med samfunnsvitenskapelige perspektiver. Synet på funksjonshemming endret seg, og man så funksjonshemmingen i samspill med det samfunnet man levde i. I dag er begreper som brukermedvirkning, mangfold og inkludering sentralt i rehabiliteringsarbeidet, og det viser at rehabilitering som virksomhet stadig er i endring (Feiring, 2017, s. 47).

I 1999 kom stortingsmelding nr. 21: *Ansvar og meistring. Mot en heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Forskning hadde vist at mange av utfordringene brukere hadde var felles uavhengig av årsaken til behovet for rehabilitering. Tilbudet manglet systematikk og helhet, og det var utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet. Meldinga dreide rehabiliteringstilbudet fra et institusjons- og sektorielt perspektiv, til et tverrsektorielt perspektiv med individet i sentrum. Fokuset ble på å arbeide mot en felles forståelse og samarbeidet aktørene imellom skulle være koordinert og helhetlig. Rehabiliteringen skulle være en individuell prosess der brukeren satte mål som var styrende for de tiltak som ble iverksatt. Retten til en individuell plan kom i 2001 og hadde som hensikt å være med å styre prosessen og styrke det planlagte arbeidet (Thommesen, 2010, s. 33).

I de siste årene har politikerne satt flere og nye krav til helse- og velferdstjenesten. Den største endringen kom med Samhandlingsreformen i 2012. Denne reformen hadde fokus på oppgavefordelingen mellom sykehus og kommune, men hadde også krav om samarbeid mellom institusjoner og profesjoner for å få en effektiv helse- og sosialtjeneste med høy kvalitet (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2017, s. 17). Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i de somatiske sykehusene foregår i dag i egne avdelinger for fysikalsk- medisin og rehabilitering (Thommesen, 2010, s. 57). Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby

rehabilitering til de som har sitt faste bosted eller oppholdssted i helseregionen. Rehabilitering blir sett på som en del av den pasientbehandling som sykehus skal tilby og tilbudet om rehabilitering kan gis både i institusjon og som ambulante tjenester. I tillegg har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt ovenfor samarbeidskommunene (Helsedirektoratet, 2015, s. 61).

Spesialisthelsetjenesten skal ha et tilbud om spesialisert trening og veiledning for oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter. Treningen skal være intensivt og individuelt, om så som et spesialisert tilbud etter behandling. Om det er mulig skal den spesialiserte rehabiliteringen starte samtidig som den medisinske behandlingen foregår, og det skal være et tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2015, s. 63). For at spesialisthelsetjenesten skal kunne tilby spesialisert rehabilitering er det viktig at personalet har høy kompetanse på området. Det bør være leger med spesialisering innen fysikalsk-medisin og rehabilitering. I tillegg bør det være fagkompetanse på lik linje som kravet til kommunene med fysioterapi, ergoterapi, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere, men med en høyere grad av spesialisering. I tillegg bør man ha tilgang til logoped og synspedagog. Det skal være en høy kompetanse på rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, s. 68).

Det er ikke så enkelt å definere hva rehabilitering er, og det finnes ulike forsøk på å forklare og definere rehabilitering. (Koren Solvang & Slettebø, 2017a, s. 17). I 2018 kom det en oppdatert forskrift om *Habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*, og med den kom en ny definisjon på rehabilitering. Rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient sin livssituasjon og mål. Arbeidet skal være en målrettet samarbeidsprosess på forskjellige arenaer mellom pasienten, pårørende og de som yter tjenester. Denne prosessen skal gi resultater i form av at tiltak som er kunnskapsbasert, koordinert og sammenhengende. 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 (Helse og omsorgsdepartementet, 2018).

2.4.1 Ergoterapeutens rolle i rehabilitering

Ifølge fagforbundet Ergoterapeutene (2013) er ergoterapeutens rolle også innen somatisk helse å arbeide med mestring av aktiviteter, på lik linje som de andre områdene ergoterapeuter kan arbeide innen. Ergoterapeutene skal ta utgangspunkt i hva som er viktig aktivitet for hver

enkelt pasient. Ergoterapeutene har kompetanse på å finne løsninger når det blir et gap mellom de krav som hverdagen stiller og helsen til den enkelte. I forhold til å arbeide med somatiske helseproblemer, har ergoterapeutene kompetanse på å utrede, behandle, rehabilitere og å forebygge helseproblemer (Ergoterapeutene, 2013, s. 1).

Ergoterapeutene skal arbeide etter offentlige retningslinjer og faglige råd. Tjenesten som gis skal være kunnskapsbasert. Målet er at pasienten får hjelp til rett tid slik at blant annet konsekvensen av sykdommen eller skaden reduseres. Et overordnet mål for ergoterapeuter er at hver enkelt pasient i størst mulig grad skal kunne bruke egne ressurser og mestre eget liv. Allerede tidlig i et rehabiliteringsforløp skal ergoterapeuten bidra med utredning. Fokuset er på aktivitet utførelse og hvordan kroppen fungerer. Det utredes bredt, og både motorisk, sensorisk, kognitivt, psykisk funksjon, aktivitetsinteresser, aktivitetsroller, sosial deltagelse og kartlegging av miljø gjøres. Når ergoterapeutene kartlegger, skal det brukes redskap som er valide, reliable og relevante (Ergoterapeutene, 2013, s. 2).

For pasienten er det viktig at et forløp ikke får uønskede tidsavbrudd mellom de ulike deltakerne i rehabiliteringsprosessen. Her har alle som arbeider med rehabilitering et ansvar. Dette ansvaret gjør at en del av oppgavene i spesialisert rehabilitering er å bidra til samhandling og koordinering mellom de tjenestene pasienten trenger ved utskrivning. Allerede tidlig i rehabiliteringsfasen skal det være fokus på hva som kan ha overføringsverdi for pasienten når den skal skrives ut. Pasienten skal være aktiv i denne prosessen, og det skal være lagt tilrette for brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2015, s. 77).

I samhandlingsreformen legges det ansvar på spesialisthelsetjenesten å utvikle gode pasientforløp både i og ut av sykehuset. Det er et krav om at spesialisthelsetjenesten medvirker i arbeidet med å utvikle forløp som går over forvaltningsnivå og tjenesteområder. Pasientperspektivet er også her vektlagt, og skal være tydelig i hele pasientforløpet (Helse og omsorgsdepartementet, 2009, s. 111).

Oppsummert viser dette at ergoterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten med rehabilitering må ha gode og spesialiserte kunnskaper om relevant ergoterapeutisk kartlegging og behandling, brukermedvirkning, god kunnskap om rehabilitering, samt gode evner til samarbeid på tvers av enheter i sykehuset og med samarbeidspartnere utenfor sykehuset.

2.5 Tverrprofesjonell praksis

I boka *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (Mausethagen & Smeby, 2017) viser de til sosiale læringsteori om praksisfellesskap. Det påpekes at selv om en tverrprofesjonell praksis kan skape profesjonskamp i form av at de ulike profesjonene ønsker å bevare sine områder alene eller at profesjongrensene blir til hinder og konflikter oppstår, så kan man også se på grensene mellom profesjonene som muligheter for utvikling. Et praksisfellesskap holdes sammen av felles kunnskap og praksis, i motsetning til team og nettverk som holdes sammen av en felles oppgave eller prosjekt. Det sentrale i praksisfellesskapet er å "dele, forvalte, utvikle og revidere felleskompetanse" (Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 88). Man kan tilhøre flere praksisfellesskap, for eksempel kan en profesjon være et slikt fellesskap, men også det fellesskapet man har med deltakere fra flere profesjoner (Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 88).

Det tverrprofesjonelle praksisfellesskapet krever at deltakerne engasjerer seg og gjennom det bidrar til å skape en felles praksis, ansvarlighet og tilhørighet. Det er fellesskapet selv som definerer hvem som er medlemmer, hva som regnes for kompetanse og hva som er felles virksomhet og praksis. Dette gjør at det er deltakerne som blir ansett som kompetente i det tverrprofesjonelle fellesskapet som kan anerkjenne andres bidrag, og å få anerkjennelse for egne forslag. Det å tilhøre en profesjon er ikke alene innpass til å bli ansett som en kompetent og troverdig deltaker, men det som man bringer inn i fellesskapet må være meningsfullt for de andre deltakerne i praksisfellesskapet (Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 88).

Wenger (lest i Hagland & Koren Solvang, 2017a) presenterer to ulike modeller for praksisfellesskap. Det er deltagelse og tingliggjøring. Når man snakker om deltagelse er det handlinger, samtale, tenkning, følelser og tilhørighet som står sentralt. Dette er altså mer enn bare samarbeidet. Deltagelse danner fellesskapet og det gir deltakerne en mening og tilhørighet. Handlinger står sentralt i et slikt praksisfellesskap, og det er gjennom disse handlingene at relasjoner og ansvarlighet vises. Regler og normer til de enkelte profesjonene synliggjøres, men også de som gjelder for det tverrprofesjonelle fellesskapet. Den andre modellen for tverrprofesjonell praksis har en mer fast form. Det er bruken av blant annet begreper, redskaper og symboler som gir den faste formen. Det at praksisen har blitt mer fast, gjør det mulig å presentere den for andre. Denne presentasjonen kan gjøres både muntlig og skriftlig (Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 89).

I den tverrprofesjonelle praksisen er det deltakerforbindelser som det er mest av. Man samles og vurderer sammen hva som er utfordringen for pasienten og hvordan man skal forme pasientforløpet. Gjennom dette danner man et felles interessefelt som omhandler pasienten. Dette interessefeltet går over profesjonenes grenser, de engasjerer seg i hverandres praksiser og legger til rette for læring (Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 89).

Kapittelet *Tverrprofesjonelle praksisfellesskap* i boka *Rehabilitering* (Koren Solvang & Slettebø, 2017b) beskrives tre former for praksis innen rehabiliteringsfeltet: flerprofesjonell praksis, tverrprofesjonell praksis og transprofesjonell praksis. Den flerprofesjonelle praksisen kjennetegnes av at hver enkelt profesjon arbeider selvstendig med en felles oppgave. I en slik praksis er oppgaven i fokus i stede for samarbeidet mellom profesjonene. I en flerprofesjonell praksis holder det med å forstå hverandres informasjon, man trenger ikke å ha en forbindelse eller et samarbeid mellom profesjonene (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 252). En slik praksis legger ikke til rette for læring, da de ulike profesjonenes kunnskaper ikke blir bundet sammen i det som Grimen (lest i Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 252) kaller for praktiske synteser. I en praktisk syntese er det "oppgavens karakter som avgjør hvordan relevante kunnskapselementer blir forbundet på bestemte måter" (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 252). I en flerprofesjonell praksis er det minst integrering og samarbeid. Her arbeider de ulike profesjonene selvstendig med sin profesjons oppgave, noe som gjør at det er oppgaven som er i sentrum, ikke samarbeidet med de andre profesjonene (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 254).

I den transprofesjonelle praksisen står derimot samarbeid i sentrum for arbeidet, og det er en praksis der samarbeidsformen er svært integrert og gjennomgripende. I denne samarbeidsformen kan de ulike profesjonene overta oppgaver fra hverandre. Dette kan medføre at ansvar og grenser blir utydelige, og man kan i ytterste konsekvens virke som en utydelig generalist med felles kompetanse. En slik generalist vil da i større grad bruke den sammenfallende kunnskapsbasen enn sin profesjonskunnskap. Da utvikles og brukes sammenfallende kunnskap mer enn den enkeltes spesielle profesjonskompetanse. Risikoen med en slik praksis er at det kan oppstå deprofesjonalisering. Deprofesjonaliseringen medfører at flere profesjoner har samme oppgave, og over tid kan det endre hver enkelt profesjons kunnskapsbase med at noe kunnskap forsvinner og går ut, mens felles oppgaver kommer inn og overtar (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 254).

Tverrprofesjonell praksis forutsetter en relasjon mellom ulike profesjoner. *Tverr-* viser til at det er deltakere som arbeider sammen for å løse en felles oppgave, på tvers av profesjonene.

Delen om *profesjonell* synliggjør at det er flere fagområder og praksiser som møtes, da profesjonsbegrepet omfavner dette. En tverrprofesjonell praksis medfører at en må ha felles innsats for å løse en oppgave, og de profesjoner som deltar må bruke de andre profesjonenes bidrag. Målet er her å integrere deler fra de ulike profesjonenes kunnskapsbase. I og med at man må bruke andres bidrag, ligger det til rette for læring i en tverrprofesjonell praksis (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 253).

Hagland og Koren Solvang (2017) tar med seg Grimens begrep om praksissynteser inn i den tverrprofesjonelle praksisen. De viser til at i en tverrprofesjonell praksis kan man sette sammen kunnskapsdeler fra flere profesjoner. Dette er da sammenfallende med det som Grimen omtaler som praksissynteser. Gjennom de praksissynteser får man tilgang på en kunnskap som er resultatet av at den oppgaven man skal gjøre, krever at kunnskap fra ulike profesjoner blir satt sammen på en bestemt måte. I rehabiliteringsarbeidet er det mange utfordringer som er sammensatte og krever tilnærming fra ulike profesjoner. Utfordringen i den tverrprofesjonelle praksisen er å utvikle de praktiske syntesene slik at de innebærer deler fra de ulike profesjonenes kunnskap. Da må deltakerne i den tverrfaglige praksisen sammen omforme kunnskapen slik at den får konsekvenser for hver enkelt praksis (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 253).

Det har lenge vært et ønske, både internasjonalt og nasjonalt at man samarbeider og koordinerer tjenester i helse og velferdssektoren. Internasjonalt har Verdens helseorganisasjon, WHO, vært en pådriver i arbeidet med tverrprofesjonell praksis og utdanning. I Norge har det siden midt på 1980- tallet kommet ulike lover og styringsdokument som omhandler kravet til samarbeid i praksis og i utdanning (Willumsen, 2017, s. 34).

Tverrprofesjonelt samarbeid har som kjennetegn at flere profesjoner arbeider tett sammen. De har en felles oppgave eller et felles prosjekt som skal løses. Målet er at gjennom alles deltagelse i beslutninger som tas, så får man tilgang til en større kunnskap, viten og ferdigheter enn om man hadde løst oppgaven alene. Denne merviten viser seg gjennom diskusjoner og refleksjoner i fellesskap mellom deltakerne. Deltakerne i samarbeidet representerer hele teamets synspunkter (Willumsen, 2017, s. 39).

Hanne Willumsen (2017) trekker fram at det tverrprofesjonelle samarbeidet krever en stor grad av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver. Å vite hva sin profesjons kompetanse er og hva den kan bidra med i den aktuelle situasjonen må man som deltaker i et

team være tydelig på. I tillegg må man kjenne til og vise forståelse for andre teammedlemmers kunnskap og forståelse. Det er alle deltakeres bidrag som kan ivareta helheten som pasienten har behov for (Willumsen, 2017, s. 39).

I et slikt tverrprofesjonelt samarbeid har man fire ulike former for kompetanse: kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. Den kunnskapen bare en profesjon har omtales som kjernekompetanse. Den overlappende kompetansen kan flere, men ikke nødvendigvis alle ha. Denne kompetansen trenger heller ikke å være tydelig avgrenset fra de andre kompetanseformene. Felleskompetansen utvikles over tid og består av kompetansen som man har felles - gjerne knyttet til konkret samarbeid. Språk, begreper og felles ferdigheter ligger innunder felleskompetansen. Når man har en spesifikk kompetanse, gjerne etter faglig fordypning i forbindelse med spesialisering eller videreutdanning, kaller man det for spisskompetanse. Mange år med erfaring kan også gi spisskompetanse innen et felt (Willumsen, 2017, s. 43).

I et tverrprofesjonelt samarbeid skal de forskjellige kompetansene virke sammen. For å få dette til må overlapping og grenser være synlige. Blir de ikke det, så er det vanskelig å benytte seg av de ulike profesjoners bidrag. En avklaring gjør det også enklere å se de ulike profesjoners bidrag sammen med de andres, og man vil også kunne få en mer sammenfallende og realistisk forventning til hverandre. God kjennskap til hverandre gir mulighet til anerkjennelse og forståelse for ulikheter. I det tverrprofesjonelle samarbeidet kan det skje endringer over tid. Blir profesjonenes bidrag for lik eller at bidragene blir så forskjellig at de drar i ulike retninger, så påvirker det samarbeidet i negativ retning. Det er i integreringen og balanseringen mellom de ulike profesjonene at man finner gode løsninger. Det er også her det kan oppstå konflikter i samarbeidet (Willumsen, 2017, s. 45).

Et samarbeid i tverrprofesjonelle team forutsetter at de ulike profesjonene anerkjenner at man er ulik, og samtidig klarer å tenke på helheten når man skal sy sammen de ulike profesjonenes bidrag. Hvor mye hver enkelt profesjon deltar med vil variere, alt etter hvilken oppgave det er som skal løses. Medlemmene i teamet må kunne stå i en posisjon der de blir utfordret på sine tjenester og sin egen profesjonskompetanse (Willumsen, 2017, s. 46).

2.6 Profesjonsidentitet

Horghagen (2007) med flere viser til i første kapittel i boka *Beste praksis i ergoterapi* at det er utfordrende for ergoterapeuter å sette ord på hva det er ergoterapeuter gjør, hva som er spesielt med ergoterapi og hvordan ergoterapeutens rolle kan bli tydeligere i forhold til andre helse- og sosial- profesjoner. Videre skriver de at norske ergoterapeuter oppfordres til å skrive ned sin kunnskap – og publisere den, da man gjennom en slik skriveprosess kan bidra med å fremme og skape en mer tydelig fagidentitet (Horghagen et al., 2007, s. 12).

Kåre Heggen (2013) belyser flere former for identitet. En av dem er den profesjonelle identiteten. Dette er en personlig identitet som har med utøvelsen av yrket å gjøre. Den profesjonelle identiteten kan forstås som en selvbevissthet om meg selv i rollen som yrkesutøver. Rollen innebærer verdier, holdninger, etiske retningslinjer, kunnskap og ferdigheter som gjør en til en god profesjonsutøver. Heggen viser til at profesjonell identitet er i utvikling over tid, og henviser til danske forskere som kobler sammen den spesielle måten som den profesjonelle ser på seg selv som profesjonell, med det stigende kravet til å utvikle en personlig profesjonsstil. Det vil altså si at en profesjonell identitet er å slå sammen de kravene som profesjonen stiller med sin egen personlighet (Heggen, 2013, s. 324).

Den andre formen for identitet Heggen beskriver er profesjonsidentitet. Dette er en kollektiv identitet knyttet til profesjonen. Disse to formene for profesjonell identitet og profesjonsidentitet er ikke nødvendigvis uavhengig av hverandre. De kan være nesten lik, samtidig som identitetene hos noen nesten kan stå i kontrast til hverandre. Profesjonsidentiteten vil derimot ha en eller annen innvirkning på utviklingen av den profesjonelle identiteten. En profesjonsidentitet består av to ulike former for identitet. Den ene formen handler om hvordan en profesjon kjenner igjen seg selv som gruppe, hvordan de definerer seg selv. Den andre formen er hvordan de som står utenfor gruppa definerer fellestrekk hos en gruppe de selv ikke er medlem i, altså en ekstern definisjon av gruppa. Det som er felles for begge disse formene er at de krever differensiering, et skille mellom oss og dem. Det varierer i hvor stor grad de ulike profesjonene har en sterk eller en svak kollektiv identitet, og den profesjonelle identiteten er i prinsippet annerledes enn profesjonsidentiteten (Heggen, 2013, s. 323).

Per Måseide (2013) beskriver at det er når man som profesjonell yrkesutøver aktivt involverer seg i sin praksis og i konkrete aktiviteter, at den kompetansen og kunnskapen man har som profesjon blir synliggjort (Måseide, 2013, s. 369). Det sammen finner vi hos Etienne Wenger (2004) når han beskriver de tre dimensjonene som sammen definerer et fellesskap: et

gjensidig engasjement, en felles virksomhet og et felles repertoar. Identiteten vår dannes gjennom blant annet deltagelse, og det er en sterk sammenheng mellom identitet og praksis. Han beskriver identitet som en erfaring og en oppvisning av kompetanse (Wenger, 2004, s. 174).

2.7 Aktuell forskning

Gramstad og Nilsen (2016) har i en undersøkelse blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten blant annet funnet ut at det for ergoterapeutene er utfordrende å kommunisere til sine samarbeidspartnere hvilken kompetanse de besitter. Ergoterapeutene oppgir at de selv er trygg i sin rolle og at de ser mange arbeidsoppgaver der de kan bidra med sin kompetanse i. Imidlertid har samarbeidspartnerne i kommunen ikke sammenfallende oppfatning i hva en ergoterapeut kan. Dette gjelder både brukere av tjenesten, men også de profesjonelle samarbeidspartnerne. Mangelen på kunnskap om ergoterapi bidrar til at ergoterapeuten framstår i en uklar rolle som det er vanskelig for ergoterapeuten å komme ut av. Kommuneergoterapeutene opplevde også liten anerkjennelse for sitt faglige perspektiv og sin fagkompetanse (Gramstad & Nilsen, 2016, s. 34). Gramstad og Nilsen refererer til Turner og Knight (2015) der de trekker fram at en av grunnene til at det er vanskelig å sette ord på den ergoterapeutiske praksisen er at det arbeidet som gjøres er praktisk rettet, og knyttet nært sammen med kompetansen til den enkelte ergoterapeut (Turner and Knight, 2015, lest i Gramstad & Nilsen, 2016, s. 36).

I forskningsartikkelen "*Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study*" (Kinn & Aas, 2009) kommer det fram at ergoterapeuter kan oppleve seg noe isolert fra andre profesjoner. Dette begrunnes med at ergoterapeutene ser på brukeren med en annen tilnærming. De erfarte at ergoterapeutene var ganske alene med å ha fokus på aktivitet (occupation), mens de andre i teamet var fokusert på sykdom. I tillegg hadde ergoterapeutene i denne undersøkelsen problemer med å beskrive de terapeutiske redskapene de brukte. Bruken av aktivitet som terapeutisk metode var sjelden vist fram eller artikulert. Ergoterapeutene strevde med å finne sin egen profesjonsidentitet, og de forsøkte å unngå å ha en rolle som var knyttet opp mot handarbeid og at ergoterapi bare var bruken av sunn fornuft. I stedet søkte de etter nye roller som kunne gi dem høyre status, for eksempel kartleggingseksperter (Kinn & Aas, 2009, s. 116).

At ergoterapeuter fortsatt strever med sin identitet påpeker også Turner og Knight (Turner & Knight, 2015). De trekker fram at ergoterapeuter har problemer med sin identitet både internt i sin egen profesjon, men også i forhold til eksterne parter. I en undersøkelse i Storbritannia viser det seg at ergoterapeuter har en svakere kollektiv profesjonsidentitet en andre helseprofesjoner. Den medisinske modellen er så dominerende innen helsesektoren at det kan være vanskelig for ergoterapeuter å vise fram det ergoterapeutiske perspektivet med fokus på aktivitet. Å sette ord på og begrunne sin egen praksis er utfordrende for ergoterapeutene, men når de begynte å bruke ergoterapifaglige begreper i sine rapporter, opplevde de en sterkere profesjonsidentitet. Som en del av bildet er mangelen på stabile paradigmer en av årsakene til at ergoterapeutene har det som Turner og Knight beskriver som "perceived lack of status" (Turner & Knight, 2015, s. 671). For å bøte på dette har det vært en tendens til at ergoterapeuter har tatt i bruk teknikker og metoder fra andre profesjoner for å gjennom det kunne oppnå en større aksept for eget fag. Dette viste seg imidlertid å være en dårlig strategi, da det bare har bidratt til at ergoterapifaget framsto mer uklart og førte med seg at ergoterapeutene opplevde seg mer undervurdert. Turner og Knight trekker også fram i sin artikkel, at selv om profesjonsidentiteten ikke var i fokus i mye av den forskningsbaserte litteraturen som ble undersøkt, så kom det fram som et tema gjennom analysen (Turner & Knight, 2015, s. 665). Artikkelen referer til flere internasjonale undersøkelser der ergoterapeuter strever med å ha en tydelig ekstern og intern fagidentitet. Noen av de undersøkelsene som det refereres til går helt tilbake til 1960- og 70 tallet, mens det i en undersøkelse fra 2002 sies at "the profession`s identity conundrum ... has persisted for almost 100 year`s (Turner & Knight, 2015, s. 664). I artikkelen settes det også søkelys på at ergoterapeuter kan bli misforstått og at den terapien de gir bare er bruken av sunn fornuft (common sense) da mye av der arbeidet ergoterapeuter gjør er knyttet til daglige hverdagsaktiviteter (Turner & Knight, 2015, s. 669).

Wilding og Whiteford (2008) (lest i Turner & Knight, 2015, s. 668) viser til en undersøkelse gjort i Australia der ergoterapeuter opplevde en sterkere profesjonsidentitet gjennom bruk av ergoterapeutiske begreper for å beskrive og rapportere ergoterapifaget og det de gjør i sin praksis. Ergoterapi deler sin kunnskapsbakgrunn med flere andre profesjoner, og ergoterapeutenes ekspertkunnskap og kjernekunnskap har ikke blitt synliggjort godt nok. Verken til ergoterapeutene selv eller de de andre profesjonene (Mouintain 2000, lest i Clouston & Whitcombe, 2008, s. 318).

I artikkelen *Knowlegde of the professional role of others: A key interprofessional competency* trekkes det fram at alle medlemmene i tverrprofesjonelle team må ha en sterk profesjonsidentitet og vise en tydelig profesjonsrolle. Samtidig som medlemmene i teamet må ha god kunnskap om de andre teammedlemmenes profesjon. Alle medlemmene i teamet må kunne kjenne igjen hvem som skal bidra med hva for å kunne løse den aktuelle situasjonen. Besitter man ikke denne formen for kunnskap kan konsekvensene bli dårlig pasientbehandling, konflikter, dårlig kommunikasjon og liten tilfredsstillelse i eget arbeid (MacDonald et al., 2010, s. 240).

