

MASTEROPPGÅVE

Organisasjon og leiing,
masterstudium – helse- og sosialeiing og utdanningsleiing

”Det nyttar ikkje å vere soloartist her”

*Ein studie om tverrfagleg samarbeid som reiskap
for kontinuerleg forbetring i komplekse
rehabiliteringsprosessar*

av

Stig Igland

Desember 2009



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Organisasjon og leiing, masterstudium –
helse- og sosialleiing og utdanningsleiing

Tittel:

”Det nyttar ikkje å vere soloartist her” –

*Ein studie om tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerleg
forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar*

Engelsk tittel:

“There is no use for solo performers here” –

*If interdisciplinary cooperation can function as a tool for continuous
quality improvement in complex rehabilitation processes.*

Forfattar: Stig Igland

Emnekode og emnenamn: MR690 000

Kandiatnummer: 1

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss):

Dato for innlevering: 30.12.09

JA X Nei__

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):
tverrfagleg samarbeid
kontinuerleg forbetring
komplekse rehabiliteringsprosessar
livslang læring

interdisciplinary cooperation
continuous quality improvement
complex rehabilitation processes
lifelong learning

Tittel og samandrag: ”Det nyttar ikkje å vere soloartist her” - Ein studie om tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis. Studien har som føremål å utvikle kunnskap knytt til om tverrfaglig samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar. Ein kvalitativ metode er nytta, og dei empiriske undersøkingane baserer seg på uformelle intervju av ni tilsette frå åtte ulike faggrupper ved ei rehabiliteringseining i spesialisthelsetjenesta.

Funna i studien syner at: Ein legg vekt på det uformelle samarbeidet. Opplæring i tverrfagleg arbeid ser ikkje ut til å vere sett i system, men erfarne fagpersonar kan ha uformelle funksjonar som rollemodellar. Ein ut til å prioritere at dei same personane fyller faste funksjonar, framfor å skreddarsy fleksible løysingar for den einskilde pasient. Det synest å vere ein medviten strategi frå leiarane si side at faglege avgjerder blir fatta kollektivt gjennom felles tverrfaglege drøftingar. Det kan sjå ut som at verdiane knytt til tverrfagleg samarbeid og påverkar utøvinga av leiarskap.

Title and Abstract: “There is no use for solo performers here” - If interdisciplinary cooperation can function as a tool for continuous quality improvement in complex rehabilitation processes. The purpose of this study is to gain knowledge about if interdisciplinary cooperation can function as a tool for continuous quality improvement in complex rehabilitation processes, and in case how? A qualitative method was chosen and the study is based on semi-structured interviews with nine employees at a specialized rehabilitation unit at a hospital within a local health trust. The informants consist of eight different healthcare professions.

The findings indicate that: interdisciplinary cooperation is preferred. That there is no system of education in interdisciplinary cooperation, but professionals may have interdisciplinary functions as role models. That the same persons are preferred to take care of regular functions, rather than making special treatments for every single patient. That the leaders seem to have a basic strategy, witch means that professional solutions are to be taken by collective interdisciplinary discussions. That the values connected to interdisciplinary cooperation also seem to influence the practise of leadership.

FØREORD

Dette mastergradsarbeidet avsluttar mi tid som student ved Høgskulen i Sogn og Fjordane for denne gong. Eg vil nytte høvet til å takke alle informantene som bidrog til at studien kunne realiserast.

Takk til veileidar Øyvind Glosvik for konkrete og gode innspel. Men ikkje minst, Øyvind, takk for at du ikkje gav meg opp !

*Til min livsledsagar Tove og dei fire borna våre, Vebjørn, Ingeborg, Sverre & Gunvor: **Takk for all støtte og avlastning i tide og utide. No er det endeleg over !***

Takk til Lisbeth & Gunnar med familie som rigga opp feltseng i stova, slik at eg kunne bu der medan eg gjorde dei empiriske undersøkingane.

Takk til mor, Ingrid, for god hjelp med korrekturlesing.

Ei stor takk til min arbeidsgivar Helse Førde, representert ved klinikkdirektør Arve Varden, for god tilrettelegging undervegs i mastergradsarbeidet.

Takk går og til min gode ven og ”figurmakar”, Torjus Ødelien. Utan deg hadde ikkje oppgåvesvaret vore pryda med så fine illustrasjonar !

Eg er audmjuk og takksam overfor alle dei som på ulike måtar har hjelpt og støtta meg gjennom mastergradsarbeidet. Eg vil gjerne helse Dykk med Barack Obama sine ord:

“Yes, we can !”

*Stig Igland
Førde, Desember 2009*

På veg . . .

Eg håpar du har sett deg godt til rette. Eg vil gjerne få invitere deg med på ei reise. Ei reise inn i levande og komplekse rehabiliteringsprosessar. Du skal få møte informantane mine, og høyre om korleis eg fann dei. Vernepleiaren, psykologen, legen, fysioterapeuten, sosionomen, sjukepleiaren, ergoterapeuten, logopeden og avdelingsleiaren. Alle desse som kvar på sin måte, og ikkje minst saman, bistår menneske som av ulike årsaker ofte opplever at verda rasar saman, og som leitar etter nytt fotfeste i livet.

Med informantane som vegvisarar og Peter M. Senge som guide, skal vi saman med Ikujiro Nonaka, Hirotaka Takeuchi og Donald A. Schön vandre på stiar der få har gått før oss, på leiting etter kunnskap om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis ? Kanskje vil du kunne ane konturane av landskap og fenomen som i dag vil vere usynlege for meg. Truleg vil det opne seg nye rom. Nye dører vil tre fram, og minne oss om at mykje framleis står att å utforske.

Skal ein bygge lærande organisasjonar og implementere kontinuerleg forbetningsarbeid, vil Senge seie at ein må utøve, eller beherske fem disiplinar i form av mange ulike teknikkar og tilnæringsmåtar. Nonaka og Takeuchi vil representere ei alternativ tenkning, og peike på at kunnskapen vil vere relativ, sosial, dynamisk og i stadig endring gjennom sosiale interaksjonar i samspelet mellom eksplisitt og taus kunnskap. Schön vil legge vekt på at kunnskap blir utvikla gjennom refleksjon i, og over praksis. Han vil kalle det refleksjon i handling når ein kombinasjon av kunnskap, erfaring og intuisjon går hand i hand med handling. Han vil seie at dyktige praktikarar konstruerer ny teori, ved å reflektere over sin eigen intuitive bruk av kunnskap medan dei handlar. Både Senge, Nonaka og Takeuchi, og Schön kjem alle med særigne og viktige bidrag knytt til kunnskapsutviklingsprosessar. Felles er at dei alle peikar på det store urealiserte potensialet som ligg i, og mellom menneske.

Når reisa nærmar seg slutten kan vi alle reflektere, og freiste å skape meirkunnskap knytt til korleis komplekse rehabiliteringsprosessar kunne ha sett ut om kontinuerleg forbetring hadde vore ein integrert del. Med Peter Senge si påminning om at ”*sjølv reisa er belønninga*”, vil

eg få ønske deg god tur. Eg håpar du kjenner deg rikare når vi ein gong skil lag. God fornøyelse !

Stig Igland

Førde, desember 2009

INNHALD

| | Sidetal |
|---|----------|
| Føreord | |
| På veg | |
| KAPITTEL 1 INNLEIING | 1 |
| 1.1 Overordna problemstilling og forskningsspørsmål | 1 |
| 1.2 Sentrale begrep | 2 |
| 1.3 Disposisjon | 3 |
| KAPITTEL 2 REHABILITERING OG KONTINUERLEG LÆRING | 4 |
| 2.1 Rehabilitering og funksjonsnedsetjing | 4 |
| 2.1.1 Medisinsk, sosial og relasjonell forståing av funksjonshemming | 5 |
| 2.2 Kontinuerleg forbetring | 8 |
| 2.2.1 Systematisk forbetningsarbeid | 9 |
| 2.2.2 Kontinuerleg forbetningsarbeid i praksis | 11 |
| 2.3 Tverrfaglig samarbeid | 13 |
| 2.3.1 Tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerlig forbetring | 14 |
| 2.3.2 Tverrfaglege team | 15 |
| 2.3.3 Utfordringar i tverrfagleg samarbeid | 18 |
| 2.3.4 Implikasjonar for leiarskap | 19 |
| 2.4 Den femte disiplin - Senge sine teoriar om lærande organisasjonar | 21 |
| 2.4.1 Personleg dugleik | 22 |
| 2.4.2 Mentale modellar | 23 |
| 2.4.3 Felles visjonar | 25 |
| 2.4.4 Læring i lag | 27 |
| 2.4.5 Heilskapstenkning | 29 |
| 2.4.6 Innvendingar til Peter Senge sine teoriar om lærande organisasjonar | 30 |
| 2.5 Kunnskapsutviklingsprosessar | 31 |
| 2.5.1 Eksplisitt- og taus kunnskap | 31 |
| 2.5.2 Kunnskapsspiralen | 32 |
| 2.5.3 Kunnskapskapital, og kontekstar for kunnskapsutvikling | 34 |
| 2.6 Den reflekterte praktikar | 35 |
| 2.6.1 Refleksjon i, og over handling | 37 |

| | | |
|-------|----------------------|----|
| 2.6.2 | Reflekterete leiarar | 38 |
| 2.7 | Oppsummering | 40 |

KAPITTEL 3 METODISK TILNÆRMING 41

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1 | Forskarrolla | 41 |
| 3.1.1 | Min ståstad | 41 |
| 3.2 | Metode, empiri og teori | 42 |
| 3.2.1 | Korleis kan eg få svar på problemstillinga - Val av metode | 44 |
| 3.2.2 | Kvar kan eg føreta studien ? - Utveljing av analyseining | 45 |
| 3.2.3 | Kven kan kaste lys over problemstillinga ? Val av innformantar | 46 |
| 3.3 | ”Funn på fleire nivå” | 47 |
| 3.4 | ”Fra asken til ilden” - Innsamling, analyse og tolking av data | 49 |
| 3.5 | Validitet, reliabilitet og overføringsverdi | 51 |
| 3.5.1 | Reliabilitet | 51 |
| 3.5.2 | Validitet | 52 |
| 3.5.3 | Overføringsverdi | 54 |
| 3.6 | Etiske vurderingar | 55 |
| 3.7 | Frå metode til empiri | 55 |

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV DATA 56

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1 | Kven er informantane ? | 56 |
| 4.2 | Kva fortalde informantane ? | 57 |
| 4.3 | ”Eg kan læra någo av alle” | 58 |
| 4.4 | ”Godt å få snakt om det” | 61 |
| 4.5 | ”Bare over bordet” | 64 |
| 4.6 | ”Tørre å ikkje ta ansvar” | 67 |
| 4.7 | Kva fann eg ? | 70 |
| 4.7.1 | ”Eg kan læra någo av alle” - Oppsummering av funn | 70 |
| 4.7.2 | ”Godt å få snakt om det” - Oppsummering av funn | 71 |
| 4.7.3 | ”Bare over bordet” - Oppsummering av funn | 72 |
| 4.7.4 | ”Tørre å ikkje ta ansvar” - Oppsummering av funn | 73 |
| 4.7. | I spenningsfeltet mellom empiri og teori | 74 |
| 4.7.1 | Nye forskningsspørsmål trer fram | 75 |
| 4.7.2 | Frå teori til empiri, og tilbake | 76 |

KAPITTEL 5 ANALYSE OG DISKUSJON

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.1 | Empirisk analyse | 78 |
| 5.1.1 | Ein for alle – Alle for ein | 78 |
| 5.1.2 | Det kjende er det trygge | 79 |
| 5.1.3 | Fleirtalet bestemmer | 80 |
| 5.2 | Teoretisk analyse | 82 |
| 5.2.1 | Kreativ spenning – personleg dugleik | 82 |
| 5.2.2 | Å granske seg sjølv - Mentale modellar | 87 |
| 5.2.3 | Meininga med den kollektive innsatsen – Felles visjonar | 90 |
| 5.2.4 | Heilskapen større enn delane - Læring i lag | 94 |
| 5.2.5 | Refleksjon over eiga og andre sine roller – Heilskapstenking | 98 |
| 5.3 | Fem læredisiplinar knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar | 101 |
| 5.4 | Kva om det hadde vore meir synleg leiarskap | 102 |

KAPITTEL 6 KONKLUSJON OG NYE PERSPEKTIV

| | | |
|-----|---|-----|
| 6.1 | Konklusjon | 104 |
| 6.2 | Kva perspektiv kan dette opne for . . . | 106 |
| 6.3 | Avslutning | 107 |

Ved eit vegskilje

Litteraturliste

Tabellar, figurar & vedlegg

Tabellar

| | | |
|------------------|--|----|
| Tabell 1: | Medisinsk- versus sosial forståing av funksjonshemming | 6 |
| Tabell 2: | Lærande organisasjonar – Peter M. Senge sine fem grunnleggande disiplinar i lærande organisasjonar | 21 |
| Tabell 3: | Nonaka og Takeuchi: Fire typar kunnskapskapital: Etter Glosvik (2008: a, s. 162) | 34 |
| Tabell 4: | Informantane sine grunn-, etter- og vidareutdanningar | |

og fartstid ved eininga 57

Figurar

- Figur 1:** Funksjonshemning – gap-modell: St.meld nr. 40 (2002-2003):
Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. 7
- Figur 2:** ”Kunnskapsbasert praksis”: Gro Jamtvedt, Nasjonalt
kunnskapssenter for helsetjenesten. (Kilde: Sosial og
helsedirektoratet, Veileder 1S-1502 2007, s. 7) 10
- Figur 3:** ”Demings sirkel”: Bjørnar Nyen, Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten. (Kilde: Sosial og helsedirektoratet
Målinger - i forbedringsarbeid, s. 5) 11
- Figur 4:** SEKI – modellen: Etter Nonaka og Takeuchi (1995, s. 71) 32
- Figur 5:** Utveljing av informantar som kunne kaste lys over
problemstillinga i studien 48
- Figur 6:** Informantar og reformulert overordna tema for studien 75

Vedlegg

Vedlegg nr. 1 : Førespurnad om å få gjere empiriske undersøkingar

Vedlegg nr. 2 : Informasjonsbrev knytt til utveljing av informantar

Vedlegg nr. 3 : Intervjuguide

Vedlegg nr. 4 : Informert samtykke

Vedlegg nr. 5 : Innhenting av demografiske data

KAPITTEL 1 INNLEIING

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) gir uttrykk for at rehabilitering ikkje har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesta som dei overordna helse- og velferdspolitiske måla tilseier. Nasjonal helseplan (2007-2010) understrekar at mange brukarar og pårørande opplever helsetenesta som oppstykk og utan tydeleg ansvar for samhandlinga mellom forskjellige aktørar, og at det er naudsynt å arbeide kontinuerleg med forbetring for å heve kvaliteten i alle delar av helsetjenesta.

Forskrift om habilitering og rehabilitering §1 (2001) slår fast at helsepersonell har plikt til å arbeide tverrfagleg når dette er til det beste for brukarane: *”Forskriften skal vidare sikre at tjenestene tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig.*

Gjennom mange år som leiar på ulike nivå ved ei spesialisert rehabiliteringsavdeling, har eg i ulike samanhengar møtt kollegaer frå liknande einingar i andre helseføretak. Det har vore interessant å registrere kor mange likskapstrekk det var mellom ”mi avdeling” og andre liknande einingar. Eg forstod det slik at den tverrfaglege tilnærminga er ein sentral arbeidsmåte ved desse einingane, og starta å reflektere rundt samhangane kring kontinuerleg forbetring og tverrfagleg samarbeid.

1.1 Overordna problemstilling og forskningsspørsmål

I denne studien spør eg om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis ? For å freiste å svare på problemstillinga har eg formulert følgande forskningsspørsmål:

1. Om ein arbeider med kontinuerleg forbetring gjennom tverrfagleg samarbeid ?
2. Korleis disponerer ein dei tverrfaglege ressursane for å løyse arbeidsoppgåvene ?
3. Om verdiane knytt til tverrfagleg samarbeid påverkar utøvinga av leiarskap, og i så fall korleis ?

Før eg gjorde dei empiriske undersøkingane hadde, eg ei hypotese om at ein i liten grad arbeidde systematisk med kontinuerleg forbetring knytt tverrfaglege samanhengar. I høve til korleis ein disponerer dei tverrfaglege ressursane, så trudde eg at eg ville finne at leiarane, i

den grad det er praktisk mogeleg, sette saman fagpersonar med høveleg kompetanse i tverrfaglege team, ut frå pasientens utfordringar. Eg hadde og ei forventning om at dei demokratiske grunnverdiane, som eg erfarer ofte er knytt til tverrfagleg samarbeid, kunne skape forventningar til utøvinga av leiarskap. Til sist undra eg meg over om tverrfagleg samarbeid kanskje kunne vere kontinuerleg forbetring i praksis.

I dette mastergradsarbeidet vil eg freiste å skildre tverrfagleg samarbeid knytt til levande rehabiliteringsprosessar. Eg vil knyte kontinuerleg forbetring til den pågåande diskursen om kvalitetsforbetring i helsevesenet.

1.2 Sentrale begrep

Tverrfagleg samarbeid: vil i dette mastergradsarbeidet bli forstått synonymt med tverrprofesjonelt samarbeid, som er karakterisert av: at fleire yrkesgrupper arbeider tett saman, og tar felles avgjerder. Gjennom diskusjon og refleksjon utviklar ein meirkunnskap som er ei syntese av dei ulike fagpersonane sine bidrag. Deltakarane representerer det tverrfaglege teamet, og ikkje berre si eiga yrkesgruppe (Willumsen, 2009, s. 21).

Forbetringskunnskap: Kunnskap om metodar, system, strukturar, endringsarbeid og korleis læring skjer i organisasjonar (Sørås 2007, s.113).

Kontinuerleg forbetring: Ei grunnhaldning som medfører vedvarende forbetringsarbeid som ein del av det daglige arbeidet (Nyen, 2009, s. 5).

Rehabilitering: *”Tidsavgrensa, planlagde prosesser med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”*. St. meld nr. 21 (1998-99): Ansvar og meistring.

Kompleks rehabilitering: blir knytt til at det skal vere minimum seks spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team som arbeider målretta ved bruk av individuell behandlingsplan, og har samarbeid med relevante etatar utanfor institusjonen Helsedirektoratet (2008)

Pasient: Innanfor rehabiliteringsfeltet er det ofte vanleg å omtale pasientar som brukarar. Eg har valt å bruke pasientbegrepet, sidan det var det ordet informantane nytta. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011, s. 308) peikar på at: *”Innen for helsetjenesten, spesielt spesialisthelsetjenesten, brukes ofte begrepet pasient, mens man innenfor kommunale omsorgstjenester oftere bruker begrepet bruker eller person”*.

1.3 Disposisjon

I kapittel 2, teorikapitlet, vil eg først gjere greie for teori knytt til rehabilitering og funksjonsnedsetting, systematisk forbedringsarbeid, tverrfagleg samarbeid. Deretter presenterer eg utdrag frå Senge sine teoriar om desentralisert leiarskap og lærande organisasjonar, Nonaka og Takeuchi si forståing av kunnskapsutviklingsprosessar og Schön som introduserer refleksjon i og etter handling som ei motvekt til instrumentell og teknisk tenkning.

I kapittel 3, metodekapitlet, gjer eg greie for kva vurderingar, metodiske val, og strategiar eg har lagt til grunn for dei empiriske undersøkingane.

I kapittel 4, empirikapitlet, presenterer eg informantane og målber empiriske data.

I kapittel 5, analysekapitlet, presenterer eg først ein empirisk analyse, der eg sorterer funna mine i tre hovudkategoriar. Vidare diskuterer eg to av funna i kvar kategori i lys av dei teoretiske bidraga eg presenterte i kapittel 2. Eg knyter diskusjonen til dei fem disiplinane Senge seier ein må beherske eller utøve, om ein skal bygge lærande organisasjonar (Jfr. Kap. 2.4). Deretter freistar eg med utgangspunkt i PDSA- sirkelen kort å diskutere korleis leiarar kunne arbeidd systematisk med kontinuerleg forbetring knytt til tverrfagleg samarbeid.

I kapittel 6 freistar eg å svare på forskningsspørsmåla, og den overordna problemstillinga. Deretter skisserer eg kort kva perspektiv kan dette opne for, før eg avrundar mastergradsarbeidet med nokre tankar knytt til framtidens utfordringar.

KAPITTEL 2 REHABILITERING OG KONTINUERLEG LÆRING

Fleire sentrale nasjonale planar og strategiar peikar på dei store utfordringane som er knytt til kvalitetsutvikling i rehabiliteringstenestene (Jfr. kap 1.1). Eg freistar å kaste lys over om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar. I teorikapitlet gjer eg greie for korleis det i spenningsfeltet mellom ei medisinsk og ei sosial forståing av funksjonshemming, har vakse fram ei relasjonell tilnærming. Den teoretiske forankringa er knytt til Peter M. Senge, Ikujiro Nonaka og Hirotaka Takeuchi, og Donald A. Schön, som kvar frå sine synsvinklar peikar på det store urealiserte potensialet som ligg i, og mellom menneske.

2.1 Rehabilitering og funksjonsnedsetjing

Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering for perioden 2004 – 2007 (s. 27 - 28) peikar på at ansvaret for rehabiliteringstenestene er fordelt på kommunalt-, helseforetaks-, regionalt- og fleirregionalt-/nasjonalt nivå ut frå problemstillingane sin kompleksitet. Ifølge forskrift om habilitering og rehabilitering (§ 12) skal dei regionale helseføretaka sørge for tilbod om naudsynt rehabilitering i spesialisthelsetenesta, i og utanfor institusjon. Bredland, Linge og Vik (2002, s. 129 - 145) deler dei som har behov for rehabilitering inn i tre målgrupper:

- A Personar med brått fall i funksjonsnivået, med høve til å kunne gjenvinne full funksjon. Døme kan vere einskilde kreftformer, dei som får hofteprotese på grunn av slitasjegikt, eller menneske som blir immobilisert etter akutt skade eller sjukdom.
- B Menneske med brått fall i funksjonsnivået som ikkje kan gjenvinne full funksjon. Årsaker kan vere hjerneblødning, amputasjonar, store brann- eller ryggmargsskader.
- C Personar med fall i funksjonsnivået over tid som følge av medfødde, kroniske eller progredierande lidingar. Døme kan vere ved kronisk obstruktiv lungesjukdom (Kols), multipel sklerose (MS) eller ulike revmatiske lidingar.

Personar i kategori B og C kan ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Dei har i større eller mindre grad fått varige funksjonshemmingar etter akutt sjukdom eller skade. Kva

som er funksjonshemming, og kven som er funksjonshemma, varierer historisk og kulturelt. I takt med internasjonale trendar, har det i Norge, frå politisk hald i nyare tid blitt lagt stor vekt på at (full) deltaking og likestilling for menneske med redusert funksjonsevne er eit hovudmål i det norske samfunnet. Dersom ein med menneske med redusert funksjonsevne tenker på dei med varige vanskar på viktige livsarenaer, eller som ikkje klarer å ivareta ein del grunnleggande gjeremål uten hjelp, så finst det om lag 770 000 funksjonshemma i Norge (Barth 1987: Ifølge Stangvik 1994, s. 5).

2.1.1 Medisinsk, sosial og relasjonell forståing av funksjonshemming

Ein kan hevde at forståinga av funksjonshemming i norske offentlege dokument sidan siste del av 1960 – åra, i aukande grad har lagt vekt på forhold utanfor individet. NOU 2001:22 – ”Fra bruker til borger” definerer funksjonshemma som: ”*De som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav*”. Grue (2004, s. 198) seier at ein her introduserer eit nytt begrep ”Funksjonsnedsettelse” og viser til tap av, skade på, eller avvik i ein kroppsdel, eller i ein av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjonar.

Grue (2004) seier at menneske med redusert funksjonsevne lever såleis i spenningsfeltet mellom ei medisinsk og ei sosial forståing av funksjonshemming. Dei to tradisjonane syboliserar vidt ulike forklaringsmodellar. Den medisinske modellen fokuserer på individuelle forhold, definerer normalitet og peikar på at problemet ligg hos den einskilde. Avvik frå det som er definert som normalt, blir karakterisert som avvik. Modellen kan til dømes illustrerast gjennom The international Classification of Impairments, Disabillities and Handicaps (ICIDH) som Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i 1980. Dette er eit klassifiseringssystem som bygger på ei nivåtenkning, og som ser på konsekvensane av sjukdom og funksjonshemming (Grue 2004, s. 101 - 102).

Impairment (organsvikt) seier ikkje noko om årsak, men illustrerer eit tap av eller unormalitet frå ei (statistisk) norm. Disability viser til funksjonsvikt grunna organsvikt (impairment). Konsekvensen er ei begrensning eller mangel på evne til å kunne utføre ”vanlege aktivitetar” (i statistisk forstand). Handicap (rollebegrensning) dreiar seg om korleis ein kan fylle roller som ville kunne vere normale for personen ut frå alder, kjønn og sosiale-/kulturelle faktorar. Organsvikten fører til funksjonssvikt som igjen medfører handicap (Grue s. 102 - 103).

For å imøtegå kritikarane av ICIDH endra WHO i 2001 klassifikasjonssystemet, og ga det namnet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Målet med den nye modellen var å kunne identifisere konsekvensar knytt til ulike helsemessige forhold i ulike sosiale kontekstar. På individnivå skil ein mellom ”funksjon og funksjonshemming” og ”kontekstuelle forhold”. Eit føremål var å gi ei samla forståing av ulike dimensjonar, knytt til helse på eit biologisk og sosialt nivå, gjennom ein ”biopsykososial modell” (s. 104 - 105).

Den sosiale modellen vaks fram som eit motstykke til den medisinske modellen på 1960 - talet gjennom sosialpolitiske rørsler, forskarar og aktivistar som sjølve var funksjonshemma. Dei forstår funksjonshemming som ei form for sosial undertrykking, og meiner at den medisinske modellen legg for mykje vekt på diagnosar, og i for stor grad legg skulda for funksjonshemming på einskildindividet. Det er ikkje individet sitt funksjonsnivå, men sosiale og fysiske barrierer på grunn av manglande samfunnsmessig tilrettelegging på viktige livsarenaer, som skaper sosial utestenging (Grue 2004, s. 113 - 115)

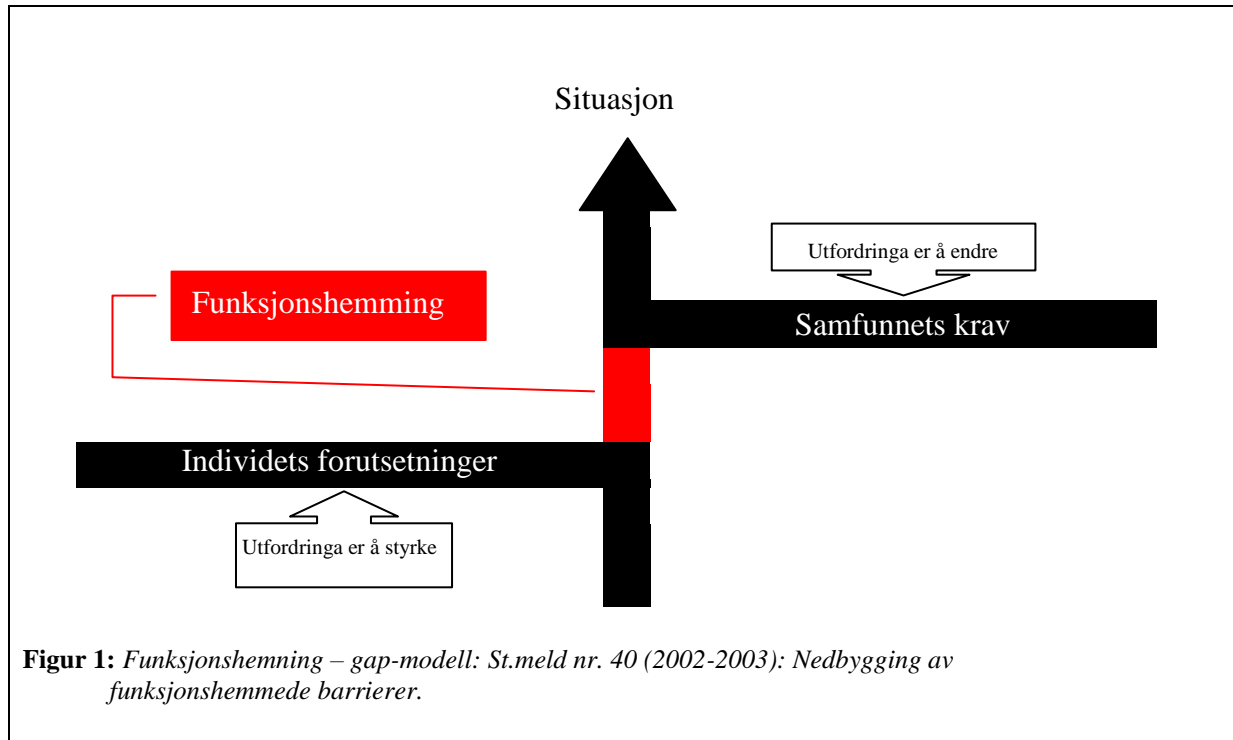
Grue 2004 (s. 122 - 123) illustrerer i tabellen under skilnaden mellom ei medisinsk- og ei sosial forståing av funksjonshemming, ved å vise til Michael Oliver som gir døme på korleis det engelske statistiske sentralbyrået (Office of Population Cencuses & Surveys - OPCS) har utforma spørsmål, og korleis dei kunne ha vore uttrykt i lys av den sosiale modellen:

Tabell 1: Medisinsk- versus sosial forståing av funksjonshemming.

| <i>Spørsmål frå OPCS:</i> | <i>Oliver sine alternative formuleringar:</i> |
|--|---|
| <i>Medfører helseproblemet ditt eller funksjonshemminga di at du er avhengig av å bu saman med slektningar eller andre som kan ta vare på deg, eller sjå etter deg ?</i> | <i>Er dei sosiale tenestene der du bur så dårleg utbygd at du er avhengig av slektningar eller andre for å få den hjelpa du treng i dagleglivet ?</i> |
| <i>Fører helseproblemet/funksjonshemminga di til at det er vanskeleg for deg å reise med buss ?</i> | <i>Fører mangelfullt tilrettelagte bussar til at ein med dine helseproblem/ funksjonshemming ikkje kan benytte dei ?</i> |

St.meld nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmede barrierer introduserer som eit kompromiss mellom den medisinske- og sosiale forståinga av funksjonshemming ei relasjonell tilnærming. Den tar utgangspunkt i forholdet mellom individets funksjonsevne og dei krav som både fysiske og sosiale omgivnader stiller til den einskilde på ulike livsarenaer i

ulike fasar av livsløpet. Dette kan illustrerast ved Gap – modellen i figuren under, der funksjonshemminga blir representert i form av gapet mellom individets føresetnader og samfunnets krav:



Figur 1: Funksjonshemming – gap-modell: St.meld nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmede barrierer.

Modellen skil mellom det individuelle og det relasjonelle. Ein skil mellom individets funksjonsnivå og vanskar med å utføre visse aktivitetar, og relasjonen mellom individa og det miljøet/samfunnet dei lever i. Ei anna skillelinje går mellom funksjonsnedsettinga som biologisk fenomen som refererer til kroppen eller kroppsdelars funksjonar, og det relasjonelle som viser til individet sine miljømessige faktorar.

Målet er å styrke individet sine føresetnadar, og endre samfunnets krav for å sikre ei best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet (Jfr. Kap 1.3). Funksjonshemming kan oppstå når det føreligg eit misforhold mellom individet sine føresetnader og omgivnadane si utforming eller krav til funksjon (Ifølge: St.meld nr. 40 (2002-2003), s. 9 – 10). Eit døme kan vere ei kvinne i 40 - åra som får hjerneblødning med halvsidig lammelse. I tillegg til trening og stimulering knytt til gjennvinning av tapte funksjonar, kan det og etter ei tid bli aktuelt med ulike hjelpemiddel og tilpassingar både i heimen og på arbeidsplassen.

Den medisinske- og sosiale modellen kan sjåast på som motpolar. Spissformulert kan ein ut frå den sosiale modellen seie at ein ikkje treng rehabilitering, men at det er samfunnet som må leggast til rette. Men på den andre sida, kan tilhengjarar av den medisinske modellen, seie at skulda i stor grad ligg til einskildindividet. Verken den medisinske- eller sosiale modellen kan truleg forklare eller løyse funksjonshemma sine utfordringar aleine (St.meld nr. 40 (2002-2003), s. 9 – 10). Eg vil i dette mastergradsarbeidet freiste å sjå funksjonshemming og rehabilitering i eit relasjonelt perspektiv, i kraft av at både trening og stimulering knytt til gjenvinning av tapte funksjonar, og ulike former for tilrettelegging må gå hand i hand. Fokus vil vere å sjå det tverrfaglege samspelet knytt til rehabiliteringsprosessar i lys av kontinuerleg forbetring.

2.2 Kontinuerleg forbetring

Det kan sjå ut som kvalitetsarbeid dei siste 50 åra, har utvikla seg frå sikring av kvaliteten til fokus på kontinuerleg utvikling og forbetring. Nasjonal helseplan (2007-2010, s. 279) peikar på: *”Kvalitet skapes i de mange daglige møtene mellom brukere av og utøvere i helsetjenesten. En serie prosesser skal koordineres godt for at kvaliteten på tjenestene skal bli god”*.

Det overordna målet for strategien er å endre dette (s. 304). Det er store utfordringar knytt til både samhandling, brukarmedverknad og kvalitetsutvikling (s. 308). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering blei etablert i 2007. Intensjonen er at rådet skal vere med å sikre at fagfeltet habilitering og rehabilitering får den merksemd og status ein førutset at feltet skal ha i norsk helse- og omsorgstjeneste (s. 325).

Nasjonal helseplan (2007-2010, s. 243) peikar ut kvalitet som ein av seks berebjelkar som skal prege alle typer helsetenester. Kvalitet blir her forstått i kva grad aktivitetar og tiltak aukar sjansane for at individ og grupper i befolkninga får ein ønska helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst meiner ein både å bli frisk, og å kunne meistre livet med sjukdom og funksjonshemming (s. 278 - 279). Det blir understreka at mange brukarar og pårørande opplever helsetenesta som oppstykkar og uten tydeleg ansvar for samhandlinga mellom ulike aktørar.

Det er naudsynt å arbeide kontinuerleg med forbetring for å heve kvaliteten i alle deler av helsetenesta. I følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring 2005-2015 (s. 23) førutset god

kvalitet, at brukarane sine erfaringar og synspunkt påverkar tenestene, og at menneske som er aktivt involvert i avgjerder knytt til eige liv og helse, har betre behandlingresultat, forbrukar mindre helsetenester og fungerer betre i kvardagen.

2.2.1 Systematisk forbetningsarbeid

Eit systematisk arbeid for å forbetre sosial- og helsetenestene blei starta i 1995. Då kom den første nasjonale strategien for kvalitet i helsetenesta. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015 (s. 21 - 25) har konkretisert seks mål for god kvalitet. Ein peikar på at tenestene skal vere virkningsfulle, trygge, sikre god ressursutnytting, vere tilgjengelege og rettferdig fordelte, involvere brukarane og vere samordna og prega av kvalitet. Visjonen for strategien er: ”... og bedre skal det bli” (s. 19).

Øgar og Hovland (2004, s. 123) seier at kvalitetsutvikling er å sikre kontinuerleg forbetring av prosessane som medverkar til å løyse kjerneoppgåvene i organisasjonen. For å lukkast, må ein kunne identifisere primæroppgåvene, skildre dei viktigaste arbeidsprosessane og nytte metodar og verkty som gjer ein i stand til å løyse arbeidsoppgåvene på ein betre måte. Dei gir uttrykk for at prosessane må vere tufta på kontinuerleg og systematisk forbetring gjennom brukarfokus, prosessorientering og involvering av både leiarar og medarbeidarar.

Sørås (2007, s. 69 - 70) peikar på at før ein startar eit kvalitetsforbetningsprosjekt, må ein kartlegge behovet for endring. Ho seier vidare at ein bør velje ei problemstilling ein opplever som vanleg, viktig og vanskeleg. Forbetningskunnskap kan saman med fagspesifikk kunnskap bidra til å definere god praksis, identifisere skiljet mellom reell og ønskt praksis, og vere med å fylle gapet. Batalden og Stoltz (1993, s. 427) skil mellom profesjonell kunnskap og forbetningskunnskap, og seier at begge er viktige føresetnadar for kontinuerleg forbedring.

Øgar og Hovland (2004, s.138 - 139 og Sørås (2007, s. 73) poengterer at når ein skal komme fram til nye løysingar er det viktig å kunne frigjere seg frå tradisjonelle tenkemåtar.

”Endringsarbeid betyr ofte å komme på en smartere måte å gjøre noe på, ikke bare å gjøre noe mer eller raskere” (Ness, 2000: Ifølge Sørås, 2007 s. 36). Om ein vil endre resultat, må ein ofte setje saman arbeidsprosessane på ein ny måte (Øgar og Hovland, 2004, s.132). Nyen (2009, s. 7 - 8) peikar på at det er sentralt at dei tilsette opplever eit fagleg behov for endring, og at det er synleggjort i verksemda sine strategiske planar og forankra i toppleiinga. Ved

usemje om behovet for endringar eller nye tiltak, kan det vere vesentleg at leiinga gir føringar og følgjer prosessen tett.

Sørås (2007, s. 74 - 75) viser til at det er ein føresetnad å kunne måle status før ein startar. Gjer ein mange endringer samstundes, er det vanskeleg å identifisere kva tiltak som har verka. Ved å nytte dei same måleinstrumenta før, under og etter, vil ein lettare kunne identifisere effekten. Nyen (2009, s. 8) seier at dersom ein skal etablere varige endringar, er det ein fordel at målsettingane er godt forankra hos dei tilsette. Hazn poengterar at der kontinuerleg forbetring er ein integrert del av organisasjonskulturen, er utsiktene til vellukka endringsprosessar større.

Øgar og Hovland (2004, s.123) understrekar at kvalitetsutvikling krev tid og ressursar. Nyen (2009, s. 7) seier at forskningsbasert kunnskap og evidensbasert praksis er grunnvollen i forbetningsarbeid, og at ved å kombinere dei med godt handelag, kan ein sikre kontinuerleg forbetring. Han peikar på at for å sikre at tenestene er virkningsfulle, må dei baserast på beste tilgjengelege kunnskap. Deretter bør ein formulere klare spørsmål som utgangspunkt for å søke etter forskningsbasert kunnskap. Den forskningsbaserte kunnskapen blir vurdert og integrert med erfaringsbasert kunnskap (klinisk erfaring), brukarane sine preferanser og deira medverknad (Nyen 2009, s. 7). Figuren under viser utgangspunktet for kunnskapsbasert praksis:

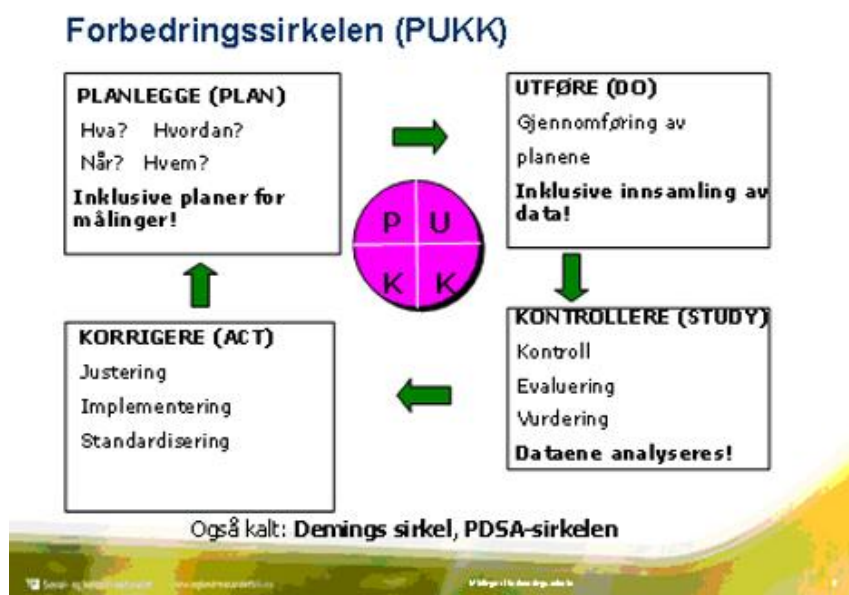


Figur 2: ”Kunnskapsbasert praksis”: Gro Jamtvedt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (Kilde: Sosial og helsedirektoratet, Veileder 1S-1502 2007, s. 7).

Øgar og Hovland (2004, s.134) peikar på at om ein skal lukkast med endringsprosessar, må deltakarane vere motiverte og engasjerte. Å endre praksis på ein arbeidstad kan vere ein krevande prosess. Når ein startar med systematisk forbetningsarbeid, kan det vere klokt å velge eit område der motstanden mot endring er liten, og der ein raskt kan vise til positive resultat. Det kan vere med å motivere til vidare arbeid (s. 134). Nyen (2009, s. 5) peikar på at modellar og oppskrifter kan vere gode hjelpemiddel, men det er og viktig med kunnskap og dugleik knytt til prosess og system, variasjon og måling, arbeids- og endringspsykologi og erfaringskunnskap frå forbetningsarbeid. Med erfaring kan ein lettare lausrive seg, og tilpasse ulike metodar til endringsprosessane på eigen arbeidsplass.

2.2.2 Kontinuerleg forbetningsarbeid i praksis

Det finst mange ulike modellar for systematisk forbetningsarbeid. Øgar og Hovland (2004, s. 133) peikar på at dei fleste bygger på den grunnleggande logikken som er uttrykt i Demings sirkel. W. Edwards Deming beskriv ein problemløysningsmetode i fire fasar der ein systematisk strukturerer forbetningsarbeidet ved hjelp av PDSA-sirkelen (Plan – Do – Study - Act). Modellen tar sikte på å vere ein reiskap for systematisk forbetningsarbeid. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring 2005-2015 (s. 28 - 29) kallar den for PUKK sirkelen: **P**lanlegg. **U**tfør. **K**ontroller. **K**orriger. Forbetningssirkelen kan illustrerast slik:



Figur 3: "Demings sirkel": Bjørnar Nyen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (Kilde: Sosial og helsedirektoratet. Målinger - i forbetningsarbeid, s. 5).

Øgar og Hovland (2004, s.134) understrekar at helsearbeidarar bør vere vane med å tenke og arbeide i tråd med Demings sirkel i sin kliniske kvardag. Sørås (2007, s. 71 - 75) fortel at ein i planleggingsfasen tar sikte på å identifisere problemet, føreta datainnsamling, peike på moglege årsaker, og å kaste fram potensielle løysingsforslag. I utføringsfasen testar ein løysingsforslaga i praksis. Deretter kontrollerer ein om endringane har ført fram. Er måla nådd, eller er det behov for andre grep ? Fungerar det bra, kan tiltaka innførast permanent. Når ein ikkje måla, bør ein freiste å identifisere eventuelle nye tiltak, og endre kursen. I korrigeringsfasen evaluerer ein effekten, justerer og standardiserer løysingane. I botnen ligg tanken om at ein kontinuerleg kan gjere endringar i liten skala og analysere dei, før ein held fram med nye tiltak. Målet er å ta små steg til ein har nådd dei ønska resultata.

Sørås 2007 (s 69 - 76) gir uttrykk for at Breakthrough Series Models er ein internasjonalt anerkjent reiskap for systematisk forbetningsarbeid. I Gjennombruddsmetoden organiserer ein forbetningsarbeidet med ekspertpanel og forbetringsteam som gjennomfører endringane. Eit viktig element er Forbetningsmodellen som beskriv arbeidet i forbetringsteamet, og som blir strukturert ved hjelp av PDSA-sirkelen. Målet er å komme fram til eit gjennombrot i måten å løyse oppgåvene. Utgangspunktet er at praksis ofte ikkje samsvarar med det ein veit om korleis det burde vere (s. 73). Det er ein føresetnad for metoden at endringane lar seg måle.

Sørås 2007 (s 69 - 71) seier at modellen kan beskrivast i sju trinn: Vel forbetningsområde, etabler ekspertpanel, set mål, opprett tverrfagleg forbetringsteam, vel målemetodar, prøv ut og evaluer. Forbetningsmodellen reiser tre spørsmål som styrer tenkning og refleksjon i forbetringsteamet: Kva freistar vi å oppnå ? Kva endringar kan vi gjere som medfører ei forbetring ? Korleis veit vi om endringane har medført ei forbetring ? Sørås (2007 s. 73) hevdar at modellen skil seg frå mange andre ved at idéane kjem frå organisasjonen sjølv, og ved at dei tilsette er organisert inn i forbetningsarbeidet: Batalden og Stoltz (1993 s. 433) peikar på at *”Use of the PDSA cycle permits workers throughout the organization to apply a scientific method to the work of improvement and to learn from successful as well as unsuccessful tests of change”*.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utvida PUKK sirkelen ved å legge til fasane ”forberede og standardisere”, og ”følge opp”. Fasane er tenkt å dekke område der ein ofte ser ein kan bli betre. Til dømes kan ”Standardisere og følge opp” vere at nye tiltak blir integrert

som ein del av verksemda sine ordinære arbeidsprosessar, for eksempel vere at prosedyrer blir oppdatert, og at tilsette får opplæring i tråd med ny praksis.

Sørås (2007 s. 74) peikar på at ei utfordring ved PUKK sirkelen, kan vere at den i for liten grad problematiserer iverksetting, og at det kan vere vanskeleg å etterprøve effekten av einskildtiltak i eit større organisatorisk system. I ein anna forbettringsmodell, Pasientfokusert Redesign (PR), er iverksetting sterkare vektlagt ved ein eigen implementeringsplan. Men den skil seg og frå gjennombruddsmetoden ved at den er meir toppstyrt (Sørås 2007, s. 59 - 60).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Sørensen og Lagesen (2008, s. 22) peikar på tverrfagleg samarbeid som fellesnemnar for ulike kunnskapsprosessar på tvers av fagdisiplinar. Ifølge Bredland, Linge og Vik (2002, s. 162) kan tverrfagleg samarbeid definerast som: *”En form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål”*. Lauvås og Lauvås (2004, s. 211 - 212) peikar på at fleksibel samordning og integrering av ulik kompetanse, kan ha potensiale i seg til å gi eit betre resultat enn om ein skulle arbeidd kvar på sine fagområde uavhengig av kvarandre.

Willumsen (2009, s. 21) viser til at ein i Norge nyttar ofte begrepa tverrfagleg- og tverrprofesjonelt samarbeid synonymt. Ho viser til at begrepet tverrprofesjonelt samarbeid ligg tett opp til det engelskspråklege interprofessional collaboration, som indikerer tett interaksjon og samansmelting av idéar og aktivitetar mellom ulike samarbeidspartnarar. Lauvås og Lauvås (2004, s. 44) peikar på at det er utfordrande å få til eit konstruktivt samarbeid på tvers av tradisjonar og profesjonelle grenser, men at det er her dei verkeleg store gevinstane ligg.

Willumsen (2009, s. 21) seier at tverrprofesjonelt samarbeid er karakterisert ved at fleire yrkesgrupper arbeider tett saman og tar felles avgjerder. Gjennom diskusjon og refleksjon utviklar ein i fellesskap ein meirkunnskap, som er ein syntese av dei ulike fagpersonane sine bidrag. Deltakarane representerer det tverrfaglege teamet og ikkje berre si eiga yrkesgruppe. Arbeidet kan vere kjenneteikna av å vere i rørsle. Sinclair (2009, s. 1196) peikar på:

Effective interprofessional collaboration is defined as a process of communication and decision making that enables the separate and shared knowledge and skills of health care providers to synergistically influence the client/patient care provided.