Brataas og Haugan (2009) har studert ansattes perspektiv på utvikling av tverrfaglighet i en ny sykehusavdeling. De beskriver tverrfaglighet som samarbeidslæring. Denne læringa består i at samarbeidet mellom eget og felles fagoverskridende arbeid integreres. Deres informanter har reflektert over sine roller som fagpersoner, og konkludert med at andre arbeidsplasser kan ha tydeligere yrkesroller enn ei tverrfaglig sammensatt sykehusavdeling (Brataas & Haugan, 2009, s. 39). Mills og Spencer (2005) (lest i Brataas & Haugan, 2009, s. 42) viser til at fagutøvelsen i etablerte team ikke var vurdert så viktig som teamets praktiske ferdigheter. Dette kom også fram hos Brataas og Haugan, da forståelsen for teamenes felles mål og ferdigheter i tverrfaglig praksis endret seg til å få en større betydning med lengre erfaring i teamarbeid (Brataas & Haugan, 2009, s. 43).

En nylig gjennomført bacheloroppgave i ergoterapi ved NTNU Gjøvik har tatt for seg hvordan andre faggrupper i spesialisthelsetjenesten ser på ergoterapeutens rolle. Her viser de til funn der synet på ergoterapeuter har endret seg i løpet av tiden. Før var det mer hjelpemidler, mens ergoterapi nå beskrives med begrep som aktivitet, sammensatt og stort, at ergoterapeuter kan analysere menneskers adferd, og at de kan identifisere ressurser og behov hos hver enkelt (Svendsen, Talle & Stigen, 2019, s. 20). Bacheloroppgaven konkluderer med at ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten gjenkjennes gjennom et aktivitetsperspektiv. Det tette samarbeidet som er med andre faggrupper oppfattes som en medvirkende årsak til at samarbeidspartnere har en oppfattelse av hva ergoterapeuten kan (Svendsen, Talle & Stigen, 2019, s. 40).

3.0 Kontekst

Dette er en master i praktisk kunnskap, og arbeidet med masteroppgaven er knyttet til et praksisfelt, en kontekst, eller en verden slik Meløe (1973) omtaler det. Siden arbeidet med masteroppgaven ikke er knyttet direkte til egen arbeidsplass eller til et bestemt arbeidssted, kan det være nyttig å presentere et eksempel på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som kontekst for masteroppgaven. Eksemplet viser hvordan ergoterapeuten deltar i det tverrprofesjonelle arbeidet, og beskriver et fiktivt pasientforløp hvor ergoterapeutens kompetanse er en del av det totale rehabiliteringstilbudet.

Det kan selvfølgelig være ulike løsninger og organiseringer rundt omkring på de forskjellige sykehusene, men noen rammer er felles. Denne redegjørelsen av kontekst er en beskrivelse av hvordan rehabilitering på ei sykehusavdeling kan finne sted. De aktørene som er med, er de som vanligvis arbeider på ei rehabiliteringsavdeling, og de aktiviteter som beskrives er vanlige aktiviteter i spesialisert rehabilitering.

Ei rehabiliteringsavdeling på sykehus kan variere i størrelse i forhold til hvor mange pasienter de kan ha inneliggende. Pasientene er på avdelinga hele døgnet. Noen avdelinger har i tillegg dagplasser der pasienter kommer og er på dagtid, mens noen avdelinger i tillegg har poliklinikker. Da kommer pasientene inn til korte timesundersøkelser knyttet til rehabiliteringsutfordringer. Denne masteroppgaven har bare fokusert på avdelinger som har pasienter som er inneliggende hele døgnet.

I motsetning til andre sengeposter på sykehuset, er innleggelsen på rehabiliteringsavdelingene planlagt. Det er ingen akutte innleggelser av pasienter, og det er svært skjeldent korridorpasienter. Avdelingene er lokalisert på en fast plass, de har ikke sine pasientsenger spredt rundt på sykehuset. Det er ei ansattgruppe som er tverrprofesjonelt sammensatt, der kjerneprofesjonene ofte er leger, sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. I tillegg har mange avdelinger tilgang til logoped, synskonsulenter (optiker, øyelege, synspedagog), psykolog og nevropsykolog. Ved å være på et sykehus kan pasienter fra rehabiliteringsavdelingene henvises til behandling og utredning hos de tjenestene som sykehuset har tilgang til, for eksempel røntgen, høresentral eller ernæringsfysiolog.

3.1 Et pasientforløp

Per er i tidlig pensjonistalder og blir lagt inn på avdelinga for rehabilitering etter hjerneslag. Han overføres til rehabiliteringssengeposten etter et kort opphold på en slagenhet. På grunn av hjerneslaget har han nedsatt balanse og han har problemer med å sitte uten å støtte seg. Han kan stå om man er flere som hjelper han. Per har ingen lammelser, men har styringsproblemer i begge hendene. Han kan snakke og er klar og orientert. I fra før har han en nevrologisk sykdom som påvirket hans mulighet til å gå. Etter samtale med han og kona har det kommet fram at Per har vært en aktiv mann helt inntil han ble syk. Han har i stor grad hatt sine aktiviteter og sin virksomhet ute, og i gata der han bor har han vært en form for vaktmester som har hjulpet andre med alt fra gressklipping til å kjøre på butikken for å handle mat.

Første dag går både en sykepleier og en ergoterapeut inn til han på morgenen. De har snakket sammen og laget en plan for hvordan de best mulig kan hjelpe Per. Han er tidlig våken og klar til å stå opp. Han er ivrig på å trene. Per ønsker at han kan kunne gå igjen slik at han kan reise hjem og fortsette med sine vante aktiviteter. I løpet av den korte tiden han har vært på avdelinga, har han fortalt dette mange ganger. Det er derfor det kommer to fra personalet inn til han. De vet hvor viktig det er for han å kunne gå, og de vet at om han skal kunne gå nå, trenger han hjelp fra to. De er derfor sammen med Per gjennom hele morgenstellet. Dette gir Per muligheten til å gå fra senga til badet og mellom toalettet og stolen som står foran vasken på badet. Han kan stå ved vasken når han steller seg siden de to som er med, hjelper han med å holde balansen. De gir han også støtte slik at han får frigjort hendene til aktivitet og kan bruke dem til å vaske seg og kle på seg, i istedenfor å holde seg fast. Etter morgenstellet går han med rullator fra rommet til spisestua. De to hjelperne følger han hele veien siden han ikke har god nok balanse til å gå alene. Sittende ved bordet får han en stol som gir han god støtte i sittende. Han blir da selvstendig i spisesituasjonen og trenger ingen hjelp for å gjennomføre aktiviteten.

Senere på dagen er det fysioterapeuten som trener med han. Den første delen av treningstimen er de alene og trener på spesifikke øvelser inne på benken på fysioterapirommet. Mot slutten av timen kommer ergoterapeuten inn. Målet er at Per skal kunne få mer gangtrening, og da trenger de å være to. Per er glad for dette, for han forstår at det krever mye trening for at han skal kunne klare å gå igjen alene.

Per er på rehabiliteringsavdelinga i åtte uker. I løpet av den tiden får han gradvis til mer og mer. Han er ivrig, kan ikke få nok av treningen. Etterhvert kan han gå med rullator og med

følge av bare en person. Han får et treningsprogram som han kan gjøre på ettermiddagene og i helgene. Hele personalet har fokus på å gi så mye gangtrening som mulig, han går sammen med pleiere, fysioterapeut og ergoterapeut.

Ved utskrivelse er det planlagt videreføring av treningen i hjemkommunen. Både kommunal fysioterapeut og ergoterapeut skal komme hjem og trene med han. Ergoterapeuten på sykehuset har snakket med ergoterapeuten i kommunen om hva som Per har arbeidet med og har hatt som mål i ergoterapitimene og for rehabiliteringen. Når Per kommer hjem vil han fortsette å trene mot de samme målene. Mye av treningen vil være i hans hjem og nærområdet, da han har som mål å kunne stelle og kle på seg selv, kunne bevege seg rundt i egen bolig, og på sikt kunne gå ut og være aktiv i hagen. Selv om han ikke når målet sitt om å kunne gå alene før han reiser hjem, ser han at han er kommet et godt stykke på vei, og vil få hjelp av de kommunale terapeutene for å komme seg videre.

4.0 Metode

Masteroppgaven har et kvalitativt design basert på Gadamer's hermeneutikk (Gadamer & Jordheim 2003, Krogh, 2017), og kvalitative forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Et kvalitativt design egner seg godt når målet er å forstå menneskers erfaringer, tanker og meninger fra deres eget perspektiv. Det kvalitative forskningsintervjuet gjør det mulig å få tak i, beskrive og utforske virkeligheten slik den erfarer for mennesket (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42). Jeg ønsker å finne ut hvilke utfordringer deltakerne opplever når de arbeider i tverrprofesjonelle team, og bruker derfor semistrukturerte individuelle intervju med ergoterapeuter.

I dette kapitlet presenteres også deler av Gadamer's hermeneutikk. Denne delen av hermeneutikken har vært grunnlaget for tilnærming til egen forforståelse, teori og resultater i masteroppgaven. Hermeneutikken har også vært med i den forskningsmetoden som er brukt i masteroppgaven. Deretter redegjør jeg for forskningsprosessen og reflekterer rundt de valg som ble tatt. Metodediskusjon er oppsummert mot slutten av masteroppgaven, i kapittel 7 metodedrøfting.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Hermeneutikk er læren om fortolkning og oppsto da bibeltekster skulle fortolkes i samsvar med kirkens lære. Det var meningen i teksten som skulle tolkes fram, og man vektla forholdet mellom helhet og del og betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Krogh, 2017, s. 14). Gadamer kalte denne måten å fortolke på for forståelsens sirkel eller hermeneutisk regel der delen må forstås ut fra helheten og helheten må igjen forstås ut fra delene (Gadamer & Jordheim, 2003, s. 33). Gjennom den hermeneutiske sirkelbevegelsen ønsker man å oppnå en forståelse om et tema som er allment og gyldig. Denne forståelsen er avhengig av den kunnskap man har med seg og den kontekst som teksten står i, fordi det er tekstens mening som skal fram. Da kan hermeneutikken være med på å lære oss å analysere intervjuene som en tekst, og at teksten kan si noe utover selve intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73).

Gadamer tydeliggjør to sentrale begreper i hermeneutikken som er knyttet til den kunnskapen vi har med oss inn i fortolkningsarbeidet: forforståelsen og fordommer. Han poengterer at man ikke kan få en ny forståelse for noe, uten å bygge på en forståelse som var der fra før, en

forforståelse. Forforståelsen kaller Gadamer for fordom. Fordommene ser Gadamer på som positive, og som en forutsetning for å skape ny forståelse. Disse fordommene inneholder alt vi vet og kan, og våre oppfatninger og meninger om ting. De danner en helhet, en forståelseshorisont. Denne helheten er så stor og rommer så mye, at vi aldri vil kunne forholde oss til den som en helhet. Deler av helheten kan vi ta opp til kritisk prøving, men ikke den totale helheten. Vi står i en forståelseshorisont. Den kan endre seg når vår forståelse utvikler og endrer seg. Dette gjør da at den hermeneutiske sirkelen viser forholdet mellom to horisonter, den individuelle som er representert med leserens fordommer, mens den andre horisonten representeres av teksten. Man oppnår en horisontsammensmeltning når leserne endrer på sin horisont gjennom å trenge ned i teksten og forsøke å forstå hva den sier (Krogh, 2017, s. 54).

Fordommene vi har med oss korrigeres i møte med teksten i den hermeneutiske sirkelbevegelse. Det er gjennom denne kritikken og korrigeringen av egne fordommer at man får mulighet til å skape forbindelse mellom to forståelsesperioder - den leseren har og den teksten formidler. Det er førkunnskapen, forforståelsen, som tar oss inn i den hermeneutiske sirkelen, og gjennom å utsette den for kritikk og korrigerings oppnår man en ny form for fordommer som gir rom for en ny forståelse av teksten (Krogh, 2017, s. 51).

Forforståelsen er historisk og kulturelt utviklet og ingen hindring for ny forståelse, men tvert imot er det den forståelsen som vi forstår det nye med. Men, forforståelsen kan hindre ny forståelse hvis vi ikke er bevisst den, og forsøker å forstå det teksten sier. Gadamer mener at den som vil forstå en annen må høre etter hva den har å si, og være åpen for dens annerledeshet. Det krever bevissthet om egen forforståelse for å bli oppmerksom på det som er annerledes hos den andre. Og da erkjenner man også hva som er verdt å spørre om, og den andre kan i neste omgang påvirke fortolkerens meninger og forforståelse (Gadamer & Jordheim, 2003, s. 38).

Dette betyr at gjennom en hermeneutisk tilnærming får jeg rom for å ta med egen forforståelse og kunnskap inn i det metodiske arbeidet. Den kunnskapen blir løftet fram og synliggjort slik at jeg blir bevisst den og kan ta hensyn til den i arbeidet med masteroppgaven. I tillegg vil en hermeneutisk tilnærming gi deltakernes forståelse og erfaringer mulighet til å bli synlig, og gjennom en analyse av intervjuene tre fram som det Gadamer omtaler som tekstens meningsinnhold (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73).

Som ergoterapeut har jeg med meg min faglige forforståelse inn i alt arbeidet med masteroppgaven, fra de første ideene til mine resultater. Derfor er det på sin plass å gjøre rede for min forforståelse i forhold til mitt fagfelt, ergoterapi i en rehabiliteringskontekst.

4.2 Min forforståelse

Før jeg startet med masteroppgaven, skrev jeg ned mine egne erfaringer og forståelse rundt det å arbeide i tverrprofesjonelle team. Nedskrivningen gjorde meg mer bevisst på hvilke fordommer jeg selv hadde, og gjennom bevisstgjøringen var målet at mine fordommer kunne komme til syne slik at jeg var klar over dem når jeg arbeidet videre med masteroppgaven. Forforståelsen min har sine røtter i mine erfaringer og den kunnskap som jeg har med meg fra før, både som ergoterapeut, men også som en aktør innen rehabilitering.

Blant ergoterapeutene på min arbeidsplass har det for eksempel over tid vært diskutert i hvor stor grad vi skal være tilstede når pasienten skal stelle seg om morgenen. Det er lett å vurdere når pasienten helt tydelig er delaktig i aktiviteten, men mye vanskeligere å vurdere når pasienten trenger mye praktisk bistand og ikke er så delaktig selv. Pasienter som krever mye av personalressurser gjør at ergoterapeutene ofte kan bli etterspurt på morgenen når pasientene skal opp. Ikke nødvendigvis for det er mye ergoterapi eller aktivitetstrening som skal gjøres med pasienten, men at det må være nok hender for å få vasket, kledd på og snudd pasienten mens han ligger i senga. Eller at pasienter med lite hjelpebehov bare trenger en person som kan se at alt går bra. Går det da inn en ergoterapeut på tilsyn, eller en ergoterapeut og en sykepleier når pasienten krever mye, så kan kanskje en sykepleier frigis til å ordne med medisiner. Noe ergoterapeutene ikke kan hjelpe til med. Dette temaet dukker opp med jamne mellomrom, og innad i ergoterapeutgruppa har vi mange ganger konkludert med at vi nok aldri blir ferdig med den diskusjonen.

Når jeg er med i mange morgenstell uten tydelig aktivitetstrening, blir det vanskeligere å kjenne igjen sitt eget fag, og jeg mister begrunnelsen for å gjøre arbeidsoppgaven. Dette er et av de andre temaene som ofte dukker opp som diskusjon i ergoterapeutgruppa. Er dette ergoterapi, og i hvor stor grad driver vi med aktivitetstrening? Pasientgruppen har endret seg over tid, og vi får nå svært dårlige pasienter til rehabilitering. De trenger mye hjelp og bistand. Er det da ergoterapi å trene på å snu seg i senga eller å løfte på bekkenet- eller er dette i all hovedsak å trene på en funksjon? En annen utfordring som diskuteres er når pasientene trenger mengdetrening. Alle kan gå med pasienten for at pasienten skal få mye

gangtrening, men hva gjør dette med opplevd praksis hos ergoterapeutene? Når vi over år har hatt mange pasienter som vi har gått i korridorene med, hvor givende er det? Hvor får man brukt sin kliniske vurdering og utfordret sitt ergoterapeutiske tilbud. Blir vi en assistent til andres profesjoners kjerneområde?

Den daglige driften er med på å påvirke hvordan ergoterapeutenes ressurser brukes. Man må få døgnet til å gå rundt, pasienter skal opp, ha mat, personlig stell og lignende. Hvor mye hjelp pasientene trenger og eventuell personalmangel påvirker arbeidsoppgavene til de som arbeider på sengeposten, også ergoterapeutene. Er det alt for lite folk på arbeid, gjør man enkelte oppgaver utenfor sitt kjerneområde for å få driften til å gå rundt.

Som tidligere nevnt i innledningen er gleden av å være en etterspurt kollega tilstede, men samtidig er det en slitasje av å være *den andre*. Den som assisterer den som egentlig arbeider. Å være den som er med for det trengs flere hender, den som gir tilsyn for sikkerhets skyld eller være den som er med for å få snudd pasienten i senga.

Min forforståelse gir samtidig god kjennskap til de begreper, systemer og tilnærminger som finnes innen ergoterapi, tverrprofesjonelt samarbeid og rehabilitering. Utfordringen med min forforståelse er her å ikke tolke alt gjennom min forforståelse, men å kunne sette den til side for å gi rom for å oppdage deltakernes forståelse. Om en deltaker forteller at de har et fagmøte, er det viktig at jeg stiller nye spørsmål som får deltakeren til å utdype hva som ligger i deres begrep *fagmøte*. For det trenger ikke være det samme som fagmøte på min arbeidsplass. Akkurat slik som Gadamer mener at vi må være åpen for den andres annerledeshet og høre hva de har å si (Gadamer & Jordheim, 2003, s. 38), slik må jeg utforske deltakernes forståelser, også på det som jeg intuitivt tenker at jeg forstår ut fra den kunnskap og forforståelse jeg selv har.

4.3 Kvalitativt intervju

Målet med denne masteroppgaven er å få tak i de erfaringer og den kunnskapen ergoterapeuter som arbeider i tverrprofesjonelle team har med å ivareta og utvikle sitt eget fag. Jeg brukte det kvalitative forskningsintervju som metode.

Et forskningsintervju skiller seg fra andre typer intervju med at det produserer kunnskap. Denne metoden har sin styrke ved at den forsøker å få fram en forståelse ut fra informantens ståsted. Intervjuet gir tilgang til informantens beskrivelser av erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 21). Fra et hermeneutisk perspektiv kan man si at vi får tak i

informantenes forståelseshorisont som er preget av deres totale forståelse, tanker og meninger om masteroppgavens tema.

For at denne type forskning skal framstå som valid, eller troverdig, er det viktig at metoden som brukes er godt egnet til det som man skal finne svar på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Men spørsmålet om troverdighet er ikke knyttet til en spesiell undersøkelsesfase, men gjelder hele forskningsprosessen. I en hermeneutisk fortolkning er spørsmålene som stilles informantene, til den transkriberte teksten og hvordan resultatene skrives fram og fortolkes, avgjørende for troverdige resultater (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277). I så måte vil denne metoden kunne gi meg tilgang til de erfaringene de deltagende ergoterapeutene har.

Spørsmålene om troverdighet vil bli tatt opp i delen som omhandler metodedrøfting i slutten av masteroppgaven.

4.4 Forberedelse til intervju

Jeg brukte god tid på å forberede og planlegge intervjuene, og diskuterte framgangsmåten med veilederne og kollegaer. Kvale og Brinkmann (2015) poengterer at om man ikke bruker tid til å forberede et intervju, så er det store sjanser for at man bare reproducerer vanlige oppfatninger og fordommer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 34). Derfor var det viktig at jeg brukte god tid i forberedelsene for å få et godt og solid fundament å bygge masteroppgaven på der risikoen for å reproducere ble minimert.

Jeg startet forberedelsene med å lage et informasjonsskriv med samtykkeskjema til aktuelle deltakere (Vedlegg 1). Deretter laget jeg en forespørsel til lederne på rehabiliteringsavdelingene om å få tillatelse til å intervju ansatte ergoterapeuter og om hjelp til å rekruttere deltakere til masteroppgaven (Vedlegg 2).

4.4.1 Intervjuguide og prøveintervju

Arbeidet med forberedelsene til intervjuene tok jeg meg god tid til, og jeg startet med å utarbeide en intervjuguide til hjelp under intervjuene (Vedlegg 3). Jeg forsøkte å formulere spørsmål som ikke bare skulle bekrefte min forforståelse, men som kunne åpne opp for at deltakerne kunne komme med sine erfaringer og meninger. Da får deltakerne mulighet til selv å synliggjøre det som de synes er viktig, og i tillegg er intervjuerens oppgave å sette temaer på dagsorden, ikke meningene om temaene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 48). Maxwell (2013) skriver at intervju spørsmålene ikke nødvendigvis er de samme som forskningsspørsmålene,

fordi forskningsspørsmålene formulerer det vi vil forstå, mens intervju spørsmålene er det vi spør deltakerne om for å få tak i denne forståelsen. Å utvikle gode intervju spørsmål krever innsikt i hvordan deltakerne vil forstå spørsmålene og hvordan de vil respondere på de (Maxwell, 2013, s. 101).

I prosessen med å arbeide fram grunnlaget for intervjuguiden brukte jeg veilederne mine for å kunne løfte ut egne fordommer, og legge tilrette for undring og erfaringer fra informantene. Nedskrivningen av mine egne fordommer hadde jeg god nytte av i denne situasjonen, og det var viktig for meg å være bevisst mine egne fordommer, slik at de ikke dominerte og la tydelige føringer for hva jeg ønsket eller håpet at informantene skulle svare. Spørsmålene i intervjuguiden ble ikke formulert slik at svaret bare kunne bekrefte mine fordommer, men de åpnet for at deltakerne kunne komme med sine erfaringer.

I arbeidet med intervju spørsmålene forsøkte jeg å sette meg inn i informantenes situasjon og forestille meg hvordan jeg ville svart, eller hvilke situasjoner jeg kunne fortalt om hvis jeg var deltaker. Jeg tenkte også gjennom hvordan spørsmålene vil fungere i intervjusituasjonen, og forberedte meg på å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Ut fra forskningsspørsmålene og problemstillingen formulerte jeg fem temaer som deltakerne kunne snakke fritt rundt. Innenfor hvert tema lagde jeg hjelpespørsmål, inspirert av Maxwell, for å utdype og klargjøre hva jeg la i hvert enkelt tema. Jeg formulerte både åpne og mer lukkede spørsmål, i tillegg til stikkord. De lukkede spørsmålene var formulert mer direkte fra forskningsspørsmålene for å sikre at jeg ikke mistet fokus underveis i intervjuet.

Etter å ha laget et forslag til intervjuguide diskuterte jeg det med veilederne.

Tilbakemeldingene gjorde at jeg justerte på rekkefølgen av temaene og på noen spørsmål for å holde en rød tråd i intervjuet.

Før intervjuguiden ble ferdigstilt, gjennomførte jeg et prøveintervju med en kollega på egen arbeidsplass. Jeg fikk på denne måten litt erfaring med å være i selve intervjusituasjonen. Intervjuet ga meg mulighet til å tydeliggjøre uklare spørsmål, til å se at det ikke var for mange temaer i forhold til tiden som var til rådighet, samt at jeg fikk trent på å bruke det tekniske utstyret. Etter prøveintervjuet lyttet jeg igjennom opptaket med fokus på min rolle som intervjuer. Jeg hørte at jeg stilte ledende spørsmål og kunne reprodusere egne oppfatninger. Prøveintervjuet gjorde meg oppmerksom på noen temaer der jeg måtte være ekstra påpasselig med å stille åpne spørsmål for å få fram deltakerens tanker og ikke bare bekrefte mine. Jeg oppdaget også at jeg ved flere anledninger ikke stilte oppfølgingsspørsmål som kunne

tydeliggjøre min kollegas tanker og meninger og dermed øke kvaliteten på intervjuet. Med bakgrunn i disse erfaringene, skrev jeg ned setningsforslag i intervjuguiden som jeg kunne bruke underveis. I tillegg ble jeg oppmerksom på at ord som *beskriv* og fraser som *kan du gi eksempel på dette*, åpnet for at deltakerne kunne reflektere over det de forteller om.

Prøveintervjuet og gjennomgangen av det gjorde meg mer bevisst på spørsmålsstilling, det å høre etter og følge opp det som blir sagt, samt å ikke stille flere spørsmål samtidig.

Intervjuspørsmål bør være korte og enkle (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165), og det forsøkte jeg å etterleve.

4.4.2 Rekruttering og utvalg

Det ble gjort et strategisk utvalg av deltakere til denne masteroppgaven. Et strategisk utvalg kjennetegnes av at det lages kriterier for hvem som kan være aktuelle deltakere, ut fra en tanke om at deltakere med slike kriterier kan gi god informasjon om det temaet masteroppgaven omhandler (Leseth & Tellmann, 2018, s. 44).

Før deltakerne ble rekruttert, ble det utarbeidet følgende inklusjonskriterier:

- De måtte være utdannet ergoterapeuter
- Arbeide innen fysikalsk - medisinsk rehabilitering på sykehus
- De måtte ha mer enn 3 års erfaring fra arbeid i tverrprofesjonelle team

Grunnen til kravet om minst 3 års erfaring fra arbeid i tverrprofesjonelle team, var ønske om en viss mengde arbeidserfaring som grunnlag for deres refleksjoner, tanker og meninger om masteroppgavens tema.

Jeg valgte å ikke ha informanter fra egen helseregion som et ledd i å skape en viss avstand til deltakerne. Dersom deltakerne hadde kommet fra mitt nærområde ville det vært svært vanskelig å distansere seg fra utfordringer knyttet til drift og prioriteringer i egen rehabiliteringspraksis, og fordommene som fulgte med dette. For å unngå at slike utfordringer skulle påvirke resultatet, ble ikke eget helseforetak vurdert som område til å rekruttere deltakere fra.

Jeg gjorde en undersøkelse på nett om hvilke helseforetak i Norge som hadde i sykehus med spesialiserte fysikalsk-medisinske rehabiliteringsavdelinger. På bakgrunn av funnene, samt egen kjennskap til rehabiliteringsvirksomheten, ble tre sykehus valgt ut. Utvelgelsen var styrt av størrelsen på avdelingene, at det rent praktisk var mulig å reise til alle lokalisasjonene på den tiden som var satt av til intervjuene og at det lot seg gjennomføre rent økonomisk.