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 162 - 168) viser til at det er og vanleg å skilje mellom tverrfagleg- og fleirfagleg samarbeid. Fleirfagleg vil seie at fagpersonane arbeider parallelt med oppgåvene sine, relativt uavhengig av kvarandre. Ved tverrfagleg samarbeid overlappar gjerne arbeidsområda mellom faggruppene i høve til delar av oppgåvene. Dette kallar ein fellesfaglege område. Sidan rehabiliteringsarbeid er samansett av forskjellige faglege bidrag, blir det utvikla fellesfaglege område, som knyter seg til rehabiliteringskunnskap. Men det kan førutsette at yrkesgruppene kvar for seg har arbeidsoppgåver som er spesifikt knytt til sitt primære fagområde.

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 167 - 168) peikar på at tverrfagleg samarbeid kan vere samordna- eller integrert. Ved samordning formulerer ein felles mål, arbeider i stor grad aleine, men informerer dei andre undervegs. Døme frå ein kompleks rehabiliteringsprosess kan vere at både sjukepleiarane, og fysio-/ergoterapeutane, i ulike samanhengar og til ulike tider, trenar med ein pasient for å øve på flytting frå rullestol til toalettet. Dei legg dei same prinsippa til grunn, og har eit felles mål saman med pasienten, om at han skal kunne meistre dette åleine når han kjem heim att til eigen bustad.

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 167 - 168) seier at ved integrert tverrfagleg samarbeid er ein forplikta til samarbeid. Eit døme frå ein kompleks rehabiliteringsprosess kan vere at logopeden og psykologen kartlegg, stimulerer og trenar saman med ein pasient med store kognitive utfall. Arbeidsoppgåvene kan kreve at ein må gå på tvers av tradisjonelle yrkesroller. Ein koórdirer og fordeler arbeidet fleksibelt.

Fleire begrep kan beskrive samarbeid mellom ulike faggrupper i helsevesenet. Når eg gjorde dei empiriske undersøkingane, valde eg å snakke med informantane om tverrfagleg samarbeid. Eg hadde ei førestilling om at dette var eit tankebilete dei ville kjenne att, og som kunne gi assosiasjonar og vere ei kjelde til vidare refleksjon (Jfr. Kap. 3 og 4). Derfor vil eg i det vidare mastergradsarbeidet legge til grunn begrepet tverrfagleg samarbeid, når eg viser til dette fenomenet. Tverrfagleg- og tverrprofesjonelt samarbeid forstår eg synonymt.

2.3.1 Tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerlig forbetring

Kan tverrfagleg samarbeid vere ein reiskap for kontinuerleg forbetningsarbeid ? Vil felles mål og resultatansvar sikre effektiv koordinering og rett fordeling av ressursane ? Er fleksibel

arbeidsdeling naudsynt for å sikre eit best mogleg tilbod ? Vil faggruppene vere villige til å overføre kunnskap eller lære opp kvarandre, i staden for å gjennomføre tiltak kvar for seg ?

Gansmo og Sørensen (2008, s. 77) seier at tverrfagleg samarbeid ofte kan vere ei fruktbar tilnærming for å kunne møte sentrale utfordringar. Ho seier vidare at tverrfagleg samarbeid anten er eit resultat av at mottakarane av tenestene forventar det, eller at organisasjonen meiner at slike arbeidsformer er naudsynte, eller bidrar til større effektivitet og høgare kvalitet.

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 179 - 180) seier at for å utvikle eit godt samarbeid på tvers av yrkesgrupper, bør ein ikkje tone ned det fagspesifikke. Dei peikar på at erfaringar viser at jo meir ein deler kunnskap, desto meir nytte ser dei andre både i deg og yrkesgruppa di. Trygg forankring i eige fag styrker identiteten, aukar sjølvkjensla, og skaper den naudsynte tryggleiken som skal til for å stille seg åpen over for andre i ulike samarbeidssituasjonar.

Slik kan ein få auka handlingskompetanse i høve til komplekse oppgåver som ikkje kan ivaretakast av den einskilde fagpersonen aleine. Skal ein lukkast, er det føremålsteneleg å diskutere og reflektere kring verdigrunnlag og fordeling av arbeidsoppgåver jevnleg. Erfaring viser at lik ideologisk forankring aukar sjansane for å lukkast. Det handlar om felles tverrfaglege verdiar og ei sams forståing. Sørhaug (2004, s. 323) seier at:

Forhold og forutsigbarhet som før var forankret i materielle strukturer og i stabile og klare organisatoriske grenser, må nå forankres i verdier. Både ledere og ansatte må ha en selvstendig evne til å bevege seg mellom forskjellige regimer og varierte organisatoriske omstendigheter. Et målrettet fellesskap blir dermed svært avhengig av verdiintegrasjon.

Er ein usamd om verdiane, kan dei vere lite eigna som grunnlag for samarbeid. Reflekterer ein ikkje kritisk i og over eigen praksis, skjermar ein ikkje berre organisasjonen mot endringar, men det kan og vere med å stenge for eigen sjølvinnsikt. Ved å diskutere seg fram til ei felles forståing og avklare forventningar, kan ulike kulturar lettare leve side om side.

2.3.2 Tverrfaglege team

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 162) peikar på at tverrfaglig samarbeid er føremålstenleg i rehabiliteringsarbeid, fordi problemstillingane ofte er komplekse og fordi det er vanskeleg å

avgrense einskildoppgåver. Dei omtalar tverrfagleg teamarbeid som ”*En form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål*” (s. 162). Katzenbach & Smith definerer det slik:

A small number of people with complementary skill who are committed to a common purpose, performance, goals and approach for which they hold themselves mutually accountable. (Ifølge: Lauvås og Lauvås, 2004 s. 211).

Lauvås og Lauvås (2004, s. 211) understrekar at eit team skiljer seg frå ei gruppe ved at ein innbyrdes i teamet i større grad er avhengig av kvarandre for å nå måla. Ein må vere samde om at den mest føremålstenlege måten å nå måla på, er å arbeide saman. Dei viser til at teambegrepet ofte blir knytt til grupper med høg kollektivitet, og skiljer mellom funksjonsorienterte team, som til dømes ei leiargruppe, og tverrfaglege team med fagpersonar frå forskjellige yrkesgrupper.

Ulikskap kan vere ein føresetnad for tverrfagleg samarbeid, men kvar og ein i teamet må kjenne seg som likeverdige, utvikle seg og bidra med sin dugleik og kunnskap til fellesskapet. Jo større avstand det er i kunnskapen hos fagpersonane, jo vanskelegare kan det vere å skape integrerte og fleksible arbeidsprosessar. Det er derfor naudsynt å utvikle teoriar og metodar frå ulike fagområde til ei felles tverrfaglig innsikt (Lauvås og Lauvås 2004, s. 211).

Tverrfaglege team kan ha potensiale til å kombinere teori, kunnskap og metodar som einskildpersonar ikkje klarar åleine. Læring og teamarbeid er grunnleggande for å skape effektive og fleksible organisasjonar, der ein kan styrke kvaliteten i arbeidsprosessane. Teamorganisering kan gi auka handlingsrom ved at ressursar kan fordelast og koördinerast meir effektivt gjennom felles mål og resultatansvar (Lauvås og Lauvås 2004, s. 211).

Lauvås og Lauvås (2004 s. 211/212) peikar på at tverrfagleg innsikt kan utviklast både på teori- og handlingsplan. Det kan skje gjennom auka forståing, integrering av kunnskap og utvikling av nye handlingsalternativ. Arbeidet bør bygge på gjensidig respekt, lik påverknadskraft i teamet, fokus på den einskilde sine ressursar og same tilgang til informasjon. Å bygge opp velfungerande team kan ta tid. Fleire yrkesgrupper kan ta på seg mange av oppgåvene, men kan sjå, forstå eller utføre dei ulikt. Dette kan utnyttast målretta til læring på tvers. Ein søker samarbeid ved å vise til utfordringar og behov, og ikkje ved å rekvirere tiltak som skal utførast av andre yrkesgrupper. Ordrar frå ei faggruppe kan opplevast

som brot på tanken om likeverd. Kvar fagperson kan sitt fag, og andre kan ikkje overprøve korleis dei utøver sitt faglege skjønn.

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 174) understrekar at når ein ber om bistand frå andre faggrupper, bør ein presentere utfordringa eller behovet framfor løysingane. Slik kan ein signalisere eit ønske om samarbeid, og stille seg åpen for moglege løyingsforslag. Fagpersonane ønsker å påverke kvarandre og forsterke dei andre sine tiltak, slik at resultatata kan bli betre enn om dei hadde vore iverksett uavhengig av kvarandre. Slik kan ein seie at sluttresultatet ikkje kan tilskrivas eit spesielt tiltak eller ei behandlingsform, men er eit resultat av ein heilskapleg prosess på tvers av yrkesgrupper og einskildtiltak.

Ulikskapen kan bli ein styrke når ein kombinerer forskjellige kunnskapsområde, dugleik, teoriar og metodar. Ordlyden i merknaden til §1 i forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) er formulert slik: *”Tiltakene i re/habiliteringstilbudet skal være koórdinerte og basert på felles målsettinger”*. Det kan synest som ein i tverrfagleg samarbeid er avhengig av gjensidig informasjon, og at avgjerder erfaringsmessig ofte blir tatt av eit samla team. Eit døme frå ein kompleks rehabiliteringsprosess kan vere at fagpersonane i teamet, saman med ein pasient i rehabiliteringsprosessen etter ei hjerneblødning, formulerer målsettingar, tiltak og strategiar for det vidare arbeidet.

Bredland, Linge og Vik (2002, s. 188 – 195) gir uttrykk for at alle er medansvarlege for at teamet skal fungere godt, og utnytte den samla kunnskapen best mogleg. Lojalitet kan bety at ein respekterer fellesavgjerder i teamet, og møter andre sine bidrag med ei konstruktiv haldning sjølv om ein skulle vere usamd. Det kan vere føremålstenleg med fleksible roller, overlapping, og at fagpersonane kjenner seg trygge på eige fagområde. Trygg forankring kan styrke identiteten, auke sjølvtiliten og skape tryggleiken som skal til for å kunne vere open i samarbeidssituasjonar. Når ein blir tatt på alvor, kan ein i større grad vere mottakleg for å kunne inngå kompromiss.

Bredland, Linge og Vik (2006 s. 170 - 171) seier at ein må akseptere at ein kan ha ulike tilnærmingar, men at ein må bli samd om felles løysingar til slutt. Samarbeidsproblem kan oppstå når ein ikkje tar utgangspunkt i at yrkesgruppene er likeverdige. Nokon kan få kjensla av at dei ikkje blir respektert eller manglar naudsynt informasjon, og gå i forsvarsposisjon.

Bredland, Linge og Vik (2006 s. 178) peikar på at alle yrkesgrupper kan ha fagspesifikke arbeidsoppgåver, eller kunnskapsområde dei meistarar betre enn andre. Slik kan ein utfylle kvarandre, og gi eit heilskapleg tilbod. Krev det spisskompetanse, utfører ein sjølv oppgåva. Dette kan kallast faggruppa sitt ”må – område”. Eit døme kan vere at fysioterapeuten har ansvar for å trene i tidleg fase med ein pasient med spastisk lammelse i armen, fordi muskulaturen er i ein konstant spenningstilstand.

Bredland, Linge og Vik (2006 s. 178 – 179) gir uttrykk for at kvardagsoppgåver, ”kan – område”, må ivaretakast av fleire. Alle yrkesgrupper har kan - område som dei meistarar og kan ta ansvar for, eventuelt med rettleiing frå andre. Omsynet til pasienten sine mål er overordna og retningsgjevande for arbeidsfordelinga. Spørsmålet er kva pasienten treng av bistand, og deretter kven som kan utføre oppgåvene. Eit døme kan vere at fysioterapeuten når krava til rettleiing og jevnleg justering ikkje lenger er så store hos pasienten med spastisk arm, kan overlata den daglege treninga til pleiepersonalet.

Bredland, Linge og Vik (2006, s. 178 - 179) peikar på at faren for å gå ut over sitt eige kompetanseområde erfaringsmessig kan vere liten sidan ein arbeider tett, og er van med å gi og få råd og rettleiing. Behovet for å markere seg minkar, eller kan falle vekk i takt med at ein kjenner seg verdsett. Rettleiing og kontinuerleg utveksling av kunnskap kan vere med å bidra til større innsikt i kva ein kan, og ikkje kan.

2.3.3 Utfordringar i tverrfagleg samarbeid

Bredland, Linge og Vik (2006, s. 184 - 187) peikar på at ei brems for godt samarbeid kan vere både hierarki imellom, og innad i ulike yrkesgrupper. Eit døme kan vere at det er skilnadar mellom ulike faggrupper i samband med tilgang til kursverksemd og fagleg oppdatering. Bredland, Linge og Vik (2006, s. 171) seier at kulturen i helsevesenet gjerne verdset djupnekunnskap hos dei som kan mykje om lite, framfor dei som veit litt om mykje. For å bøte på dette, kan ein til dømes legge til rette for at kursmidlar, internundervisning og faglege kunnskapsbasar ikkje berre blir tilgjengeleg for dei med høgast utdanning, trass i at desse ofte har fleire formelle møtestadar og arenaer for fagleg utvikling enn andre. Ein kan spørje seg korleis dette virkar inn på organisasjonar med flate strukturar og idéar om likeverd.

Bredland, Linge og Vik (2006, s. 169 - 180) seier at komplekse arbeidsoppgåver kan vere vanskelege å fordele etter kven som er mest kompetent. Freistnadar på dette, kan ende med strid. Realkompetanse kan bli viktigare enn formell kompetanse. Det betyr ikkje at alle er generalistar, men at alle har spesialkunnskap og kan nytte den fleksibelt i høve til pasienten sine behov og målsettingar.

Repstad (1993, s. 95) seier at tverrfagleg samarbeid i reindyrka form, kan vere avhengig av fysisk nærleik mellom teammedlemmene. Korleis ein er fysisk plassert i forhold til kvarandre er med på å påverke kva informasjon ein får, kven ein samarbeidar med, og korleis. Fysisk nærleik fører til hyppigare utveksling av informasjon, både formelt og meir uformelt. Endring i fysisk avstand viser seg ofte å føre til drastiske endringer i høve til kor ofte ein tar kontakt med kvarandre.

Bredland, Linge og Vik (2006, s. 166 - 167) viser til at samlokalisering kan legge til rette for uformelle møteplassar, men at det ikkje automatisk fører til betre samarbeid. Dei peikar på at måten tenestene er organisert og leia på spelar inn, men mest avgjerande er måten å tenke på rundt samarbeid og rehabilitering.

2.3.4 Implikasjonar for leiarskap

Larsen (1998, s. 43) meiner at fokus bør vere å styrke teamet slik at leiaren i større grad kan vere i bakgrunnen. Det kan vere viktig at det blir lagt til rette for høg grad av autonomi for tverrfaglege team, men leiaren har eit overordna ansvar for å gripe inn om det oppstår samarbeidsmessige utfordringar. Bredland, Linge og Vik (2006, s. 186) seier at leiaren ikkje skal rekvirere tenester eller etterprøve teamets faglige avgjerder, men vere ein som ivaretar ideologien kring rehabilitering og tverrfaglig samarbeid. Lauvås og Lauvås (2004 s, 210) peikar på at ein treng ei leiing som er lite dirigerande, støttar, gir fullmakter og rettleiar.

Willumsen (2009, s. 125 - 126) understrekar at det er viktig at leiaren har personleg tryggleik nok til å våge å la seg utfordre, vere lyttande og ha tilstrekkelig god fagkunnskap til å kunne analysere informasjonen. Det kan vere ein styrke om leiaren har ei førestilling om korleis oppgåvene skal løysast, slik at ein skaper ein tydelig profil for verksemda.

Willumsen (2009, s. 125 - 126) viser til at tverrfagleg samarbeid kan kreve fasiliterande, myndiggjerande og kommuniserande leiarskap. Med dette forstår eg at leiarane viser interesse for teamarbeidet, delegerer ansvar, frigjer tid til tverrfaglege drøftingar, opptrer støttande, er rollemodell for konstruktive måtar å kommunisere på, og medvite bidrar til å utvikle eit trygt læringsklima der den formelle hierarkiske plasseringa i organisasjonen er mindre vektlagt.

Lauvås og Lauvås (2004, s. 208 - 209) seier at det kan finnast hierarki både mellom og innad i ulike yrkesgrupper. Leiarane kan ofte vere sentrale når det gjeld å legge til rette for organisatoriske strukturar, som fremjar tverrfagleg samarbeid. Dei peikar på hierarkisk organisering, fag- og profesjonsgrensar og byråkrati som moglege barrierer mot eit effektivt tverrfagleg samarbeid. Gansmo og Sørensen (2008, s. 81) seier det er eit leiaransvar å legge til rette for samarbeid, gjennom til dømes å ha tenkt godt gjennom korleis ein set saman ulike tverrfaglege team.

Lauvås og Lauvås (2004, s. 210) gjer merksam på at tverrfaglege team er horisontalt organisert, medan fagpersonane gjerne har egne fagleiarar over seg. Ei slik formell organisering kan virke forsenkande om fagpersonane ikkje har avgjerdsmynde. Må ein konferere med overordna for å ta avgjerder, bryt ein med ein av grunnpilarane i den tverrfaglege teamtankegangen om at det er teamet sjølv som diskuterer seg fram til løysningar.

Lauvås og Lauvås (2004, s. 210) poengterer at det er eit leiaransvar å sikre at fagmiljøa har tilbod om rettleiing, men at teamet er ansvarleg for å sikre at avgjerdene er haldbare på eit fagleg og juridisk grunnlag. I grense- og tvilstilfelle er det teamet sitt ansvar å mobilisere naudsynte ressursar for å kvalitetssikre prosessane. Eit tverrfagleg team er stadig i utvikling. Vellukka teamarbeid vil truleg vere avhengig av tilrettelegging og støtte frå leiinga.

Bredland, Linge og Vik (2006, s. 188 - 211) seier at tverrfagleg samarbeid kan kreve at leiarane er lyttande, tør å la seg utfordre, delegerer ansvar og mynde, frigjer tid til tverrfaglege drøftingar, opptrer støttande, bidrar til å utvikle eit trygt læringsklima og er rollemodellar for konstruktive måtar å kommunisere.

Lauvås og Lauvås (2004 s, 211) gir uttrykk for at ei fleksibel samordning og integrering av ulike kunnskap kan ha potensiale i seg til å gi eit betre resultat enn om ein skulle arbeidd kvar

for seg. Samarbeid mellom ulike faggrupper på tvers av tradisjonelle yrkesroller, kan gjennom eit dynamisk samspel fungere som ein reiskap for kontinuerleg forbetring. Strandgård mfl. seier at med bakgrunn i læringsprosessen, blir verksemder som organiserer arbeidet i tverrfaglege team ofte kalla lærande organisasjonar (Lauvås og Lauvås, 2004 s, 211).

2.4 Den femte disiplin - Senge sine teoriar om lærande organisasjonar

Peter M. Senge introduserte i 1990 ein teori om desentralisert leiarskap og lærande organisasjonar. Glosvik (2008: a, s. 15) peikar på at Senge fokuserer på omstilling, samarbeid og menneskeleg utvikling i kollektive samanhengar, og fokuserer på det store potensialet som ligg i og mellom menneske i alle organisasjonar. Den grunnleggjande menneskeorienteringa er viktig å merke seg når ein skal fordjupe seg i Senge sine teoriar. Skal ein bygge lærande organisasjonar, må medlemmene, ifølge Senge, utøve eller beherske fem disiplinar (Senge 1991, s. 11 - 18). Eg vel å nytte namna på disiplinane slik Hustad (1998, s. 41) har gitt dei nynorsk språkdrakt:

Tabell 2: Lærande organisasjonar – Peter M. Senge sine fem grunnleggande disiplinar i lærande organisasjonar.

| Heilskapstenkning (<i>Systems thinking</i>) | | | |
|---|---|--|---|
| Personleg dugleik (<i>Personal mastery</i>) | Mentale modellar (<i>Mental models</i>) | Felles visjon (<i>Shared vision</i>) | Læring i lag (<i>Team learning</i>) |

Glosvik (2008:b, s. 8 - 9) kallar lærande organisasjonar ei fellesnemning for idéar om at organisasjonar ikkje er særleg gode til å legge til rette for individuelle eller kollektive lærings- og utviklingsprosessar. Han gir uttrykk for at det potensialet for kreativitet og vekst kvar einskild av oss har, ikkje blir realisert innanfor rammene av dagens organisasjonstenkning.

Senge (1991, s. 16) seier at å praktisere ein disiplin krev livslang læring. Jo meir du lærer, desto tydelegare blir du klar over kor lite du veit. Glosvik (2008: a, s. 17) poengterar at disiplinar ikkje er tekniskar, men metaverktøy for tenkning og handling. I kvar disiplin er det plass til mange ulike tekniskar og tilnæringsmåtar. Så lenge dei er i tråd med prinsippa, kan lærande organisasjonar byggast og formast på eit nær sagt uavgrensa tal handlingsmåtar.

Senge (1991, s. 9) understrekar at kvar disiplin har i seg vesentlege dimensjonar når det gjeld å skape organisasjonar som stadig forbetrar evna til å realisere sine høgaste mål. Når

disiplinane går saman, skaper dei ikkje den endelege lærande organisasjon, men kan innleie ei bølge av eksperimentering og framsteg:

En lærende organisasjon er et sted der mennesker kontinuerlig oppdager hvordan de skaper sin virkelighet. Og hvordan den kan forandre den” (Senge 2004, s. 18).

Senge (1991, s. 9 - 10) seier at organisasjonar som skal lukkast i framtida, er dei som oppdagar korleis dei skal vekke til live motivasjonen, og fremje dei tilsette si evne til å lære på alle nivå. Han understrekar at toppsjefen ikkje lenger kan vere den store strategen som sender sine ordrar nedover i rekkene. Hustad (1998, s. 40) seier at slike lærande organisasjonar er kjenneteikna av ein kultur som verdset kontinuerleg læring, og som fokuserer på kreativitet og framsteg gjennom individuell og kollektiv utviklande handling. Senge (1991, s. 148) seier at slike organisasjonar ikkje er moglege utan menneske som praktiserer denne læringa på alle nivå.

2.4.1 Personleg dugleik

Senge (1991, s. 148) poengterer at disiplinen personleg dugleik, handlar om å utvikle eit personleg ønske om å skape si eiga framtid. Hustad (1998, s. 41) viser til at ein må skildre både resultata ein gjerne vil oppnå og tilstanden i dag. Målet er å stå i framtida og sjå på kva du gjer i dag. Personleg dugleik handlar både om å ønske seg ei framtid, og å vere ærleg med seg sjølv om realismen i målsettingane. Tanken om ei ønskt framtid må vurderast opp mot det som krevst for å nå måla. Ein må spørje seg om om ein vil ha dette resultatet, og om ein verkeleg kan nå det.

Senge (1991, s. 147 - 148) gir uttrykk for at kombinasjonen av det ein gjerne vil oppnå (visjonen), og eit klårt bilete av kvar ein er no, skaper det han kallar kreativ spenning. Krafta i spenningsfeltet mellom kvardagen og framtidsbileta kan skape energi, dynamikk og kreativ kraft, slik at ein kan få gjort dei endringane ein måtte ønske. Den kreative spenninga kan oppstå når gapet mellom røyndomen og visjonane er så stort at ein må strekke seg for å yte. Senge peikar på at ein må kjenne til korleis ein kan skape, og oppretthalde kreativ spenning i livet.

Glosvik (2008:b, s. 27) peikar på at utøvinga av disiplinen personleg dugleik, i praksis handlar om å lære seg å tenkje over kva ein sjølv vil med livet sitt. For ein fagperson som arbeider

med komplekse rehabiliteringsprosessar, kan det vere naturleg å tenke at dei personlege visjonane kan vere knytte til ideér om sin funksjon som representant for si yrkesgruppe, rolla i det tverrfaglege teamet, og kva fagleg nivå ein skal strekke seg etter for å kunne gi brukarane eit så godt tilbod som mogleg. Visjonar handlar her om kva ein verkeleg vil freiste å oppnå.

Klare og tydelege bilete av kva retning ein ønsker å gå som fagperson i det kliniske arbeidet, kan vere ein viktig del av det å vere ein god bidragsytar i eit tverrfagleg arbeidsmiljø. Dersom ein ikkje har tankar, ønsker og visjonar, vil ein lite truleg kunne mobilisere den naudsynte kreativiteten og energien som skal til for å kunne gi brukarar eller kollegaér verken utfordringar eller støtte.

Senge (1991, s. 167 - 170) gir uttrykk for at det er gjennom det umedvitne ein meistrar kompleksitet. Det ser ut som menneske med høg grad av personleg dugleik, fokuserer merksemda på dei ønska resultata, ikkje på prosessen eller middela ein trur vil vere naudsynte for å nå måla. Senge (1991, s. 148) seier at dei er klar over si kunnskapsløyse, sin inkompetanse og sine potensielle vekstområde. Dei kan ofte ha ei djup kjensle av sjølvtilitt. Senge spør om dette er eit paradoks, og svarar: *”Berre for dei som ikkje innser at sjølvve reisa er belønninga”*.

Glosvik (2008: a, s. 27 - 28) seier at den viktigaste leiingsstrategien er å freiste å vere eit godt førebilete. Ved å snakke kan leiaren inspirere, men handlingar har større kraft enn ord. Leiarar som vil fremje personleg dugleik, må freiste å skape eit miljø der prinnsippa bak personleg dugleik blir praktisert dagleg.

2.4.2 Mentale modellar

Senge (1991, s. 14) knyter meiningsinnhaldet til disiplinen mentale modellar til at ein løftar på overflata og testar organisasjonen sine grunnleggande oppfatningar. Glosvik (2008: a, s. 32) peikar på at disiplinen blir utøvd gjennom refleksjon og granskning. Ofte er vi ikkje klar over våre mentale modellar, og korleis dei påverkar handlingane våre. Ved å ”snu speilet” kan ein lære å oppdage våre indre bilete, løfte dei til overflata og underkaste dei streng granskning (Senge 1991, s. 14). Glosvik (2008: a, s. 32) gir uttrykk for at dette til dømes kan krevje evne

til å gjennomføre lærande samtalar der ein ”blottstiller” tankegangen sin, og opnar for påverknad frå andre.

Hustad (1998, s. 41) seier at mangel på endring ikkje er eit uttrykk for manglande vilje, men at dei mentale modellane står i vegen for endringa . Glosvik (2008: a, s. 31 - 32) gir uttrykk for at denne disiplinen rettar søkelyset på korleis ein bearbeider tankemønster og kart som regulerer eksisterande handlingar. Det handlar om måten ein strukturerar kunnskap, slik at det vert lettare å hugse og nytte tidlegare erfaringar, utan å føreta ny informasjonsinnsamling og analyse. Dei mentale modellane avspeglar korleis ein oppfattar verda utanfor seg sjølv. Det handlar om å forstå korleis ein sjølv og andre tenker i forenkla kognitive bilete. Bileta kan, og må endrast om ein skal lære. Endrar ein ikkje dei mentale modellane, lærer ein ikkje noko nytt, sidan det i praksis er mentale modellar ein tileignar seg når ein lærer. Gjennom medvit, felles handsaming og drøfting ser ein nye mentale modellar stige fram (Hustad 1998, s. 41).

Refleksjon og gransking knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar kan forståast som samtalar om korleis ein tenker kring den einskilde si rolle i det tverrfaglege teamet, deling av kunnskap og korleis ein kan nytte dei ulike fagpersonane sine kunnskapar slik at heilskapen blir størst mogleg. Senge (1991, s. 205) seier at den fruktbare læringa skjer når alle gir uttrykk for tankane sine, slik at dei kan bli gjenstand for open gransking. For å utvikle refleksjonsevna, er det sentralt med hjelp frå andre (s. 208).

Eg har sjølv i pasientretta arbeid erfart at eigne grunnleggande oppfatningar blei endra etter møte med ein pasient. Ei middelaldrande kvinne med sjukdommen Multippel sklerose ville gjerne ha mest mogeleg hjelp til personleg hygiene om morgonen fordi ho ville spare kreftene til trening med ergoterapeuten seinare på dagen. Det oppstod då ein diskusjon i det tverrfagelege teamet knytt til i kva grad ein burde kunne stille krav om at denne kvinna ivaretok personleg hygiene så lenge ho mentalt og funksjonelt var i stand til det.

Etter å ha diskutert og reflektert rundt problemstillinga i det tverrfaglege teamet, kom ein fram til at det var pasienten sin rehabiliteringsprosess og at det måtte vere opp til henne å definere korleis ho ville gjere seg nytte av rehabiliteringstilbodet. For pasienten handla det om å lære teknikkar og teste ut ulike hjelpemiddel som ho kunne gjere seg nytte av slik at ho kunne fungere sjølvstendig på kjøkkenet heime. Det handla om brukarmedverknad i praksis, og reiste spørsmål knytt til kven som skal definere måla i rehabiliteringsprosessen. Fagpersonane

måtte gi slepp på førestillinga om at det å kunne ivareta morgonstellet sjølv var grunnleggande viktig for alle menneske. Den nye innsikta endra våre mentale bilete, og vi tok den nye innsikta med vidare i arbeidet knytt til andre rehabiliteringsprosessar.

Glovik (2008:a, s. 32 - 33) skildrar at for leiarar kan disiplinen handle om å utfordre fagpersonane til å reflektere både individuelt og kollektivt i høve til måten dei arbeider på, og resultatata dei oppnår. For å stimulere til refleksjon og gransking, kan ein til dømes stille opne spørsmål slik at ein einskildvis eller tverrfagleg, betre maktar å sjå korleis ein systematisk kan legge meiningar til ulike hendingar. Døme på spørsmål som kan vere med å synleggjere etablerte tankemønster, kan vere: *”Korleis har du kartlagt brukaren sine mål for rehabiliteringsprosessen ?”* *”Korleis samarbeider de for å sikre ei felles tilnærming som sikrar rett trening og stimulering ?*

Senge (1991, s. 191) understrekar at leiarens egne tenkemåtar må og bør utfordrast gjennom refleksjon og gransking, fordi det er like viktig for leiaren å få prøvd sine egne tenkemåtar. Glovik (2008:a, s. 32) peikar på at ei utfordring kan vere at den tradisjonelle, hierarkiske organisasjonstenkinga som plasserer mynde og autoritet hos den formelle leiaren, kan komme til å hindre folk i å vere ærlege om openberre feilslutningar frå leiaren. Dette er ein grunn til at å kunne lære seg å lære kan vere utfordrande.

Senge (1991, s. 191) peikar på at disiplinen mentale modellar har som mål å skape ekte læring i staden for berre å forsterke tidlegare synspunkt. Senge seier at ein måte kan vere å tenke over korleis ein kan leie gjennom ulike framtidalternativ. Senge (2004, s. 178) viser til Argyris, og seier at om ein ikkje (alltid) opptrer i samsvar med sine erklærte teoriar (kva ein seier), opptrer ein i samsvar med sine teoriar-i-bruk, det vil seie sine mentale modellar. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan disiplinen mentale modellar vere å ta idéala om brukarmedverknad på alvor. Kva funksjonar ønsker vedkommande å trene opp att ? Ein kan gjennom rehabiliteringsprosessen reflektere saman med pasienten kring kva ein ønsker, og ikkje anta kva som vil vere viktig for vedkommande.

2.4.3 Felles visjonar

Senge (1991, s. 212) viser til at ein felles visjon er svar på spørsmålet: Kva ønsker vi å skape ? Felles visjon handlar om å utvikle ei felles oppfatning av meininga med den kollektive

innsatsen (Hustad 1998, s. 41). Senge (1991, s. 154) peikar på at hensikt er abstrakt. Visjon er konkret. Visjonen kan bli felles gjennom at alle delar sine verdisett med andre. Hustad (1998, s. 41) poengterer at det er viktig at den får utvikle seg utan å bli styrt frå toppen av organisasjonen. Det treng ikkje bety at visjonar ikkje kan komme frå toppen, men dei kan og boble fram hos menneske på ulike nivå i organisasjonen.

Glosvik (2008:b, s. 28) seier at disiplinen felles visjonar kan handle om å bearbeide den spenninga som oppstår når visjonane møter kvardagen. Avstanden mellom kvardagen og bileta av framtida, vil kunne skape energi, dynamikk og kreativ kraft nok til at ein maktar å ta grep, og utføre dei handlingane som skal til for å gjere noko med dei rådande tilhøva. Senge (1991, s. 219) seier at det finst ikkje nokon felles visjon før den er knytt til personlege visjonar hos menneske i heile organisasjonen.

Senge (1991, s.232 - 233) seier at personleg dugleik er grunnfjellet i utviklinga av felles visjonar. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan personleg dugleik naturleg vere knytt til både samarbeidet i det tverrfaglege teamet, og i det direkte brukarretta arbeidet. Det er vanskeleg å kunne sjå at ein lite motivert fagperson med små ambisjonar på eigne vegne, skal kunne inspirere samarbeidspartnarar eller brukarar. Senge (1991, s. 229) seier at dei mest effektive er dei som kan halde på visjonen samstundes som dei ser den noverande røyndommen klart og tydeleg.

Senge (1991, s. 229) peikar på at visjonar treng sterke talsmenn. Men dei treng og talsmenn som kan søke etter, og lytte til andre sine visjonar. Glosvik (2008:b, s. 29) skildrar at utøvinga av disiplinen felles visjonar inneber ein endringsstrategi som kan kallast moralsk overtaling, eller føring av normative samtaler. Dei fleste fagpersonane i ein rehabiliteringsavdeling kan ofte dele ein del tanke- og verdisett. Det er evna til å føre dialogar og samtalar om desse meiningsberande verdisetta, disiplinen handlar om. Dette kan til dømes vere kva det vil seie å vere både sjølvstendig yrkesutøvar, og medlem i eit tverrfagleg team i denne typen einingar.

Senge (1991, s. 219) seier at å bygge ein felles visjon, må sjåast på som eit sentralt element i leiarens daglege verksemd, og peikar på at dette er ein jobb som aldri tar slutt. På same måte som det er viktig for leiaren å skape kreativ spenning i si eiga gjerning som leiar, må han og utfordre medarbeidarane til å strekke seg i fagleg retning. Glosvik (2008:b, s. 30) peikar på at utøving av disiplinen felles visjonar, kan for leiaren innebere å ta på alvor dei grunnane folk

hadde for valet om å arbeide på dette fagområdet. Det omfattar ikkje å bygge opp ein fast målstruktur som ein ventar alle skal slutte seg til, men om saman å leite etter ei felles semje som ber organisasjonen, trass i usemje om delmål og aktivitetar. Eit døme kan vere kva spelereglar ein legg til grunn i høve til eksterne samarbeidspartnarar i førstelinjetenesta.

Disiplinen felles visjonar kan handle om korleis leiaren dreg fagpersonane inn i dialogar og samtalar om dei grunnleggjande og viktige spørsmåla, som knyter rehabiliteringsavdelinga saman til eit kollektiv. Konkret kan ein sjå føre seg at leiaren oppmodar alle tilsette til å utvikle sine eigne personlege visjonar om seg sjølve som yrkesutøvar. Felles visjonar er viktige fordi dei gir læringa fokusering og energi. Senge (1991, s. 212) seier at skapande (generativ) læring berre kan skje, når menneske søker etter å utrette noko som verkeleg betyr noko for dei.

Den leiaren som naturleg rosar medarbeidarane, og stiller opne spørsmål om kva som skal til for at vedkommande skal bli endå betre, er på god veg til å utøve disiplinen (2008:b, 2008, s. 31). Då lærer dei kor uproduktivt det er å prøve å diktere visjonar, uansett kor mykje dei sjølve brenn for dei (Senge 1991, s. 15). Glosvik (2008:b, s. 31) seier at det handlar om å gjere medlemmane i organisasjonen i stand til å tenke sjølv om rolla si i organisasjonsforandring, til dømes gjennom diskusjonar om kva spelereglar som skal gjelde for det tverrfaglege samarbeidet.

2.4.4 Læring i lag

Glosvik (2008:a, s. 34) gir uttrykk for at ein kan sjå på læring som utvikling av ein metakunnskap, som gir innsikt om korleis ein kan nærme seg nye utfordringar. Han peikar på at læring i lag handlar om noko meir, og viser til korleis ein tilordnar denne kunnskapen til eit sosialt felleskap utanfor ein sjølv. Læring i lag startar med dialog, og handlar om å lære kollektivt. Diskusjon, dialog og refleksjon kring felles handlemåtar står i sentrum. Hustad (1998, s. 41) seier at det handlar om å sjå inn i andre sitt synssett og utvikle forståing for både kvarandre og fellesskapet. Ei lærande gruppe vil kunne meistre pendlinga fram og tilbake mellom dialog og diskusjon. Glosvik (2008:a, s. 34) seier at lytting og undersøkjande refleksjon vil kunne fremje ny innsikt som løfter kollektivet til eit høgare ytingsnivå.

Glosvik (2008:a, s. 34) understrekar at disiplinen læring i lag, handlar om korleis dialogen er grunnleggjande viktig når ei gruppe reflekterer seg fram til nye felles kunnskapar og handlemåtar. Systemtenkning krev modne grupper som er i stand til å sette seg inn i komplekse og konfliktfylte spørsmål. Når ei gruppe menneske fungerer som ein heilskap kallar Senge (1991, s. 237) fenomenet alignment eller fininnstilling. Glosvik (2008:a, s. 34) knyter dette til korleis den einskilde av oss strevar med å få våre egne erfaringar og vår eigen kunnskap til å stemme overeins med det som vert venta av oss i eit større arbeidsfellesskap.

Glosvik (2008:a, s. 34) gir uttrykk for at når ein er på linje er det mogleg å tale om felles tolkning av hendingar, og utvikling av felles mål og framferd. Organisasjonen, teamet eller praksisfellesskapet blir den meiningsberande ramma for aktiviteten. Disiplinen kan handle om korleis ein kan bidra til at heilskapen blir større enn summen av einskiddelane. Det er gjennom "alignment" individet og organisasjonen vert bundne saman. Ein handlar som kollektive medlemmer og ikkje som einskildindivid. Personleg dugleik kan vere viktig i utøvinga, men dette treng ikkje vere nok. Det handlar om at den flinke vert i stand til å sjå sin eigen dugleik i lys av andre. Når grupper verkeleg lærer, opplever ein raskare personlig vekst enn ein ellers ville fått (Senge 1991, s. 15).

Det kan vere både intellektuelt, emosjonelt og sosialt krevande å lære og lære i lag (Glosvik 2008:a, s. 33). Det kan handle om å lære, sjå og ta omsyn til kollektivet, samstundes som ein utviklar sin personlege kunnskap og evner. Knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar kan det vere at vernepleiaren, ergoterapeuten, legen, sjukepleiaren, logopeden og psykologen saman diskuterer kva praktiske følgjer dei kognitive utfalla etter ein hovudskade vil kunne innebere for pasienten og pårørande, når ho igjen skal fungere i sitt daglege virke som kontormedarbeidar.

Senge (1991, s. 269) peikar på at systemtenkninga har ein vesentlig plass i gruppelæring sidan ei av leiargruppa sine hovdoppgåver kan vere å utvikle strategiar, forme visjonar, lage organisasjonsstrukturar og handlingsplanar, og krev at ein arbeider med komplekse spørsmål. Leiarar ved rehabiliteringseiningar kan til dømes føre kontinuerlege dialogar med både andre leiarar og medarbeidarane om erfaringar og utfordringar, og freiste å sette saman og rettleie tverrfaglege team, slik at utfyllande kunnskapar og dugleik potensielt kan møtast.

Glosvik (2008:a, s. 34 - 35) viser til tradisjonell styring i organisasjonar gjennom prosedyrar, og understrekar at læring i lag representerer eit alternativt syn på koórdinert handling i kollektiv samanheng. Det blir ei sentral oppgåve for leiarane å sørge for at fagpersonane får høve til å engasjere seg og ta i bruk både fantasien sin og evnene sine, på ein slik måte at arbeidet gir rom til innleving og refleksjon i ein kollektiv samanheng. Han peikar på at ein på mange vis kan seie at læring i lag er ein disiplin som er ei praktisk utøving av alle dei andre disiplinane. Den inneber personleg meistring og felles visjonar, men den inneber også å praktisere systemisk tenkning parallelt med evna til å utfordre mentale modellar.

2.4.5 Heilskapstenkning

Senge (1991, s. 269) kallar den femte disiplinen heilskapstenkning, og illustrerer at delane berre kan forståast ved å sjå på heilskapen. Heilskapstenkninga kan få ein til å sjå mønster framfor ei rekke av einskildhendingar. Slik kan ein sjå endringsprosessar framfor augneblikkbilete.

Senge (1991, s. 75 - 80) seier at heilskapstenkninga er tufta på ei oppfatning av at dei ulike delane i eit system er regulerte av det større systemet dei er ein del av. Det er lite tilrådeleg å freiste å forstå ein del av eit problem, utan å ta omsyn til den heilskapen det er ein del av. Små endringar i eit delsystem kan skape store endringar andre stadar. Kompleksitet kan bli skapt av at ein misser oversikt over samanhengen mellom årsak og verknad. Ei anna utfordring kan vere å forstå korleis tiltak i fortid og notid, kan få utilsikta konsekvensar i framtida.

Senge (1991, s. 80) gir uttrykk for at eit systemisk perspektiv legg vekt på at ein kan velje korleis ein vil forstå endringane rundt seg, men ein kan likevel aldri vere trygg på kva konsekvensar handlingane våre har i det større systemet ein er ein del av. Kontroll og oversikt er etter systemisk tenkning berre illusjonar. Ein har aldri anna kontroll og oversikt enn den ein skaper sjølv, med sine egne tankar. Poenget er å sjå at alt heng saman, og at kvar og ein av oss er ein del av denne heilskapen. Då må vi sjå på oss sjølve som både problem og løysingar, i dei situasjonane vi står oppe i. Alle kan ikkje i like stor grad påverke endringane i systemet, men ei slik haldning illustrerer at leitinga etter syndebukkar er ei blindgate. Nøkkelen til å meistre systemtenkning som leiingsdisiplin kan vere knytt til å oppdage mønster der andre berre ser einskildhendingar og krefter dei skal reagere på.

Senge (1991, s. 17) kallar heilskapstenkning den femte disiplin fordi det er den begrepsmessige hjørnesteinen som ”underbygger” alle dei fem læredisiplinane. Dei fire andre disiplinane trengst for at systemtenkinga skal kunne verkeleggjere sitt potensial. Personleg dugleik kan fremje motivasjon til stadig å lære korleis handlingane våre påverkar verda rundt oss. Mentale modellar rettar søkelyset mot korleis ein bearbeider etablerte tankemønster og kart. Felles visjonar kan gi næring til forpliktande innsats på lang sikt. Læring i lag handlar om å lære å lære kollektivt. Heilskapstenkinga kan bidra til ein ny måte å oppfatte både seg sjølv og verda.

Glosvik (2008:b, s. 33 - 34) gir uttrykk for at den femte disiplinen handlar om ei form for refleksjon. Ved å bruke dei abstraksjonane som den femte disiplinen representerer, kan leiarar og tilsette få større innsikt i den rolla dei sjølve, og andre spelar i sin eigen organisasjon.

2.4.6 Innvendingar til Peter Senge sine teoriar om lærande organisasjonar

Både Hustad (1998, s. 44 - 46) og Bottrup (2003, s. 101 - 103) problematiserer Senge sine teoriar på fleire punkt. Mellom anna peikar Bottrup på at Senge meiner at læring skjer gjennom endring av mentale modellar, og ikkje forhold seg til erfaringsbasert kunnskap som kan vere forankra i kroppen.

Hustad gir uttrykk for at dersom ein føreset at utvikling av kunnskap har som vilkår at den blir utvikla gjennom refleksjon og dialog, så har dialogen som kjennemerke at den kan utvikle like synsmåtar, eller i det minste forståing for andre sine synspunkt. Då kan faren vere at variasjonsbreidda i synsmåtar etter kvart minkar så mykje at kunnskapstilfanget som læringsprosessen er avhengig av forsvinn.

Hustad stiller spørsmål om Senge sine teoriar, som i all hovedsak er ein syntese av tradisjonell erfaringslæringsteori, kan framstå som forventningsorientert læring. Han stiller spørsmål om ein kan erstatte eksterne stimuli med eigne forventningar om ei ønska framtid, og såleis kunne nytte eksisterande teori utan vanskar. Både Hustad og Bottrup spissformulerer og seier at teorien om lærande organisasjonar er prega av ei tru på at alle vil det same, berre ein får tenkt seg om og snakka saman.

2.5 Kunnskapsutviklingsprosessar

Nonaka og Takeuchi si forståing av kunnskapsutviklingsprosessar, gir meining når eg i dette mastergradsarbeidet freistar å forstå tverrfagleg samarbeid som kontinuerleg forbettringsreiskap i komplekse rehabiliteringsprosessar. Nonaka og Takeuchi representerer ei alternativ tenkning i høve til Peter Senge sine teoriar om lærande organisasjonar (Jfr. Kap. 2. 4). Dei seier at det dynamiske aspektet, knytt til kontinuerlege kunnskapsutviklingsprosessar, er undervurdert i den tradisjonelle vestlege organisasjonsforståinga. Dei ser på kunnskap som relativ, sosial og dynamisk, og i stadig endring gjennom samspel mellom menneske. Det er viktig å skape rom for læring og utvikling (Nonaka, 1994, s. 23). Skal ein lukkast, bør ein tenke langsiktig og freiste å etablere ei forståing i organisasjonen, om at utvikling og deling av ny kunnskap er viktig.

2.5.1 Eksplisitt- og taus kunnskap

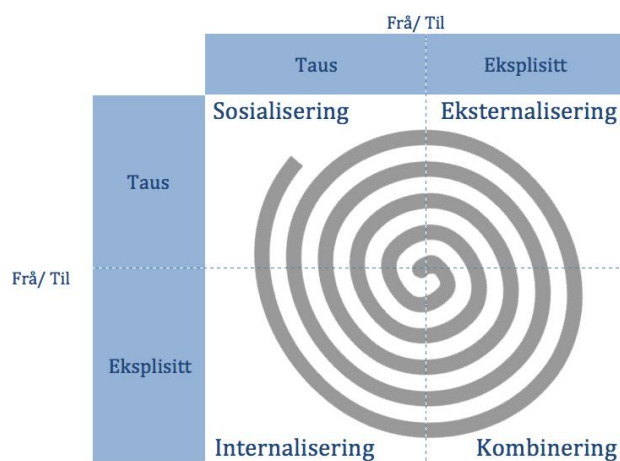
Nonaka og Takeuchi legg vekt på at kunnskap ikkje er statisk, absolutt eller nøytral, og peikar på at kunnskap som kan uttrykkast ved hjelp av ord og tal, tabellar eller teikningar, berre representerer ein liten del av kunnskapsbasen. Kunnskap blir utvikla i sosiale interaksjonar gjennom samspelet mellom eksplisitt og taus kunnskap. Kunnskap kan vere individuell, knytt til grupper, gjelde heile organisasjonar eller vere felles for fleire verksemdar.

Eksplisitt kunnskap er kjenneteikna av at den kan uttrykkast og formidlast språkleg eller i form av figurar eller bilete. Den er ofte framstilt i form av data og prosedyrar. Taus kunnskap kan vere vanskeleg å kjenne att eller forklare gjennom språklege uttrykksformer, og kan forståast som mentale modellar, erfaringar og personleg innsikt, til dømes i form av intuisjon og subjektiv innsikt. All kunnskap kan i utgangspunktet vere taus, ved at den blir etablert og erfart gjennom opplevingar, kjensler, bilete og stemningar.

Den tause kunnskapen er personleg, i stor grad umedviten og kjem ofte til uttrykk gjennom dugleik og forståing i utøvinga av praksis. Eg kjenner dette att når erfarne fagpersonar tidleg i ein rehabiliteringsprosess kan forutsjå om ein pasient med halvsidig lammelse etter hjerneslag, kan klare å trene seg opp til å kunne gå att i løpet av dei neste tre månadane. Dei kan ikkje forklare korleis dei intuitivt ”ser det”, men tar sjelden feil (Nonaka og Takeuchi, 1995, s. 67 - 71).