Jeg sendte forespørsel på mail til lederne ved rehabiliteringsavdelingens sengeposter om tillatelse til å intervju ansatte ergoterapeuter og hjelp til å rekruttere deltakere til masteroppgaven. Jeg la ved informasjonsskrivet som presenterte masteroppgaven, hva som ville kreves av deltakerne og hvordan deltagelsen ville foregå. Jeg skrev i mailen at jeg ønsket hjelp til å spre informasjon til ergoterapeuter som kunne være aktuelle i forhold til inklusjonskriteriene, samt hjelp til å innhente samtykke til deltagelse i arbeidet med masteroppgaven.

Alle tre lederne var positive til å hjelpe, og de rekrutterte deltakere etter inklusjonskriteriene. En leder som hadde ansvar for to ulike rehabiliteringstilbud, vurderte bare ett av tilbudene som aktuelt ut fra inklusjonskriteriene. Dette viser at lederne engasjerte seg og bidro til at masteroppgaven fikk strategisk viktige og riktige deltakere. Lederne delte ut informasjon om masteroppgaven, og samlet inn samtykke fra hver enkelt ergoterapeut. Det ble totalt rekruttert ni ergoterapeuter fra de tre ulike sengepostene. Det siste lederne gjorde, var å sette en ansvarlig av deltakerne på hver arbeidsplass til å ha direkte kontakt med meg for videre avtaler. Det ble gjort avtaler via mail med deltakerne om når og hvor intervjuene skulle gjennomføres.

4.4.3 Forskningsetiske overveielser

Masteroppgaven er gjennomført i forhold til Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013) som skal sikre deltakerne integritet og trygghet, og at eventuelle belastninger skal vurderes. Jeg mener at masteroppgavens resultater sannsynligvis vil komme deltakerne til gode fordi det kan bidra til bevissthet både om egen fagkunnskap og om praksisfelleskapets fagkunnskap og måter å arbeide på. Dette kan bidra til nye samarbeidsformer og arbeidsdeling. Som gruppe tenker jeg at ergoterapeuter kan utvikle kunnskap basert på masteroppgavens resultater som kommer pasienter til gode hvis fagkunnskapen utnyttes bedre i tverrprofesjonelle praksiser. Om deltagelse i arbeidet med masteroppgaven gir belastninger eller uheldige konsekvenser tenker jeg mest relateres til hvordan intervjuet gjennomføres og hvordan opplysninger og datamaterialet håndteres.

Masteroppgaven er meldt som prosjekt til personvernombudet (Norsk senter for forskningsdata, NSD) og godkjent, prosjekt nr. 630517 (Vedlegg 4). Alle deltakere har fått både skriftlig og muntlig informasjon om masteroppgaven, hva deltagelsen innebærer, og muligheten for å kunne trekke seg når som helst i prosessen. Det sikrer informert samtykke, og alle har samtykket skriftlig til deltagelse.

Kvale og Brinkmann (2015) viser til at de etiske spørsmålene og overveielserne skal være med i alle faser av arbeidet. De beskriver at samspillet mellom menneskene i intervjuet påvirker ikke bare kunnskapen som produserer, men også intervjupersonene og synet på menneskets situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95).

Gjennom hele masteroppgaven har jeg hatt med meg dette som Kvale og Brinkmann (2015) skriver. At de valg og avgjørelser som tas underveis skal være vurdert også i forhold til etiske perspektiver. Kontakten med lederne for rekrutteringshjelp var gjort for at deltakerne skulle oppleve et mindre press til å si ja eller nei direkte til meg. Utfordringen for min del, er at jeg ikke vet noe om relasjonene som deltakerne har til sin leder. Dette ble veid opp imot at det for deltakerne ikke hadde noen konsekvenser om de takket nei til forespørselen. De fikk heller ingen goder av å takke ja til å delta i intervjuene. Det var ingen risiko for represalier knyttet til det svaret deltakerne gav. Deltakerne fikk tidlig skriftlig informasjon om hva som skulle gjøres, hva som skulle undersøkes og hvordan denne undersøkelsen skulle foregå (intervju). Det var tydelig informasjon om hva som var deltakerens rolle i arbeidet med masteroppgaven. I tillegg fikk de tilgang til kontaktinformasjon til meg og veilederne. De fikk også informasjon om mulighet for å kunne trekke seg fra deltagelse. I tillegg kunne de velge i hvilken grad det datamaterialet som masteroppgaven produserte, kunne brukes til andre formål, for eksempel artikler eller til bruk i internundervisning.

I selve intervjusituasjonen gikk jeg og hver enkelt deltaker igjennom samtykkeerklæringen for å unngå eventuelle misforståelser, og deltakeren kunne stille spørsmål. I tillegg gikk vi igjennom hvordan anonymiteten til hver enkelt deltaker skulle ivaretas. Opptaket ble oppbevart innelåst til intervjuet var ferdig transkribert, deretter ble opptaket slettet. Tekstfilene til intervjuene ble oppbevart som kryptert fil, i tillegg til at det var passordbelagt pålogging på datamaskin. Det er kun jeg som har tilgang til datamaskinen. Personsensitiv informasjon som navn, arbeidssted eller navn på personer omtalt i intervjuet, ble ikke transkribert. Personopplysninger ble ikke oppbevart eller koblet til tekstmaterialet. Deltakerne fikk alle fiktive navn som er brukt i masteroppgaven.

Aktuelle dokumenter knyttet til formelle godkjenninger er vedlagt i slutten av masteroppgaven.

4.5 Intervju og transkribering

Kvale og Brinkmann (2015) trekker fram at forskning med bruk av intervju som metode er et handverk. Det er mange avgjørelser som tas underveis i selve intervjusituasjonen, og det setter store krav til den som intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35). For meg betydde det at jeg hadde litt trening gjennom prøveintervjuet, og at jeg fikk mer og mer trening i intervjusituasjonen etterhvert som intervjuene ble gjennomført. Selve intervjudagen ble deltakerne oppsøkt på deres respektive arbeidsplass. Der var de på hjemmebane og i kjente omgivelser. Det var reservert et rom der vi kunne sitte uforstyrret under hele intervjuet. For deltakerne krevde det bare at de satt av en klokke til intervjuet.

I informasjonsskrivet som deltakerne fikk på forhand var både problemstilling og forskningsspørsmålene belyst. De hadde ikke fått tilgang til intervjuguiden. Intervjuene ble tatt opp digitalt. Dette ga mulighet for meg til å lytte oppmerksomt og være tilstede i intervjusituasjonen, uten å bli forstyrret av å skrive ned det som ble sagt. Jeg hadde ei skriveblokk og penn foran meg for å notere stikkord som jeg eventuelt ønsket at deltakerne skulle utdype. Ved å notere stikkord unngikk jeg å avbryte deltakeren i sine svar og resonnementer, og stikkordet hjalp meg til å følge opp interessante erfaringer deltakerne fortalte om. Jeg hadde ei klokke på bordet slik at det var enkelt å følge med på tidsrammen for intervjuet.

Intervjuet startet med at jeg spurte om hvor og når de tok sin ergoterapeututdanning, om de hadde videreutdanning, hvor lenge de hadde arbeidet som ergoterapeut, antall års erfaring fra arbeid i tverrprofesjonelle team og hvordan arbeidsplassen deres var organisert. Målet med å starte med slike spørsmål var å legge til rette for ei avslappet stemning.

Alle ni intervjuene ble gjennomført i løpet av fire dager. Intervjuene varierte mellom 45 minutter og 1 time og ni minutter. Mellom intervjuene var det lagt inne en pause. Da lagret jeg intervjuet på opptakeren med sperre for sletting, noterte kort opplevelsen jeg satt igjen med etter intervjuet og hva jeg kunne gjøre bedre til neste intervju. Deretter startet forberedelsen til neste intervju, ha penn og papir klart og sjekke at opptakeren hadde strøm og nok opptaks plass. Jeg hadde en ekstra lydopptaker som sikkerhet for å få opptak. Med to opptakere ville risikoen for å ikke få noe opptak være mindre, da sjansen for at begge opptakerne ikke skulle virke samtidig var liten.

Alle deltakerne er kvinner og mange har lang erfaring fra å arbeide i tverrprofesjonelle team. Med unntak av tre hadde resten relevant videreutdanning. Informasjon om deltakerne presenteres i tabell 1: Informasjon om deltakere i intervjuene.

Tabell 1: Informasjon om deltakere i intervjuene.

Deltaker	Julie	Hilde	Torill	Matilde	Oline	Heidi	Trude	Tove	Signe
År erfaring	17	38	15	7	33	3,5	28	20,5	33
År i team	16	38	15	7	17	3,5	28	20,5	24
Relevant videre-utdanning		X		X	X	X	X		X

Rett etter at alle intervjuene var gjennomført, startet arbeidet med å transkribere. Når man gjør meningsanalyse av vanlige intervjuprosjekter trenger man ikke noen spesialisert form for transkripsjon. Det er en rekke valg som må tas, og det som er viktig er at valgene for transkripsjon skrives ned. Skal det skrives ned ordrett eller skal det omformes til mer skrifts form? Hvordan skal pauser markeres, og skal følelser noteres ned som for eksempel latter eller sukk? (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Det finnes ikke en sann, objektiv oversettelse fra intervju til transkript. Det er viktig at man har fokus på hvilken form av transkripsjon som er viktig for den enkelte forskning, samt at det også er viktig å beskytte anonymiteten til den som er intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212).

Disse rammene hadde jeg med meg da jeg startet med transkriberingen. Jeg gjorde all transkriberingen selv og underveis i transkriberinga av det første intervjuet tok jeg noen bestemmelser som la føringer for transkriberingen for alle intervjuene. For det første ble transkriberingen gjort ordrett. Teksten ble skrevet ned på bokmål da dette er lettere å lese og å skrive, samt at det er med på å anonymisere deltakerne med at karakteristika som dialektord blir borte. Lydord skrev jeg ned da det sier noe om i hvilken kontekst utsagnene kom i, og jeg noterte også latter. Lengre pauser ble markert slik: (pause), mens kortere pauser ble markert med ... Alle navn som dukket opp i intervjuet ble tatt bort, men enkelte stillingsbetegnelser ble beholdt der det var viktig for meningsinnholdet. Deltakerne fikk fiktive navn slik de er presentert i tabell 1. Der det ikke var mulig for meg å høre hva som ble sagt, ble det notert ned at kvaliteten på lyden var for dårlig.

Intervjuene ble transkribert fortløpende over en uke. Da var det lett å huske og følge de føringene jeg hadde satt for transkriberinga. Når alle ni intervjuene var transkribert lyttet jeg igjennom et etter et, mens jeg samtidig leste transkriberingen i teksts form. Der jeg fant manglende samsvar mellom lydfil og transkriptet, endret jeg teksten slik at det ble lik lydfilen. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at en transkripsjons reliabilitet øker dersom to personer kan gå igjennom det transkriberte materialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Denne muligheten hadde ikke jeg, men gjennom å korrekturlese transkripsjonen i forhold til lydfilen, minsket jeg muligheten for feil oppfattelse og misforståelser. Etter transkriberingen ble lydfilene på begge opptakerne fra intervjuene slettet.

Fordelen med å transkribere materialet selv, var at jeg allerede da fikk en god kjennskap til hva som ble sagt. Gjennom transkriberinga fikk jeg tilgang til den første teksten som sammen med min forforståelse tok meg med inn i den hermeneutiske analysen. Selv om ikke selve innholdsanalysen var startet i transkriberinga, startet den hermeneutiske tilnærmingen. Det å lytte på lydopptaket og skrive ned tekst, gjorde at jeg flere ganger la merke til erfaringer og forståelser som var interessante og annerledes enn mine. Det at jeg transkriberte alle intervjuene selv, ga de meg også starten mot å se deler som hørte sammen fra de ulike intervjuene. Allerede i transkriberingen erfarte jeg at min egen forståelse og tilnærming endret seg. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at om man transkriberer materialet selv, får man tilgang til mange detaljer som kan være relevante for den videre analysen. I en transkribering av eget materiale får man også hjelp til å huske de ulike betydningene fra intervjuet, og man begynner allerede i denne prosessen en form for meningsanalyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207).

4.6 Kvalitativ innholdsanalyse

Når intervjuene var ferdig transkribert, startet jeg på en innholdsanalyse av datamaterialet. Til hjelp med analysen brukte jeg Graneheim og Lundman (2004) sin artikkel *Qualitative content analysis in nursing reasearch: concepts, procedures and measures to achive thrustvorthiness* (Graneheim & Lundman, 2004) til å guide meg igjennom arbeidet.

Første delen av analysen besto av å bryte ned hvert enkelt intervju til meningsenheter. Disse meningsenhetene er den minste enheten av uttalelse som omhandler det samme. En uttalelse kan inneholde flere meningsenheter (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Meningsenhetene satte jeg fortløpende inn i en tabell med fem kolonner: meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode, subkategori og kategori. I neste analysesteg ble meningsenhetene fortettet til kondenserte meningsenheter. Her ble innholdet kortet ned, samtidig som kjernen i uttalelsen ble beholdt, slik Graneheim og Lundman beskriver (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Samtidig som jeg gjorde dette, la jeg farger på de ulike kondenserte meningsenhetene alt fra hva de omhandlet. Grønn omhandlet hva ergoterapi er, blå inneholdt forventinger, rødt omhandler tverrprofesjonelle tema, lilla omhandlet særfaglig utvikling, oransje fag på tvers, brun var fellesfag, rødbrun omhandlet team, limegrønn kryssing av fag, grå om forholdet ergoterapi og rehabilitering, mens mørk blå var organisering. Fargekoden var til hjelp til å holde oversikten, samt at de ble brukt etterpå for å få samlet analysen tematisk.

Neste analysesteg besto i å arbeide fram koder. Når man arbeider med koder abstraherer man dataen på nytt, og kommer fram til det Graneheim og Lundman kaller "tools to think with" (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Med å omdanne kondenserte meningesenheter til koder, gir det oss muligheten til å tenke på dataene fra teksten på en ny og annerledes måte. Det er imidlertid viktig at en kode blir forstått i sammenheng med konteksten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107).

Analysens siste to deler består av subkategorier og kategorier. Dette er kjernen av kvalitativ innholdsanalyse. En kategori er en gruppe av innholdet som har noe til felles. Kategorien skal bestå av homogene utsagn, samtidig som den er heterogene i forhold til de andre kategoriene. Dette gjør at dataen i analysen ikke kan tilhøre to ulike kategorier. I kategoriene er det ofte inkludert flere subkategorier. Disse subkategoriene oppfatter jeg som mindre grupper av felles innhold, som sammen danner en større innholdsmening, kategoriene. Graneheim og Lundman ser på kategoriene som et uttrykk for det konkrete (manifest content) innholdet i teksten. (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107).

For hver kolonne arbeidet jeg systematisk gjennom et intervju av gangen. Jeg gjorde ferdig alle ni intervjuene på kondenserte meningsenheter før jeg gikk over til kode. Deretter ble det ni intervjuer med fokus på koding, så subkategorier og til sist kategori. Jeg arbeidet med intervjuene adskilt slik at det var lettere å holde oversikten på hvert enkelt intervju.

Tabell 2 under viser hvordan en slik analyseprosess fra et intervju kunne se ut. Rødfargen på teksten viser hvordan hvert intervju i starten hadde farger etter tema.

Tabell 2: Eksempel på kvalitativ innholdsanalyse.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori
At det har vært en tverrfaglig gruppe som jobber med for eksempel tverrfaglig sluttrapport.	Det har vært en tverrfaglig gruppe som har jobbet med tverrfaglig rapport	Tverrfaglig gruppe jobbet med tverrfaglig rapport	Systematisk tverrfaglig fagutvikling	Utvikling i tverrprofesjonell praksis
Slik at det alltid, vi har jevnlig internundervisning eller slikt,	Vi har jevnlig internundervisning	Internundervisning		
Der vi tar opp tema, for eksempel tverrfaglig samarbeid.	Tar opp tema som tverrfaglig samarbeid	Tema tverrfaglig samarbeid		
Hvordan gjør vi det med dette her?	Hvordan gjør vi dette her	Hvordan gjør vi det		

Til slutt samlet jeg subkategoriene og kategoriene fra alle intervjuene i et eget dokument. Her fikk analysearbeidet nye farger, slik at hvert intervju hadde sin farge. Dette for at det skulle være enkelt å identifisere hvilket intervju subkategorien kom fra, om jeg hadde behov for å se tilbake på det opprinnelige utsagnet. Jeg så igjen over om jeg kunne samle flere kategorier. Det det var sammenfallende eller svært like kategorier i flere intervju, samlet jeg den til en felles kategori.

Det ble arbeidet fram flere kategorier gjennom innholdsanalysen. De som er tatt med videre i masteroppgaven er de kategoriene som svarer til problemstillingen og forskningsspørsmålene i masteroppgaven. Hver av de kategoriene besto av tre subkategorier, men av ulikt antall sitater.

Under hele innholdsanalysen har jeg fått veiledning på arbeidsprosessen. Det har resultert i at jeg har gått flere runder på hvert analysesteg. Jeg har sett at gjennom denne erfaringen så har analysen blitt tydeligere og godt forankret i datainnsamlingen. Gjennom dette arbeidet kommer den hermeneutiske arbeidsprosessen tydelig fram. Denne runddansen med analysen gjør at min forforståelse og forståelseshorisont blir en del av den hermeneutiske sirkel. Det at jeg tok flere runder med datamaterialet i analysearbeidet, bidro til at den hermeneutiske tilnærmingen, sirkelbevegelsen, ble gjentatt flere ganger. Og når jeg gjennom runddansen tolker og analyserer teksten, så gir den meg en ny og justert fordom - som igjen gjør at jeg ser på det innsamlede materiale men en utdypet forståelse og ny horisont slik Krogh beskriver (Krogh, 2017, s. 56).

5.0 Resultat

I det følgende kapittelet presenteres resultatet i tre kategorier, som hver består av tre subkategorier, se tabell 3 Resultat av innholdsanalyse.

Tabell 3: Resultat av innholdsanalyse

Sitat	Subkategori	Kategori
"Det er klart man har rollen som ergoterapeut, og jeg tror den er ganske solid forankret i meg."	Tydelig fagidentitet	Tydelig fagidentitet i en utydelig profesjon
"Jeg ser ergoterapien i veldig mye. Så det kan jo være alt mulig. Men dette synes jeg fortsatt kan være et vanskelig spørsmål"	Komplekst og vanskelig å forklare	
"Det er jo lett å se hva dere fysioterapeuter gjør. Mens ergoterapeutene er liksom litt <i>all over the place</i> . Og slik tror jeg det kan framstå for mange."	Utydelig profesjon i endring	
"Vi er så heldig at vi har et kollegiale og vi har flere vi kan diskutere med."	Særfaglig kunnskapsutvikling i kollegiet	Ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljø
"Vi har jo vært veldig tydelig på at vi ønsker oppdatering på det som skjer. Slik faglig kursing. AMPS, A-one, COPM og nå sist PRPP. Også er det jo kanskje når man er i slike sammenhenger at man møter andre ergoterapeuter at faget dyrkes."	Kunnskapsutvikling i særfaglige miljø utenfor arbeid	
"Enten det dreier seg om samarbeid med logoped eller det dreier seg om å forstå mer rundt sansemotoriske ting fra fysioterapeuten. Så er det stimulering og utvikling for meg også."	Kunnskapsutvikling i tverrprofesjonelt miljø	
"Om man tar å definere rehabilitering og ser på definisjon på ergoterapi, så kan man jo, det er ganske sammenfallende da."	Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør kjernen i ergoterapifaget	
"Det har jeg jo lurt på noen ganger. Jobber vi med ergoterapi eller er vi en halvfysioterapeut eller en halvpsykepleier?"	Rehabiliteringsvirksomhet gjør ergoterapifaget utydelig	Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget.
"De har jobbet sammen med ergoterapeuter i så mange år at dem har lært og sett og observert det og jobbet sammen med oss."	Rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap	

5.1 Tydelig fagidentitet i en utydelig profesjon

Kategorien *tydelig fagidentitet i en utydelig profesjon* blir synliggjort når deltakerne beskriver at de erfarer stor forskjell på hvordan de opplever sin egen profesjonsidentitet og rolle som ergoterapeut, i motsetning til hvordan andre beskriver ergoterapi som profesjon. Kategorien hadde subkategoriene *tydelig fagidentitet, komplekst og vanskelig å forklare*, samt *utydelig profesjon i endring*.

Her presenteres først subkategorien om tydelig fagidentitet, før subkategoriene som omhandler komplekst og vanskelig å forklare, og utydelig profesjon i endring presenteres.

5.1.1 Tydelig fagidentitet

I subkategorien *tydelig fagidentitet* beskriver deltakerne at de har en tydelig faglig identitet som ergoterapeuter. De gir uttrykk for at de arbeider som ergoterapeuter og at de er ergoterapeuter. Det kliniske resonnementet bak ergoterapitilbudet er de trygge på, da det er tydelig for dem hvorfor de gjør det de gjør. En av deltakerne uttrykker:

Det er klart man har rollen som ergoterapeut, og jeg tror den er ganske solid forankret i meg.

Denne tydelige forankringen kommer flere ganger til uttrykk gjennom deltakernes klare beskrivelse på hvorfor de gjør det de gjør, den tilnærmingen de bruker på å utøve ergoterapifaget. De prøver å ha det som de beskriver som

ergoterapifaget langt fram i panna

og det de forteller, vurderes i lys av deres identitet som ergoterapeut. En av deltakerne sier at hun har tiltro til sin måte å gjøre ting på, at denne tiltroen og tryggheten kjennes tydeligere nå enn før. Det kommer også fram at den faglige identiteten og tryggheten er blitt sterkere etterhvert som hun har fått mer erfaring. For eksempel beskriver deltakeren at om kollegaer mener pasienten trenger en rullestol, så springer ikke hun og tar mål av pasienten til søknad på rullestol og skriver søknaden med en gang. Deltakeren beskriver hvordan hun gjør sine egne ergoterapifaglige vurderinger først. Generelt beskriver deltakerne at de er blitt flinkere til å tenke hva er ergoterapifaget i de ulike situasjonene. Det deltakerne omtaler som ergoterapityngden beskrives som et godt fundament i dem, det ligger solid forankret i dem.

Deltakerne bruker sin egen praksis til å forklare hva de gjør, for eksempel aktivitetstrening eller testing, når de skal beskrive hva ergoterapi er. Aktivitetskompetansen står sentralt hos

dem som et kjennetegn på ergoterapi. I tillegg er ergoterapi mestringsorientert og personsentrert. For å få til dette er kartleggingskompetansen som ergoterapeutene har vektlagt hos deltakerne. Både i forhold til den spesifikke kompetansen for å kartlegge gjennom aktivitetsanalyse, men også i form av strukturerte metoder og tester. En del av det som de også beskriver som ergoterapi, er den spesifikke funksjonstreningen, for eksempel handtrening og kognitiv trening. Flere deltakere trekker fram at det handler om å gjøre pasientene i stand til å mestre hverdagslivet sitt og at de arbeider mye mot det. En av deltakerne sier:

Det er vi som bruker aktivitet som både mål og middel.

Deltakeren beskriver videre hvordan hun aktivt bruker aktiviteter som påkledning, aktiviteter på kjøkkenet eller et morgenstell for å løse de utfordringene som pasienten har. Deltakerne er tydelig i sine eksempler, og har en klar oppfattelse av hva ergoterapi er på deres arbeidsplass. Et av eksemplene som kommer fram er at en av deltakerne hadde planlagt å gå på treningskjøkkenet for å gjøre aktivitetstrening sammen med en pasient. Deltakeren forteller om spørsmålet som kom fra en fysioterapeutkollega om de ikke kunne trene thorax (brystkasse) samtidig som de var på treningskjøkkenet. Dette forteller deltakeren ble avvist da det ikke var det som var planlagt i ergoterapitilbudet.

5.1.2 Komplekst og vanskelig å forklare

Det er vanskelig for deltakerne å svare kort på spørsmålet om hva ergoterapi er. En av deltakerne utbryter spontant:

Men hvordan skal jeg forklare det?

Selv om det er et spørsmål de har fått helt fra de var studenter og fram til i dag, så er det fortsatt vanskelig å svare på spørsmålet. Deltakerne har ingen korte og tydelige svar, og forklarer hva ergoterapi er med å gi eksempler på hva de gjør i sitt arbeid. Det kommer også fram at deltakerne møter det spørsmålet om hva ergoterapi er i sin arbeidshverdag, og at det ikke er et enkelt spørsmål å svare på.

Det er et spørsmål vi får ofte fra studenter. Det er et spørsmål jeg synes er vanskelig å svare på.

Brukere og pårørende spør også spørsmål om hva ergoterapi er, og lurer på hva som er forskjellen på for eksempel ergoterapi og fysioterapi. Deltakerne beskriver at ergoterapi er en

ukjent og utydelig profesjon for andre. Om andre skulle ha forklart hva ergoterapi er, ville det ikke være en enkel oppgave. En av deltakerne uttrykker det slik:

... går man ut på gata og spør menigmann hva ergoterapi er, så tror jeg mange ville bli litt i beit for å svare.

Deltakerne forteller at de møter spørsmål om de er nesten- fysioterapeuter eller spørsmål på hva som er forskjellen på fysioterapi og ergoterapi. Selv om deltakerne forteller om en endring i form av at flere nå kjenner til ergoterapi eller har hatt kontakt med en ergoterapeut, så beskriver deltakerne at de forventinger andre har til ergoterapeuten stemmer dårlig med de forventinger de selv har til sin profesjon. Deltakere forteller at de erfarer forventinger om at man for eksempel er eksperter på ergonomi og har det som sin hovedkompetanse. Mange andre har fortsatt en forestilling om at ergoterapeuter arbeider mye med hjelpemidler og er gode på å reparere og fikse ting. Deltakerne har møtt på holdninger som at ergoterapeuten er:

... en praktisk person som skal reparere ting.

At ergoterapi er en utydelig profesjon i forhold til andre, kommer godt fram i et eksempel fra en av deltakerne. Hun forteller om en venn som kom med følgende utsagn:

Det er jo lett å se hva dere fysioterapeuter gjør. Mens ergoterapeutene er liksom litt all over the place.