2.5.2 Kunnskapsspiralen

Kunnskapen kan skapast i vekslinga mellom praktisk innsikt og teoretisk refleksjon. Overgangen frå taus- til eksplisitt kunnskap kan skisserast i fire overgangsformer, sosialisering, eksternalisering, internalisering og kombinerings. Tabellen under viser korleis kunnskap kan bli skapt i den dynamiske interaksjonen mellom dei ulike kunnskapsutviklingsprosessane. Samspelet blir illustrert gjennom i SEKI-modellen:



Figur 4: SEKI – modellen: Etter Nonaka og Takeuchi (1995, s. 71).

Nonaka og Takeuchi seier at kunnskap blir utvikla gjennom eit tett samspel. Spiralen illustrerer ei heilskapleg tenkning kring kunnskap og læring. Ein går ikkje berre i ring, men lærer gjennom å utvide erfaringsflata. Etter kvart vil ein oppnå ei djupare forståing, og kunnskapsspiralen blir ein kontinuerleg prosess. Modellen kan forståast både på individ-, gruppe-, organisasjons- og interorganisasjonsnivå (Nonaka og Takeuchi 1995, s. 70 - 71).

Sosialisering (frå taus til taus kunnskap) vil seie at taus kunnskap vert overført til andre. Kunnskapsutvikling startar ved at einskildindividet erfarer, lærer, opplever eller innser noko. I møtet mellom taus kunnskap og den einskilde si innsikt og erfaring kan ny kunnskap utviklast. Ein blir ein del av ein kultur, ved å intergrere verdiar og normer. Læringa kan til dømes skje gjennom observasjon, imitasjon og gjennom erfaringar frå samhandlinga. Eit eksempel kan vere ein nyutdanna vernepleiar, som observerer kva dei andre fagpersonane i det tverrfaglege teamet vektlegg når dei diskuterer pasienten sitt rehabiliteringspotensiale.

Eksternalisering (frå taus til eksplisitt) er kjenneteikna av at taus kunnskap blir uttrykt konkret. Eksternalisering skjer gjennom dialog og kollektiv refleksjon. Gjennom samtalane stig nye sanningar fram. (Nonaka og Takeuchi 1995, s. 64 - 67). Eit døme frå ei rehabiliteringseining kan vere at dei tilsette munnleg gir uttrykk for sine ønsker om på kva område dei treng meir kunnskap, og dette blir nedteikna i ein felles tverrfagleg kompetanseplan. Ikkje all taus kunnskap kan gjerast eksplisitt. Men i prosessen ligg det eit viktig læringspotensiale, som kan vere kjelde til refleksjon og utvikling av ny kunnskap.

Kombinering (frå eksplisitt til eksplisitt) er kjenneteikna av at ein set saman eksisterande kunnskapselement til nye, ved å knyte eksplisitt kunnskap til annan eksplisitt kunnskap, utan å gjere seg nytte av taus kunnskap. (Nonaka og Takeuchi, 1995, s. 67 - 69). Like mykje som å finne ut noko nytt, handlar det om å sette saman eksisterande kunnskapsbidrag som ikkje har vore sett i samanheng før (Glosvik 2008:a, s. 161). Eit døme kan vere at medlemmane i eit tverrfagleg team, på grunnlag av den einskilde yrkesgruppe sine malar for rapportskriving, saman diskuterer seg fram til ein ny mal for felles tverrfagleg rapport.

Internalisering (eksplisitt kunnskap som blir taus) kan forståast som å ta til seg eksplisitt kunnskap og gjere den til sin eigen. Eksplisitt kunnskap kan lett delast, og blir taus når ein tar den i bruk. Kunnskapen blir taus i kraft av integrering på eit djupare plan på individ- og/eller gruppenivå. Nonaka og Takeuchi (1995, s. 69 - 70) meiner at organisasjonar sin kunnskap for det meste er taus, og syner seg som sams arbeidspraksis og felles mentale modellar. Eit døme frå komplekse rehabiliteringsprosessar kan vere at ulike fagpersonar, etter ei tverrfagleg internundervisning om bruken av individuelle planar, i samarbeid med representantar frå førstelinjetenesta startar å arbeide med dette samordningsinstrumentet i dei ulike pasientsakene.

Glosvik (2007) viser til Nonaka med fleire, og skisserer fire grunnleggjande vilkår for kunnskapsutvikling. Det er naudsynt med kreativt kaos i kraft av at omverda må vere passeleg uklar og skiftande, slik at det er behov for nytenkning. Redundans, som tyder overskot, viser til ei medviten overlapping av informasjon, aktivitetar og leiaransvar mellom aktørar i ein relasjon, eit system eller ein organisasjon. Redundans er med på å opne for innsyn i andre sine kunnskapsområde, skapar spenning og legg til rette for dialog. Ein kan tenke seg at tverrfagleg samarbeid kan vere eit døme på dette (Jfr. Kap. 2.3). Naudsynt variasjon peikar mot at aktørane ikkje må vere for like. Dei må ha element av overlappende kunnskap, men og

kunne bidra med sin unike kunnskap. Autonomi tyder sjølvstende, og indikerer at ein må ha fridom nok til å kunne velgje nye handlingsvegar, og kunne ta ansvar for eigne handlingar.

2.5.3 Kunnskapskapital, og kontekstar for kunnskapsutvikling

Glosvik (2008:a, s. 162) viser til Nonaka, og gjer greie for korleis kunnskapskapitalen i ei verksemd kan forståast ved at både taus og eksplisitt kunnskap blir tatt med i rekneskapen. Lærdommen frå sosialisering prosessen er ein del av kunnskapskapitalen. Eksternalisering kan vere med å utvikle den konseptuelle kapitalen, medan internalisering bidrar til rutinekapitalen. Kombineringsprosessane leier fram til synlege og lett tilgjengelege prosedyrar. Tabellen under viser at den i stor grad bygger på dei fire kunnskapsutviklingsprosessane:

Tabell 3: Nonaka og Takeuchi: Fire typar kunnskapskapital: Etter Glosvik (2008: a, s. 162).

| | |
|--|---|
| <p><i>Sosial kunnskapskapital</i></p> <p><i>Delt, taus kunnskap i kraft av dugleik, kjærleik, spenning og kjensler.</i></p> | <p><i>Konseptuell kunnskapskapital</i></p> <p><i>Eksplisitt kunnskap artikulert gjennom bilete, symbol og språk.</i></p> |
| <p><i>Rutinekapital</i></p> <p><i>Taus kunnskap rutinisert til praksis, tradisjonar og rutinehandlingar.</i></p> | <p><i>Systemisk kunnskapskapital</i></p> <p><i>Eksplisitt og systematisk samansett kunnskap i form av manualar og databasar.</i></p> |

Nonaka og Takeuchi snakkar og om Ba22, som illustrerer kunnskapshjelpande læringskontekstar. Ba er eit felles rom i fysisk, sosial eller virtuell meining der individuell eller kollektiv læring, utveksling og kunnskapsutvikling kan finne stad. Dei fire typane Ba tilsvarar grovt sett dei fire elementa i SEKI-modelen (Glosvik 2008:a, s. 163 - 164). Læringskontekstane i Ba22 kan til dømes vere til stades når ulike yrkesgrupper saman deltar på ei vidareutdanning knytt til rehabilitering etter hjerneslag.

Originating ba - den grunnleggjande læringskonteksten, er knytt til den sosiale verda der menneske fysisisk møtest og deler kjensler og erfaringar. Det er vanskeleg å sjå føre seg at

sosialisering skal kunne finne stad, utan sosiale rom som gir mening for individa (Glosvik 2008:a, s. 163).

Interacting ba – samhandlingskonteksten, handlar om å sette saman menneske med spesifikk kunnskap og dugleik i til dømes tverrfaglege team og prosjektgrupper. Interacting ba er rommet der dialog og kollektiv refleksjon bidrar til utvikling i organisasjonen (Glosvik 2008:a, s. 163).

I Cyber ba - den virtuelle læringskonteksten, blir ny eksplisitt kunnskap knytt til eksisterande, eksplisitte element. Eit nøkkelspørsmål er korleis omverda støttar og utfordrar den grunnleggjande verdiskapinga gjennom samarbeidsordningar og nettverk (Glosvik 2008:a, s. 163).

Exercising ba – oppøvingkonteksten, støttar opp under prosessane der eksplisitt kunnskap vert internalisert til taus. Døme kan vere formelle opplærings- og introduksjonssystem, knytt til innøving og utøving av bestemte mønster mellom aktørane i denne læringskonteksten (Glosvik 2008:a, s. 163).

2.6 Den reflekterte praktikal

Donald A. Schön introduserer refleksjon i og etter handling som ei motvekt til instrumentell og teknisk tenkning. Han snakkar om den tekniske rasjonalitets modell, og introduserer begrepet reflektert praksis, som kan vere ei alternativ tilnærming til profesjonelt arbeid. Han omtalar profesjonaliseringa i post-moderne samfunn som eit alvorleg trugsmål mot demokratiet, fordi ein i aukande grad ser ut til å bli gjort avhengig av ekspertar.

Profesjonelle ser, gjennom utdanning, ut til å bli lært opp til å møte utfordringar med standardiserte handlingsmåtar. Ein ser ut til å sette sin lit til ekspertane, når problem skal definerast eller løysast (Schön 2001, s. 7 - 15). I ein kompleks rehabiliteringsprosess kan eit døme vere at ein vel standardiserte forflytningsteknikkar ved mobilisering i samband med rehabilitering etter hjerneslag, framfor å skreddarsy ein metodikk som tar særskilt utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå, ressursar og behov.

Schön (2001, s. 29) seier at i lys av teknisk rasjonalitet, er profesjonell praksis synonym med ein problemløysningsprosess. Når ein er samd om klare mål, kan ein legge til grunn ei instrumentell tilnærming. Men når oppgåver blir komplekse og uforusette, kan tradisjonell og lineær tenkning komme til kort. Fokus på standardiserte handlingsmåtar kan gjere at profesjonelle blir selektivt uoppmerksame på fenomen som ikkje passer inn i dei aksepterte kategoriane. Problema kan bli definert slik at modellane passar, og moment kan bli oversett. Helsevesenet kan i nokre tilfelle bli sett på som ein arena der rasjonell kunnskap i formelle organisasjonar kan løyse alle problem.

Schön 2001 (s. 21 - 27) poengterer at profesjonelle har ei stadig sterkare kjensle av at kunnskapen (praksisen) deira kanskje ikkje høver til problema dei er sett til å løyse. Teoriane er ikkje feil, men synes utilstrekkelege for å fange kompleksiteten aleine. Ein blir ikkje ein dyktigare fagperson gjennom å forstå abstrakte teoriar. Ein må og ta i bruk den tause kunnskapen som er grunnlaget for teoriane.

Glovik (2008:a, s. 168) peikar på at Schön er sentral i høve til utforming av idéar om korleis organisasjonsmedlemer lærer å utfordre eksisterande mentale modellar, eller kanskje det motsette, lærer å la vere. Alternativet til teknisk rasjonalitet kan vere å følge magefølelsen når det ikkje går som planlagt, eller kartet ikkje stemmer med terrenget. Eit døme kan vere akupunktur som supplement, når meir tradisjonell smertelindrande behandling hos pasientar med kronisk smertesyndrom ikkje gir dei ønska resultata.

Schön 2001 (s. 60 - 61) nyttar begrepa praktiserande og profesjonell synonymt. Ein profesjonell praktiserande kan vere ein spesialist som gong etter gong kjem ut for ein bestemt type situasjonar. Men kvar situasjon kan vere eineståande. Schön understrekar kor viktig det er å lære gjennom eiga erfaring og refleksjon, og peikar på at erfarne praktikarar kan ta i bruk ei form for taus kunnskap når dei handlar. I ein kompleks rehabiliteringsprosess kan eit døme vere korleis ein erfaren psykolog på grunnlag av intuisjon og tidlegare erfaringar, klarer å individualisere og målrette krisebearbeidinga når han møter unge menneske i krise etter ein beinamputasjon.

Taus kunnskap kan samanliknast med eit isfjell. Den tause kunnskapen er det som er under vatn. Den eksplisitte kunnskapen er synleg over vassflata, men flyt på det usynlege. Schön (2001, s. 7) skiljer mellom refleksjon i, og over handling. Kunnskap blir utvikla ut frå

praktiske situasjonar, og gjennom refleksjon i, og over praksis Schön 2001 (s. 51 - 55). Ein blir nødvendigvis ikkje ein dyktig helsearbeidar ved å kunne sitere teoriar om korleis eit fruktbart tverrfagleg samarbeid kan vere. Oppskriftene må heller nyttast som brillar ein kan sjå praksis gjennom.

2.6.1 Refleksjon i, og over handling

Schön (2001, s. 7) seier at refleksjon over handling og kan skje ved at ein avbryt handlinga i situasjonen for å tenke seg om, eller at ein i etterkant av ei hending, reflekterer over forløpet. Ein kan freiste å artikulere kunnskap som framstår som taus, sidan den er ein del av ei større hending.

Schön kallar det refleksjon i handling når ein kombinasjon av kunnskap, erfaring og intuisjon går hand i hand parallelt med handlingane. Ved å reflektere i situasjonen, kan ein gjere endringar undervegs. Schön kallar taus kunnskap for kunnskap i handling. Den tause innsikta kan hjelpe ein til å tolke og skape mening i situasjonar, slik at ein lettere kan sette brotstykke saman til ein heilskap (Irgens, 2007, s. 40).

Reflekterer ein ikkje over praksis, kan ein gå glipp av ei viktig kunnskapskjelde. Det kan vere vanskeleg å forklare kvifor ein handlar som ein gjer, men den tause kunnskapen som kjem fram er viktig både for å kunne tolke, forstå og utføre eit godt handverk. Slik kan ein utvide og utvikle sin eigen kunnskap medan den er i bruk gjennom handling i ulike situasjonar (Irgens, 2007, s. 40).

Profesjonelle kan meir enn ein kan sette ord på. Den tause kunnskapen kjem først til uttrykk når ein handlar. Reflekterte praktikarar kan la seg utfordre og motivere av situasjonar som kan vere overraskande, uklare og forvirrande utan å bli begrensa av standardiserte løysingsmodellar (Irgens, 2007, s. 40 - 42). Schön (2001, s. 44) peikar på at ei kvar problemformulering kan vere unik, og må konstruerast i situasjonen. Når ein er blitt verkeleg dyktig, er kunnskapen integrert i handlingane, og kjem til uttrykk gjennom måten oppgåva blir utført på, spontant, med meistring, og gjerne utan at ein kan forklare korleis. Praktikaren kan samtale med situasjonen, og gjennom å vurdere responsen i samspelet, kan ein korrigere kursen i kraft av at situasjonen snakkar tilbake.

Evna til å tolke og handle blir utvikla gjennom praksis. I hukommelsen kan ein lagre ei form for praksisreportoar i form av forventningar, fortellingar, tolkningar, teknikkar og mentale bilete. Når ein møter liknande situasjonar, leitar ein ofte etter det særeigne og samanliknar umedvite med tidlegare erfaringar. Schön kallar det for professional artistry, når ein handlar med fagleg dugleik utan å vere bunden av førehandsbestemte løysingar eller prosedyrar (Irgens, 2007, s. 39 - 40).

Schön (2001, s. 231) snakkar om refleksjon i handling, i og på tvers av profesjonar. I dette spenningsfeltet kan ein reflekterande dialog vere med å skape kunnskap og ny forståing ved at ein kastar lys over problemstillingane frå fleire sider. Den reflekterte praktikar kan vere medviten om at og andre har kunnskap i situasjonen. Eit døme kan vere ein logoped som avbryt svelgtreninga, for å drøfte med legen kva mengde og konsistens det kan vere på maten ho gir pasienten.

Dyktige praktikarar kan reflektere over sin eigen intuitive bruk av kunnskap medan dei handlar. Slik kan ein konstruere ny teori. Ein nyttar ikkje standardiserte handlingsmåtar, men tilpassar mål og middel interaktivt etter kvart som ein får forståing for situasjonen. Sidan eksperimenteringa er ei form for handling, kan iverksettinga vere bygd inn i utforskinga. Ein reflektert praktikar kan leite etter løysingsalternativ, som han kanskje ikkje hadde med seg når han gjekk inn i situasjonen, og kan la seg inspirere av situasjonar som er unike, uklare, utfordrande og som gir rom for improvisasjon. Ein kan leite etter mønster i kaos, bygge på det uventa og sjå etter uvanlege kombinasjonar. Slik kan eksperimentering og refleksjon vere ei viktig kjelde til kunnskapsutvikling og ny innsikt (Irgens, 2007, s. 40 - 42).

Schön (2001, s. 67) poengterer at refleksjon i handling nødvendigvis ikkje er alment akseptert som ei legitim form for ekspertise, sjølv ikkje av dei som utfører den. Glosvik (2007) understrekar at refleksjon i handling kan vere med å motverke overlæring i kraft av tanken om at alle praktiske problem kan løysast av profesjonelle i formelle organisasjonar gjennom rasjonell kunnskapsbruk, teoretiske abstraksjonar og forenklingar.

2.6.2 Reflekterete leiarar

Schön (2001, s. 24 - 25) viser til Russell Ackhoff som seier at leiarar må forhalde seg til dynamiske situasjonar med komplekse system med skiftande problem som grip inn i

kvarandre. Schön kallar det rot og seier at leiarane ikkje løyser problema, men styrer rotet. Han peikar på to forskjellige og konkurrerande syn på profesjonell kunnskap i høve til utøving av leiarskap. Den første retninga ser på leiaren som ein teknisk, som nyttar anerkjente metodar og prinsipp frå organisasjonsvitskapen, medan den andre skildrar leiaren som ein handverkar, som opererer fristilt frå eksplisitte reglar og teoriar (s. 202 - 205).

Schön seier at leiarar i aukande grad, er blitt merksame på at viktige praksisfelt fell utanfor den tekniske rasjonalitet sine grenser. Samstundes ser dei at praksissituasjonar er eineståande, og at dei ofte må ta avgjerder utan å kunne legge til grunn eit tilstrekkeleg analysegrunnlag. Då kan dei ofte handle intuitivt (s. 204). Leiarar sine refleksjonar i handling, er i prinsippet den same som i annan profesjonell praksis. Det kan dreie seg om å løfte den intuitive forståinga av opplevde fenomen til overflata, slik at dei kan kritisere, omformulerast og testast. I kva grad leiaren har høve til refleksjon i handling, er avhengig av læringssystemet i organisasjonen. Strukturen i organisasjonar kan legge band på, eller dyrke fram ein refleksiv praksis (s. 206).

Schön gir uttrykk for at leiarar sjelden reflekterer over, og kan ha vanskar med å skildre eigen refleksjon i handling. At denne dimensjonen ofte er utilgjengelig for andre, kan vere uheldig, då ein av leiaren sine funksjonar kan vere å vere rollemodell og mentor for underordna. Schön peikar på at det derfor kan vere naudsynt å starte med å skildre korleis leiarar reflekterer i handling, og kva begrensningar dei kan ha (s. 207). Han tar til orde for at ein med utgangspunkt i kva dyktige leiarar faktisk gjer i praksis, kan utvikle ein eigen leiingsvitskap (s. 225).

Schön (2001, s. 224 - 225) viser til at profesjonelle leiarar kan ha i seg mykje taus kunnskap, som kan aktiviserast når ein får bruk for det. Når reflekterte praktiskarar med leiarfunksjonar møter utfordringar, kan dei bygge løysingsmodellane på ei form for umedviten improvisasjon, som dei har lært gjennom praksiserfaringar. Kvar tilfelle er eineståande situasjonar som kan kreve kunstnarlege løysingar. For at organisasjonar kan legge til rette slik at artisteriet kjem til syne og kan bli brukt, kan ein stimulere til medviten refleksjon. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan eit døme vere at organisasjonen legg til rette for at leiarar med forskjellig fagbakgrunn, samlast regelmessig for å reflektere kring dei utfordringane ein møter som leiar i slike einingar.

2.7 Oppsummering

I dette teorikapitlet har eg presentert eit teoretisk rammeverk som kan vere føremålsteneleg for å forstå og reflektere kring studien sine empiriske funn. Rehabilitering er skildra som ein kompleks prosess med mange aktørar, der arbeidsoppgåver og prosessar i større eller mindre grad kan fungere saman som ein heilskap. Den medisinske- og sosiale modellen kan sjåast på som motpolar. Spissformulert kan ein ut frå den sosiale modellen seie at ein ikkje treng rehabilitering, men at det er samfunnet som må leggast til rette. Men på den andre sida, kan tilhengarar av den medisinske modellen, seie at skulda i stor grad ligg til einskildindividet. Som eit kompromiss mellom dei to syna, har eg presentert teoribidrag knytt til ei relasjonell tilnærming til funksjonshemming.

Eg har gjort greie for at kvalitetsutvikling kan vere å sikre kontinuerleg forbetring av prosessane som medverkar til å løyse kjerneoppgåvene i organisasjonen. Å endre praksis på ein arbeidstad kan vere ein krevande prosess. Når ein startar med systematisk forbetningsarbeid, kan det vere klokt å velge eit område der motstanden mot endring er liten, og der ein raskt kan vise til positive resultat. Forbetningskunnskap kan saman med fagspesifikk kunnskap bidra til å definere god praksis, identifisere skiljet mellom reell og ønskt praksis, og vere med å fylle gapet.

Gjennom fem disiplinar knytt til desentralisert leiarskap og lærande organisasjonar har eg skildra korleis Senge fokuserer på omstilling, samarbeid og menneskeleg utvikling i kollektive samanhengar. Disiplinane er ikkje teknikkar, men metaverktøy for tenkning og handling. Så lenge det er i tråd med prinsippa, kan lærande organisasjonar formast på eit nær sagt uavgrensa tal handlingsmåtar.

Nonaka og Takeuchi legg vekt på at kunnskap blir utvikla i sosiale interaksjonar gjennom samspelet mellom eksplisitt og taus kunnskap. Dei poengterer at kunnskap kan vere individuell, knytt til grupper eller gjelde heile organisasjonar.

Schön presenterar teoriar knytt til at dyktige praktikarar konstruerar ny teori ved å reflektere over praksis, eller gjennom sin eigen intuitive bruk av kunnskap medan dei handlar. Felles for både Schön, Nonaka og Takeuchi, og Senge er den grunnleggjande menneskeorienteringa.

KAPITTEL 3 METODISK TILNÆRMING

Gjennom mastergradsarbeidet tok eg mål av meg til å utvikle ny kunnskap om kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar. Eg gjer i dette kapitlet greie for dei vurderingar, metodiske val, og strategiar eg har lagt til grunn. Eg ser nærare på forskarrolla generelt, og min eigen ståstad spesielt. Framgangsmåtar ved valg av metode, analyseeining og informantar blir klargjort. Avslutningsvis skildrar eg innsamling, analyse og tolking av data, før eg vurderer den vitskaplege kvaliteten, og kort rører ved nokre etiske vurderingar.

3.1. Forskarrolla

Gjennom forskning freistar ein å tileigne seg ny kunnskap. I forskningsprosessen må ein gjere mange val. Korleis ein vel å innhente data, avheng mellom anna av føremålet med studien og dei aktuelle problemstillingane. Problemformuleringa bygger på forskaren sine førestillingar om det fenomenet som skal studerast, egne erfaringar og tidlegare forskning.

Problemstillingane er med på å legge premissane for dei vidare vala i prosjektarbeidet.

Ingen kan seiast å vere heilt objektiv. Eg har både egne erfaringar frå fagfeltet, og hypoteser om samanhengar som eg gjerne vil teste ut. Som forskar må ein freiste å vere medviten og reflektere kring si eiga førforståing, slik at ein kan opptre mest mogleg sakleg og upartisk. Olsson og Sørensen (2003, s. 67) slår fast: *”Redgjørelse for forforståelsen er et kvalitetskrav, og forskeren må opplyse om personlige erfaringer som har vært viktige og relevante for prosjektet”*. Ei slik klargjering vil kunne styrke truverdet i studien.

3.1.1 Min ståstad

Gjennom tolv år som leiar på ulike nivå ved ei spesialisert rehabiliteringsavdeling, har eg vore opptatt av læring, endring og utvikling i denne typen organisasjonar. Ved mastergradsstudiet har eg fått kjennskap til teoriar om lærande organisasjonar. Utan at eg før har sett ord på det, opplever eg at mange av prinsippa er ein integrert del av leiarideologien min.

Kjelstadli (1992, s. 138) stiller spørsmålet om teoriar er bur eller nøklar, og seier: *”Når du velger én lyskaster, blir feltene utafor lyskjeglen desto mørkere”*. Vi ser med vilje, eller aller

helst kanskje umedvite, vekk frå dei opplysningane som ikkje passar. Som du ropar i skogen, får du svar. Ein fare ved min kjennskap til, og engasjementet for fagområdet, ville kunne vere at eg blei blenda av mine eigne erfaringar og referanserammer.

Sidan eg hadde kjennskap til fagfeltet og denne typen organisasjonar, kunne eg likevel nytte førkunnskapen til å stille interessante og kritiske spørsmål til informantane. Det vil kunne vere eit positivt forhold til å kunne gjere funn som kan ha relevans for praksis. Enten eg ville det eller ikkje, har nok bakgrunnen og interessefeltet mitt farga meg i alle fasar av forskningsprosjektet. Eg ser heller ikkje vekk frå at min formelle posisjon kanskje indirekte, i nokre tilfelle umedvite, også kan ha vore med å påverka dei svara informantane har gitt.

Eg har freista å vere medviten på å møte forskingsfeltet med eit ”ope sinn”. Spørsmåla mine har hatt ein enkel setningsoppbygning, for å unngå at dei kunne ha dobbel tyding. Eg har prøvd å la vere å stille leiande spørsmål, men heller prøvd å gjere dei opne og nøytrale. Fokus på førforståinga har vore med gjennom heile forskningsprosessen. Litt forenkla kan ein seie: Problemet er ikkje det eg er klar over. Problemet er det eg ikkje er klar over.

3.2 Metode, empiri og teori

Medan forskningsetikk omfattar normer som skal sikre at vitenskapleg verksemd er moralsk forsvarleg, utgjer vitenskaplege metodar eit sett av retningslinjer som skal sikre at den er fagleg forsvarleg (Grønmo 2004, s. 27). Metodane formulerer korleis ein kan framskaffe kunnskap og utvikle teoriane, og slik sikre at dei oppfyller krava til vitenskapleg kvalitet og relevans på det aktuelle fagområdet. Metodane viser til den konkrete framgangsmåten for gjennomføring av spesifikke vitenskaplege studiar.

Samfunnsvitenskapleg metode dannar grunnlag for samspelet mellom teori og empiri, og utgjer retningslinjer for korleis påliteleg kunnskap og haldbare teoriar om samfunnet kan byggast opp. Empiriske data er opplysningar om dei faktiske forholda i samfunnet, og kan vere kvantitative eller kvalitative. Enkelt sagt kan vi seie at kvantitative data blir uttrykt gjennom tal, og kvalitative i form av tekst eller bilete. Som forskar kan ein påverka informantane gjennom spørsmålsstillingar, ved utveljing av det teoretiske grunnlaget, og i tolkinga av data.

Samfunnsvitskapleg teori baserer seg på ei bestemt systematisk form for refleksjon om samfunnstilhøve. Grønmo (s. 34) omtalar dette som begrep og relasjonar som står i eit gjensidig forhold til kvarandre, og som samanfattar og ordnar føresetnadar, antakelsar og kunnskap om samfunnet. Begrep er grunnkomponenten i ein teori, og er meir eller mindre abstrakte nemningar på bestemte klart definerte fenomen. Koblinga mellom empiri og teori går føre seg i analysen og gjennom tolkninga av ulike funn.

Forskninga vekslar ofte mellom teori og empiri. Ein nyttar ulike metodar om ein bevegar seg frå empiri til teori, eller omvendt (s. 36). Ut frå teoriar kan ein formulere problemstillingar for empirisk undersøking. Ein føresetnad er at det føreligg eit relevant teoretisk grunnlag for fenomen som skal studerast. Før eg gjorde dei empiriske undersøkingane, hadde eg formulert fire forskningsspørsmål for å kaste lys over den overordna problemstillinga:

1. Korleis føregår læring og kunnskapsoverføring mellom ulike yrkesgrupper ?
2. Korleis får den einskilde fagperson støtte og veiledning ?
3. Korleis påverkar organisering, lokalisering og geografisk avstand internt på avdelinga/institusjonen læring mellom medlemmer i det tverrfaglege teamet.
4. Korleis påverkar ”fagets natur” og den breie tverrfaglege samansetninga av faggrupper forventningane til utøving av leiarrolla ?

I studien validerer eg gjennom teori. Eg opplever at eg har hatt nytte av å legge til grunn dei teoretiske resonnementa til Peter Senge om lærande organisasjonar, Ikujiro Nonaka og Hirotaka Takeuchi sine tankar om korleis ein kan frigjere taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjonar og Donald A. Schön sine betraktningar knytt til korleis profesjonelle reflekterer i og over handling. Eg skildrar nokre sentrale trekk ved kompleks rehabilitering, som eg knyter til teoriar om tverrfagleg- og tverrprofesjonelt samarbeid. Eg vel å sjå funna mine i lys av den pågåande diskursen i helsetenesta om kontinuerlig forbetring.

Dette er abstrakte teoriar. Eg har freista å operasjonalisere begrepa, og gitt dei ei teoretisk mening. Slik har eg knytta dei til ein teoretisk basiskunnskap. Resultata av dei empiriske undersøkingane blir i dette mastergradsarbeidet drøfta i høve til dei teoretiske perspektiva. Målet er å utvikle ny teori om kunnskapsprosessar i spesialiserte rehabiliteringseiningar.

Det er vanleg å skille mellom deduktive- og induktive forskningsopplegg. Førstnevnte har hovudvekt på problemformulering og teoritestning ved at ein vil dedusere eller avleie bestemte problemstillingar ut frå teorien som skal testast. Studiar med særleg vekt på tolkingar og teorigenerering bygger på ei induktiv tilnærming, og tar sikte på å indusere eller bygge opp ei bestemt teoretisk forståing ut frå dei empiriske analysane (Grønmo 2004, s. 37/38).

Forholdet mellom teori og empiri i induktiv metode, er i utgangspunktet empirien som blir testa på det teoretiske grunnlaget som finst om fenomenet. Slik kan ny teori og innsikt vekse fram. Denne studien har ei induktiv tilnærming. Eg startar med ei problemformulering på basis av føreliggande teori, eg gjennomfører ei empirisk undersøking med bakgrunn i problemstillinga, og endar med ei teoretisk tolkning av dei empiriske analyseresultata.

3.2.1 Korleis kan eg få svar på problemstillinga - Val av metode

Ved val av framgangsmåte må ein finne forskningsmetodar som kan vere med å kaste lys over det fenomenet ein gjerne vil undersøke. Val av metode blir styrt av problemstillinga. Jacobsen (2000, s. 51) seier at ei problemstilling bør vere spennande, enkel og fruktbar. Spennande i kraft av at vi på førehand ikkje veit kva vi vil finne. Enkel, til dømes i kraft av at den er tilstrekkeleg avgrensa. Fruktbar kan bety både at det skal vere mogleg å undersøke den empirisk, og at den er med på å skape ny kunnskap.

Forskaren må finne informasjonen som er mest mogeleg relevant for problemstillinga og utvikle ei teoretisk fortolkning av den. Slik blir det mogeleg å vurdere relevansen for hypotesane i studien. Føremålet med studien min er å få ei større forståing for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar. Eg ville freiste å velje ein metode som eg trudde kunne vere med å gi så pålitelege svar som mogleg. Johannessen og Olaisen (1995, s. 18) seier at spørsmålsprosessen er ”*drivkraften i enhver tilnærming, uansett hvilken metode man velger å benytte, eller hvilke aspekter ved fenomenet man undersøker.*”

Hellevik (2002, s. 95) poengterer at ei viktig forskningsstrategisk avveging er tilhøvet mellom einingar og variablar. Han skil mellom ekstensive opplegg der ein har eit stort tal einingar og færre variablar eller intensive opplegg, der ein kartlegg eit lite tal einingar i høve til mange variablar.

Eg ville skildre og forstå den verda som informantane representerte, og leita etter eigna metodar for å kunne fange fagpersonane sine erfaringar, opplevingar og meiningar. Ut frå at problemstillinga gjorde det føremålstenleg å samle mykje informasjon om få einingar, valde eg eit intensivt forskningsopplegg med kvalitativt forskningsintervju som metode:

Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden fra intervjupersonens side, å få frem betydningen av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskaplige forklaringer (Kvale 1997, s. 17).

Når målet er å kaste lys over kontinuerlege forbettingsprosessar i tverrfaglege miljø, ville det vore vanskelegare å få valide og gode svar om eg hadde lagt til grunn eit meir ekstensivt opplegg. Ved ei kvalitativ tilnærming får forskaren høve både til å stille utdjupande spørsmål, og klare opp i eventuelle mistydingar undervegs. Målet er å skildre og dokumentere fenomena slik dei faktisk er, eller blir opplevd. Data får mening gjennom tolking og forståing. Idéalet er å kunne gå i djupna, og å formulere ein heilskapleg analyse som kan stå på egne føter.

3.2.2 Kvar kan eg føreta studien ? - Utveljing av analyseeining

For å kaste lys over problemstillinga, fann eg ut at det beste var å spørje dei det galdt. Eg måtte avgjere kvar eg ville gjere dei empiriske undersøkinagne. Ut frå førestillinga mi om at tverrfagleg samarbeid og kontinuerlig forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar står i samanheng og påverkar kvarandre, valde eg ein ”kvalitativ case – studie.” I ein slik studie skjer all datainnsamlinga i den same eininga. Repstad (1998, s. 141) definerer ein ”case – studie” som: ”Undersøkelse av ett enkelt tilfelle, for eksempel en organisasjon, et miljø eller en person.”

Casestudium blir oftast nytta for å hente inn kvalitative data. Ved å konsentrere meg om ei einskild eining kunne eg i større grad gå i djupna, og sjå den i eit heilskapsperspektiv. Eg ville truleg kunne stille meir presise spørsmål, og lettare sjå samanhengar. Funna ville ikkje vere lausrivne delar, men utgjere ein heilskap. Men det kan og vere bakdelar knytt til å samle data ved berre ei eining. Hellevik (2002, s. 98/99) skissrer to moment ein bør reflektere over:

- a) Kva andre funn kunne ein ha gjort enn dei som galdt for den eine eininga som er undersøkt ?
- b) Kor typiske er kjenneteikna til denne eine eininga i forhold til einingar av same type ?

Hadde eg hatt meir tid og ressursar, så ville studien og funna mine stått sterkare om eg hadde gjort den same undersøkinga ved fleire einingar. Men ut frå dei begrensa ressursane eg hadde til rådvelde, valde eg å gjere ei djupnestudie ved ei eining, framfor ein meir overflatisk studie ved fleire einingar. Espedal (1995, s. 88) peikar på at fordelene med å gå i djupna, ligg i potensialet for rikare innsikt og større forståing av fenomenene som blir studert.

På grunn av nærleiken til den einaste aktuelle eininga i eige helseføretak (Jfr. Kap. 3.1.2), sette eg meg føre å hente inn empiriske data ein annan stad i landet. Tilknytninga til fagområdet som var handicapet mitt i eige føretak, ville kunne bli ein styrke ein annan stad.

Eg hadde særleg merka meg eit føretak der ein hadde eit godt utbygd rehabiliteringstilbod, og lytta med stor interesse når representantane frå desse einingane fortalde om korleis dei hadde lukkast med å etablere gode tenester. Eg begynte å undre meg over kva som gav næring til korleis arbeidsmåtar og tverrfaglege kulturar vaks fram i slike einingar. Eg bestemte meg for å be om å få gjere dei empiriske undersøkingane mine i dette helseføretaket.

Eg kontakta, pr. elektronisk post, klinikkdirektøren ved Rehabiliteringsklinikken i det aktuelle helseføretaket (Jfr. Vedlegg nr. 1). Eg informerte om studien, og sette fram ønske om å få gjennomføre den i ein av hennar einingar. Under føresetnad av at ho ga samtykke, ba eg henne peike ut ei eining ho trudde kunne vere eigna til å gjere dei empiriske undersøkingane for å kaste lys over problemstillinga. Eg ba og om ein kontaktperson ved den aktuelle eininga.

Ventetida var spennande. Ville eg få positiv tilbakemelding? Kva eining ville bli peika ut? Frå før kjende eg til flaggskipet i det aktuelle helseføretaket, der dei prioriterte å gi tilbod til pasientane med dei mest komplekse og samansette rehabiliteringsutfordringane. Eg ønskte meg dit. Då eg ikkje hadde fått tilbakemelding etter nokre veker, sende eg ny førespurnad. Tilbakemeldinga kom raskt. Kontaktperson var utpeika, og eg skulle få lov å spørje dei tilsette om å gjere intervjuet ved den eininga eg hadde håpa.

3.2.3 Kven kan kaste lys over problemstillinga? Val av informantar

For å identifisere mogeleg informantar, valde eg å nytte prinsippa frå ei form for strategisk utveljing som Grønmo (2004, s. 102) kallar "snøballutveljing." Ved ein slik framgangsmåte blir utveljinga gjort i samråd med dei det kan vere aktuelt å nytte som informantar.

Reint praktisk starta eg med å spørje kontaktpersonen om å gi meg navn på 10 medarbeidarar uavhenging av stillingsstorleik, utdanning eller formell posisjon som ho trudde det kunne vere interessant for meg å snakke nærare med. Den som blei nemnd først, fekk så spørsmål om å peike ut 10 kollegaér. Eg tok telefonisk kontakt, informerte om studien og spurde om eg kunne sende ein elektronisk post med utdjupande informasjon (Jfr. Vedlegg nr. 2).

Slik heldt prosessen fram. Frå den eine aktøren det starta med, auka tal aktuelle namn raskt, akkurat som ein snøball som blir rulla i kram snø ("snøballmetoden"). Av dei 10 tilsette som blei spurde, ga 8 tilbakemeldingar med forslag til medarbeidarar dei trudde kunne vere med å kaste lys over problemstillinga. Eg valde å be om namn på 10 personar fordi eg då ville få "ei større breidde" ved at representantar frå fleire yrkesgrupper truleg ville bli føreslått.

3.3 "Funn på fleire nivå"

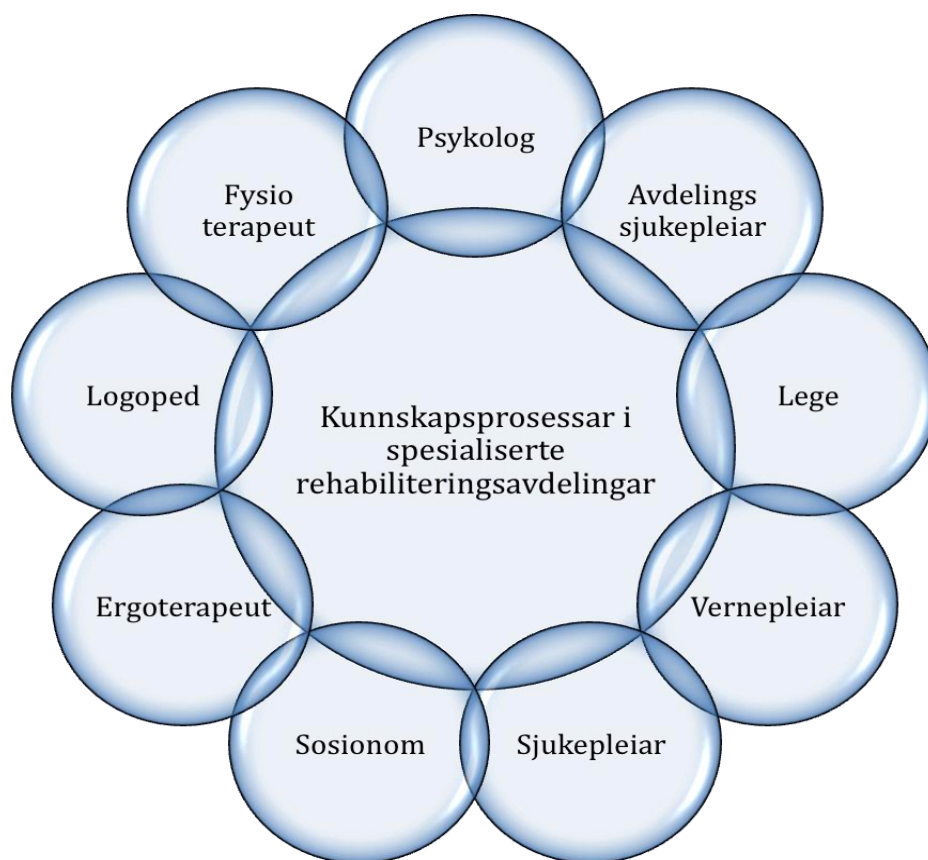
I samband med strategisk utval er det ikkje nokon fasit for kor stort utvalet skal vere (Grønmo 2004 s, 89). Sidan studien har eit tverrfagleg fokus, ville eg at informantar frå dei ulike faggruppene var med kaste lys over problemstillinga frå sine synsvinklar.

I utveljinga av informantar gjennom "Snøballmetoden" gjorde eg fleire interessante funn. Dei 80 forslaga til kven som best kunne vere med å kaste lys over fenomenet kunnskapsprosessar i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar, fordelte seg på heile 37 ulike personar, og var knytt til 8 forskjellige yrkesgrupper. Den som oftast blei føreslått, var trekt fram 7 gonger. Det kunne sjå ut til at dei som kom med framlegg, først føreslo kollegaer med same kjønn frå si eiga yrkesgruppe. Tilsette i formelle leiarposisjonar var berre føreslått tre gonger.

Mønsteret teikna seg allereie då eg spurde klinikkdirktør om å utpeike ein kontaktperson (Jfr. Vedlegg nr. 1). Ho peika ut ein mellomleiar med same grunnutdanning som ho sjølv. Kontaktpersonen føreslo så namn på 10 kollegaér, som ho trudde det kunne vere interessant for meg å snakke med. Ikkje før i fjerde runde blei ein representant frå ei anna yrkesgruppe føreslått først. Ikkje alle dei førespurde hadde kollegaér i same yrkesgruppe. Men av dei som potensielt kunne føreslå medarbeidarar med same utdanningsbakgrunn, føreslo nær 60% (4 av 7) to eller tre medarbeidarar med same grunnutdanning mellom dei tre første namna.

Eg ville gjerne ha informantar frå dei ulike yrkesgruppene som var representerte ved eininga, og valde derfor den personen frå kvar yrkesgruppe som var hyppigast føreslått. For og å kunne kaste lys over problemstillinga frå eit leiingsperspektiv, blei den leiaren som var nemnd flest gonger spurd om å vere informant i studien.

Den overordna problemstillinga blei reformulert etter at materialet frå dei empiriske undersøkingane var vurdert og bearbeida. Figuren under syner det overordna temaet, og valet av innformantar slik det førelåg på det tidspunktet eg starta dei empiriske undersøkingane:



Figur 5: Utveljing av informantar som kunne kaste lys over problemstillinga i studien.

Av dei 80 namneforslaga var mannlege tilsette nemnde fire gonger. Dei fordelte seg på tre ulike personar. Avdelingssjefen opplyste at menn utgjorde knapt 10% av dei tilsette ved eininga. Statistisk sett, kunne ein kanskje då seie at ein av informantane burde ha vore ein mann, for at kjønnsfordelinga skulle vore avspegla i valet av informantar. Men med bakgrunn i prinsippet om at eg ville la dei tilsette føreslå kven som best kunne kaste lys over problemstillinga, blei alle informantane kvinner. I etterkant av dei empiriske undersøkingane, ser eg at det kunne ha vore interessant å kartlegge eventuelle skilnadar i datamaterialet på grunnlag av kjønn.

3.4 "Fra asken til ilden" - Innsamling, analyse og tolking av data

Kvalitative metodar er mellom anna kjenneteikna av nærleiken til forskingsobjektet. Verktøyet ved ein slik metode er forskaren sjølv. Kunnskapen blir formidla i spenningsfeltet mellom informanten og forskaren. Eg valde å lage ein rettleiande intervjuguide der verken spørsmål eller svaralternativ var fastsett på førehand (Jfr. Vedlegg nr. 3). Eg hadde laga opne spørsmål for å freiste å få utdjupa informantane sine erfaringar, meiningar, kjensler og forventningar.

Eit poeng ved kvalitative forskningsopplegg kan vere å gjere ei undersøking som går i djupna i høve til korleis ei eining fungerer. Då krevst ofte ein kombinasjon av fleire aktørar sine opplysningar og syn på organisasjonen eller gruppa. For å få eit meir heilskapleg bilete, kan forskaren be om forskjellige opplysningar frå ulike informantar.

Eg vurderte om intervju kunne gjennomførast pr. telefon, men forkasta dette ut frå at utbyttet ville bli betre med dialog under fire auge. Då ville eg mellom anna lettare kunne fange den ikkje – verbale kommunikasjonen, og observere om informanten kjenner seg utilpass, ikkje forstår, snakkar usant eller er uinteressert. Bakdelane med personlege intervju kan vere at det er tidkrevande, og at forskaren kan komme til å påverke ved nærveret sitt.

Av praktiske omsyn, knytt til at eg måtte reise til eit helseføretak ein annan stad i landet, blei alle intervju gjort i løpet av ein 10 dagars periode i siste del av mai 2008. Ser ein vekk frå helga midt i perioden, gjennomførte eg eit intervju kvar dag. Unnataket var siste dagen, då eg snakka med to informantar. Eg kjende meg godt motteken. Ærlege og engasjerte informantar ga meg eit variert og rikt datamateriale.

Det var med skrekkblanda fryd eg i god tid troppa opp til første intervju. Snart kom ei smilande kvinne i kvite klede og møtte meg. Sommarfuglane i magen landa ein etter ein. Vi var i gang ! Det første intervjuet varte meir enn to timar. Etterpå kjende eg ein stor lettelse, og tenkte: *Send inn neste informant! Dette må vi snakke meir om !*

Eg la vekt på å skape eit godt klima for å legge til rette for ein fruktbar dialog. I starten av intervju presenterte eg målet med studien, og hovudtrekka i prosjektplanen. Informantane blei orienterte om at det var frivillig å delta, og at dei når som helst inntil masteroppgåva var ferdigstilt, kunne trekke seg. Det blei det fylt ut ei skriftlig samtykkeerklæring, og eit skjema

for demografiske data (Jfr. Vedlegg nr. 4 og 5). Eg lova at data blei handsama konfidensielt, og at informantane blei anonymisert i det ferdige mastergradsarbeidet. Lydfiler og transkriberte utskrifter ville bli låst ned.

Ut frå bakgrunnen min, var det ikkje tilfeldig kva spørsmål eg stilte, eller korleis eg tolka svara frå informantane. Eg nytta intervjuguiden som rettesnor. Det ga rom for å kunne følge informantane i historiefortellingane. Eg freista å stille oppklarande og utdjupande spørsmål for å få dei til å skildre korleis dei opplevde kunnskapsprosessar ved eininga. Det er viktig at forskaren har god kunnskap om emnet, for å kunne ta raske val mellom det han skal spørje om, og korleis han skal spørje (Kvale 2001, s. 91). God kjennskap til feltet, kjem og til nytte når ein skal velje ut data ein meiner er relevante i høve til problemstillinga.

Etter nokre få intervju hadde eg fått utfyllande og dekkande svar knytt til meir formelle strukturar, som til dømes internundervisning og kompetanseplanar. Eg fokuserte vidare på dei områda der det framleis var ubesvarte spørsmål. Ny informasjon av særleg verdi, blei tatt med som spørsmål til neste informant. At eg no tok til å sjå og undre meg over samanhengar, gjorde meg betre i stand til å stille meir målretta og utdjupande spørsmål.

Eg kjende at eg blei meir nysgjerrig på det informantane fortalde om uformelle relasjonar og den tverrfaglege forankringa. Nesten same kva eg spurde om, så relaterte informantane svara frå ulike synsvinklar til tverrfagleg samarbeid. Korleis dette fekk konsekvensar for forskningsspørsmåla mine, vil eg komme tilbake til i neste kapittel.