Dette beskriver deltakeren at kan være representativt for flere, at ergoterapi ikke er så lett å forstå for andre. Deltakerne tror andre opplever ergoterapi som utydelig og vanskelig å forstå. Men enkelte av deltakerne med lengst erfaring forteller at det over tid har endret seg til det bedre, at man for 20 år siden knapt nok hadde kommet til orde i et teammøte for å vise fram hva ergoterapi er.

5.1.3 Utydelig profesjon i endring

Behovet for å gjøre ergoterapi mer kjent, å synliggjøre hva ergoterapi er og hva en ergoterapeut gjør beskriver mange av deltakerne. Det er fortsatt et arbeid å gjøre for å løfte fram ergoterapifaget og å unngå å framstå utydelig og usynlig. Deltakerne trekker fram at man ikke kan ta for gitt at alle vet hva vi driver med, og det er viktig at vi er flinke på å vise vår faglige kompetanse.

Bruk av særfaglige og konkrete ergoterapiredskaper som AMPS, PRPP og andre, er med på å vise fram ergoterapifaget. Å være tydelig på å vise arbeidsoppgaver som bare ergoterapeuten

gjør omtaler deltakerne som viktig, som for eksempel aktivitetskartlegging og førerkortvurderinger. I tillegg vektlegger deltakerne effekten av å bruke spesialord og fagterminologi for å beskrive den ergoterapeutiske arbeidsprosessen:

I stedet for å skrive at vi har kokt suppe på treningskjøkkenet, så skriver vi at vi har gjennomført en aktivitet som innebærer å planlegge, tenke på prosesser også videre.

Å skille person fra profesjon er også viktig for å vise fram faget sitt. At kollegaene deres anerkjenner at de som ergoterapeuter fikk til oppgaven i kraft av sin profesjonskunnskap, tenking og metode, og ikke i kraft av sin personlighet.

Det å være i fysisk nærhet og tilgjengelig for både pasienter og kollegaer blir også trukket fram som viktig for å synliggjøre ergoterapifaget. Det at treningsrom, testrom og treningskjøkken er samlet der som pasienter og personalet oppholder seg, er også med på å synliggjøre at her foregår det ergoterapi.

I tverrfaglige møter er deltakerne opptatt av å ta ordet og formidle hva deres ergoterapeutiske bidrag består i. I tillegg viser deltakerne fram faget sitt gjennom særfaglig notat i elektronisk journal og som ergoterapeutiske tiltak i felles rehabiliteringsplan.

5.2 Ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljø

Kategorien *ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljø* blir synliggjort når deltakerne beskriver hvordan to ulike miljø bidrar til å utvikle ergoterapifaget. Kategorien har tre subkategorier: *særfaglig kunnskapsutvikling i kollegiet*, *kunnskapsutvikling i særfaglig miljø utenfor arbeid* og *kunnskapsutvikling i tverrprofesjonelt miljø*. Det ene formen for utvikling er den utviklingen som foregår sammen med ergoterapikollegaer, enten på eller utenfor arbeidsplassen. Den andre formen for utvikling foregår i det tverrprofesjonelle miljøet på arbeidsplassen.

5.2.1 Særfaglig kunnskapsutvikling i kollegiet

Deltakerne trekker fram viktigheten av å tilhøre et særfaglig fellesskap som bidrag til å utvikle ergoterapifaget. Det å ha felles kontor gir muligheter til å diskutere ulike faglige utfordringer som hver enkelt står i. Resultatene av disse diskusjonene tar deltakerne med seg tilbake til teamene de arbeider i, og på den måten løftes diskusjonene hos ergoterapeutene inn i et tverrprofesjonelt miljø, slik som en av deltakerne presiserer:

At vi har det (særfaglig kontor), det tror jeg er med på å løfte ergoterapien i de ulike teamene. Og opp i hele gruppa.

Deltakerne søker sine ergoterapikolleger for tips og råd, og de bruker sitt faglige miljø bevisst.

Vi er kjempeflink på det. Å bruke hverandre. Vi kommuniserer tett vi tre ergoterapeutene. At vi er bevisst i dette tverrfaglige arbeidet at vi bruker hverandre, vi ergoterapeutene.

Deltakerne beskriver en uformell kontakt der faget står i fokus for samtalen. Det kan være alt fra konkrete tiltak, til diskusjonen om er nå dette ergoterapi? Denne formen for faglig diskusjon og utvikling erfarer de som et godt bidrag til sin faglige utøvelse i praksis.

Selv om deltakerne er ulikt organisert, så erfarer de at det å kunne skille ut sin profesjonsgruppe og bygge et særfaglig miljø er viktig for den særfaglige kunnskapsutviklingen. Det å ha tilgang til et særfaglig miljø beskriver de som positivt og viktig for utviklingen av en særfaglig kompetanse og tydelig profesjonsidentitet. Gjennom dette arbeidet og den uformelle kontakten bygger de sin egen identitet og kompetanse.

I tillegg beskriver deltakerne en mer formell kontakt gjennom møter der utvikling av ergoterapifaget står i fokus. Disse møtene omtales som fagmøter eller avdelingsmøter, og har det til felles at det på forhand er satt et tema som skal belyses:

Egentlig har vi en plan om at vi skal ha fagmøte en gang i måneden der vi tar opp et bestemt tema.

Deltakerne fokuserer på at man med jamne mellomrom også må ha en gjennomgang av det som er av strukturer og tilbud innenfor ergoterapi, for å se om det har kommet noe nytt som man må oppdatere seg på. De bruker også aktivt materiale som fagorganisasjonen Ergoterapeutene gir ut, eller interessante artikler i fagbladet *Ergoterapeuten* for å sette tema på møtene. Alle erfarer at for å få til en god fagutvikling må det være satt i system, og det må være en plan for fagutviklingen.

5.2.2 Kunnskapsutvikling i særfaglige miljø utenfor arbeid

Det særfaglige miljøet som er utenfor egen arbeidsplass er også en vesentlig bidragsyter for utvikling av ergoterapifaget. Å være oppdatert og ha kompetanse på spesialisthelsetjenestenivå forteller deltakerne er viktig. Denne utviklingen søker de på ulike konferanser og ergoterapifaglige kurs:

Vi har jo vært veldig tydelig på at vi ønsker oppdatering på det som skjer. Slik faglig kursing. AMPS, A-one, COPM og nå sist PRPP. Også er det jo kanskje når man er i slike sammenhenger at man møter andre ergoterapeuter at faget dyrkes.

Når deltakerne har vært på slike typer kurs, har de ofte undervisning for sine ergoterapeutkollegaer i etterkant, og de deler på sine erfaringer og kunnskaper som de har fått tilgang på utenfor arbeidsplassen.

Flere av deltakerne beskriver også utvikling av egen ergoterapifaglig kompetanse gjennom ulike videreutdanninger og etterutdanninger som er relevant for ergoterapeuter å ha. Noen av deltakerne forteller at økt utdanning har gitt dem mulighet og ansvar til å arbeide med fagutvikling mer systematisk i egen praksis.

I tillegg nevnes det å ha studenter som utvikling for ergoterapifaget. Deltakerne beskriver at studentene kommer med oppdatert kunnskap fra universitetsmiljøet utenfor, og gjennom dette erfarer deltakerne at det å ha student bidrar til utvikling og oppdatering av ergoterapifaget og det tilbudet de som ergoterapeuter kan gi på egen arbeidsplass.

5.2.3 Kunnskapsutvikling i et tverrprofesjonelt miljø

Mye av den faglige utviklingen deltakerne beskriver, foregår i det tverrprofesjonelle miljøet. En beskriver det slik:

Hadde jeg vært for meg selv på en øde øy og ikke hatt noen innspill her i livet, så hadde jeg ikke utviklet meg slik. At vi gir hverandre innspill ... Får innspill på egne tanker og ... ja ...

Deltakerne beskriver dette miljøet som en fordel, og at det er med på å gjøre sin egen forståelse større, noe de erfarer som interessant og nyttig. Deltakerne erfarer at de andre profesjonene bidrar med en ny og annerledes vinkling på utfordringene de står ovenfor, og gjennom dette så beskriver deltakerne en utvikling på ergoterapeutenes forståelser.

Enten det dreier seg om samarbeid med logoped eller det dreier seg om å forstå mer rundt sansemotoriske ting fra fysioterapeuten. Så er det stimulering og utvikling for meg også.

Deltakerne er med på jevnlige internundervisninger. Her er innholdet vinklet mot felles utfordringer og temaer, slik som for eksempel tverrfaglig samarbeid. De ulike profesjonene deler også artikler med hverandre, og er på den måten med på å endre og utvikle forståelsen på et aktuelt tema. Artikler kan utløse tverrfaglige møter der temaet i artikkelen blir tatt opp og diskutert, og flere profesjoner får gjennom dette bidra med sin kunnskap inn i diskusjonen. Deltakerne beskriver at andres kunnskap gir dem ny viten og forståelse:

Det er veldig fint å få de innspillene fra for eksempel lege og psykolog. For de kan utrolig mye mer på det medisinske og hjernens oppbygging, ikke minst. Enn det jeg kan. Og at vi snakker om det i teamet. Det er utrolig nyttig. Man får slik *aha* - det har jeg ikke tenkt på.

Denne utviklingen i et tverrprofesjonelt miljø foregår ikke bare i internundervisning eller tverrprofesjonelle møter. I det praktiske pasientnære arbeidet snakker også deltakerne om hvordan de utvikler sin egen praksis med hjelp av det tverrprofesjonelle miljøet:

I forhold til logopeden så er det vel kanskje vi som bruker det de jobber med, når det gjelder språk i alle fall. Som det å telle for eksempel. Alle øvelsene vi gjør så teller vi til ti. Men det er mer at vi bruker det som pasienten jobber med for å innarbeide det mer i aktiviteten - å bruke språket.

Deltakerne er opptatt av og beskriver at de bruker de opplysningene og den kunnskapen som det tverrprofesjonelle miljøet bidrar med, og at dette er en selvfølge. Det kan være at nevropsykologen har funnet ut noe om pasientens kognitive funksjon, eller at fysioterapeuten har kunnskaper om pasientens gangfunksjon som gjør at deltakerne må tilpasse eller endre sitt ergoterapitilbud til pasienten.

Denne praksisnære kunnskapsutviklingen beskriver deltakerne kan oppstå spontant i løpet av arbeidshverdagen. Når ansatte observerer eller erfarer noe de undrer seg over, eller tenker at andre trenger å vite, oppsøker de hverandre på sengeposten.

Det er jo det uformelle på arbeidsrommet når vi tilfeldigvis møter på en sykepleier som vi spør: nå har det og det skjedd, hva gjør vi? Slikt kan skje helt spontant, men er

helt uformelt og er ikke noe som blir journalført. Men som kan være nyttig likevel. Det spontane kan være nesten det mest nyttige.

Den informasjonen og kunnskapen som er i det tverrprofesjonelle miljøet beskriver deltakerne som viktig, da den er med på å bygge opp om forståelsen for andres tiltak. Når deltakerne tar med seg andre profesjoners bidrag i sitt ergoterapitilbud, erfarer de også at det gir bedre forløp for pasienten.

5.3 Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget

Kategorien *rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget* blir tydelig når deltakerne beskriver hvordan felles mål og metode for ergoterapi og rehabilitering både er med på å vise behovet og viktigheten for ergoterapi, samtidig som det gjør ergoterapifaget mindre tydelig når felles mål og metode brukes av flere profesjoner. I tillegg beskriver deltakerne hvordan rehabilitering gir god profesjonskompetanse om de profesjonene som deltar i virksomheten. Kategorien har subkategoriene *rehabiliteringsvirksomhet synliggjør kjernen i ergoterapifaget*, *rehabiliteringsvirksomhet gjør ergoterapifaget utydelig* og *rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap*.

Her presenteres først subkategoriene rehabilitering synliggjør kjernen i ergoterapi og rehabilitering gjør ergoterapi utydelig, før subkategorien om at rehabilitering gir god profesjonskunnskap presenteres til sist.

5.3.1 Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør kjernen i ergoterapifaget

Deltakerne snakker mye om hvordan rehabilitering passer veldig godt sammen med det å arbeide som ergoterapeut. De erfarer at om de ser på definisjonene på rehabilitering og ergoterapi, er det mange sammenfallende punkter. Aktivitetsperspektivet trekkes fram, sammen med det å kunne mestre de aktivitetene som er viktig for pasienten og som pasienten er vant til å gjøre:

For meg er det veldig slik at det henger veldig sammen. Det er liksom det å bruke aktivitet som pasienten er vant til å gjøre, og som pasienten skal få til igjen, forhåpentligvis.

De trekker fram at rehabilitering uten ergoterapi nesten er en uforståelig tanke, en av deltakerne undrer seg over dette:

Går det an?

Deltakerne trekker fram at hovedfokuset med å øke pasienten sin funksjon og å bygge opp om pasientens mestring av det som pasienten selv ser på som meningsfull aktivitet, gjør at ergoterapi passer veldig bra i rehabilitering. Selv om det er mange profesjoner som arbeider med rehabilitering, er det likevel mye som deltakerne opplever som:

Hand i hanske med ergoterapifaget.

En av deltakerne beskriver at hun fant gnisten i ergoterapifaget når hun hadde sin rehabiliteringspraksis siste del av studiet. Andre deltakere sier at rehabilitering utfordrer dem som ergoterapeuter, og at deltakerne erfarer å få bruke en stor bredde av faget sitt når de arbeider med rehabilitering. En av deltakerne satt ord på dette og sa:

Jeg synes jeg får brukt meg som ergoterapeut veldig vidt når jeg jobber på en rehabiliteringssengepost.

Deltakerne forteller at sammenfallende mål for ergoterapi og rehabilitering gjør at kjerneverdiene i ergoterapifaget kommer godt til syne i arbeidet rundt en rehabiliteringspasient.

5.3.2 Rehabiliteringsvirksomhet gjør ergoterapifaget utydelig

Alt blir veldig ergoterapirolle, da. Vi har jo alle, alle har jo det her fokuset (hva er viktig for deg?) i teamet. Altså ikke bare ergoterapi, men det gjør jo at det ikke blir vårt fokus. Så det er litt på godt og vondt.

Slik beskriver en av deltakerne hvordan rehabilitering også er med på å gjøre ergoterapifaget mer usynlig. De beskriver hvordan den sammenfallende definisjonen og tilnærmingen mellom ergoterapi og rehabilitering også er med på å gjøre ergoterapifaget mindre synlig da kollegaene deres, gjennom denne likheten, også får fokus på det som er kjernekunnskapen til ergoterapeutene.

Deltakerne forteller at de ofte diskuterer om det de gjør er ergoterapi eller ikke. Noen ganger konkluderer de med at det er ikke helt ergoterapi, men at det er viktig for helheten i pasientens rehabilitering. De beskriver hvordan tiltak i en rehabiliteringsprosess kan føre til uklare roller og en opplevelse av utvisking av ergoterapeuten:

Det har jeg jo lurt på noen ganger. Jobber vi med ergoterapi eller er vi en halvfysioterapeut eller en halvsykepleier?

Deltakerne viser til at tiltak skal overskygge innsatsen fra flere faggrupper, og da er det ikke så viktig om man for eksempel er ergoterapeut eller fysioterapeut. Også det å arbeide i team forteller deltakerne som en del av utydeliggjøringen av faget. At man blir lik innad i teamet når tiltak går over profesjonsgrensene.

De forklarer denne usynliggjøringen av profesjonen med at de arbeider med rehabilitering. Og de beskriver at dette påvirker yrkesutøvelsen. Deltakerne erfarer at grensene mellom profesjonene blir flytende når de arbeider tverrprofesjonelt, og det er et tema som kommer igjen med jamne mellomrom – hvordan de skal unngå å bli for lik andre yrkesgrupper. Det kan bli slik den ene deltakeren beskriver:

Alt har ikke helt klare skille på alt. Det gjør jo kanskje noe med ting, liksom ... faget ...
Så linjene er liksom ikke helt klare. Det er litt slik hun sa: all over the place.

Det er også slik at enkelte arbeidsoppgaver noen ganger gjøres av en profesjon, andre ganger av flere profesjoner. Dette erfarer deltakerne ikke bidrar til å gjøre det enklere å forstå hva ergoterapi er. De beskriver at det ikke er rart, at pasienter og pårørende ikke klarer å skille mellom profesjonene.

Nei altså, som sagt så går det kanskje ikke det tydelige skillet på faggruppene og rollene, men det er at, det kan jo også, det kan jo på en måte også gjøre at vi går litt i ett, da. At det ikke blir så synlig. At det da blir utvasket på noe.

Deltakerne beskriver også at ergoterapi er et fag som krysser mot mange andre fag, og som har flest felles områder med de andre. Deltakerne beskriver samtidig at deres kollegaer bruker ergoterapifaglige begreper i sin praksis. Aktivitetsbegrepet for eksempel, bruker flere enn ergoterapeutene i kraft av at alle arbeider med rehabilitering:

Men det gjør jo fler når man holder på med rehabilitering. Vi ser jo at det skriver sykepleierne også, og kaller det aktivitet i notatet. At de jobber med det.

Videre forteller deltakerne at andre skriver om mestring, kognitive utfall og spør hva som er viktig for deg. Så deltakerne har en opplevelse av at andre faggrupper utøver ergoterapi:

Og mange faggrupper utøver jo også ergoterapi. Sykepleierne for eksempel.

Mange av deltakerne har et sterkt fokus på at de arbeider med rehabilitering og gjennom dette erfarer de at de får de en del arbeidsoppgaver som de ikke nødvendigvis opplever som sentrale i ergoterapiutøvelsen. Deltakerne beskriver tidvis at det er mer rehabilitering enn ergoterapi, og at ergoterapifaget blir borte i rehabiliteringspraksisen:

Jeg tror noen ganger at vi tenker at nå visker vi oss ut. Det er tanker vi har hatt mange ganger.

5.3.3 Rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap

Gjennom å arbeide sammen i et tverrprofesjonelt miljø, beskriver deltakerne at de som profesjonsgruppe er godt kjent blant kollegaene sine på sin arbeidsplass. Over år har kollegaene deres sett og observert hva ergoterapeutene gjør, og det gir kollegaene en god profesjonskompetanse:

Men jeg tror de hadde indentifisert oss med aktivitetsperspektivet. At det er det vi jobber med. Så jeg tror på avdelinga her så har de som jobber ganske god peiling på hva vi gjør.

Deltakerne erfarer at når noen på arbeidsplassen retter spørsmål eller problemstillinger til andre profesjoner, blir spørsmålet rettet til rett yrkesgruppe. Deltakerne beskriver at kollegaene kjenner hverandre godt, og opplever at det er:

Litt taus kunnskap med hvem som gjør hva.

Deltakerne beskriver en praksis der man over tid arbeider tett sammen, og sammen har man løst mange utfordringer. Dette samarbeidet gir kollegaene mulighet til å lære hva ergoterapi er, og de ser og observerer hva og hvordan en ergoterapeut arbeider. De beskriver hvordan for eksempel både ergoterapeuten og sykepleieren går sammen i et morgenstell og at dette er med på å gi kunnskap om hverandre.

Det beskrives av deltakerne at det er veldig klare forventinger til hva de ulike faggruppene skal bidra med. Deltakerne med kortest erfaring med å arbeide i team, uttrykker at det var godt å begynne på arbeidsplassene, da de man arbeidet sammen med visste hva ergoterapeutene sto for. De forteller at der det er problemer med aktivitetsutførelse eller kognitive problemer, der skal ergoterapeutene kartlegge pasientene. Det er en forventning som både deltakerne har til seg selv, og som de forteller at deres kollegaer tydelig forventer. En

felles tverrfaglig forståelse på hva som er ergoterapeutens oppgaver beskrives tydelig av deltakerne.

Det er dere som kan slikt, da.

– hører de ofte i fra sine kollegaer. Deltakerne beskriver også hvordan kollegaer kan se at det er *noe* med pasienten, men at de ikke helt klarer å sette fingeren på hva det er. Likevel kjenner kollegaene igjen såpass mye, at de kommer tilbake til teamet og sier at denne pasienten trenger ergoterapeutens kompetanse. Deltakerne erfarer at slike henstillinger om å undersøke pasienten, ofte viser seg å være rett observert av kollegaene.

Deltakerne erfarer at det ligger klare forventinger til hva ergoterapeuten skal bidra med. Deltakerne beskriver at arbeidsplassen forsøker å skille på arbeidsoppgavene, og at det er definert hva som for eksempel er pleiegruppa sine arbeidsoppgaver i et morgenstell og hva som er ergoterapeutenes oppgave i et morgenstell. Deltakerne forteller at det ligger klare forventinger til de ulike faggruppene, og hva som er deres bidrag inn i det tverrprofesjonelle arbeidet. Det er en tverrfaglig forståelse over ansvarsfordelingen. Deltakerne forteller videre at det også er en forståelse for at selv om flere profesjoner kan overlappes hverandre på enkelte områder, så har de ulik tilnærming og profesjonene ser etter ulike ting.

6.0 Drøfting

De ulike resultatene vil i dette kapittelet bli drøftet opp mot relevant teori og forskning. Kategoriene *tydelig fagidentitet i en utydelig profesjon, og rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget* blir drøftet sammen i starten av kapittelet. Deretter drøftes kategorien *ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljøer*. Masteroppgavens forskningsspørsmål ligger som bakteppe i diskusjonen.

6.1 En profesjon trer fram

Et av resultatene som kom fram gjennom analysen var at ergoterapi som profesjon begynner å ha en tydeligere identitet, både internt i profesjonsgruppa, men også eksternt blant sine kollegaer på rehabiliteringssengepostene. I tillegg viser eksemplene deltakerne kom med, at de selv har et bevisst forhold til å bruke sin egen profesjons begreper og metoder for å synliggjøre -og gjennom det ivareta ergoterapifaget.

6.1.1 Tydelig identitet i en utydelig profesjon

Resultatene i denne masteroppgaven gir oss kunnskap om hvordan ergoterapeuter selv opplever en tydelig identitet som ergoterapeut, men erfarer at den blir utydelig i møte med andre. Det som er spennende er imidlertid at det kan virke som om deltakerne opplever en endring knyttet til hvordan deres kollegaer oppfatter ergoterapeutene som profesjon. At de som ergoterapeuter i større grad opplever å bli gjenkjent på sin kjernekompetanse blant sine kollegaer og samarbeidspartnere. Dette var et overraskende og interessant resultat som vokste frem fra empirien, på tross av at dette ikke var en del av min forforståelse. Likevel kom det som et klart resultat når analysen av materialet var gjort. Det ble slik det står skrevet i Turner og Knight (2015) sin artikkel, at selv om profesjonsidentiteten ikke var i fokus i mye av den forskningsbaserte litteraturen så kom det fram som et tema gjennom analysen (Turner & Knight, 2015). Tidligere forskning (Gramstad & Nilsen, 2016, Kinn & Aas, 2009, Turner & Knight, 2015, med fler) viser at ergoterapeutene har en tydelig profesjonsidentitet men at andre samarbeidspartnere ikke har den samme tydelige oppfattelsen av hva ergoterapi er og hva en ergoterapeut kan. Resultatet som omhandler ergoterapeutenes identitet og oppfattelse av egen profesjon er interessant da det viser en endring i forhold til tidligere publisert materiale.

Resultatene i denne masteroppgaven viser at deltakerne opplever en tydelig profesjonell identitet. Deltakerne beskriver det som framstår som en stor selvbevissthet i rollen som ergoterapeut. De indentifiserer seg som en ergoterapeut, og uttrykker helt tydelig at de er en ergoterapeut. Rollen er solid forankret i dem. Dette faller godt sammen med det som Kåre Heggen (2013) beskriver som en profesjonell identitet, da selvbevissthet om rollen som yrkesutøver er tydelig hos de med en profesjonell identitet. Heggen trekker også fram at denne profesjonelle identiteten kan utvikle seg over tid i takt med kravet om å utvikle sin egen personlige profesjonsstil (Heggen, 2013, s. 324). At den profesjonelle identiteten kan utvikle seg sterkere over tid, finner jeg også igjen i resultatene. Deltakere beskriver at man blir tryggere i rollen etterhvert, og at man stoler på sin egen kompetanse og sine egne ferdigheter. De vurderer selv de tiltakene som skal iverksettes, også om andre foreslår dem. Dette viser at de har en god og tydelig identitet som ergoterapeut, da de gjør selvstendige vurderinger. Ergoterapifaget er solid forankret i dem.

Gramstad og Nilsen (2016) har tilsvarende funn i sin undersøkelse om kommuneergoterapeutene. Også ergoterapeutene i denne undersøkelsen uttrykker en klar profesjonell identitet som ergoterapeut, de er trygge i sin kompetanse og hva de kan bidra med (Gramstad & Nilsen, 2016, s. 34). Det kan da tenkes at denne erfaringen med tydelig rolle som ergoterapeut, ikke er avhengig av hvor man har sin praksis, men at ergoterapeutene har det som deltakerne beskriver som en solid forankret ergoterapirolle i dem. Mens erfaringene fra kommuneergoterapeutene er at både de profesjonelle samarbeidspartnerne og brukerne ikke har samme forventning som ergoterapeuten selv om hva ergoterapeuten kan bidra med, skiller dette seg litt fra deltakerne i denne undersøkelsen. Kollegaene på arbeidsplassen skiller seg ut som en gruppe med god kompetanse på hva ergoterapeutene kan. Dette kommer jeg tilbake til senere i kapittelet under punktet om at rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap.

Som en av subkategoriene viser, er det komplekst og vanskelig å forklare hva ergoterapi er. Selv om deltakerne gir uttrykk for at de har en tydelig profesjonell identitet, er det likevel vanskelig å svare kort og presist på spørsmålet om hva ergoterapi er. De gir uttrykk for at det er et spørsmål som har fulgt dem igjennom sin praksis som ergoterapeut, og at det ikke er så lett å svare på. For å svare på spørsmålet tar deltakerne utgangspunkt i egen praksis og forklarer hva de gjør. Slik kommer ergoterapeutidentiteten fram. Selv om det er utfordrende for deltakerne å svare kort på hva ergoterapi er, så er det stort samsvar med det de som gruppe gir som beskrivelser av ergoterapi.

Når man så kommer til resultatene som omhandler profesjonsidentiteten blir straks opplevelsen av tydelighet mer uklar. Alle deltakerne gir uttrykk for at de også har en tydelig profesjonsidentitet og den kan beskrives som en kollektiv tydelig identitet. De identifiserer seg alle sammen med gruppa ergoterapeuter, og de bruker omtrent samme forklaringer på hva ergoterapeuter gjør. Dette understøtter at de har en felles profesjonsidentitet som ergoterapeuter. Beskrivelsene fra deltakerne i kapittel fem viser at de bruker begrepet *vi* når de snakker om sine ergoterapeutkollegaer på arbeidsplassen, men også om de ergoterapeutene de møter utenfor egen arbeidsplass. Ut fra Heggens (Heggen, 2013, s. 323) beskrivelse kan man da si at gruppa har en tydelig definisjon av seg selv.

Utfordringen kommer når deltakerne forteller om sine erfaringer med andres opplevelse av hva ergoterapi er. Da er variasjonen stor, og det er utydelig hva andre oppfatter som ergoterapeutenes kjernekompetanse og virksomhet. Deltakerne har alle en oppfatning av at de andre ville ha problemer med å si hva ergoterapi er. Andre definerer ikke ergoterapeuter som ei tydelig gruppe, de definerer ikke fellestrekkene til ergoterapeutene homogent og tydelig. Denne andre formen av profesjonsidentitet oppleves dermed ikke som like tydelig. Heggen (2013) viser til at den eksterne definisjonen av profesjonsidentitet, krever at man skiller mellom oss og dem (Heggen, 2013, s. 323). Brukere, pårørende og andre som deltakerne har kontakt med, skiller nok godt imellom seg selv og ergoterapeuten, men de har problemer med å skille ergoterapeuten fra annet helsepersonell, og de mangler kunnskap om hva ergoterapi er. På den måten får ikke ergoterapeutene en tydelig eksternt definert profesjonsrolle. Når deltakerne ofte må forklare hva som er forskjellen på en fysioterapeut og en ergoterapeut, eller mellom en sykepleier og en ergoterapeut, da gjør det noe med opplevelsen av å ha en tydelig profesjonsidentitet. Dersom man som ergoterapeut stadig må forklare hva som er ergoterapeutens rolle og funksjon, er det jo det samme som å måtte legitimere sin eksistens. Om andre oppfatter at ergoterapeuten er lik for eksempel fysioterapeuten, trenger man da begge? MacDonald et al (2010) viser til at det er lite tilfredsstillende i eget arbeid om ikke alle medlemmene i et team vet hvem som skal bidra med hva (MacDonald et al., 2010, s. 240). Selv om ergoterapeutene vet hva som er deres bidrag, vil man ut fra dette kunne trekke slutninger at om andre, også de utenfor teamet, ikke har en god forståelse for hva ergoterapi er og hva en ergoterapeut gjør, så kan det påvirke hvor tilfredse ergoterapeutene er i sin praksis.

En av deltakerne forteller at hun planla å ha med seg en pasient på treningskjøkkenet. Målet var å se om pasienten kunne klare seg selvstendig når han var på kjøkkenet, om det var trygt for han å stå ved benken, om han trykt kunne ta kopp og fat ut av skapene og om han fikk til å

lage mat. Det var mye som skulle prøves ut. Ville pasienten mestre aktiviteten, ville han klare å gjennomføre og organisere dette etter å ha vært syk? Deltakeren beskriver at hun var interessert i å se på om det var kompenserende tiltak som måtte settes inn, hun ville se på både pasientens aktivitetsfunksjon og å kartlegge omgivelsene. Å være på treningskjøkkenet beskriver deltakeren som en stor oppgave, også med tanke på å mestre de kognitive kravene i aktiviteten. Så kommer en av fysioterapeutene inn og spør om ikke ergoterapeuten kan ta med seg pasienten på treningskjøkkenet for å trene thorax. Deltakeren beskriver videre hvordan hun hadde tenkt og planlagt mange ting som de skulle trenes på mens hun og pasienten var på treningskjøkkenet, men å trene thorax hadde hun ikke tenkt på i det hele tatt. Deltakeren erfarer at de har ulikt fokus og ulike metoder, og at fokuset med å gå på treningskjøkkenet for å trene thorax blir fremmed for henne. Her beskriver hun en tydelig egenopplevd identitet i aktivitetsperspektivet til ergoterapeutene, samtidig som ergoterapifaget kan framstå som uklart og utydelig for andre.

Deltakerne er opptatt av å synliggjøre ergoterapeutenes kompetanse gjennom bevisst valg av begreper og metoder når de skal beskrive sin praksis. De velger å gå bort fra mer alminnelig språkbruk som å si at de har vært på kjøkkenet og kokt suppe, til å beskrive at de har gjennomført en aktivitet som krever for eksempel planlegging og organisering. Kinn og Aas (2009) har også påpekt dette med valg av beskrivelser i sin artikkel, da ergoterapeutene i den undersøkelsen ikke ønsket å bli identifisert med for eksempel handarbeidsaktiviteter. De opplevde at deres fokus på aktivitet var de alene om å ha. Kinn og Aas (2009) beskriver videre at bruken av aktivitet som terapeutisk metode var lite artikulert (Kinn & Aas, 2009, s. 116). Selv om det er ulikheter i disse to resultatene, har de samtidig mye felles. I begge undersøkelsene er ergoterapeutene opptatt av å bli identifisert som en profesjon med spesifikk kompetanse. De ønsker å vise at det de kan, og at det de gjør, er noe annet enn vanlige bruk av alminnelige hverdagsinnhold og sunn fornuft. Den bevisste bruken av begrep for å beskrive ergoterapi og den ergoterapifaglige arbeidsprosessen blir da et viktig virkemiddel for å synliggjøre profesjonskunnskapen. Men i motsetning til funnene beskrevet hos Kinn og Aas så viser resultatene fra denne masteroppgaven at deltakerne bevisst bruker aktivitet, og har et fokus på daglige aktiviteter, som sin kjernekompetanse. Når deltakerne sier at de bruker aktivitet som både mål og middel, artikulerer de tydelig at dette er en kjernekompetanse de bruker og ønsker synlig for andre. Deltakerne framstår tydelig i sine uttalelser at de er trygge i rollen som ergoterapeut, og har en identitet som ergoterapeut. Og for å tydeliggjøre for andre hva de gjør og hvilken kompetanse de har, er de bevisst på å bruke ergoterapifaglige begrep

og terminologi. De devaluerer ikke sin egen praksis eller profesjon med å unngå bruk av daglige aktiviteter, men de ønsker å løfte fram og synliggjøre de ergoterapifaglige metodene og kunnskapsfelt.

Men hva med deltakernes spontane reaksjon da de ble utfordret med spørsmålet om hva er ergoterapi? Når man umiddelbart utbryter: Hvordan skal jeg forklare det? Har man da en så tydelig identitet og er man en aktør som vet? Når det er vanskelig å sette ord på og beskrive egen praksis, da er det vel heller ikke så rart at ergoterapi som profesjon kan virke både uklar og diffus. Som Horghagen (2007) med flere skriver er en av utfordringene å kunne "artikulere hva ergoterapeuter gjør, hva det er som er unikt med fagområdet og hvordan ergoterapeuters rolle kan tydeliggjøres i forhold til andre helse- og sosialprofesjoner" (Horghagen et al., 2007, s. 12). Også Turner and Knight (2015) referer til flere internasjonale undersøkelser der ergoterapeuter strever med ha en tydelig fagidentitet, både internt i profesjonen og ut mot andre. Noen av de undersøkelsene Turner og Knight refererer til går 30 – 40 år tilbake i tid mens en undersøkelse fra 2002 sier at "the profession`s identity conundrum ... has persisted for almost 100 year`s (Turner & Knight, 2015, s. 664). Det er tydelig at identiteten til ergoterapeuter som profesjonsgruppe har vært en utfordring over tid. Resultatene i denne masteroppgaven viser imidlertid at deltakerne kan sette ord på hva de gjør, selv om de synes det er krevende. De beskriver ergoterapi som aktivitetskompetanse, at tilbudet er tilpasset hver enkelt og den omgivelsen personen står i. Deltakerne synliggjør gjennom sine eksempler sin profesjons identitet og profesjonens kunnskapsfelt.

Ser man dette i lys av Meløe (1973) sin tekst om *aktøren og hans verden*, er aktøren ergoterapeutene som deltar, de er trygge i sin rolle og de vet hva de kan og hvilken kompetanse de har. De kan sammenlignes med skomakeren til Meløe (Meløe, 1973, s. 140), de er praktikere som vet hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det. Deltakerne ser det de trenger å se for å gjøre det de trenger å gjøre, som er å utøve god ergoterapi til pasienten. Deltakerne i intervjuene vet hvordan de skal anvende ergoterapifagets kunnskapsbase slik at pasienten kan nå sine mål. Det er denne viten og ferdighetene den erfarne ergoterapeuten har, akkurat som skomakeren, som Meløe kaller for det kyndige blikk (Meløe, 1985, s. 22). Da ser de det som er å se, og de vet at de ser, de vurderer og handler ut fra et ergoterapifaglig perspektiv. Slik er begrepet om det kyndige blikk hos Meløe, både en bevisst kompetanse som de kan gjøre rede for og en intuitiv forståelse som er integrert i deres tenkning og blir fremtredende i konkrete situasjoner. Det viser eksempelet der fysioterapeuten spurte ergoterapeuten om å trene thorax på treningskjøkkenet. Når ergoterapeuten bruker

treningskjøkkenet som arena for trening, er det daglige aktiviteter som hører kjøkkenets verden til, som for eksempel matlaging, pasienten trener på. Selvfølgelig beveger man på thorax når man lager mat på kjøkkenet, men for ergoterapeuter, og helt sikkert også for fysioterapeuter, er ikke kjøkkenet den naturlige arena for opptrening av thorax.

Ergoterapeuten har ikke fokus på opptrening av thorax når pasienten skal trene på å lage mat. Da er det fremgangsmåter, hjelpemidler og kognitive funksjoner som å beregne mengde og vekt i forhold til å lage mat som er i fokus. Slik blir fysioterapeutens og ergoterapeutens kyndighet i opptrening i matlaging forskjellig, fordi det er ergoterapifagets virksomme begrep eller forståelse som er relevant for slik trening.

Som presentert i tabell 3, Resultat av innholdsanalyse, viser det et sitat fra en deltaker som sier at hun noen ganger har lurt på om hun virkelig arbeider med ergoterapi, eller er en halvsykepleier eller en halvfysioterapeut. Dette viser hvor viktig det kyndige ergoterapiblikket, eller fagkompetansen, er i alle deler av ergoterapeutens arbeidsprosesser. Hadde deltakeren ikke vært erfaren og hatt et kyndig blikk når hun vurderte målet med å være på treningskjøkkenet i eksempelet over, hadde hun kanskje tatt et annet og mindre ergoterapifaglig valg når fysioterapeuten spurte. Derfor kan vi si at begrepet om det kyndige blikk og bevissthet om innholdet i det, kan bidra til å løfte ergoterapifagets kunnskapsbase fram slik at kollegaer forstår det bedre, fordi vi får begreper å tenke og formulere det som kanskje er hverdagslig og uklart i den måten ergoterapeuter arbeider på.

Om andre får en opplevelse av at ergoterapi er å koke suppe på treningskjøkkenet, er det lett å se at profesjonen kan framstå som lite tydelig. Hvorfor må man være ergoterapeut for å gjøre dette med pasienten, enhver kan jo koke suppe sammen med noen? Koke suppe er jo noe alle har gjort en eller annen gang. Men med å ha fokus på å få fram den ergoterapifaglige arbeidsprosessen og å bruke faguttrykk, kommer den spesifikke kompetansen til syne. I Turner and Knight (2015,) vises det til en undersøkelse gjort i Australia av Wilding og Whiteford i 2008, der ergoterapeuter opplevde en sterkere profesjonsidentitet gjennom bruk av ergoterapifaglige begreper for å beskrive og rapportere ergoterapifaget og det de gjør i sin praksis. I den samme artikkelen trekkes det fram at ergoterapeuter i streben etter å oppnå en tydeligere status, har lånt teknikker og metoder fra andre fagområder. Dette har ikke vært en god tilnærming, da resultatet var at ergoterapifaget framsto som mer uklart enn før og ergoterapeutene opplevde seg som enda mindre verdt (Wilding & Whiteford, 2008 lest i Turner & Knight, 2015, s. 668). Når man da tenker på eksemplet som er beskrevet litt

tidligere, der en av deltakerne forteller om planleggingen av aktivitetstrening på treningskjøkkenet, og fysioterapeuten som lurer på om pasienten samtidig kan trene thorax, så viser denne erfaringen at ergoterapeuten tydelig velger sin profesjons tilnærming, metode og begrepsapparat. Hun kunne ha valgt å si at de kunne trene thorax på treningskjøkkenet. I stedet er hun tydelig på at det var ikke det som var fokuset, det var ikke det de skulle. Hun skulle gjøre ergoterapi, og var tydelig på det i sitt valg. Eksemplet viser deltakernes erfaringer med å bevisst ta aktive valg i deres arbeidshverdag som er med på å synliggjøre og vise fram det spesielle med ergoterapi. De undergraver ikke egen rolle, men løfter den fram.

Deltakerne var opptatt av at ergoterapi ikke skulle bli personifisert. At kollegaer ikke skulle tenke at deltakerne fikk til ting på grunn av personlige egenskaper hos ergoterapeuten, men gjennom aktivt bruk av ergoterapeutisk tankesett og metoder. Turner og Knight (2015) har i sin undersøkelse gjennomgått internasjonal litteratur om ergoterapi og identitet. De viser til at en av utfordringene med å være ergoterapeut og å arbeide med daglige aktiviteter, er at det kan oppstå en myte om at det ergoterapeuter gjør er bruk av sunn fornuft (Turner & Knight, 2015, s. 669). Slik jeg ser det vil det være vanskelig å vise sin særegenhet og sine profesjonsspesifikke kunnskaper, dersom det ergoterapeuter presenterer for andre ser ut og oppleves som sunn fornuft og allmenn kunnskap. Da vil det nok også være vanskelig for de man arbeider sammen med, eller det samfunnet man lever i, å oppfatte hva som er spesielt med ergoterapi. Dette kan til slutt bli en slags selvoppfyllende profeti, eller en ond sirkel, der ergoterapeuter som profesjon bidrar til å opprettholde denne uklarheten om vi ikke får til å synliggjøre vår spesifikke kompetanse. Om ergoterapi skal framstå som noe annet enn vanlige, dagligdagse aktiviteter som alle kan gjøre, må det spesielle med ergoterapeuters måte å bruke daglige aktiviteter på komme tydelig fram.

Turner and Knight (lest i Gramstad & Nilsen, 2016) trekker fram sammenhengen med at den praksis ergoterapeutene står i ofte er praktisk rettet, og at praksisen til hver enkelt ergoterapeut er knyttet sammen med den personlige kompetansen. Denne bakgrunnen kan igjen gjøre det vanskelig for ergoterapeuter å beskrive og begrunne de valg og vurderinger de gjør i sin ergoterapi (Gramstad & Nilsen, 2016, s. 36). Når man har utfordringen med at ergoterapi forholder seg til daglige aktiviteter, og at den kunnskapen som ergoterapeuter har kan forveksles med vanlig sunn fornuft, er det lett å se hvordan ergoterapeuter kan bli oppfattet som en utydelig profesjon utad. Dette er nok noe som deltakerne har kjent på, da de selv løfter opp utfordringene med å få fram arbeidsmetodene i ergoterapifaget og synliggjøre den tilnærmingen som blir gjort med hjelp av daglige aktiviteter- i stedet for å tenke på det

som en personlig ferdighet. Deltakerne gir uttrykk for at de ønsker å få tilbakemelding på at de gjorde arbeidet godt som ergoterapeut og ikke på grunn av sine personlige egenskaper. De har et bevisst forhold til å synliggjøre sin profesjon og kompetanse.

Det er derfor viktig at ergoterapeuter som profesjon bruker sine faguttrykk og slik synligjør arbeidsprosessene i ergoterapifaget. Gjennom å bruke egne begrep og ha fokus på det som er spesielt for ergoterapifaget trer ergoterapi som profesjon tydeligere fram. Å låne hos andre vil være med på å opprettholde andres opplevelse av at ergoterapi er en utydelig profesjon, da vi ikke kan synliggjøre hva som er spesielt med ergoterapi, hva som er ergoterapeutenes bidrag.

I løpet av ergoterapifagets historie beskrives flere paradigmeskifter innad i faget og at ergoterapi er et fag som har ulike kunnskapsbaser som sin faglige plattform. Disse kunnskapsbasene deler ergoterapifaget også med andre profesjoner (Clouston & Whitcombe, 2008, Ness & Horghagen, 2017). Dette har nok også bidratt til at det kan være vanskelig for andre å forstå hva ergoterapi er. Man har en forestilling om at identitet handler om å være den samme i ulike settinger og over lengre tidsperioder (Heggen, 2013, s. 325, Turner & Knight 2015, s. 665). Når det beskrives tre store paradigmeskifter innen ergoterapifaget fra 1900-tallet og fram til i dag (Ness & Horghagen, 2017, s. 38), bidrar kanskje det til å utydeliggjøre for andre hva ergoterapi er. At ergoterapeuter som profesjonsgruppe ikke har framstått med en klar identitet over tid. Når ergoterapifaget i tillegg deler kunnskapsbase med flere andre, bidrar det til å skape mindre tydelige skiller mellom profesjonene.

Man kan trekke konklusjonen om at resultatene i denne masteroppgaven understøttes av hvordan fagorganisasjonen Ergoterapeutene de siste årene har arbeidet strategisk med å synliggjøre hva ergoterapeutene er eksperter i. Forbundet har arbeidet både mot sentrale myndigheter, offentlige systemer og mot medlemmene i forbundet. I 2017 kom Ergoterapeutene ut med brosjyren *Alle skal kunne delta*. Før denne brosjyren ga de ut *Kompetanse i ergoterapi* i 2011. Dette viser at det fra sentralt hold har vært arbeidet systematisk over tid for å synliggjøre og artikulere hva som er ergoterapi og ergoterapeutens kompetanse. I brosjyren *Alle skal kunne delta* har de tydelig vist hva kjernekompetansen til ergoterapeutene er. Flere av deltakerne forteller at de aktivt bruker denne brosjyren i ergoterapigruppa på arbeidsplassen for å sette søkelys på ergoterapifaglige begreper og arbeidsmetoder, og gjennom dette arbeidet synliggjøre en tydeligere profesjon på arbeidsplassen.

Også Gramstad og Nilsen (2016) viser til det tydelige fagpolitiske arbeidet som har vært gjort over den senere tid for å synliggjøre ergoterapeutenes kompetanse. Dette arbeidet har vært gjort både innad i profesjonsgruppa, men også ut mot eksterne samarbeidspartnere og det politiske system (Gramstad & Nilsen, 2016, s. 37). Deltakerne gir uttrykk for at det har skjedd en endring i andres kjennskap til ergoterapi. Kanskje er det resultatet av arbeidet med å tydeligere kommunisere ut hva ergoterapeuter er eksperter på, samtidig som at ergoterapeuter som profesjon tar i bruk og artikulere vår spesifikke kompetanse i vår daglige arbeid. Gjennom dette arbeidet kan den eksterne definisjonen av ergoterapi bli tydeligere og bidra til en mer homogen oppfattelse av hva ergoterapi er og hva som er profesjonskompetansen til en ergoterapeut.

Her kan kanskje Meløe (1973) hjelpe oss med eksempelet om vedhuggeren. Han viser til at det ikke er nok å beskrive hvordan man best kan hugge ved, men vi må også vise hvordan veden skal brukes. Vi må få fram den verden veden skal brukes i, den kontekst vedhuggingen står i (Meløe, 1973, s. 133). Deltakerne hadde utfordringer med å svare på hva ergoterapi er, men i det de begynte å synliggjøre den verden ergoterapi foregår i, hvordan ergoterapifaget utøves, kom deltakerne fram med tydelige og gode eksempler. Det er denne beskrivelsen av aktøren og aktørens landskap som fagorganisasjonen Ergoterapeutene også har gjort, og synliggjort for sine samarbeidspartnere. Når ergoterapeutenes samarbeidspartnere får tilgang til vår virksomhets begreper og landskap, så tydeliggjør det ergoterapeutenes eksterne definerte profesjonsidentitet. De andre får en mulighet til å forstå omgivelsene for ergoterapi, og gjennom det ergoterapeutens profesjonskunnskap.

En annen beskrivelse på at ergoterapi begynner å tre tydeligere fram som profesjon, er erfaringene deltakerne har om kollegaene som kommer og ber om hjelp til en pasient, for det er *noe* med pasienten- og dette noe tilhører ergoterapeutens kompetanse. Kollegaene har fått en fornemmelse om at her er det noe, men de klarer ikke helt å beskrive hva det er. De bare vet at det er ergoterapeuten som kan finne ut av det. Denne formen for kunnskap minner om den tause kunnskapen som studentene som så på røntgenbilder utvikler. Som etter deltagelse og refleksjon sammen med en som kan mer, har utviklet nok kunnskap til å kjenne igjen det de ser (Wifstad, 2018, s. 135). Her er det samarbeidet med ergoterapeutene i praksis som har gitt kollegaene muligheten til å reflektere over og se hva ergoterapeutene kan.

Ergoterapeutene blir den som kan mer, den som viser vei – og kollegaene lærer og forstår gjennom å være sammen med ergoterapeuten i praktiske situasjoner.

6.1.2 Rehabiliteringsvirksomhet synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget

Som den ene subkategorien viser (se tabell 3), så er rehabiliteringsvirksomhet med på å synliggjøre kjernen i ergoterapifaget. Deltakerne viser til at ergoterapi og rehabilitering har nesten sammenfallende definisjon, og at å tenke på rehabilitering uten å ha med ergoterapi er nesten utenkelig. Aktivitetsperspektivet og mestring av kjente aktiviteter er noe av det deltakerne synes kommer godt fram i en rehabiliteringsvirksomhet, sammen med at den enkelte pasient skal stå i sentrum for det som gjøres. Dette gjelder både i forhold til ergoterapiutøvelsen og i gjennomføringen av rehabiliteringstilbudet.

Deltakerne erfarer også at de får brukt bredden av sin kompetanse, og gjennom det får de synliggjort mye av det en ergoterapeut kan bidra med. Selv om de arbeider tverrprofesjonelt i rehabiliteringsvirksomheten, så erfarer deltakerne at også det arbeidet er med på å synliggjøre ergoterapifaget. Et eksempel på det er når ergoterapeuten har vært i et morgenstell, og etterpå utarbeider praktiske retningslinjer, ADL-plan, for hvordan akkurat denne pasienten kan trene når han steller seg- også når det er andre enn ergoterapeuten som er sammen med pasienten. Da er rehabiliteringstiltaket med på å synliggjøre og vise hva som er ergoterapi i den gitte situasjonen.

Resultatene i masteroppgaven viser at ergoterapi og rehabilitering hører sammen, og at rehabiliteringsvirksomhet bidrar til å synliggjøre den ergoterapifaglige kompetansen. Ser vi på den historiske bakgrunnen for ergoterapi, har faget en sterk historisk tilknytning til rehabilitering. Som nevnt tidligere i kapittelet om rehabilitering, var det allerede på slutten av 1800-tallet klare ideer om at aktivitet var et sentralt behov for mennesket, og en metode for å trene seg opp og bli frisk etter sykdom. I den samme perioden og med dette som bakteppe, ble det første forbundet for ergoterapeuter startet.

Så var arbeidslinja i Norge et sterkt signal der man skulle etterstrebe å være i arbeid i stedet for å få trygd. Arbeid og aktivitet var sett på som viktig for verdighet, respekt, inkludering og deltagelse (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 112). Dette faller godt sammen med det som er kjerneverdier i ergoterapi. Deltagelse og inkludering er målet med ergoterapi, og ergoterapeuter har sin kompetanse på samspillet mellom mennesket, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2017). Ergoterapi er klientsentrert og rettet mot mestring av hverdagsaktiviteter (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 114). Når vi i tillegg ser på definisjonen på rehabilitering som brukes i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (2018), ser vi at det er mange likhetstrekk mellom

rehabilitering og ergoterapi. I forskriften står det blant annet at den enkelte pasient skal ha mulighet til å oppnå best mulig mestrings- og funksjonsevne. Pasienten skal også ha mulighet til å være mest mulig selvstendig, og til å kunne delta sosialt og i samfunnet (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Det er ikke overraskende at deltakerne da finner at ergoterapi og rehabilitering har mye til felles. De kjenner igjen verdiene i rehabiliteringsvirksomheten med sin egen profesjons verdier.

I de beskrivelsene som er over, ser vi at beskrivelsen av landskapet, som Meløe (1973) omtaler det, til ergoterapi og landskapet til rehabilitering har mange likhetstrekk. Meløe skriver at uten omgivelsene så blir handlingene meningsløse, det er landskapet som gir identitet (Meløe, 1973, s. 137). Kan det være slik at når landskapet i ergoterapi og rehabilitering har så mye til felles, så er det et kjent landskap for ergoterapeuten å bevege seg i. Deltakerne opplever at her er de hjemme, det er som hand i hanske, fordi ergoterapeutene kommer med mye kunnskap om rehabiliterings verden gjennom sin spesifikke profesjonskunnskap. I et rehabiliteringslandskap blir da handlingene til deltakerne meningsfulle. Slik jeg tolker Meløe så er rehabiliteringslandskapet og landskapet til ergoterapi til en viss grad sammenfallende. Det virker gjenkjennbart for ergoterapeuter, da de kan ta med seg sitt kyndige blikk fra ergoterapifaget og bruke det uten mye omforming eller å måtte gå fra det døde blikket, via det ukyndige blikket til det kyndige blikket. De kan starte ut i kjent landskap med kyndig blikk. Slik er rehabilitering med på å synliggjøre ergoterapifaget og å gi det identitet.