Eg nytta ein digital stemmeopptakar for å sikre og dokumentere informasjonen som kom fram. Lengda på intervjua varierte frå omlag 35 minutt til over to timar. Det første, og lengste intervjuet blei nytta til å få meir utdjupande kjennskap til organisasjonen, men lengda skuldast nok og intervjuaren si manglande røynsle i slike situasjonar. Eg noterte lite, men konsentrerte meg om å lytte til informanten, og eventuelt stille oppklarande spørsmål. Som avslutning på kvart intervju opna eg for at informantane kunne ta opp tema, tankar eller refleksjonar som vi ikkje hadde rørt ved, eller moment som dei ville utdjupe. Fleire gjorde seg nytte av dette.

For å kunne fange meiningsinnhaldet og utvikle spørsmåla mine, hørde eg gjennom kvart intervju same ettermiddag. Mellom fleire av intervjua drøfta eg inntrykka pr. telefon med ein erfaren kollega ved min eigen arbeidsplass, som og er mastergradsstudent.

Etter kvart som eg snakka med informantane, kom det fram stadig færre nye opplysningar. Kvale (1997, s. 58) seier at ein skal intervjuje så mange som er naudsynt for å finne ut det ein treng å vite. Fleire av informantane var opptatt av det same. Etter intervju nummer seks opplevde eg at svara begynte å bli like. Grønmo (2004, s. 89) kallar det ”*eit teoretisk metningspunkt*” når ein ikkje lenger får vesentleg informasjon som er relevant i høve til problemstillinga, eller i forhold til opplysningar frå dei andre informantane. For å vere sikker gjennomførte eg intervjurekka som planlagt, og avtalt.

3.5 Validitet, reliabilitet og overføringsverdi

Grønmo (2004, s. 217) kallar datainnsamlinga ein produksjonsprosess, der ein innhentar dei opplysningane som trengst for å kunne kaste lys over bestemte problemstillingar. Data er uttrykt munnleg og transkribert til skriftleg tekst. Kvaliteten på slike data må sjåast i lys av kva dei skal nyttast til. Begrepa validitet, reliabilitet og generalisering blir nytta til å vurdere datakvaliteten. Kvale (1997, s. 158) kallar begrepa ”*en hellig, vitenskaplig treenighet*”.

3.5.1 Reliabilitet

Reliabiliteten seier noko om kor påliteleg datamaterialet er, og refererar til kor nøyaktige dei ulike operasjonane i forskingsprosessen har vore. Forskaren er sentral i høve til å sikre pålitelege data. Som forskar må ein reflektere over på kva måte ein påverkar informantane. Før møtet med informantane, hadde eg prøvd ut intervjuguiden på ein kollega. Det ga meg nyttige erfaringar om korleis eg kunne opptre i intervjusituasjonen.

Reliabiliteten er uttrykk for kor stort samsvar det er mellom ulike datainnsamlingar, og er høgare jo større samsvaret er. Den viser i kva grad variasjonar i datamaterialet skuldast trekk ved undersøkingsopplegget, eller datainnsamlinga (Grønmo 2004, s. 220). Dersom undersøkingsopplegget og datainnsamlinga gir truverdige data, er det høg grad av reliabilitet. Truverdet kjem til uttrykk ved at ein får identiske data dersom ein nyttar det same opplegget ved ulike innsamlingar av data knytt til dei same fenomen. Informantane hadde sjølv funne dato i den aktuelle perioden, tidspunkt og kvar på eininga vi kunne gjennomføre intervjuet. Slik freista eg å legge godt til rette for at konteksten var best mogleg. Dette fungerte bra, og vi fikk stort sett vere uforstyrta. At eg var til stades, ville kunne påvirke svara, men eg freista å vere medviten på intervjuareffekten. At rolla som intervjuar og forskar er ny for meg, kan til

dømes føre til at eg lettare stiller leiande spørsmål. Eit døme kan vere: ”*Korleis trur du at ei avdeling der dialog, diskusjon, samarbeid og demokrati er sentrale grunnverdiar, påverkar utøvinga av ledelse ?*” Ein av informantane spurde spontant kva eg trudde. Eg svarte, og ho sa seg samd i mine vurderingar.

Eg ser at svaret frå denne informanten ikkje kan tillegast like stor vekt som meir uhilda svar frå andre, men i kampens hete opplevde eg at det i respekt for informanten var viktig å vere ærleg. I ettertid ser eg at eg kanskje kunne ha sagt at eg gjerne ville at ho reflekterte litt over det først, og så kunne eg fortelje om mine hypoteser etter at intervjuet var over.

Dei digitale stemmeopptaka blei transkribert frå munnleg tale til vel 140 sider skriftleg tekst. Eg la vekt på å gjengi meiningsinnhaldet så ordrett som mogleg. Med tanke på at utskriftene blei sendt tilbake til informantane, med tilbod om å komme med presiseringar, rette feil eller supplere med utdjupande kommentarar, følgde eg tilrådinga frå Kvale (1997, s. 105 - 107) om å presentere talespråket i ei lesarvennleg form. Ein informant melde skriftleg tilbake utdjupande kommentarar. Desse blei lagt til grunn som ein del av datamaterialet.

Under transkripsjonen brukte eg bokstavkodar for å knyte materialet til informantane. For kvar side med nedteikna tekst, markerte eg tidsangivingar frå stemmeopptaket. Slik kunne eg høyre brotstykket på ny. Etter å høyrt intervjuet igjen, og lese utskriftene, bestemte eg meg for å bearbeide dei vidare i skriftleg elektronisk form. Ved å nytte klippe- og limefunksjonane på datamaskina, blei data sortert ut frå kvar dei høyde heime under dei fire forskningsspørsmåla (Jfr. Kap. 3.2). Deretter braut eg tekstmaterialet ned i ulike undertema. Både det som var felles og det som var ulikt, danna grunnlag for analysen.

Kvale (2001, s164) peikar på at reliabilitet har med forskningsfunna sin konsistens å gjere både på intervjustadiet, transkripsjonsstadiet og analysestadiet. Tolkningane mine blir farga av synspunkta frå informantane utover i intervjurekka, og egne erfaringar og førestillingar.

3.5.2 Validitet

I kva grad ein metode kastar lys over det den er meint å undersøke, kallar vi validitet. Validiteten er høg om undersøkingsopplegget og innsamla data er relevante i høve til problemstillinga. Validiteten må vise att i alle trinna av forskingsprosessen. At forskaren

skildrar alle ledda i forskningsprosessen, er viktig for å styrke studien sitt truverde. I kvalitativ forskning er validitet overordna reliabilitet. Dersom validiteten er god, er og resultatet påliteleg. Grønmo (2004, s. 231 - 241) peikar på at det er vanleg å skille mellom mange forskjellige typar validitet, der nokre er mest vanlege å nytte ved vurderingar av kvalitative data. Eg vil peike på nokre hovudtypar som kan vere aktuelle i min studie.

Kompetansevaliditet knyter datamaterialet sin validitet til forskaren sin kompetanse. Jo meir kjennskap forskaren har til feltet, jo større er sjansen for å få eit datamateriale med høg validitet. Dette heng saman med forskaren si rolle i kvalitative studiar, der opplegget for datainnsamlinga blir justert eller revidert dersom det er naudsynt for å styrke validiteten.

Ved hjelp av mi erfaring og kunnskapar om liknande einingar (Jfr. Kap. 3.1.2), trur eg at eg har klart å plukke ut nokre nøkkelspørsmål som kastar lys over tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar. Men forskaren sin kompetanse er ikkje nokon garanti for at validiteten blir høg. For min del ville det vore ønskeleg med lengre tid mellom dei ulike intervju, slik at eg i større grad kunne transkribere, bearbeide og reflektere over utsegnene frå informantane mellom intervju. Meir erfaring frå denne typen arbeid, kunne og kompensert for noko av min avgrensa kompetanse.

Kommunikativ validitet bygger på dialog og diskusjon mellom forskaren og andre om i kva grad materialet er godt og treffande i høve til problemstillingane. Slik validering kan vere føremålstenleg i høve til å kunne avdekke begrensingar knytt til datamaterialet. Grønmo (2004, s. 235) skil mellom aktør- og kollegavalidering. Eg har nytta begge deler for å sjekke ut at dataane mine er gyldige. At eg sendte utskriftene frå intervju tilbake til informantane er døme på aktørvalidering. Refleksjon og diskusjon saman med ein erfaren kollega, har vore til stor nytte både undervegs i datainnhentinga, og etterpå.

Åpenbar validitet fokuserer på trekk ved datainnsamlinga og datamaterialet, som er openlyse for både forskaren og andre. Validiteten er tilfredstillande om dataene er gode og treffande i høve til intensjonen med studien. Det var ikkje tilfeldig kva spørsmål eg valde å stille. Eg merka at eg snakka same språk som informantane, og at eg har fått gode svar. At eg kan peike på nokre handlinggrep, kan tyde på høg grad av åpenbar validitet. Eg meiner at studien min gir grunnlag for handlinggrep knytt til både korleis ein kan legge til rette for tverrfaglege forbetringssprosessar, og slik gi nyttige innspel til både fagpersonar og leiarar.

Etter å ha snakka med alle informantane, slo det meg at det kunne vore nyttig å gjennomført intervju i små fokusgrupper med til dømes tre og tre innformantar. Malterud (2002) peikar på at denne tilnærminga er særleg godt eigna dersom ein vil lære om erfaringar, haldningar eller synspunkt i eit miljø der mange menneske samhandlar. Fokusgruppeintervju kan vere med å mobilisere assosiasjonar og fantasi ved at gruppedynamikken bidrar til å skape fortellingar. Ein bakdel kan vere at gruppedynamikken stengjer for avvikande synspunkt, eller hindrar at sensitive tema blir løfta opp.

Uansett ville det ha vore svært krevjande, ut frå mi beskjedne erfaring, å gjennomføre eit heilt undersøkingsopplegg etter denne metoden på ein fullgod måte. Eit alternativ kunne vore at eg drøfta funna med informantane i små grupper, som ei form for aktørvalidering.

3.5.3 Overføringsverdi

Ein må spørje om kunnskapen ein har komme fram til også kan vere gyldig for andre. Ein skil mellom to hovudtypar av generalisering. Statistisk generalisering blir ofte nytta i kvantitative studiar for å teste hypotesar eller teoriar. I denne studien nyttar eg teoretisk generalisering. Den tar utgangspunkt i ei teoretisk forståing av dei samfunnstilhøva som blir studert, og har to viktige føremål. Det første er å utvikle begrep, hypotesar og teoriar som ein ut frå teoretiske resonnement kan anta gjeld heile universet av einingar. Det andre føremålet er å utvikle ei heilskapleg forståing av den gruppa eller konteksten som einingane utgjer. Ut frå teoretiske vurderingar, kan ein gå ut frå at heilskapsforståinga gjeld heile universet.

Ved å gjere ein case – studie, har eg freista å utvikle ei heilskapleg forståing av ei eining. Prinsippielt sett er studiens univers, dei einingane undersøkinga kan gjerast gjeldande for, då begrensa til denne eine eininga. Men ut frå at ein arbeider med liknande problemstillingar, og har personale med liknande utdanning og bakgrunn, er det grunn til å tru at trekk ved denne spesialiserte rehabiliteringseininga er samanliknbare med andre liknande einingar.

Espedal (1995, s. 74) kallar det eit generaliseringsvilkår: ”*Viss det gjelder for dette caset, vil det trolig gjelde for mange*”. Malterud (2003, s. 63) kallar det ”overførbarhet” fordi det i større grad enn generalisering indikerer at det finst grenser for korleis funn kan gjerast gjeldande i andre samanhengar enn der studien er utført. Men at det truleg gjeld for mange, vil ikkje seie at det faktisk gjer det. Då krevst statistisk generalisering gjennom andre studiar.

3.6 Etiske vurderingar

Å snakke med andre menneske og utforske deira livsverd, handlar om noko meir enn å innhente data. Det har og ei moralsk side. Kvale (2005, s. 66 - 70) peikar på det informerte samtykket, konfidensialitet og konsekvensar som tre viktige etiske reglar for forskning på menneske. Han understrekar at ein må ta omsyn til desse gjennom heile forskningsprosessen.

Det informerte samtykket vil seie at informanten, så langt det lar seg gjere, får god informasjon om undersøkinga og eventuelle bakdelar ved deltakinga. Eg orienterte om målet for studien, og hovudtrekka i prosjektplanen. Dei fekk skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet, og korleis data skulle nyttast vidare. Det blei understreka at det var frivillig å delta, og at ein kunne trekke seg når som helst fram til masteroppgåva blei levert. Alle informantane skreiv under ei samtykkeerklæring før vi starta intervjuet (Jfr. vedlegg nr. 4).

Forskning skal i prinsippet vere open og tilgjengeleg. Sjølv om det vi snakka om ikkje var av konfidensiell karakter, bestemte eg meg under planlegginga av studien for å anonymisere. Eg trudde at eg då kunne få meir ærlege og usminka svar. I ettertid er eg meir usikker på om dette er tilfelle. Men informantane var lova konfidensialitet, og då held eg det eg har lova.

Det ville styrka studien å kunne vise til kvar eg hadde gjort dei empiriske undersøkingane, og kven eg hadde intervjuet. Men sidan eg er på jakt etter teoriar om kontinuerlig forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, er dette underordna.

3.7 Frå metode til empiri

Eg har no gjort greie for kva vurderingar, metodiske val og strategiar som ligg til grunn for studien. I neste kapittel presenterer eg informantane, målber empiriske data og ser framlegga frå dei tilsette i høve til kven som potensielt kan kaste lys over kunnskapsprosessar (Jfr. Kap. 3.3) i samanheng med andre empiriske data. Avslutningsvis forklarar eg korleis den sterke tverrfaglege forankringa førte til omformulering av forskningsspørsmåla (Jfr. Kap. 3.4).

Målet er at funna frå den aktuelle eininga kan nyttast til å abstruere ny teori om tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerleg forbetring, som potensielt er gyldig andre stader, og til andre tider (Jfr. Kap. 3.5.3).

KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV DATA

Ved personleg intervju med 9 av omlag 65 tilsette ved ei spesialisert rehabiliteringseining, har eg undersøkt nærare om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis. Både tal informantar, og at eg snakka med dei medarbeidarane hadde peika ut som gode informasjonskjelder, gjer at det er grunn til å tru at eg har fått ei rimeleg god oversikt (Jfr. Kap. 3.2.2/3.2.3).

For å gjere funna meir levande, har eg freista å formidle mi forståing av informantane sine erfaringar og opplevingar i ein kombinasjon mellom gjenfortelling med eigne ord, og direkte sitat. Den språklege uttrykksforma er underordna. Eg legg vekt på meiningsinnhaldet, og sitata blir gjengitt så ordrett som mogleg. Talespråket er der det er føremålstenleg, framstilt som godt skriftleg språk (Jfr. Kap. 3.5.1). For å skilje mellom, og knyte synspunkta til einskildinformantar, omtalar eg dei som sosionomen eller ergoterapeuten, alt etter kvar det aktuelle meiningsinnhaldet har sitt opphav.

4.1 Kven er informantane ?

I samband med utveljing av informantar var det i utgangspunktet ikkje laga kriterium knytt til kjønn, men alle informantane som blei valde ut i studien var kvinner (Jfr. Kap. 3.3). Med bakgrunn i opplysningar knytt til demografiske data (Jfr. Kap 3.4), kom det fram at informantane hadde ulik bakgrunn med omsyn til utdanning, alder og erfaring. Unnataket var at to av informantane hadde grunnutdanning i sjukepleie. Den eine blei vald ut i kraft av leiarfunksjonen knytt til avdelingssjukepleiarrolla.

Tre av informantane var under 40 år. To tilhørde aldersgruppa 41 til 50, og fire var mellom 51 og 60 år. Ei hadde erfaring frå anna rehabiliteringsarbeid, og tre hadde arbeidd andre stadar i spesialisthelsetenesta. Fire hadde erfaring frå statsforvaltinga eller frå førstelinjetenesta. Tida informantane hadde vore tilsett ved eininga varierte. Den ”ferskaste” hadde vore der eitt år. Dei med lengst fartstid hadde vore med i planlegginga før etableringa av eininga for over 13 år sidan. Fysioterapeuten har vore med sidan starten, og fortel at det har vore lærerikt:

Det va jo utrolig spennende. Og så kordan vi, når vi jobbet sammen i ulike grupper kor enda mye bedre vi ble. Kor mye vi kunne få ut av pasienten når vi hadde den kunnskapen fra flere folk. Det var kjempenyttig. Det er det som har holdt meg gående.

Målt i tal faggrupper, var utvalet av informantar breidt tverrfagleg samansett kring fellesnemnaren kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar. Ut frå svar frå informantane (Jfr. Vedlegg nr. 4), fordeler grunn-, etter- og vidareutdanningar seg slik:

Tabell 4: Informantane sine grunn-, etter- og vidareutdanningar og fartstid ved eininga.

| Grunnutdanning | Etter- og vidareutdanning: |
|--|---|
| Sosialhøgskule: Avsluttande eksamen 1973. Arbeidd ved eininga sidan: 1996 | <i>Forskning og formidling. Leiarutdanning for sosial- og barnevernsektoren. Sosialt arbeid (teorier) og helserett.</i> |
| Sjukepleie: Avsluttande eksamen 1977. Arbeidd ved eininga sidan: 1995 | <i>Sosialpedagogikk.</i> |
| Cand. Med (lege): Avsluttande eksamen 1994. Arbeidd ved eininga sidan: 2004 | <i>Spesialisering i nevrologi.</i> |
| Fysioterapi: Avsluttande eksamen 1994. Arbeidd ved eininga sidan: 1997 | <i>Spesialist i nevrologisk rehabilitering.</i> |
| Psykolog: Avsluttande eksamen 2003. Arbeidd ved eininga sidan: 2003 | <i>Held på med spesialisering i nevropsykologi.</i> |
| Ergoterapi: Avsluttande eksamen 2007. Arbeidd ved eininga sidan: 2007 | <i>Ingen.</i> |
| Sjukepleie: Avsluttande eksamen 1978. Arbeidd ved eininga sidan: 1998 | <i>Vidareutdanning i rehabilitering.</i> |
| Vernepleie: Avsluttande eksamen 1981. Arbeidd ved eininga sidan: 1997 | <i>Offentlig administrasjon. Spesialpedagogikk 1,5 års – eining. Vidareutdanning i psykisk helsearbeid Med tverrfagleg fordjupning.</i> |
| Førskulelærar: Avsluttande eksamen 1983. Arbeidd ved eininga sidan: 1997 | <i>Småskolepedagogikk. Personaladministrasjon og leiing. 2. avdeling spesialpedagogikk (logopedi). Masterstudium (Spesialpedagogikk).</i> |

4.2 Kva fortalde informantane ?

Ved å snakke med informantane, har eg frå fleire synsvinklar funne ut meir om tverrfagleg samarbeid kan vere reiskap for kontinuerleg forbetring, og i så fall korleis. Eg vil i det vidare mastergradsarbeidet gjere greie for funna frå dei empiriske undersøkingane. Ulike data kan knytast til fleire forskningsspørsmål. Eg tolkar dette som eit uttrykk for at det empiriske materialet heng saman, og må forståast som ein heilskap.

Eg har freista å skildre komplekse rehabiliteringsprosessar, framfor kategorisk å knyte svara til der dei har sine utspring i intervjuguiden, eller i forskningsspørsmåla (Jfr. Kap. 3.2, og Vedlegg nr. 2), men heller plassert dei der eg synes at meiningsinnhaldet høyrer mest heime. Eit døme kan vere funksjonen som koordinator og korleis ein set saman tverrfaglege team. I intervjuguiden sorterte dette under overskrifta Læring og kunnskapsoverføring, men i dette kapitlet blir funna presentert under forskningsspørsmålet som er knytt til organisatoriske forhold.

4.3 "Eg kan læra någo av alle"

For å kaste lys over kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar (Jfr. Kap. 3.2), blei intervjuguiden mellom anna bygd opp kring tema relatert til koordinatorrolla, bruken av kompetanseplanar, internundervisningstilbodet, og kva fagpersonane forstod med tverrfagleg samarbeid, (Jfr. Kap. 3.4, og Vedlegg nr. 2).

Informantane fortel at med unnatak av legetenesta som i kraft av funksjonen som utdanningsinstitusjon for legar i spesialisering er pålagt å ha fagspesifikk undervisning, blir det sjelden arrangert undervisning i dei einskilde faggruppene. Ein nyttar heller både interne- og eksterne førelesarar i samband med tverrfagleg internundervisning. Informantane fortel at val av tema blir styrt etter uttrykte ønsker, og at tilbodet har vore skiftande. I det siste har ein formalisert ansvaret gjennom ei tverrfagleg samansett gruppe, som finn relevante tema og sørgar for føredragshaldarar.

Informantane kjenner ikkje til at det er utarbeidd ein eigen kompetanseplan ved eininga. På spørsmål om ein snakkar om kva område ein vil bli betre på, eller ønsker å utvikle seg og satse framover svarar fysioterapeuten slik: *"Ja, vi må få oss en kompetanseplan. Vi må bli litt enige om hva er vi gode på. Hva vi må bli bedre på. Kor er det vi vil ? Hva vi vil være ?"*.

Informantane fortel at ikkje berre dei formelle møtestadane er viktige kunnskapsarenaer. Til dømes fortel logopeden at ho ofte uformelt stiller spørsmål og deler erfaringar med dei andre i det tverrfaglege teamet. Ved hovudskadar, til dømes, kan ho søke råd hos psykologen i høve til kva utfall (symptom) ein kan forvente. Ho gir uttrykk for at ho lærer mykje av kollegaér: *"Mye av internundervisningen kan faktisk foregå ved samtaler"*. Psykologen fortel at ho opplever at korridoren er ein viktig uformell møteplass. På spørsmål om kor viktig det er å

kunne drøfte utfordringar der og då, svarar ho spontant: ”*Kjempeviktig ! Kjempeviktig. Egentlig der all kunnskap skjer*”.

Logopeden har hatt to og eit halvt års pause for å arbeide som lærar. Ho opplevde at lærarane i skuleverket hadde strenge reglar i høve til bruk av bunden- og ubunden tid: ”*Det blir for rigid. Jeg passa bare ikke inn i det systemet. Men det er klart at det var et kjempehinder for samarbeid. Jeg visste jo verdien i å kunne ha den uformelle praten*”.

Ho fortel at det var lite rom for dei uformelle samtalanene i skuleverket, og ein måtte late att døra for å ”*snike seg til tid*”. Når overordna kom inn, skifta dei raskt tema. ”*Når de der lederene ville gjøre noe med det, så ga de oss tid tre kvarter hver onsdag*”. Ho gir uttrykk for at det ved noverande arbeidsplass er meir aksept for det uformelle samarbeidet.

Informantane skildrar at ei vanleg samarbeidsform er møte der alle faggruppene er representert. I tillegg til daglege morgonmøte presenterer og diskuterer ein ulike pasientkasus i det tverrfaglege inntaksteamet, der leiarane og er med. Pasientane kan og få tilbod ambulant ved at ulike fagpersonar reiser ut, gir råd eller gjer vurderingar i heimen eller ved andre institusjonar. Alternativa kan vere poliklinisk konsultasjon eller innlegging. Ein vurderer og prioriterer mellom tilvisningar: ”*Så blir det diskusjon. Sjølv om ein har tenkt ut noe på forhånd, så kan det jo hende at det ender opp med noe annet*”, fortel legen. Ho peikar på at dette er ein god anledning til å få ”*samarbeid på tvers*”. Sjukepleiaren fortel: ”*Eg har lært at eg kan lære någo av alle. Eg treng ikkje å lære av nokon som er høgare enn meg på rangstigen. Alle har någo å bidra med.*”.

Informantane skildrar at ein nyttar eit felles tverrfagleg kartleggingsskjema, der fagpersonane innan ein gitt frist skal formulere funn og utfordringar knytt til rehabiliteringsprosessen. Slik ønsker ein å få betre oversikt over, og forståing for pasienten sine utfordringar. Målet er at kartlegginga skal vere klar den første veka, og bli presentert på dei faste teammøta. Slik freistar ein å ansvarleggjere pasienten i høve til at fagpersonane skal hjelpe og støtte, medan pasienten sjølv må arbeide hardt og medvite for å nå måla.