Både rehabilitering og ergoterapi har enkeltmennesket i sentrum for sine tiltak. Og begge har fokus på at gjennom aktivitet eller egen innsats skal man kunne oppnå en bedre funksjon og deltagelse. Kjerneverdiene i rehabilitering og ergoterapi er nesten helt sammenfallende. Da er det ikke rart at deltakerne kjenner seg hjemme i rehabiliteringsarbeidet og mener at ergoterapi og rehabilitering passer godt sammen. Både rehabiliterings historie og framvekst og ergoterapiens historie og framvekst er tildeles sammenfallende, og følger hverandre tett. Det er en lang tradisjon på at ergoterapeuter arbeider innen rehabilitering, både i psykiatrien og innen somatikken. Ut fra dette er det lett å tenke seg at rehabiliteringsvirksomhet er en virksomhet som ergoterapeutene føler seg hjemme i, og et felt som ergoterapeutene har mye å bidra med. Aktivitetsperspektivet, egen innsats, deltagelse og inkludering, sammen med at enkeltmennesket står i sentrum for tiltakene som iverksettes, gjør at rehabiliteringsvirksomheten løfter fram kjerneverdiene i ergoterapifaget.

Opplevelsen om at rehabilitering gjør at deltakerne får utfordret seg ganske bredt er også interessant i denne sammenheng. Deltakerne beskriver arbeidsoppgaver som omfatter både aktivitet, omgivelser og person, der målet er mer selvstendig deltagelse og inkludering, slik som eksemplet med treningskjøkkenet viser. Ser man på den tverrfaglige bakgrunnen som ergoterapifaget har, så kan også dette være med på at deltakerne opplever en sterk sammenheng mellom rehabilitering og ergoterapi. Beskrivelsen som "hand i hanske" og at ergoterapi passer veldig bra i rehabilitering er med på å understøtte at deltakerne føler seg hjemme i en tverrprofesjonell rehabiliteringsvirksomhet. At ergoterapifaget fra sin start har hatt i seg elementer som bygger opp rundt å tenke bredt og over mange kunnskapsfelt som psykologi, arkitektur, sosialarbeid med mer, har nok vært med på å forme den breie tilnærminga som ergoterapifaget kan ha. Med både mennesket, aktivitet og omgivelser i sentrum, kan ergoterapitiltakene gå over mange ulike arenaer og med mange ulike innfallsvinkler. Å være åpen for ulike tankesett og forståelsesrammer er viktige egenskaper å ha med seg inn i en rehabiliteringspraksis der man skal forstå at det er summen av mange profesjoner og fag som sammen skal utgjøre en forskjell (Willumsen, 2017, s. 43). Med å selv ha en tverrfaglig plattform i eget fag, er ergoterapeutene kanskje fra grunnutdanningen godt skodd til å forstå og verdsette de ulike bidragene som må være med for å finne de beste løsningene for pasienten.

Ser vi på Wengers praksisfellesskap som omhandler deltagelse, så krever det engasjement og handling inn i praksis (Wenger lest i Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 255). Gjennom dette vil de enkelte profesjoners normer og regler komme til syne. Dette fellesskapet er en praksis som legger til rette for læring, også om hverandres kompetanse (Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 89). Den rehabiliteringsvirksomheten som deltakerne beskriver bærer tydelig preg av å være et deltagende praksisfellesskap. Rehabiliteringsvirksomheten er da med på å legge forholdene til rette for at andre kan lære og se hvilke grenser ergoterapifaget utøves innenfor. Rehabilitering fordrer et praksisfellesskap, det ligger i rehabiliteringens natur. Og gjennom de premissene som følger med en slik praksis, med å engasjere seg og delta i fellesskapet, trer ergoterapi fram som en tydeligere og klarere profesjon.

Alt blir veldig ergoterapirolle, da. ... det er litt på godt og vondt.

Slik beskriver en av deltakerne paradokset med at samtidig som rehabiliteringsvirksomheten er med på å synliggjøre ergoterapifaget, så er rehabiliteringsvirksomheten også med på å gjøre ergoterapifaget mer usynlig. Temaet deltakeren snakker om er hvordan de siste års fokus på tilnærmingen gjennom spørsmålet *Hva er viktig for deg?* har gått fra å være spesielt for

ergoterapeutene, til å bli noe som alle spør pasienten om. Flere av deltakerne erfarer at de siste års utvikling innen brukermedvirkning i rehabilitering, og spesielt bruken av *Hva er viktig for deg?* som en systematisk tilnærming, også er med på å gjøre rollen til ergoterapeuten mer utydelig. Denne tilnærmingen gjennom spørsmålet *Hva er viktig for deg?* er noe alle kollegaene spør med pasienten om. Hele teamet har det fokuset, ikke bare ergoterapeuten, og når dette blir allemannseie så blir det som før var spesielt for ergoterapi mindre synlig.

Gjennom det som blant annet Folkehelseinstituttet (2019) viser til på sin nettside, så omtales innføringen av spørsmålet *Hva er viktig for deg?* som en retningsendring. Målet med spørsmålet er å få fram en tydelig brukerstemme, og at helsevesenet kan møte enkeltpersoner, øke deres mestring og styrke enkeltpersonens ressurser (Folkehelseinstituttet, 2019). Også Kommunesektorens organisasjon, KS (u.å.) har på sine nettsider informasjon om gode pasientforløp, og i den forbindelse er *Hva er viktig for deg?* – dagen et av virkemidlene som brukes. Til denne dagen finnes det buttons og ulikt materiell som er med på å synliggjøre fokuset på dagen, og den arrangeres i hele landet, både i kommuner og på sykehus (KS, u.å.). Dette gjør at mange, av ulik utdanning og i ulike settinger spør pasientene om det som nok ergoterapeuter har tenkt på som et spesielt ergoterapeutisk fokus, og et av sin profesjons spesielle tilnærming til pasienten. På møter og kurs arrangert av fagforbundet Ergoterapeutene har jeg som deltaker fått høre det jeg oppfatter som at vi som organisasjon gladelig deler ergoterapeutenes perspektiv og tilnærming. Det at andre ønsker å bruke *Hva er viktig for deg?* viser bare at ergoterapi er viktig og aktuelt – og det bør ergoterapeutene som profesjon være stolt over. Så blir det kanskje et paradoks, at i en rehabiliteringspraksis der man spør *Hva er viktig for deg?* til hver nyinnlagt pasient, at kan det virke mot sin hensikt. At det som kunne løfte ergoterapifaget fram og gjøre det aktuelt og tydelig, likevel kan bli oppfattet som at det bidrar til at profesjonsgruppen blir mer utydelig.

Deltakerne forteller også om tiltak som går på tvers av profesjoner innad i teamet. Det å gå med en pasient er et av eksemplene som dukker opp hos flere av deltakerne. Det er noe alle i teamet gjør om pasienten har behov for det. Som en av deltakerne beskrev det, så arbeider hun med rehabilitering, og har brukeren behov for å gå i trapp, så går de i trapp. Om det er ergoterapi eller ikke. Ergoterapi er jo, som skrevet i teorikapittelet, personsentrert. I rehabilitering er det også den enkelte person og personens ønsker som står i fokus. Rehabiliteringen skal være individuell og rettet mot personens mål og ønsker. Når to slike sentrale kjennetegn smelter sammen så kan man forstå at deltakerne erfarer at faget blir litt

utvasket og borte. Ikke i form av å ikke være aktuelt, men i form av at det er så aktuelt at alle vil ha en bit av det.

Å arbeide med rehabilitering blir liggende som et overordnet fokus for det ergoterapeutene gjør. Deltakerne uttrykker at det er rehabilitering de arbeider med og det påvirker yrkesutøvelsen. Dette er kanskje noe av grunnen til at deltakerne også beskriver at de ofte diskuterer om det de gjør er ergoterapi. At rehabiliteringen påvirker de arbeidsoppgavene som kommer, og at noen av dem ikke er det som kjennetegner ergoterapifaget mest. De ser sin rolle i en større kontekst enn bare resultatet for pasienten i kraft av det ergoterapeutiske tilbudet, men som resultatet av rehabiliteringen pasienten har vært delaktig i.

... det er rehabilitering. Så da lander vi på at det dette er en oppgave vi OK kan gjøre. Og da påvirker det yrkesutøvelsen vår.

Dette viser at ergoterapeutene gjør oppgaver som de i andre virksomheter kanskje ikke ville ha hatt.

Deltakerne erfarer også at det er viktig at det tverrprofesjonelle teamet er samkjørt. Fokuset er på tverrfagligheten og de er opptatt av hvordan de kan tydeliggjøre samarbeidet i teamet. Det er rehabiliteringen som skal markedsføres, ikke hver enkelt profesjon. Erfaringene med at tiltak kan overskygge innsatsen til flere profesjoner gjør at hver enkelt profesjon blir litt mindre tydelig, også ergoterapeutens. Beskrivelsen av å være en halvsykepleier eller en halvfysioterapeut tolker jeg som et uttrykk for at man gjør oppgaver som også tilhører andre profesjoner.

Tar vi da fram de tre formene for samarbeid i en tverrprofesjonell praksis, så ser vi at deler av beskrivelsene til deltakerne kan passe med det som omtales som en transprofesjonell praksis. Her er det et svært integrert samarbeid som er i fokus, og de som arbeider i en slik praksis kan overta arbeidsoppgaver for hverandre (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 254). Selv om dette kan være et gode for pasienten, for eksempel når både fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier går med pasienten hver dag, for at pasienten får mer gangtrening enn om det bare skulle være fysioterapeuten som gikk med pasienten. Så vil pasienten kanskje få en opplevelse av det dette ikke er noen kompetanse som er spesiell for den enkelte profesjon, for *alle* går jo med han. Et godt planlagt og gjennomført rehabiliteringstiltak er sådan med på å gjøre ergoterapeuten mer usynlig. Den blir borte i de felles tilnæringsformene mot pasienten. Risikoen for de ansatte med en transprofesjonell tilnærming, er at man over tid kan oppleve en form for deprofesjonalisering (Koren Solvang & Slettebø, 2017b). Det var ingen

av deltakerne i denne undersøkelsen som brukte begrepet deprofesjonalisert, men det er nærliggende å tenke at når de lurer på om de er halvfysioterapeuter eller halvpsykepleiere, eller at de er litt *all over the place*, så beskriver de ikke sine erfaringer som *helergoterapeuter*. De beskriver en situasjon der ergoterapifaget ikke står tydelig fram.

I betegnelsen halvfysioterapeut og halvpsykepleier ligger også en erkjennelse om at deltakerne ikke er helt eksperter på det som de gjør når de omtaler seg som dette. De har ikke lenger et kyndig blikk, de ser ikke hva som er å se. Og de vet det – derav betegnelsen *halv*. De vet at de gjør noe som ligner på for eksempel fysioterapi, men som ikke er fysioterapi. De har et ukyndig blikk på det de da gjør. Tar vi med oss eksempelet om å gå med pasienten, så kan ergoterapeuten gå sammen med pasienten. Ergoterapeuten vil se om pasienten går fort, sakte, subbete, halter og lignende. Men ergoterapeuten kan ikke nødvendigvis se hvorfor pasienten går som den går. Ergoterapeuten vil ikke intuitivt vite hvor hun skal plassere sine hender for å stimulere til en mer normal gange. Til det er blikket for ukyndig, til det trenger man fysioterapeutens kyndige blikk. Bevisstheten om at nå gjør jeg noe jeg ikke er ekspert i, ligger nok bak tankene om man er halvfysioterapeut eller halvpsykepleier, eller refleksjonene rundt om det man nå gjør er ergoterapi eller ikke. Selv om strategien med overlappende tiltak, som det å gå med pasienten, ikke er gjort med tanke på å oppnå større aksept for eget fag, så er kanskje resultatet likt det som Turner og Knight (2015) beskriver. Det bidrar til å gjøre ergoterapifaget mer uklart, og at ergoterapeutene kan oppleve å bli undervurdert (Turner & Knight, 2015, s. 671). Kan man se for seg at om man er halv fysioterapeut så er det bare en halvpart igjen til ergoterapeuten. Og om man over tid går rundt som en halv ergoterapeut, så opplever man kanskje at profesjonsidentiteten blir borte, og man blir mer usynlig.

Deltakerne opplever at det å være i en rehabiliteringsvirksomhet gir rammer som er med på å gjøre profesjonsfaget utydelig. Ifølge Hanne Willumsen (2017) så skal man i en rehabiliteringspraksis få ulike kompetanser til å arbeide mot et felles mål. Hun beskriver videre at det tverrprofesjonelle samarbeidet legger grunnlag for en overlappende kompetanse. Den kompetansen kan flere ha, og den trenger ikke være tydelig avgrenset mot andre former for kompetanser (Willumsen, 2017, s. 44). Dette støttes av de erfaringene som deltakerne har, at en del av deres praksis gjør at ergoterapifaget blir utydelig i arbeidet mot felles mål og gjennom felles tilnærming. Samtidig forstår de hvorfor det må bli slik, i det de synliggjør sin forståelse med at de arbeider med rehabilitering og at rehabiliteringsvirksomheten favner over alle profesjonsfagene.

Deltakerne beskriver også hvordan de opplever at de som ergoterapeuter med sin brede tilnærming ofte toucher innom flere fagområder som også tilhører andre. Deltakerne beskriver at ergoterapeuter som faggruppe har flest felles områder med andre. Det beskrives grenser opp mot syn, mot fysioterapeuter, psykologer, sosionomer og sykepleiere – bare for å nevne noen av de yrkesgruppene som deltakerne trekker fram. De beskriver hvordan grenser kan bli flytende og at det kan bli en fare for at de ulike profesjonene blir lik i tilnærmingen. Det at deltakerne opplever felles områder med andre profesjoner, betyr også at de opplever at andre kommer inn på det de ser på som ergoterapeutens kompetanse. Når sykepleierne skriver om aktivitet i sine journalnotater er det med på å gjøre grensene mellom sykepleiefaget og ergoterapifaget uklare. Om flere av kollegaene overtar det som deltakerne beskriver som kjernen i ergoterapi, for eksempel aktivitetsperspektivet og den individsentrette tilnærmingen gjennom å spørre *Hva er viktig for deg?* så ser vi at det som er med på å gjøre ergoterapi så godt passende med rehabilitering, også kan være med på å usynliggjøre ergoterapifaget. Det vil være viktig å ha fokuset rettet mot denne utfordringa, spesielt med tanke på å bevare ergoterapiprofesjonens identitet, et tydelig faglig bidrag inn i praksis og for å unngå at personalet over tid blir rehabiliteringsgeneralister i en praksis som i hovedsak blir transprofesjonell. Det er et paradoks at man i en rehabiliteringspraksis der ergoterapeutene så tydelig hører hjemme, også skal oppleve erfaringer og beskrivelser som går på at ergoterapifaget blir utvasket og usynliggjort.

Dette viser at rehabilitering som virksomhet og med en tverrprofesjonell praksis som metodisk tilnærming gir utfordringer med å være synlig. Det er viktig å ha det med seg inn i rehabiliteringspraksisen, slik at det kan legges til rette for synliggjøring av profesjonsfagene og ivaretagelse av profesjonsfagenes særegne roller.

6.1.3 Rehabiliteringsvirksomhet gir god profesjonskunnskap.

Selv om deltakerne gir uttrykk for at ergoterapi er både ukjent og kan framstå som utydelig for andre, gir de også uttrykk for at gjennom å arbeide med rehabilitering og i tverrprofesjonelle team, så får teammedlemmene god profesjonskunnskap om hverandre. Deltakerne skiller mellom sine kollegaer på arbeidsplassen og de andre der ute. Gjennom lang erfaring med å arbeide sammen med sine kollegaer, har deltakerne en oppfatning av at arbeidskollegaene i stor grad vet hva en ergoterapeut er og hva den kan bidra med. Deltakerne beskriver at kollegaene deres har vært sammen med, og sett hvordan ergoterapeuten arbeider.

Som Per Måseide (2013) beskriver, er det når man aktivt involverer seg i sin praksis og i konkrete aktiviteter, at den kompetansen og kunnskapen man har som profesjon blir synliggjort. I denne aktive involveringa må man arbeide sammen med andre (Måseide, 2013, s. 369). Wenger viser også til dette, at vår identitet dannes gjennom deltagelse i praksis (Wenger lest i Hagland & Koren Solvang, 2017a, s. 89). Deltakerne beskriver at når man arbeider med rehabilitering i sykehus har man mye praktisk, tverrprofesjonelt samarbeid. Det er en praksis der man i stor grad arbeider sammen med, og i fellesskap med andre profesjoner. Selv om deltakerne gir individuelle timer i ergoterapi, så vil de som deltakere i et tverrprofesjonelt praksisfellesskap møte sine kollegaer mange ganger i løpet av dagen, og man møtes i mange ulike situasjoner. Dette gjør at ergoterapeutene får vist sin ergoterapikompetanse i mange settinger. Gjennom praksis øker dermed kunnskapen hos kollegaene om ergoterapi. Deltakerne beskriver ulike uformelle møter med teammedlemmene, der det reflekteres over ulike tilnæringsmetoder for å hjelpe pasienten som gjør at deltakerne må gi uttrykk for sine ergoterapifaglige vurderinger.

Dette er en forskjell fra det som Gramstad og Nilsen (2016) skriver om kommuneergoterapeuter. De opplevde at samarbeidspartnerne, både de profesjonelle og brukere og pårørende, ikke hadde så god kjennskap til ergoterapeutens kompetanse (Gramstad & Nilsen, 2016, s. 34). Kan det være at måten rehabiliteringsarbeidet er organisert på som virksomhet gir andre muligheter for samhandling enn ellers? At det å være sammen i tverrprofesjonelle praksisfellesskap gir fordeler som god profesjonskompetanse? Både kompetanse om hva ergoterapeuter kan, men også kunnskap om de andre profesjonene. Deltakerne omtaler egen og andres kunnskap om de andre profesjonene som høy, og at denne kunnskapen utvikler seg i kraft av at de arbeider i en tverrprofesjonell rehabiliteringsvirksomhet. På en tverrprofesjonell arbeidsplass vil man over tid vise – og gjennom det tydeliggjøre, profesjonens identitet og kompetanse. Dette opplever deltakerne, og ser at samarbeid over tid gir kjennskap til ergoterapi. Så når deltakerne forteller om at en sykepleier og en ergoterapeut går sammen i et morgenstell, så vet de hvem som har ansvar for hva. Hva som er ergoterapeutens oppgave og hva som er sykepleierens oppgave. Det har de erfart gjennom praktisk samarbeid tidligere, og gjennom de forventningsavklaringene som er gjort.

Når man tenker på at det for deltakerne ikke var så lett å si hva ergoterapi er, kan det bunne i at et av særtrekkene med den praktiske kunnskapen er at den må vises fram, det som Polanyi beskriver som den tause dimensjonen i kunnskapen (Polanyi, 2000, s. 16). Selv om deltakerne

har mange muligheter til å forklare sine kollegaer hva de gjør og hvilken kompetanse de har som ergoterapeuter, har de også en stor mulighet til å vise det de ikke klarer å artikulere gjennom den felles praktiske tilnærmingen. Kollegaene får da tilgang til å observere og ta del i den tause dimensjonen. Kollegaene kan se hvordan ergoterapeuten handtere pasienten under trening i et morgenstell, og de kan se hvordan de for eksempel handterer armen som er stram og har lite funksjon når ergoterapeuten guider og leder den i en aktivitet.

Denne opplevelsen av kollegial forståelse av hva ergoterapi er, virker ikke å ha kommet av seg selv. Deltakerne beskriver at det er gjort en avklaring av hvem som skal gjøre hva, og i hvilke situasjoner. Gjennom denne avklaringen har deltakerne vist de andre profesjonene hvilken kompetanse de har – og de har vist hvilken kompetanse de har til forskjell fra andres kompetanse i felles situasjoner. Deltakerne har måtte sette ord på hvordan de som ergoterapeuter kan bidra inn i det tverrprofesjonelle samarbeidet og de ulike utfordringene som skal løses. Deltakerne kan ikke bare vise, men også forklare hva de gjør og hvorfor de gjør det, både i møter og i journaldokument. Alt dette gir ergoterapeutene mulighet til å synliggjøre profesjonen sin.

Den grenseoppgangen deltakerne beskriver er nok viktig for å få til det tverrprofesjonelle samarbeidet som rehabilitering krever. Gjennom en slik avklaring må deltakerne som sagt sette ord på hva som er deres bidrag inn i samarbeidet, og de må vise i praksis hva det er. Denne prosessen gir læring til deres kollegaer og de får en forståelse for hva ergoterapeutene kan bidra med. En slik avklaring vil også være med på å gi realistiske forventninger til hva en ergoterapeut kan, og man unngår å havne i en slik situasjon som Gramstad og Nilsen (2016) beskriver fra kommuneergoterapeutene, at deres samarbeidspartnere har liten kunnskap om hva ergoterapi er og ut fra det får urealistiske forventninger (Gramstad & Nilsen, 2016, s. 34).

En slik avklaringsprosess kan også gi ergoterapeutene en bedre bevissthet omkring egen kompetanse og faglig identitet. De vil kunne unngå å oppleve seg som undervurdert slik som det beskrives i artikkelen fra Turner og Knight (Turner & Knight, 2015, s. 671), men kanskje heller få oppleve en sterk profesjonsidentitet. Når deltakerne uttrykker at rollen som ergoterapeut er sterkt forankret i dem, og at det de gjør er ergoterapi – så kan man tenke seg at det, i kombinasjon med at kollegaene deres har arbeidet sammen med dem og sett deres praksis over tid, er med på å legge til rette for en god forståelse for hva ergoterapi er. Å ha en sterkere profesjonsidentitet der det er mer samsvar mellom den interne og den eksterne definisjonen av ergoterapi, vil kanskje bidra til at ergoterapeutene på sikt kan slippe å møte

spørsmål om hva som er forskjellen på en ergoterapeut og en fysioterapeut, eller møte andres opplevelser om at ergoterapeuten er en som er litt over alt.

Denne masteroppgaven viser hvordan det å ha et klart forhold til egen profesjons kompetanse er viktig når man skal arbeide tverrprofesjonelt. Tenk bare på eksemplet med ønske om å trene thorax på treningskjøkkenet. Her viser deltakeren hvordan hun i sitt valg bevisst tenker på hva hun kan bidra med som ergoterapeut i den konkrete situasjonen. Målet med tverrprofesjonelt samarbeid er at de ulike kompetansene skal arbeide sammen. For å kunne virke sammen, må man også forstå og se de ulike grensene mellom profesjonene. Er ikke grensene klare, blir det vanskelig å bruke de ulike profesjonene. Samarbeidet forutsetter også at de ulike deltakerne anerkjenner at profesjonene er ulike og har forskjellig fagbakgrunn, og at denne ulikheten er nødvendig for å skape en helhet (Willumsen, 2017, s. 39). Gjennom å ha avklart hvilke arbeidsoppgaver som tilhører de ulike profesjonene, er disse grensene tydeliggjort. Grenseoppgangen vil da bidra til at alle profesjonene kommer tydeligere fram, også ergoterapeutene. Så når sykepleien og ergoterapeuten går sammen i morgenstellet, vet de hva de skal gjøre, og de vet hva som er deres arbeid. De har både hver for seg, og sammen et kyndig blikk. De har et kyndig blikk på sitt eget fags bidrag, og det har et kyndig blikk på den felles situasjonen og hva de kan bidra med der.

I disse avklaringene er det kjernekompetansen som viser seg fram. Den kunnskapen som bare en profesjon har (Willumsen, 2017, s. 43). Når en av deltakerne beskriver at i arbeidet med en felles pasient som hadde utfordringer knyttet til arbeidslivet, så avklarte hun og sosionomen at sosionomen konsentrerte seg om alt som berørte arbeidet til pasienten, mens hun som ergoterapeut tok alt som omhandlet aktivitetsregulering. Deltakeren fortsetter å beskrive den avklaringen som skjedde med at i et område som arbeid, så overlapper sosionomen og ergoterapeuten noe, men at de ser også veldig forskjellig på situasjonen. I en slik avklaring får man definert det som er profesjonens kjernekompetanse i den aktuelle situasjoner. En kan også definere det som er felles oppgaver, der man har felles kompetanse og kanskje overlappende kompetanse, slik som i eksemplet over. Målet er å få synliggjort disse ulike formene for kompetanse, da det er de som skal virke sammen. Får man ikke til å vise fram disse ulike formene for kompetanse, blir det slik Willumsen (2017) skriver, vanskelig å benytte de forskjellige kompetansene. For det er ifølge Willumsen i integreringen av kompetansene man finner de gode løsningene (Willumsen, 2017, s. 45). Deltakerne erfarer at i en virksomhet som driver med rehabilitering, så ser det ut som om denne avklaringen tvinger

seg fram gjennom det å arbeide tverrprofesjonelt. Og at denne avklaringen bidrar med å gi god profesjonskunnskap.

Igjen kjenner vi Meløe (1973) og hans teori om aktøren og hans verden, når han skriver at man må forstå landskapet for å forstå en handling (Meløe, 1973, s. 135). Gjennom å være tett sammen i felles arbeidsoppgaver og med å måtte løse felles utfordringer, utvikler kollegaene et praksisfellesskap. De får et felles landskap som de beveger seg i. Denne kunnskapen om landskapet gjør kollegaene i stand til å kunne forstå ergoterapeutens handlinger. Når de møtes sammen, får de se en ergoterapeut i praktisk arbeid. I tillegg har kanskje kollegaene hørt ergoterapeuten forklare hva som er gjort på et møte, eller under en uformell samtale. De har til og med kanskje lest i journalen hva ergoterapeuten har skrevet. De har da muligheten til å se aktøren virke i sin verden, i sitt landskap. De har fått rettet blikket sitt mot det som ergoterapeuten retter blikket sitt mot, og de forstår hva ergoterapeuten ser. Deltakerne erfarer at når ulike problemstillinger dukker opp i pasientarbeidet så klarer teammedlemmene å sluse spørsmålet til rett profesjon. Dette viser at det er en forståelse for hva hver enkelt profesjon kan bidra med, og hvilken kompetanse den enkelte har. Resultatene i masteroppgaven viser at kollegaene har bedre kompetanse om ergoterapi enn andre, og at denne kompetansen er med på å tydeliggjøre og synliggjøre ergoterapi i rehabilitering.

Når kollegaene utvikler kunnskap om ergoterapi, kan vi si at de utvikler sine ferdigheter til å forstå det ergoterapeuten gjør. De går kanskje fra å ha lite og ingen kunnskap om hva en ergoterapeut kan, til å kunne mye om ergoterapi. Men fortsatt kan de ikke gjøre ergoterapi, de er ikke ergoterapeuter. De har utviklet et ukyndig blikk da de ikke ser det som er å se da de ikke kan bruke de begrep, metoder og teknikker ergoterapeutene kan (Meløe, 2017, s. 218). De vet også at de har et ukyndig blikk, at det er mer enn det de ser. For når deltakerne beskriver at sykepleieren kommer og sier at det er *noe* med denne pasienten, kan du se på det? Så har sykepleieren utviklet et blikk der hun ser og kjenner igjen at dette er noe som ergoterapeuten kan noe om, og hun vet at hun må involvere ergoterapeuten fordi hun selv ikke kan gjøre det som trengs, med Meløe sine begreper kan vi si hun har et ukyndig blikk.

MacDonald med flere (2010) trekker fram at for pasienten er det viktig at ansatte i en tverrprofesjonell praksis har tydelige roller og en tydelig identitet. Har de ikke dette går det ut over pasientene i form av konflikter og vanskelig kommunikasjon mellom kollegaer (MacDonald et al., 2010, s. 240). Om det over tid vil være et misforhold mellom hva kollegaene forventer av ergoterapeutene, og det ergoterapeutene selv tenker er deres rolle, så vil det være vanskelig å unngå konflikter og diskusjoner. Det vil være til hinder for et godt

samarbeid, noe som er svært viktig i rehabilitering der mange profesjoners bidrag skal flettes sammen. Når deltakerne i tillegg beskriver viktigheten av at sine kollegaer fanger opp når det er *noe* med pasienten som tilhører ergoterapeutens kunnskaper, er det lett å se at om dette går kollegaen hus forbi, da vil pasienten gå glipp av kartlegging og behandling som kan hjelpe han til bedre mestring.

6.2 Ergoterapeuter utvikler kunnskap i særfaglige og tverrprofesjonelle miljø

Resultatene i denne masteroppgaven viser at ergoterapeutene utvikler kunnskap både i et særfaglig miljø og i et tverrprofesjonelt miljø. Deltakerne er tydelig på at det er to former for faglig utvikling, og at de trenger begge. Kategorien diskuteres her i to deler. De to subkategoriene som omhandlet særfaglig kunnskapsutvikling er slått sammen til en felles del. Deretter diskuteres den kunnskapsutviklingen som skjer i det tverrprofesjonelle miljøet.

6.2.1 Særfaglig kunnskapsutvikling

Det særfaglige fellesskapet er et av de tydeligste resultatene når deltakerne snakker om ivaretagelse og utvikling av eget profesjonsfag. Det handler ikke bare om det organiserte fagutviklingsarbeidet, som for eksempel et fagmøte med alle ergoterapeutene på arbeidsplassen. Det er vel så mye det fysiske kontorfellesskapet og de daglige diskusjonene som deltakerne trekker fram. De gir uttrykk for at et felles kontor der deltakerne kan diskutere og reflektere over de konkrete faglige utfordringene hver enkelt av dem har, er viktig i en utvikling og ivaretagelse av ergoterapifaget. Her bruker de hverandre for å få - og gi, tips og råd til hvordan faglige utfordringer kan løses. Deltakerne beskriver også hvordan større faglige diskusjoner kan oppstå på kontoret gjerne med rot i en erfaring fra praksis – som for eksempel om det er aktivitetstrening eller mer funksjonstrening som utøves.

For å arbeide i et tverrprofesjonelt miljø kreves det en stor bevissthet om egen profesjonskompetanse og en må vite hva sin egen profesjon kan bidra med i de aktuelle situasjonene (Willumsen, 2017, s. 39). Gjennom dette særfaglige miljøet så bidrar diskusjonene og refleksjonene som deltakerne har om egen profesjon og mulige løsninger og tiltak, til å tydeliggjøre hva som er ergoterapeutenes bidrag i de konkrete situasjonene. Ved å diskutere det i fellesskap vil hver enkelt få tilgang til en større og bredere kompetanse enn om de skulle ha løst alle utfordringer alene. Deltakerne beskriver at om noen har vært på et kurs eller lest noe som er interessant, så deler de denne kunnskapen raust i sitt særfaglige miljø. Disse refleksjonene og delingene som foregår uformelt og spontant på kontoret, er noe deltakerne

setter stor pris på – og de omtaler seg som heldige som har flere de kan diskutere med. Resultatene viser at denne uformelle faglige refleksjonen også kan være starten for et mer systematisk fagutviklingsarbeid, der det bestemmes konkrete temaer som skal opp på de mer formelle fagmøtene, for eksempel et tema som hukommelse eller hvordan nye pasientgrupper kan utløse behovet for økt kompetanse knyttet til pasientgruppens problemstillinger.

Den andre delen for særfaglig kunnskapsutvikling er utvikling knyttet til ergoterapifellesskapet utenfor egen arbeidsplass. Dette dreier seg ofte om kurs og konferanser som er arrangert for og med ergoterapeuter. Deltakerne beskriver det som å dyrke sitt eget fag når de er på særfaglige kurs utenfor egen arbeidsplass. Deltakerne er tydelig på at de ønsker å være oppdatert på det som er i tiden innenfor eget fag, og her er det eksterne tilbudet viktig. Deltakerne opplever kravet om spesialisthelsetjenestekompetanse, at de skal kunne mer for å veilede og gi råd til andre samarbeidspartnere, som førende når de ser på utvikling av egen faglig kompetanse. Ønsket om å ha en kjernekompetanse som ergoterapeut, men også en spisskompetanse innenfor det å være ergoterapeut som arbeider med rehabilitering er viktig. Noe som også er tydeliggjort i den nasjonale veilederen om *rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* i forhold til kunnskapsnivået hos ansatte i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015, s. 68).

Deltakerne trekker også fram at tilbudene fra universiteter om videreutdanning og etterutdanning er en viktig ekstern kilde for faglig utvikling. Flere av deltakerne i denne undersøkelsen hadde relevant utdanning ut over sin grunnutdanning som ergoterapeut. Denne utdanningen brukte de aller fleste aktivt i sin praksis for å utvikle og spesialisere det ergoterapifaglige tilbudet. Enkelte av deltakerne trekker også fram studentene som en del av denne særfaglige kunnskapsutviklingen. Studentene blir for deltakerne en kontakt inn mot det som rører seg på ergoterapiutdanningene på universitetene, og gjennom denne kontakten erfarer deltakerne hva som er aktuelle temaer som diskuteres der. Flere av deltakerne hadde opplevd at studentene som kom til dem i praksis, var de som tok med seg for eksempel nye kartleggingsmetoder og redskaper for aktivitetsanalyse inn i deltakernes praksis.

Den særfaglige utviklingen er også viktig for å ivareta og synliggjøre ergoterapifaget. Når deltakerne gir uttrykk for at særfaget kan dyrkes på ergoterapispesifikke kurs, så tolker jeg det dithen at gjennom denne dyrkinga så tar de med noe hjem til arbeidsplassen som der bidrar til vekst og utvikling av ergoterapifaget. Dette kan være konkrete redskaper som tas i bruk, eller spesielle temaer som er aktuelle. I Meløe (2017) sin teori om *å se*, så beskriver han at de redskaper som vi bruker når vi gjør våre oppgaver, er knyttet til hvordan vi oppfatter, forstår

og vurderer det vi gjør (Meløe, 2017, s. 218). Nye redskaper vil derfor gi nye oppfattelser, forståelse og vurderinger. Det er lett å se for seg hvordan det å lære å bruke nye ergoterapeutiske redskaper, kan gi deltakerne mulighet til å utvikle forståelsen sin og gjennom det gi tilgang på en ny og endret kunnskap. Den særfaglige kompetanseutviklingen er viktig, da det er i rollen som ergoterapeut at de har sin legitimitet i den tverrfaglige praksisen. Deltakerne skal bidra inn med sitt faglige perspektiv og sin kunnskap, slik Hanne Willumsen beskriver at det tverrprofesjonelle samarbeidet krever (Willumsen, 2017, s. 39).

Deltakerne erfarer at det å ha et kyndig blikk ikke er noe man nødvendigvis kan opparbeide seg, og så ha det for alltid. Den verden de som ergoterapeuter arbeider i, er aktører i, endrer seg i takt med tiden. Det stiller stadig nye krav til ferdigheter og kunnskap. Derfor må også det kyndige blikket være i utvikling. Når de sier at det er viktig for dem å være oppdatert på det som skjer, ligger det i det et ønske om å kunne bevare og utvikle sitt kyndige blikk. Slik jeg tolker det ligger det i utsagnet en erkjennelse om at det som en gang var et kyndig blikk, kan bli til et ukyndig blikk – om de ikke henger med og er oppdatert på det som skjer. Dette, i kombinasjon med kravet om spesialistkompetanse synliggjør nødvendigheten av en særfaglig kunnskapsutvikling.

6.2.2 Kunnskapsutvikling i tverrprofesjonelt miljø.

Subkategorien om *kunnskapsutvikling i tverrprofesjonelle miljø* viser at mye av den faglige kunnskapsutviklinga som deltakerne beskriver, skjer på arbeidsplassen og i en tverrprofesjonell kontekst. Selv om dette ikke er direkte utvikling av ergoterapifaget, så erfarer deltakerne at de utvikler sin kompetanse og det tilbudet de som ergoterapeuter kan gi til pasientene. De beskriver hvordan de lærer fra alle yrkesgruppene, og tar det med tilbake i sin praksis. For eksempel når deltakerne teller øvelser eller benevner redskaper i sitt møte med pasienten – som bidrag i pasientens språklige rehabilitering. Å ta med seg andre profesjoners perspektiver og kunnskap inn i egen ergoterapeutisk behandling opplever deltakerne som stimulering og utvikling.

Resultatene viser at denne formen for kunnskapsutvikling ikke oppleves som en devaluering av egen kunnskap, men en utvidelse av den kompetansen deltakerne allerede har. De erfarer også at det er viktig kunnskap for å få til gode pasientforløp. Deltakerne beskriver at de inkluderer det som pasienten arbeider med hos andre kollegaer inn i sin ergoterapi. Ikke at de forsøker å gjøre fysioterapi eller logopedi, men de tar med deler av anders kunnskap inn i sitt ergoterapitilbud.

Ser man på Grimens begrep om praktiske synteser så kjenner man dette igjen i deltakernes erfaringer. Det er gjennom det tverrprofesjonelle miljøet at deltakerne får tilgang til den kunnskapen som må til for å løse pasientens utfordringer. Denne felles kunnskapen gjør at praktiske syntesene utvikler seg og de praktiske syntesene inneholder deler fra de ulike kunnskapsfeltene som profesjonene har (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 252). Slik jeg forstår det, vil ikke de praktiske syntesene komme til uttrykk om ikke deltakerne aktivt tar med seg andres kunnskap inn i sin praksis. Hagland og Koren Solvang (2017) påpeker at de praktiske syntesene endrer hver enkelt praksis (Hagland & Koren Solvang, 2017b, s. 253). Dette bidrar resultatene fra denne masteroppgaven med å synliggjøre. Deltakerne beskriver at de får innspill og kunnskap fra andre som er med på å gjøre deres forståelse større og de tar med ny kunnskap i sin praksis. Deltakerne finner denne kunnskapen og forståelsen som både interessant og nyttig i det praktiske arbeidet som ergoterapeut i en rehabiliteringssengpost.

Også denne formen for faglig kunnskapsutvikling har ulike framgangsmåter. Resultatet viser at det skjer både i uformelle samtaler og samhandling, men også i planlagte og organisert faglig aktivitet på arbeidsplassen. Internundervisning og fagdager trekkes fram som viktige arenaer for faglig utvikling. Disse dagene har ofte temaer som omhandler det tverrprofesjonelle samarbeidet og kompetanse på rehabilitering. Slikt sett kan man si at det dreier seg om en faglig utvikling i sitt profesjonsfag, samtidig som man har en utvikling i det som er en form for tverrfaglig og tverrprofesjonell kompetanse. Dette stemmer godt overens med det som står i veilederen om habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Her er det spesifisert at man i tillegg til profesjonskompetanse, også skal ha en høy kompetanse på rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, s. 68). Deltakerne opplever at den rehabiliteringsfaglige kompetansen er med på å gi faglig kunnskapsutvikling, selv om det ikke bare omhandler ergoterapifaget.

I det landskapet som deltakerne er i, som ergoterapeuter på fysikalsk- medisinske rehabiliteringsavdelinger, så må de kjenne til to former for landskap, de må være to ulike aktører. De må kunne sin profesjon og sitt profesjonsspesifikke bidrag, samtidig som de må forstå og kunne handle ut fra det tverrprofesjonelle rehabiliteringsfellesskapet. Deltakerne må være kyndige utøvere både i ergoterapi og i rehabilitering. Kanskje er det denne opplevelsen av å skulle være en dyktig aktør både i sitt særfag, men også i den tverrprofesjonelle praksisen som gjør at deltakerne erfarer disse to veiene for faglig utvikling. Deltakerne snakker ikke om motstridene interesser eller konflikter. De erfarer at det er kunnskap og kompetanser som

utfyller og utvikler hverandre. Ergoterapeutene i undersøkelsen beveger seg med hensyn på en verden som krever to former for kunnskap, de er aktører i to landskap.

7.0 Metodedrøfting

Til denne masteroppgaven har jeg valgt å bruke kvalitativ metode og kvalitative intervju med en påfølgende kvalitativ innholdsanalyse. Det hele med et hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Fordelen med denne metoden slik jeg har erfart det, er at den gir gode muligheter for deltakerne i masteroppgaven å komme med sine erfaringer og opplevelser på det jeg ønsket å undersøke. Den hermeneutiske tilnærmingen som åpner for å gå flere runder med teksten har gitt meg mulighet til en dypere forståelse av temaet og oppdage nye forståelseshorisonter.

I denne tilnærmingen har det kvalitative forskningsintervjuet sin styrke med at man får tak i kunnskap, det produserer kunnskap. Det er deltakernes ståsted som løftes fram, det er deres erfaringer som danner grunnlaget for kunnskapen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 21). Det ble derfor et godt valg når målet med masteroppgaven var å få tak i de deltakende ergoterapeutenes erfaringer. Valget av å bruke et kvalitativt forskningsintervju i stedet for andre former for intervju eller gruppesamtaler, gjorde at deltakeren var den som fikk være i fokus under intervjuet, det var den enkelte deltakers erfaringer som skulle få mulighet til å komme fram.

Metoden med kvalitativt forskningsintervju ble foretrukket i forhold til deltakende observasjon, da deltakende observasjon ville kreve mer aktiv deltakelse fra meg. Leseth og Tellmann (2018) beskriver deltakende observasjon som en metode der: "formålet med deltakende observasjon er å studere og beskrive hva folk sier og gjør i sammenhenger som ikke er strukturert av forskeren, slik det er ved forskningsintervjuet." (Leseth & Tellmann, 2018, s. 92). Risikoen ville da være større for at jeg aktivt tok med meg mine fordommer og forforståelse i observasjonen, og gjennom det i større grad påvirke resultatet av en deltagende observasjon enn gjennom et forskningsintervju. I tillegg var ikke formålet med masteroppgaven å studere og beskrive hva deltakerne gjør, det var å få tak i deltakernes erfaringer. Forskningsintervjuet ble da en metode som kunne hjelpe meg til bedre å få fram deltakernes erfaringer med å skape en viss distanse mellom meg og det som kom fram i intervjuene ved at min rolle ble mindre i fokus. Fokusgrupper ble ikke valgt som metode da det ville bli en vanskelig rekrutteringsprosess og en vanskeligere logistikk med å finne mange deltakere som oppfylte inklusjonskriteriene og som kunne møtes på samme sted.

Kvale og Brinkmann (2015) viser til at det å gjøre et kvalitativt forskningsintervju er et handverk og at det er mange avgjørelser som man tar mens man er i intervjusituasjonen. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35). Utfordringen med denne masteroppgaven er at jeg som intervjuer har liten erfaring med dette handverket. For å kompensere for manglende erfaringer gjorde jeg flere valg underveis for å styrke metoden og resultatet i masteroppgaven. For det første brukte jeg god tid på å planlegge intervjuene og å utforme intervjuguiden. Til dette hadde jeg god hjelp fra mine veiledere. Målet var at intervjuguiden skulle være åpen og gi rom for deltakernes refleksjoner og erfaringer. Samtidig skulle den gi meg støtte og retning på intervjuet, slik at jeg fikk fram de erfaringene deltakerne hadde. Intervjuguiden var med på å gi intervjuet struktur og hensikt, den forhindret at intervjuet ble til en dagligdags samtale. Dette er også noe som Kvale og Brinkmann (2015) synliggjør når de snakker om intervju som metode i forskning. Da er denne metoden noe annet enn den vanlige samtalen som vi kjenner igjen i vårt dagligliv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 21).

Før jeg gjorde intervjuene, gjennomført jeg et prøveintervju av en kollega på egen arbeidsplass. Det å gjøre et prøveintervju var svært lærerikt, spesielt med tanke på rollen som intervjuer. Å lytte på meg selv med et kritisk øre gjorde meg oppmerksom på uvaner og uerfarenhet som viste seg i kraft av å stille flere spørsmål samtidig og at jeg i for liten grad fulgte opp det kollegaen min sa. Denne oppdagelsen om meg selv gjorde at jeg endret tilnærmingen min i de intervjuene som ble gjort for selve datainnsamlingen. Når jeg i etterkant transkriberte materialet la jeg merke til at det var stor endring på min rolle, fra erfaringen med prøveintervjuet til intervjuene med masteroppgavens deltakere. Selv om jeg ikke hadde fått så mye erfaring i intervjusituasjoner, så la jeg merke til at de doble spørsmålene i all hovedsak var borte – og at bruken av frasen *kan du utdype det litt mer?* var oftere i bruk enn under prøveintervjuet. Det er i oppfølgingen av svarene og gjennom det å spørre detaljert om deltakernes erfaringer at forskningsintervjuet skiller seg fra en daglig samtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 23). Slik sett var det viktig for gjennomføringen av intervjuene at et prøveintervju var gjort før selve gjennomføringen av intervjuene startet, slik at bevisstheten min rundt akkurat dette økte.

Det at jeg skrev ned min egen forforståelse i starten av arbeidet, gjorde at jeg ble oppmerksom på den – og gjennom det kunne unngå at den tok for mye plass i intervjusituasjonen eller innholdsanalysen etterpå. Slik jeg har forstått denne typen av forskningsintervju, så er det ikke den som intervjuer som skal komme med sine meninger eller synspunkter på temaene som tas opp, fokuset er på deltakernes erfaringer og meninger. Forberedelsene med

intervjuguiden, prøveintervjuet og nedskrivningen av egen forforståelse var viktige verktøy for meg. De hjalp meg med å ta fokus bort fra min verden, og å rette den mot deltakernes fortellinger og erfaringer. Samtidig ble bevisstheten min rundt egen forforståelse viktig i henseende på at når jeg tenkte at dette vet jeg om fra min egen praksis, eller dette forstår jeg - så måtte jeg være ekstra påpasselig med å ikke legge min forståelse til grunn, men be deltakerne å utdype det de mente og forsto. Det var viktig for meg å ikke ta for gitt at jeg forsto det samme som dem, selv om deltakerne snakket om en virksomhet og en profesjon som var kjent for meg.

Det var også viktig for meg å prøve å skape en distanse til rehabiliteringsvirksomheten der intervjuene skulle foregå. Det ble derfor naturlig å velge bort egen helseregion for å finne deltakere. Dette valget skulle forhindre at jeg tok med meg holdninger og erfaringer fra et tidvis krevende samarbeid i min praktiske hverdag inn i masteroppgaven. Kvale og Brinkmann (2015) trekker fram at det er viktig å være oppmerksom på at den kontekstuelle fortolkningshorisonten henger sammen med tradisjon og historie (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). Som relativt uerfaren intervjuer var det derfor viktig for meg å være oppmerksom på hvilke betydninger meg og mine erfaringer og min historie kunne ha for arbeidet som skulle gjøres. Med å legge intervjuene ut av egen helseregion, var det ikke en risiko for at erfarte samarbeidsutfordringer skulle være en faktor i intervjusituasjonen og analysen av materialet.

Avstand til deltakere var også viktig i perioden der de skulle rekrutteres. At ikke kontakten skulle foregå via meg, slik at det ble vanskeligere for deltakere som eventuelt ikke ville delta å si nei. Valget av å bruke ledere på de aktuelle arbeidsplassene fungerte her fint.

For hvert av intervjuene som jeg gjennomførte, fikk jeg mer trening – og gjennom det utvikle mine ferdigheter knyttet til intervju som handverk. Jeg erfarte også at jeg ble sikrere i min rolle som intervjuer. Både i form av at den formelle delen fikk satt seg, for eksempel å ønske velkommen til intervju, men også at jeg ble mindre stresset av pauser og stille perioder der deltakerne var mindre aktiv. Å ikke selv fylle den tiden med prat eller meninger, men å gi deltakerne rom til å tenke seg om var viktig for meg.

Valget med å transkribere alle intervju selv, ga meg svært godt kjennskap til innholdet i intervjuene, og det har vært viktig kunnskap gjennom hele analyseprosessen. Det har gjort at konteksten for utsagnene var med hele veien igjennom analysen, og at jeg raskt kunne identifisere hvilket intervju opplysningene tilhørte om jeg hadde behov for å gå tilbake til originalteksten. Transkriberinga er en del av den hermeneutiske analysen og som Kvale og

Brinkmann presiserer, så starter en meningsanalyse allerede her (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). I mangel av å ha en medforsker som kunne lese over transkriberingene, var det viktig for meg å prioritere tid til å lese igjennom transkriberingene mens jeg lyttet til opptaket for å minimere muligheten for feil nedskrivning.

Spesielt i arbeidet med innholdsanalysen var den hermeneutiske tilnærmingen tydelig. Det ble mange runder med teksten, og i nært samarbeid med veileder arbeidet jeg fram resultater som ga ny innsikt og forståelse. Veiledningen fungerte som en korreksjon og presisering, og veilederen korrigerer meg om jeg for eksempel misforsto trinnene i analysen. På den måten bidrar veiledning til mer troverdighet og holdbare resultater. Veiledning kan her kanskje ligne litt på det som Kvale og Brinkmann (2015) beskriver som forskervalidering- ved at min analyse og fortolkningsprosess blir diskutert og vurdert som en rimelig fortolkning og kan framstå som gyldig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 284). For å kompensere for min manglende erfaring, og gjennom det en svakhet med masteroppgaven, bidro veiledningen også til å validere mine resultater.

Validitet i samfunnsforskning har lenge vært, og er et omdiskutert tema. Kvale og Brinkmann (2015) viser til mange aspekter med validering, men det er spesielt en tilnærming som jeg ønsker å trekke fram. De påpeker at "Validitet i samfunnsvitenskapene dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke." (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). I denne masteroppgaven er det godt samsvar med metoden, både det kvalitativt forskningsintervjuet og innholdsanalysen gjort i etterkant. Målet var å få tak i deltakernes erfaringer, noe som denne tilnærmingen legger tilrette for.

Kvale og Brinkmann (2015) trekker fram at validering, i likhet med etiske overveielser, er noe som foregår gjennom hele arbeidsprosessen, fra tematiseringen i starten til rapporteringen på slutten. De beskriver valideringen i syv faser, hver fase knyttet til en enkelt del i arbeidsprosessen: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. Målet er at man i arbeidet hele tiden skal ha en form for kvalitetskontroll, og ikke samle det opp som en inspeksjon helt i slutten av arbeidet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 278). Jeg har brukt veilederne aktivt i utarbeiding av intervjuguiden, for prøveintervjuet, i synliggjøringen av egen forforståelse, tilbakemelding på analyseprosessen og å velge en metode som ansees som relevant i forhold til hva jeg ønsket å undersøke. Gjennom dette har jeg forsøkt å gjennomgående forholde meg til god kvalitet i de valg som ble gjort. Jeg har underveis i arbeidet skrevet ned de valg som jeg har tatt og begrunnelsen for

valgene som ble gjort. Disse notatene har jeg brukt som bakgrunn for å synliggjøre den metodiske tilnærmingen.

Jeg erfarer også at når lederne til deltakerne var med på å hjelpe meg å rekruttere til masteroppgavens intervjuer, så har masteroppgaven framstått som relevant og seriøs nok til at de brukte av sin tid - og ga personale sitt mulighet til å bruke av sin arbeidstid, slik at jeg kunne gjennomføre masteroppgaven som planlagt. Denne tillatelsen har vært viktig for meg å ha. Jeg fikk raskt og svært positiv respons på mailene jeg sendte ut, og ledernes innsats og engasjement var avgjørende og en god start på kontakten mot deltakerne.

Den hermeneutiske tilnærmingen har vært tilstede under alle faser i arbeidet med masteroppgaven, helt fra starten når temaet tok form, til slutten der resultat og en ny forståelse kom fram. Den hermeneutiske runddansen har gitt meg mulighet til å bli bevisst egen forforståelse, den har vist meg andres erfaringer – og gjennom det åpnet opp for det som var annerledes enn mine egne antagelser. En ny forståelseshorisont kom til syne.

8.0 Oppsummerende refleksjoner

I dette kapittelet har jeg reflektert over de resultatene som er synliggjort i masteroppgaven – hva de kan ha av betydning for ergoterapeuter som arbeider i en tverrprofesjonell praksis og hva resultatene kan si om hvordan det kan være å være ergoterapeut, hva resultatene kan bidra med i en ergoterapifaglig kontekst.

8.1 Om å være ergoterapeut i en tverrprofesjonell praksis

Et av resultatene i masteroppgaven er at praksisfellesskapet påvirker ergoterapifaget på to helt motsatte måter. Rehabiliteringsvirksomheten både synliggjør og usynliggjør ergoterapifaget. Gjennom å måtte være tydelig på sin egen profesjons kompetanse og bidrag i hver enkelt pasientforløp, gjennom mange felles oppgaver i et praktisk rehabiliteringssamarbeid og praktiske situasjoner sammen med kollegaer, gjennom dokumentasjon og møter, kommer ergoterapifaget fram. Kjernen i ergoterapifaget løftes også fram gjennom sammenfallende verdier i ergoterapi og rehabilitering. Men mye kan tyde på at akkurat denne sammenfallingen med felles verdier og fokus i ergoterapi og rehabilitering, er det som bidrar til at rehabiliteringsvirksomheten også gjør ergoterapifaget mer usynlig. Når flere profesjoner i rehabiliteringspraksisen samler seg om det som deltakerne beskriver som sentralt i ergoterapifaget, så erfarer de at grenser blir borte og profesjonen blir mer utydelig. Det er et paradoks at i en praksis der det er svært naturlig for ergoterapeuter å arbeide, og der ergoterapeuter har en sentral rolle, også er en praksis som utfordrer synligheten av ergoterapifaget og ergoterapeutens bidrag.

For deltakerne som arbeider innen fysikalsk- medisin og rehabilitering på sykehus, så viser resultatene at de utvikler kunnskap både igjennom et særfaglig miljø og et tverrprofesjonelt miljø. Denne tverrprofesjonelle kunnskapsutviklingen vises gjennom bruk av praktiske synteser, og en utvidet kunnskapsplattform som deltakerne har en stor bevissthet om å ta i bruk i sin ergoterapipraksis. De utvikler også en høy kompetanse på rehabilitering og tverrprofesjonelt samarbeid. Den særfaglige utviklingen er viktig for å ivareta og utvikle det kyndige blikket, i en praksis der kunnskap om ulike tilnærminger og hva som har effekt i behandling endrer seg over tid. I tillegg er den særfaglige utviklingen med på å synliggjøre og tydeliggjøre ergoterapitilbudet i rehabiliteringspraksisen.

Resultatene håper jeg kan være med på å bidra til å vise de utfordringene det er med å ivareta, synliggjøre og utvikle ergoterapifaget i et tverrprofesjonelt miljø. Gjennom bevisstgjøring og aktive valg kan profesjonen framstå tydeligere og mer gjenkjennbar for flere enn ergoterapeutenes nærmeste kollegaer. Jeg tror en del av disse utfordringene gjelder flere yrkesgrupper enn ergoterapeutene. I kraft av at mange profesjoner i rehabiliteringspraksiser gjør arbeidsoppgaver og tiltak der man tar med seg andre profesjoners kunnskap inn i sin egen praksis, er det nærliggende å tro at også de kan oppleve at de noen ganger beveger seg utenfor sin profesjons kjernekompetanse. Det er viktig å være bevisst på dette, både hvorfor det skal gjøres og hva som eventuelt er risikoen med en slik tilnærming. Det vil være med på å ivareta de ulike profesjonsfagene, også ergoterapi, om ledere kan legge til rette for særfaglig kunnskapsutvikling og særfaglige miljø, på lik linje som de legger til rette for å møte kravet om høy kompetanse på rehabiliteringskunnskap og det å være en dyktig aktør i en tverrprofesjonell praksis.

Rehabiliteringsvirksomheten har over lang tid endret seg både i sin form og innhold (Feiring, 2017, s. 36). Dette i likhet med utviklingen av ergoterapifaget (Ness & Horghagen, 2017). Thommesen (2011) viser til at det har vært vanskelig å få en felles forståelse på hva rehabilitering er, og at rehabilitering har blitt sett på som ulikt av aktørene som deltar i arbeidet med rehabilitering (Thommesen, 2010, s. 33). Slik sett er det mange likhetstrekk mellom ergoterapifaget og rehabiliteringsvirksomhet. Selv om ergoterapi er en profesjon og rehabilitering er et område eller en virksomhet, så har begge i seg en kunnskapsbase som dekker mange felt, de har sin historiske fremvekst fra samme periode og de har viktige hverdagsaktiviteter for den enkelte i fokus. I tillegg foregår rehabilitering og ergoterapi også utenfor helsevesenet, selv om det ikke har vært i fokus i denne masteroppgaven. Det er interessant å se hvor mange likhetstrekk det er mellom de utfordringene profesjonen og virksomheten står i. De har begge over lang tid strevet med å finne sin plass og sitt fotfeste, mens det nå kan se ut som om biter er på tur å falle på plass. Ergoterapeutene gjennom en tydeliggjøring av sin kompetanse og profesjon, og rehabilitering som tankesett og tilnærming mer enn et helsetilbud.

For meg som står i en klinisk- praktisk arbeidshverdag, har oppdagelsen av Jakob Meløe vært en berikelse. Den har åpnet min forståelse for min egen praksis som ergoterapeut, men også min forståelse om andres mulighet til å forstå hva jeg som ergoterapeut bidrar med.

Landskapet og verdenen som jeg ferdes i har trått tydeligere fram, likeså de ulike formene for blikk. Da har ting som jeg før har tenkt må være selvfølgelig for mine kollegaer – siden det er

en selvfølge for meg, plutselig ikke blitt så selvfølgelig. For selv om vi er aktører i et felles rehabiliteringslandskap, så har vi ulike blikk på det vi ser, vi er kyndig på hver vår måte. Selv om sykepleieren på mitt team mange ganger har sett en arm bli guidet, så er det ikke det samme som å guide den selv. Slik har Senter for praktisk kunnskap og masterstudiet der gitt meg mulighet til å se på den praksisen jeg selv er en del av og til å utvikle mitt blikk på min praksis. Det har vært et privilegium.

8.2 Om å være ergoterapeut

Denne masteroppgaven bidrar med ny kunnskap om at det er en endring i hvordan ergoterapi framstår som profesjon. Erfaringene til deltakerne viser at i praksisfellesskap der de arbeider tett sammen, har man mulighet til å få en god forståelse for hva ergoterapi er og hva ergoterapeuter kan bidra med. Den tydelige fagidentiteten som deltakerne selv har, opplever de også er i samsvar med det sine kollegaer har av kunnskap om ergoterapi. Det er interessant å se at lignende funn var til stede i bacheloroppgaven som var skrevet ved NTNU Gjøvik i fjor (Svendsen, Talle & Stigen, 2019). Deltakerne forstår sin profesjon som mer uklar om man ser til den generelle kunnskapen i samfunnet om ergoterapi, men at det også her skjer en endring mot en mer tydelig profesjon.

Resultatene viser at deltakerne har et bevisst forhold til å trekke fram og vise ergoterapeutens kjernekompetanse. De bruker aktivitet og aktivitetstrening for å synliggjøre dette, og de er påpasselig med å ikke pakke aktivitetstreningen inn i dagligdagse begreper. Å bruke egen fagterminologi er viktig for å ivareta og synliggjøre at det er en profesjonskompetanse som ligger bak tilnærmingen og resultatene, ikke bruken av sunn fornuft og allmenne ferdigheter. Dette er et nytt funn, da undersøkelser fra tidligere viser til at ergoterapeuter i større grad valgte bort aktiviteter som kunne identifisere profesjonen med for eksempel handarbeid og kjøkkenoppgaver, og at de i mangel av å bruke egen fagterminologi, lånte begreper fra andres praksis.

Underveis i studiet ved Senter for praktisk kunnskap, var jeg på kurs arrangert av fagorganisasjonen Ergoterapeutene. Et av kursene omhandlet ergoterapi i spesialisthelsetjenesten. Kurset var ikke forbeholdt noen spesiell retning innen spesialisthelsetjenesten, så det var deltakere fra både somatikk og psykiatri. En av utfordringene som ble tatt opp der var hvordan ergoterapeuter i en sykehuspraksis kan ha fokus på aktivitet, kjernekompetansen til ergoterapeuten - eksperten på aktivitet. Det er et

tema som deltakerne i denne masteroppgaven også snakket om, hvordan de som ergoterapeuter kunne unngå å miste fokuset på aktivitet, når så mye til tider dreier seg om opptrening av kroppsfunksjoner så tidlig i rehabiliteringsforløpet. Hvordan kan aktivitet være i fokus når innleggelsene på de ulike avdelingen på landets sykehus er så korte? Det hadde vært interessant å kunne sett mer på den utfordringen. Er den tilstede i spesialisthelsetjenesten, og hvordan oppleves den eventuelt av ergoterapeutene som arbeider der?

Det har vært en lang vei mot målet. Å gå inn i og fullføre arbeidet med masteroppgaven har vært krevende, men også utrolig lærerikt. Med meg på veien har jeg hatt ordene om at norske ergoterapeuter oppfordres til å skrive ned sin kunnskap, da man igjennom en slik skriveprosess kan bidra til å fremme og skape en mer tydelig fagidentitet (Horghagen et al., 2007). Slik sett er masteroppgaven mitt bidrag til dette. Å synliggjøre en profesjon i utvikling.

Litteraturliste

- Brataas, H. V. & Haugan, N. (2009) Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5 (2), s. 30-45.
- Clouston, T. J. & Whitcombe, S. W. (2008) The Professionalisation of Occupational Therapy: A Continuing Challenge. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71 (8), s. 314-320.
- Dahl-Michelsen, T., Groven, K. S. & Aadland, E. (2018) *Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi*. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Ergoterapeutene. (2013) *Somatiske helsetjenester*.
Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om somatiske helsetjenester. 6 [Internett].
Ergoterapeutene. Tilgjengelig fra:
<<https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EfLE2MZ0H2tBh9Tv0LpLiVsBdvIMmoBhiCEIX5inNgY4Ng?rtime=LqaARwfl10g>> [Lest 13.03.20].
- Ergoterapeutene. (2017) *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse*. [Internett]. Ergoterapeutene. Tilgjengelig fra:
<https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltside_r.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1mRk9UWGF1LTEwZw> [Lest 01.03.2020].
- Feiring, M. (2017) Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering. I: Koren Solvang, P. & Slettebø, Å. red. *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. 1. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, s. 36-51.
- Folkehelseinstituttet. (2019) *Hva er viktig for deg? En retningsendring*. [Internett]. www.fhi.no, Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra:
<<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>> [Lest 23.04.2020].
- Gadamer, H.-G. & Jordheim, H. (2003) *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. 4. opplag 2015. Oslo, Cappelen.
- Gramstad, A. & Nilsen, R. (2016) «Vi blir ikke brukt godt nok». *Ergoterapeuten*, 4, s. 30-38.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* [Internett], 24 (2), s. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001 [Lest 17.02.2019].

Hagland, H. & Koren Solvang, P. (2017a) Kvalifisering til tverrprofesjonell praksis. I: Mausestaden, S. & Smeby, J.-C. red. *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 83-94.

Hagland, H. & Koren Solvang, P. (2017b) Tverrprofesjonelle praksisfellesskap. I: Koren Solvang, P. & Slettebø, Å. red. *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, s. 251-266.

Heggen, K. (2013) Profesjon og identitet. I: Molander, A. & Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 321-332.

Helse og omsorgsdepartementet. (2016) *Lovfester krav til kompetanse i kommunene* [Internett]. www.regjeringen.no, Helse - og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lovfester-krav-til-kompetanse-i-kommunene/id2503122/>> [Lest 13.03.2020].

Helse og omsorgsdepartementet. (2018) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* [Internett]. www.lovdata.no, Helse og omsorgsdepartementet, . Tilgjengelig fra: <<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2018-04-10-556>> [Lest 05.05.2020].

Helse og omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St.meld.nr.47 (2008-2009). Oslo, Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>> [Lest 15.03.2020].

Helsedirektoratet. (2015) *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*. www.helsedirektoratet.no

Oslo, Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/avklaring-av-ansvar-og-oppgaver-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-innen-habilitering-og-rehabilitering/pasientforlop-i-habilitering-og-rehabilitering>> [Lest 14.03.2020].

Horghagen, S. et al. (2007) Hvorfor Beste Praksis? I: Horghagen, S. m. f. red. *Beste praksis i ergoterapi*. Trondheim, Tapir akademisk forl., c2007, s. 11-18.

Kinn, L. G. & Aas, R. W. (2009) Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal* [Internett], 56 (2), s. 112-121. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00714.x [Lest 25.02.2020].

Koren Solvang, P. & Slettebø, Å. (2017a) Forståelser av rehabilitering. I: Koren Solvang, P. & Slettebø, Å. red. *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. 1. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag, s. 15-34.

Koren Solvang, P. & Slettebø, Å. red. (2017b) *Rehabilitering*. 3. opplag. 1 utgave Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Krogh, T. (2017) *Hermeneutikk: om å forstå og fortolke*. 2. utgave. Oslo, Gyldendal akademisk.

KS. (u.å.) *Gode pasientforløp* [Internett]. www.ks.no . Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/pasientforlop> [Lest 23.04.2020].

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave, 4. opplag. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018) *Hvordan lese kvalitativ forskning?* . 2.utgave, 1. opplag. Oslo, Cappelen Damm Akademisk.

MacDonald, M. B. et al. (2010) Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10 (4), s. 238-242.

Mausethagen, S. & Smeby, J.-C. (2017) *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo, Universitetsforlaget.

Maxwell, J. A. (2013) *Qualitative research design : an interactive approach*. 3rd edition. Los Angeles, Sage.

Meløe, J. (1973) Aktøren og hans verden. *Norsk Filosofisk Tidsskrift*, 2, s. 133-143.

Meløe, J. (1985) Om å se. I: Notater i vitenskapsteori. Til gruppene humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag. Universitetet i Tromsø.

Meløe, J. (1997) Om å forstå det andre gjør. *Ravnetrykk*, 12, s. 337-345.

Meløe, J. (2017) Om å se. I: Halås, C. T. et al. red. *Humanistiske forskningstilnærminger til profesjonspraksis*. Oslo, Gyldendal Akademiske, s. 206-219.

Måseide, P. (2013) Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I: Molander, A. & Terum, L. I. red. *Profesjonsstudier*. Oslo, Universitetsforlaget, s. 367-385.

Ness, N. E. & Horghagen, S. (2017) Ergoterapi i hundre år. *Ergoterapeuten*, (5), s. 36 -42.

Polanyi, M. (2000) *Den tause dimensjonen. En innføring i taus kunnskap*. Oslo, Spartacus forlag AS.

Steiro, B. (2015) *Mellom profesjonsinndeling og tverrfaglighet. Organisering av rehabiliteringsvirksomhet i sykehus*. Master i ledelse, Institutt for Økonomi- og samfunnsfag, Høgskolen i Harstad.

Svendsen, A. C., Talle, N. O. & Stigen, L. (2019) *Ergoterapi i spesialisthelsetjenesten; hvilken oppfatning har andre faggrupper av ergoterapeutens rolle?*, NTNU. Tilgjengelig fra: <<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmloi/bitstream/handle/11250/2613322/no.ntnu%3ainspera%3a2225987.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Lest 27.04.2020].

Thommesen, H. red. (2010) *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. 1. utgave, 2 opplag. Oslo, Gyldendal akademisk.

Turner, A. & Knight, J. (2015) A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy* [Internett], 78 (11), s. 664-673. doi: 10.1177/0308022615601439 [Lest 14.02.2020].

Wenger, E. (2004) *Praksis fællesskaber*. København, Hans Reitzels Forlag.

Wifstad, Å. (2018) *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo, Universitetsforl.

Willumsen, E. (2017) Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. red. *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag*. Oslo, Universtietsforlaget, s. 33-52.

Willumsen, E., Sirnes, T. & Ødegård, A. (2017) Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. red. *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag*. 2. Oslo, Universitetsforlaget, s. 17-32.

World Medical Association. (9th July 20182013) *Helsinkideklarasjonen* [Internett]. wma.net. Tilgjengelig fra: <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>> [Lest 23.04.20].

Vedlegg 1: Informasjon til deltakere med samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i et tverrprofesjonelt team på rehabiliteringssengeposter i sykehus med å ivareta og utvikle eget fag?"



Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på de erfaringene ergoterapeuter har med å ivareta og utvikle sitt fag når de arbeider i tverrprofesjonelle team. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å få kunnskap om de erfaringene ergoterapeuter har med å bevare og utvikle sitt profesjonsfag, samtidig som de skal arbeide i et tverrprofesjonelt team.

Forskningsspørsmålene i prosjektet er:

- Hvordan forstår ergoterapeutene sin egen profesjon?
- Hvordan ivaretar og utvikler ergoterapeutene sitt eget fag i et tett praksisfellesskap?
- Hvordan synliggjør ergoterapeuter sin egen profesjon i tverrprofesjonelle kompetanseområder?
- Hvordan påvirker praksisfellesskapet utøvelsen av ergoterapifaget?

Dette prosjektet inngår i en masterstudie. Studiet er tilknyttet Senter for Praktisk kunnskap, NORD Universitet, Bodø.

Resultatet av prosjektet vil bli presentert i en masteroppgave. Masteroppgaven vil bli lagt fram i ulike fora som for eksempel på studentens studiested og arbeidssted. I tillegg vil masteroppgaven danne grunnlag for artikkelskriving om samme tema. I grad opplysningene blir brukt i forbindelse med undervisning, vil det være knyttet til internundervisning på studentens arbeidssted.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Senter for Praktisk Kunnskap ved NORD Universitet, Bodø som har ansvar for prosjektet. I tillegg til student Anne Berit Heide og hovedveileder fra NORD Universitet Inger Danielsen, er også ergoterapeut og Ph.D student Trude Hartviksen med som biveileder.



Førsteamanuensis
Inger Danielsen
Hovedveileder



Ph.D student og ergoterapeut
Trude Anita Hartviksen
Biveileder



Masterstudent og
ergoterapeut
Anne Berit Heide

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har fått kjennskap til din arbeidsplass gjennom opplysninger på sykehusets internettsider. Du får spørsmål om å delta i prosjektet da du arbeider som ergoterapeut på en rehabiliteringssengepost i et sykehus. I tillegg arbeider du i et tverrprofesjonelt team. Det er ønskelig om du har 3 år eller lengre erfaring fra denne praksisen, men det er ikke et absolutt krav. Det er totalt 6 ergoterapeuter som får tilbud om å delta på intervju.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet krever det at du stiller til et intervju. Intervjuet vil vare ca. 1,5 time. Det vil bli gjort lydopptak fra intervjuet. Det er Anne Berit Heide gjennomfører intervjuet sammen med deg. Vi vil møtes for å gjøre intervjuet. Du vil ikke trenge å reise for å delta på intervjuet. Det kreves ikke at du stiller opp på mer en dette ene intervjuet. Intervjuet vil ha fokus på de erfaringene du har med å arbeide i et tverrprofesjonelt team.

I tillegg til intervjuet blir det notert opplysninger om hvordan din arbeidsplass er organisert (tverrfaglig eller ikke), og hvor lenge du har arbeidet i en slik praksis (0-5 år, 5-10 år, 10 år eller lengre) og om du har utdanning ut over grunnutdanning som ergoterapeut.

Nederst på arket kan du gi ditt samtykke til deltagelse i prosjektet og hvordan informasjonen fra intervjuet kan behandles.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli tatt ut av prosjektet. Lydfilen og det nedskrevne intervjuet vil bli slettet. Det vil ikke ha noe negativ konsekvens for deg hvis du ikke vil delta, eller om du senere velger å trekke deg. Ønsker du å trekke deg tar du kontakt med prosjektansvarlig eller masterstudenten. Kontaktinformasjon står lengre ned i skrevet.

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.

- Samtykkeerklæringene vil ligge innelåst på studentens arbeidssted. Det vil bli makulert med prosjektets slutt.
- Det er kun studenten som vil ha tilgang til lydfile fra intervjuet. Det er studenten som skriver intervjuet ned, fra lyd til tekst. Det er bare student og eventuelt veiledere som vil ha tilgang til intervjuet når det er nedskrevet og anonymisert.
- Lydfilen blir oppbevart på opptaker. Opptakeren ligger låst inne i skap på studentens arbeidssted. Det vil ikke bli samlet inn navn, arbeidssted eller annen kontaktinformasjon som skal kunne identifisere deg. Nedskrivningen av intervjuet vil bli lagret på studentens sky (passordbeskyttet). Nord Universitet har avtale med

Microsoft /One-drive lagring. Ingen personopplysninger vil lagres på privat PC eller minnepenn.

- I nedskrivningen vil du bli merket med et tall isteden for navn (for eksempel informant nummer 1). Alle andre som omtales på lydfila, eller steder som kan være med på å identifisere deg, vil bli gitt fiktive navn eller roller.

Om det blir publisert artikler eller funn fra prosjektet, vil det ikke refereres til personopplysninger som kan identifisere deg. De opplysningene som er interessante å publisere vil omhandle de erfaringer som kommer fram, eventuelle påvirkninger denne arbeidsmetoden har på ergoterapifaget o.l.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2020. Samtykkeerklæringen fra deg vil da bli makulert. Lydfilen vil bli slettet. Dersom du har gitt samtykke til at anonymisert nedskrivning av intervjuet kan tas vare på, vil denne bli oppbevart på studentens arbeidssted i låst skap.

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 Senter for Praktisk kunnskap, NORD Universitet, 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:

- Prosjektansvarlig: Førsteamanuensis og hovedveileder Inger Danielsen, epost inger.danielsen@uit.no eller 91663278.
Biveileder Trude A. Hartviksen, trude.a.hartviksen@nord.no eller 75517972
Masterstudent: Anne Berit Heide, epost: anne.b.heide@student.nord.no eller mobil 95785131.
- Vårt personvernombud på NORD Universitet: Toril Irene Kringen, epost: personvernombud@nord.no eller telefon: 74022750.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Inger Danielsen
Førsteamanuensis
Prosjektansvarlig
(Forsker/hovedveileder)

Trude A. Hartviksen
Ph.D student og ergoterapeut
Biveileder

Anne Berit Heide
Masterstudent og
ergoterapeut

Samtykkeerklæring

(returneres til den som delte den ut)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i et tverrprofesjonelt team på rehabiliteringssengeposter i sykehus med å ivareta og utvikle eget fag?" og jeg har fått anledning til å stille spørsmål angående prosjektet.

Jeg samtykker til:

- å delta i prosjektet.
- at nedskrivning av anonymisert intervju kan tas vare på av studenten og brukes i senere arbeid. Formålet med dette vil være å se på andre interessante erfaringer som kom fram, men som i denne gangen ikke ble med i prosjektet. Intervjuet kan danne grunnlag for andre fagartikler, tema i fagutvikling på arbeidsplass, tema til diskusjon på studentens arbeidsplass.
- at resultatet av prosjektet kan publiseres som artikkel.
- at resultatet av prosjektet kan legges fram i faglige relevante miljøer (internundervisning, masteroppgaveframlegg, kongresser ol.).
- Jeg vet at jeg når som helst, og uten å oppgi grunn, kan trekke min deltagelse fra prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, desember 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Hjelp til rekruttering.

Å utvikle eget profesjonsfag i tverrprofesjonell praksis – sett fra et ergoterapeutisk perspektiv.

Jeg er ergoterapeut og studerer for tiden ved NORD universitet i Bodø, Senter for Praktisk kunnskap. Høsten 2018 til våren 2020 arbeider jeg med masteroppgave i Praktisk kunnskap.

Tema for denne oppgaven er hvordan man kan utvikle eget profesjonsfag i en tverrprofesjonell praksis. Det er ergoterapeutenes erfaringer jeg ønsker å få tak igjennom å intervju dem. I den forbindelse trenger jeg hjelp til å *rekruttere ergoterapeuter til intervju*.

Det jeg trenger hjelp til er å gi informasjon (se vedlagt informasjonsskriv) til ergoterapeuter du mener kan være aktuelle. Dersom de ønsker å bli intervjuet sender du meg kontaktinformasjon på mail. Deretter blir kontakten å foregå mellom meg og deltakeren. Det er godt nok å få navn og mail som en start.

For å være aktuell til dette prosjektet må ergoterapeuten ha arbeidet – og fortsatt arbeide, på en rehabiliteringssengepost i sykehus. Arbeidserfaringen bør helst være 3 år eller mer. I tillegg må ergoterapeuten være del av et tverrprofesjonelt team.

Hvert intervju vil være på ca. 1 – 1,5 timers varighet. Det gjøres individuelle intervjuer. Intervjuene tas opp på lydfil. Informantene trenger ikke reise for å gjennomføre intervjuene. For mer informasjon se vedlegget om informasjon til informantene.

Målet for prosjektet er å få gjennomført totalt 6 intervjuer. Jeg håper å få 2 – 3 ergoterapeuter på din arbeidsplass.

Håper du har tid og anledning til å hjelpe meg med dette. Om du ikke har det, er det viktig å få rask tilbakemelding på det. Da kan jeg sende forespørselen videre til andre.

På forhand tusen takk for hjelpa!

Anne Berit Heide

anne_berit_heide@hotmail.com

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

"Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i et tverrprofesjonelt team på rehabiliteringssengeposter i sykehus med å ivareta og utvikle eget fag?"

Forberedelser

- presentasjon av meg selv.
- takke for deltagelse.
- samle inn samtykkeskjema.

Bakgrunnsopplysninger:

- Alder
- Hvor lenge har du vært/arbeidet som ergoterapeut
- Hvor tok du utdanningen din
- Hvor lenge arbeidet i team
- Organisering på arbeidsplass
- Utdanning utover grunnutdanning

Undersøk at opptaker ligger godt på bordet. Ingen umiddelbare forstyrrelser i nærheten.

Undersøk at det er strøm på opptaker

Legg klokke som teller opp til en time lett synlig.

Intervju

Hvordan vil du forklare hva ergoterapi er?	<ul style="list-style-type: none">- Hva tenker du er spesielt med ergoterapifaget?- Hva tenker du andre mener ergoterapi er?- Kort, relatert til informantens arbeidssted.
Hva er dine erfaringer med å arbeide tverrprofesjonelt?	<ul style="list-style-type: none">- Hva betyr det når du sier at ...- Hvorfor er det slik at ...- Hva tenker du om/føler du om å bli satt til oppgaver hvem som helst kunne ha gjort?- Arbeider du mye alene/sammen med andre<ul style="list-style-type: none">▪ Noter ned stikkord ift hva de sier som må følges opp videre▪ Ta utgangspunkt i de temaer som kommer opp-
Hvilke erfaringer har du i forhold til om den tverrprofesjonelle arbeidsformen påvirker utøvelsen av ergoterapi?	<ul style="list-style-type: none">- Kan du beskrive denne påvirkningen?

Kan du beskrive/gi eksempler på tverrprofesjonelle kompetanseområder på din arbeidsplass?	- Hvordan kommer ergoterapifaget fram her?
Kan du beskrive en arbeidsoppgave som flere profesjoner er felles om å løse?	Opplever du at du krysser profesjongrensener i din arbeidshverdag? Beskriv.
Er det noe annet/andre hendelser som du synes er viktig blir tatt med?	

Vedlegg 4: Godkjenning NSD

NSD Personvern

19.01.2019 11:05

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 630517 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 19.01.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD

ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020. 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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!