I følge informantane er målet at det i løpet av opphaldet blir formulert ein skriftleg, tverrfagleg fellesrapport, der ein beskriv status og vidare planar. Så sant det er praktisk mogleg, tar ein sikte på å starte skrivearbeidet allereie første veka. Avdelingssjukepleiar fortel

at ei vedvarande utfordring er å gjere rapporten tverrfagleg, og ikkje fleirfagleg. Ved utreise, er det meininga at pasienten får med fellesrapporten, som og blir sendt til fastlegen og andre samarbeidspartnarar.

Ergoterapeuten fortel at dei ut frå kartleggings skjemaet, freistar å formulere målsettingar for den vidare rehabiliteringsprosessen. Då er det viktig at pasienten fortel kva som vil vere viktig for han/henne i framtida. Eit døme kan vere å kunne flytte tilbake til eigen bustad, starte i jobb att, køyre bil eller ligge på post ved elgjakta neste haust. På spørsmål om intensjonen med målmøta, svarar logopeden: ”*Da vet alle hva som er viktig for pasienten*”. Med bakgrunn i måla, vurderer ein måloppnåing før utreise. Vanleg liggetid er fire til seks veker. Når fagpersonane er usamde om utskrivingsdatoen, har avdelingsoverlegen det avgjerande ordet. På spørsmål om ein utarbeidar individuelle planar ved eininga, svarar avdelingssjukepleiaren:

Nei, men me starte på de. På alle fellesrapportane står det at dette er starten på en individuell plan. Og pasienten har fått informasjon om det. Det er kommunen si oppgave å skrive han. Vi kan vere med å starte han.

Avdelingssjukepleiaren fortel at dei sidan starten har vore medvitne på at dersom ein skulle lukkast med å få eit godt tverrfagleg samarbeid, så måtte ein jobbe med det. Sosionomen fortel at dei tidlegare har fått ekstern hjelp til å arbeide med og etablere spelereglar for det tverrfaglege samarbeidet. Dei formelle strukturane for samarbeid har vakse fram som eit resultat av erfaringar over tid. Fysioterapeuten har vore med sidan starten, og fortel:

Viktigheten av å ha felles arbeidsdokumenter. Det at vi har et felles kartleggings skjema der alle går inn og skriver, kor utrolig nyttig det er for pasienten, og kor utrolig nyttig det er for meg som er en fagperson å kunne få en oversikt over ka de andre har kartlagt.

Fleire av informantane gir uttrykk for at det er mykje erfaring og kompetanse ved eininga. Den vil truleg vere vanskeleg både å identifisere og erstatte. Eg spør fysioterapeuten kva ho legg i taus kunnskap: ”*Det er det du ser, og det du forstår av å se og kjenne på en pasient. Der du kan se sammenhengar, men klarer ikkje å forklare det. Fordi det bare er sånn*”.

Ho dreg fram eit døme der ho som fysioterapeut trenar med ein person som skal freiste å øve opp att gangfunksjonen. Når medarbeidarane, som har vore tilskodarar, spør korleis ho får det til, så kan ho ikkje forklare det: ”*Eg bare kjenner det*”. Ho opplever at handlaget og det

kliniske blikket er nesten uråd å lære vekk. På spørsmål om kvifor, svarar ho at det krev erfaringsbakgrunn for å motta det. Har ein ikkje det, så har ein ikkje noko å legge det på.

Informanten fortel at taus kunnskap ikkje er eit tema dei ofte snakkar om, og legg til at ho ikkje blei merksam på det før ho fekk kollgaér som var nyutdanna. Dei kunne ikkje forstå korleis ho visste korleis ein kunne støtte pasienten ved gangtrening: *”Det er først då du begynner å skjønne at her ligger noe som eg ikkje kan sette ord på”*.

Logopeden gir uttrykk for at dei ikkje brukar begrepet taus kunnskap, men at dei av og til brukar ordet realkompetanse som ho tillegg noko av den samme tydinga. Informanten gir uttrykk for at alle sit på verdifull kunnskap som dei ikkje er klar over. Ho fortel at ho sjølv har kjent det på kroppen. Hennar tause kunnskap som ho ikkje kan lære vekk, er opplevinga av å vere i ei krise, og ikkje kunne ta inn informasjon: *”Jeg har i alle fall opplevd å sitte på begge sidene av bordet. Og det tror jeg er en taus kunnskap som jeg drar med meg videre i arbeidet mitt.”*

4.4 ”Godt å få snakt om det”

Det andre forskningsspørsmålet er knytt til korleis den einskilde fagpersonen får støtte og rettleiing i komplekse rehabiliteringsprosessar (Jfr. Kap. 3.2). For å freiste å kaste lys over temaet, blei intervjuguiden mellom anna bygd opp kring tema relatert til tilbodet om veiledning, kva ein legg i det å gjere ein god jobb, kven ein vender seg til når ein møter utfordringar i arbeidssituasjonen, om ein får naudsynt opplæring, og kva som skal til for å bli ein dyktig fagperson på dette fagfeltet (Jfr. Kap. 3.4, og Vedlegg nr. 2).

Informantane nemner ikkje leiarane som nærpersonar i faglege samanhengar, men peikar på det gode arbeidsmiljøet, når eg spør om korleis den einskilde fagperson får støtte og veiledning. Når ein møter ei utfordring i arbeidssituasjonen, tar dei kontakt med ulike kollegaér alt etter kva type utfordring det gjeld. Nokre ville ha tatt opp faglege spørsmål i si eiga yrkesgruppe. Andre ville kontakta den yrkesgruppa dei trudde kunne hjelpe dei best ut frå problemstillingane.

Det er ein sosionom ved eininga. Ho fortel at sidan ho ikkje har kollegaér med samme fagbakgrunn, tar ho nokre gonger kontakt med andre sosionomar i førstelinjetenesta eller på

universitetssjukehuset. Ho gir uttrykk for at det er svært utfordrande å få til eit godt samarbeid når dei er så langt frå kvarandre, og at ho burde tatt kontakt mykje oftare. Sosionomen seier at ho knytter seg tettare til nokre medarbeidarar. Internt har ho funne ein god samtalepartner:

Hon er aleine logoped. Jeg er aleine sosionom så hvis det e ting vi føle at vi bør gripe fatt i, så diskuterer vi litt. Og så er vi litt på samme alder. "Fysio og ergo" er jo litt yngre enn oss.

Ergoterapeuten, som er forholdsvis nyutdanna, fortel at ho ved utfordringar oftast tar kontakt med den ergoterapeuten ho deler kontor med, sjølv om vedkommande tilhøyrer eit anna tverrfageleg team. Fysioterapeuten er "ein god nummer to, fordi me er jo veldig i slekt sånn arbeidsmessig". Vernepleiaren fortel at om det gjeld pasientar, så tar ho det opp i teamet. Forhold knytt til kollegaer tar ho opp med den det gjeld. Fører ikkje det fram, så kontaktar ho avdelingsleiaren.

Eg undra meg om det kunne vere ein samanhang mellom erfaring og tryggleik i eiga rolle, og kvar ein vender seg når ein treng gode råd. Er det tryggare for dei mindre erfarne å støtte seg på sine egne? Var det eit uttrykk for dette at 4 av 7 først foreslo kollegaer med samme utdanningsbakgrunn ved utveljinga av informantar (Jfr. Kap. 3.3). Sjølv om eg ikkje ba dei rangere medarbeidarane etter kven som best kunne kaste lys over problemstillinga, så tolkar eg dette som eit mogleg uttrykk for at det er desse personane dei først tenker på.

Dei ulike teama har tilbod om veiledning ein gong i månaden hos ein spesialsjukepleiar med vidareutdanning i psykisk helsearbeid: "Hu er veldig flinke. Så det synes eg er kjempe greit. Du oppleve jo mange sjebnar her, så det er godt å få snakt om det," utdjuar ergoterapeuten. Sosionomen fortel om aktuelle veiledningstema: "Evaluering av et kommunemøte som vi følte gikk helt spinngale. Å, dette møtet va berre heilt forferdelig. Hva skjedde?". Vernepleiaren svarar følgande når eg spør om kva som kan vere fordelane med veiledning:

Det er jo å få setta ord på ting. Og så når du seie ting høgt, så kan de kjennes litt annerledes ut, enn når du går å kjenne på det inne i deg. Og at du kan få litt andre synspunkter. Eller få støtte. Var det rett, eller var det ikkje rett?

Eg undra meg over korleis informantane opplever at dei lærer. Informantane framhevar at den heilskaplege tilnærminga gir stort læringsutbytte. Psykologen synes det er lærerikt å sjå korleis andre kollegaer i ulike yrkesgrupper løyser arbeidsoppgåvene sine. Sosionomen som har vore tilsett ved eininga i 12 år, fortel at ho framleis lærer noko nytt kvar dag. Ho forklarar

det med at ho arbeider saman med kollegaer med annan yrkesbakgrunn, og illustrerer med eit døme:

Rett før du kom så var det ein ny pasient oppe som er veldig forvirra. Da går eg ikkje rett inn der for å snakke med henne før eg har sett litt: Hva har de andre gjort ? Hvilke tanker har de gjort seg ? Du henter informasjon. Det vil alltid gi økt lærdom, eller kunnskap.

Logopeden gir uttrykk for at ho har stor nytte av kunnskapen ho har tileigna seg gjennom grunnutdanninga som førskulelærer. Der lærte ho at alle kan lære noko, og at ein må leite etter korleis ein kan nå målet. Slik er det og som logoped, seier ho. Ho skildrar at ho nyttar mykje av den samme metodikken for å sjå mennesket som ein heilskap. Alle bidrar med sin kunnskap inn i fellesskapet: *"Ja, jeg har et ansvar for å være med å videreutvikle mine kollegaer"*.

Fysioterapeuten fortel om eit trygt støttande miljø der samarbeidet er godt. Informanten opplever at medarbeidarane er sikre både på eigen og andre sin dugleik, og at når ein er trygg i eiga rolle, er det lettare å seie frå om det du ikkje meistrar. Styrken ligg i det tverrfaglege, seier avdelingssjufkepleiar:

Enkelte har kanskje vært særfaglige av natur. Men det går ikkje an å vær her viss du er det. Så på et vis blir det smuldra vekk. Me har og sett noen gonge at noen . . . "Eg er så goe i det eg gjør. Eg får det så godt te". Men faktisk så tenke eg at de er noge med å se heilheten. Du bli goe fordi de andre rundt deg og er goe..

Fysioterapeuten fortel om ein pasient der ho arbeidde i forhold til å stabilisere sitjebalansen. Ho fortel at dei forskjellige yrkesgruppene streva kvar for seg med ulike utfordringar: *"Og så tenker eg, det går jo ikkje an, altså her må vi jo faktisk koble oss sammen å se, Denne pasienten kan ikkje klare å snakke før vi har fått han orntlig opp. Her må vi jobbe sammen !"*

Pasienten hadde vanskar med å produsere stemme nok til å kunne kommunisere verbalt. Dersom han skulle kunne klare å snakke, så måtte fysioterapeuten sørge for ei god sittestilling, og ergoterapeuten for at vedkommande var tilstrekkeleg vaken. Slik blei pasienten mottakeleg for trening, stimulering og læring hos logopeden. Etter å ha fortalt historia, utdjuvar informanten kva ho opplever er styrken ved det tverrfaglege samarbeidet:

Då tenker eg på det å være flere yrkesgrupper som ser på ser på samme, belyser en persons problemer fra ulike innfallsvinklar. Fra sine innfallsvinklar, og på den måten får vi et utrolig

mye mer fullstendig bilde av personens utfordringer fordi vi ser det med ulike øyne. Og eg syns det er utrolig facinerende hvordan det gjør oss bedre.

Avdelingssjukepleiaren peikar på dei felles møtearenaene som den viktigaste suksessfaktoren for godt tverrfagleg samarbeid. Psykologen samanliknar det tverrfaglege teamet med eit verktyskrin: *”Tror at denne respekten for tverrfagligheten er en god ting for å overleve her. Du kommer ikke noe videre med en hammer. Vi må liksom ha hele verktøyskrinet”.*

Logopeden peikar på at det og kan vere negative forhold knytt til tverrfagleg samarbeid. Ho fortel at det ikkje alltid er aksept for at ein har ulike innfallsvinklar og tilnærmingar. Informanten fortel at det blir verkeleg vanskeleg når representantar frå andre yrkesgrupper overtar det som vanlegvis tilhøyrer andre faggrupper sine arbeidsoppgåver *”Jeg kan være litt logoped og, eller jeg kan sitte å være litt ergoterapeut å jobbe litt med motorikken i skriving”.* Logopeden gir uttrykk for at det er viktig at kvar yrkesgruppe får behalde sin eigenart i det tverrfaglege samarbeidet.

Sosionomen fortel at dei kvart halvår set av to timar for å evaluere teamarbeidet. Ho peikar på at idéalet er at ingen er viktigare enn dei andre. Eg spør kva andre kan lære av deira erfaringar:

De kan lære noe på systemnivå. På de systemene vi bruker i forhold til kartleggingskjema, målsetting og fellesrapport. Fordi det tvingar oss til å jobbe tverrfaglig. Og det tvingar oss til å gjøre det tydelig, sånn at alle kan se det på et vis.

Sosionomen understrekar at ein heile tida må skjerpe seg for å få teamarbeidet til å fungere. Ho har opplevd både opp- og nedturar, og held fram at det er krevande å arbeide tverrfagleg. For å illustrere kva ho tenker på, drar ho fram det å vere lojal mot fellesavgjerder. Dei som er usamde, kan bestemme noko anna i ettertid. Det skaper misnøye og irritasjon: *”For å få til et godt samarbeid, så må vi være trygge på hverandre, stole på hverandre, og være enig om at ”Sånn gjør vi det”! Så følge vi den veien vi har bestemt å gå.”*

4.5 ”Bare over bordet”

Det tredje forsknings spørsmålet er knytt til kva rolle organisering, lokalisering og geografisk avstand internt på eininga, påverkar læring mellom dei ulike yrkesgruppene (Jfr. Kap. 3.2). Eg bygde opp intervjuguiden kring tema som korleis dei ulike yrkesgruppene ved eininga faktisk

er plassert geografisk i forhold til kvarandre, om det er yrkesgrupper eller kollegaer ein kunne ønskt seg nærare, om informantane opplever at organisering og geografisk plassering påverka samarbeid og læring i det tverrfaglege teamet (Jfr. Kap. 3.4, og Vedlegg nr. 2).

Eininga der eg gjorde dei empiriske undersøkingane, låg for seg sjølv i landlege omgjevnadar i ein anna bydel enn sjukehuset der den var organisatorisk forankra. Døgnavdelinga (sengeposten) var plassert i andre etasje. Alle pasientane hadde ein rom. Pleiepersonalet og nokre av legane var lokalisert i tilknytning til døgnavdelinga. Poliklinikken, ambulante team, og dei andre faggruppene hadde base i første etasje.

Alle informantane framheva det gode arbeidsmiljøet. *”Veldig fornøgd med arbeidsplassen. Veldig spennande. Veldig sterkt fagligt miljø. Veldig kjekke pasientgrupper. Kjekke kollegaer”*, seier ergoterapeuten. Logopeden fortel at ho arbeider i dette fagområdet fordi: *”Det er så kompliserte problemstillinger at vi må være sammen om de, for å vite egentlig hva det er for noe. Pasientene blir et hele”*. Avdelingssjukepleiar fortel: *”De slutte jo ikke ! De er jo her. De går å vente på stillingar, så det er jo klart at de blir jo flinke.”*

Sosionomen gir uttrykk for at den fysiske nærleiken internt på eininga er ein medverkande faktor for å lukkast i det tverrfaglege samarbeidet. Ho fortel at då dei hospitererte på Sunnaas Sykehus, fekk dei verkeleg sjå korleis avstandane kunne vere ved store rehabiliteringsinstitusjonar:

Jeg setter ihverfall veldig stor pris på den nærheten til hverandre. Det er så fort gjort å ta opp ting med en gang. Treng ikke gå et helt, halvt bygg for å finne de eg trenger.

Ergoterapeuten fortel at ho samarbeider mest med ein kollega frå same yrkesgruppe, og forklarar det med at dei har felles kontor og lik utdanningsbakgrunn. Når eg spør om kor viktig det er å ha korte avstandar, refererer ho til erfaringar frå sin forrige arbeidsplass: *”Eg synes nesten det er litt for lang avstand mellom oss. Der så eg jobde sist så satt fysio og ergo samen. Så me kunne liksom sitte å diskutera pasientane bare over bordet”*.

På spørsmål om kva rolle fysiske avstandar spelar for samarbeidet, uttrykker ergoterapeuten følgande: *”Eg tror det er en kjempefordel sånn så det er nå, iallefall. At me ligg litt sånn avskjerma. Har masse muligheter rundt oss her. Ikke drukna liksom i det stora systemet”*.

På spørsmål om kva avstanden mellom etasjane internt på eininga betyr for samarbeidet, svarar logopeden at det blir litt sånn ”dei oppe”, og ”vi nede”. Ho trur at dersom ho hadde hatt kontor i døgnavdelinga, så hadde samarbeidet med pleiepersonalet vore tettare.

Fysioterapeuten fortel om då eininga blei etablert:

Vi hadde kontorer oppe fordi det ikkje var klart her nede. Så hadde vi vårt behandlingslokale inne i den ene stuen. Så hadde vi kontor på et pasientrom. Og eg vet at avdelingen oppe ennå snakker om den tiden. Kor fantastisk det var ! For da ble vi på en måte en integrert enhet.

Fysioterapeuten har erfaring frå eit sjukehus der fysioterapeutane var organisert som ei gruppe som skulle yte tenester til alle dei kliniske avdelingane. Ho fortel at då såg ho på seg sjølv som ein del av fysioterapigruppa, og legg til: ”Her blir det tross alt sånn at det er døgnavdelingen eg hører til”. Psykologen framhevar fordelene med at dei har kontor fysisk nær kvarandre, og fortel om kva som skjedde då eit autismeteamb, som ho samarbeidde godt med, blei flytta:

Det går an å ringe de, og jeg kjenner de jo godt, men jeg gjør ikke det. Og de gjør det ikke heller. Det er absolutt det viktigaste om du skal få til samarbeid, at det er fysisk kort i mellom.

Drifta ved døgnavdelinga er organisert i to tverrfaglege team. Kvart team har ansvar for seks pasientar. Fysioterapeuten fortel: ”I utgangspunktet så er det knyttet til rom. De seks rommene hører til et team, og de seks andre rommene hører til det andre teamet. Så er det det rommet som er ledig som blir fylt opp”.

Ergoterapeuten fortel at dei ulike fagpersonane er knytt til kvar sitt team, slik at dei same fagpersonane får utvikla samarbeidet over tid. Ein fast dag i veka har dei teammøte.

Turnusplanen er lagt opp slik at flest mogleg kan delta. Informantane gir uttrykk for at dei ikkje får opplæring i å arbeide tverrfagleg, men blir kasta rett ut i det. Fysioterapeuten fortel at ho opplever at hennar rolle først og fremst er det fagspesifikke, men at ho og deltar som ein aktiv pådrivar i andre prosessar.

Informantane fortel at alle pasientane har ein personleg koordinator. Før ivaretok og fysio- og ergoterapeutane denne rolla, men etter organisering i team, er det no ein sjukepleiar eller vernepleiar som har fått det ansvaret. Informantane fortel at funksjonen er knytt til yrkesgruppe, uavhengig av pasienten sine funksjonsutfall, diagnosar, kognitive og/eller sosiale problemstillingar. Tidlegare peika avdelingsoverlegen og avdelingssjukepleiar ut

koórdintorar, fortel avdelingssjukepleiar. Ho fortel vidare at dei no vil at teama bestemmer sjølv. I teammøtet før pasienten kjem presenterer legen dei medisinske opplysningane, og spør kven som kan vere koórdintor. Avdelingssjukepleiaren gir uttrykk for at det ofte er det dei med ledig kapasitet i dei aktuelle yrkesgruppene som tar på seg oppgåva.

Ifølge avdelingssjukepleiaren må arbeide minst 80% stilling for å kunne vere koórdinator. Då har ein ansvar for å etablere kontakt og vere bindeleddet til kommunehelsetenesta og pårørande, samordne tenestene, leie møte, kalle inn til pårørande- og kommunemøte, sørge for at fellesrapportar er godkjende av pasienten, og sendt til rette vedkommande, kalle inn til mål- og tiltaksmøte og sikre at kartlegginga som skal vere grunnlag for diskusjonar i teammøta er gjennomført.

Turnusplanen er laga slik at koórdinatorane er til stades når det er teammøte. Sosionomen framhevar at: ”*Koórdinatorrollen er veldig, veldig viktig*”. Avdelingssjukepleiar fortel at dei har tilsett eigne nattevakter slik at koórdinatorane skal kunne vere mest mogleg til stades:

Me e så avhengig av å ha kompetansen på dagtid, for du har koórdinatorfunksjon, og pasienten er her i et så begrensa tidsrom, og må vere med når dei viktige tinga skjer. Kan ikkje gå nattevakt når du ska møte kommunen.

Avdelingssjukepleiaren fortel og at kvar pasient har ein hjelpepleiar som primærkontakt. Tre hjelpepleiarar er teamsekretærar. Dei skriv referat og konklusjonar frå både interne diskusjonar og frå ulike samarbeidsmøte med førstelinjetenesta. Avdelingssjukepleiar fortel vidare at dei fekk oppgåva uten å søke sidan dei arbeidde 80% stilling, noko leiarane ho meinte ville vere tilstrekkeleg for å ivareta behovet for kontinuitet:

De har bare heva sin egen selvtillit og kompetanse på å få det ansvaret. For her er ikkje snakk om nyutdannede. Her er de snakk om folk med tjue års erfaringar, en del av de. De kan faget så godt. De er dyktige. Og de kan vurdere. Og de ser ting.

4.6 ”Tørre å ikkje ta ansvar”

Gjennom personleg intervju med ein sosionom, logoped, ergoterapeut, vernepleiar, psykolog, sjukepleiar, fysioterapeut, lege og ein sjukepleieleiar, har eg freista å kaste lys over det fjerde forsknings spørsmålet (Jfr. Kap 3.2) som er knytt til om fagets natur og den breie tverrfaglege samansetninga av faggruppene, påverkar forventningane til utøving av leiarrolla.

Gjennom snøballutveljing spurde eg dei tilsette kven som best kunne kaste lys over problemstillinga (Jfr. Kap. 3.2.3). Det er interessant å merke seg at av dei 80 namneforslaga, er tilsette i formelle leiarposisjonar berre føreslått tre gonger. Eg har då ikkje rekna med ein tilsett som hadde 30% av stillinga øyremarka til nokre leiaroppgåver. Ho var føreslått fire gonger, og ville uansett ikkje endra den heilt klare tendensen i høve til at leiarane ikkje blir forstått som personar som kan vere med å kaste lys over tverrfagleg samarbeid som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar.

Eg undra meg. Er det slik at når eg spør om kunnskapsprosessar, så blir det kognitivt ikkje sett i samband med leiing og leiarar ? Kunne spørsmåla vere stillt på ein slik måte at dei ikkje fikk assosiasjonar til leiing ? Er ikkje leiarane opptatt av kunnskapsjobbing, eller kan de vere at dei ikkje har noko å bidra med ? Er det slik at informantane assosierer leiing som eit fag på sida av dei andre disiplinane ? Kan det vere slik at leiararane arbeider med driftsdetaljar som ikkje blir oppfatta som kunnskapsprosessar ? Kanskje informantane i stor grad opplever at dei viktigaste for at dei skal få gjort ein god jobb er kollegaér på samme organisatoriske nivå ? Kan det handle om korleis ein opplever samanhangane mellom kunnskap og leiing ?

Informantane gir uttrykk for at dette er ein organisasjon der dei tilsette har mykje kunnskap og erfaring. Vernepleiaren samanliknar eininga med eit tannhjul, og understrekar at alle er viktige. Fysioterapeuten legg vekt på at leiarane ikkje bør overstyre dei ulike teama, men heller vere i bakgrunnen, men sørge for at ”rammene er på plass”. Logopeden legg vekt på at leiarane må sikre at det ligg til rette for å kunne bygge gode relasjonar. Ho beskriv kva ho meiner bør vere leiaren si rolle:

En leders oppgave det må være å gi tid, gi lov til å ha uformelle samtaler. De må ikke lage det så rigid at sånne samtaler ikke går an. . . Så lederen får jo en veldig viktig rolle i å ikke kontrollere oss så mye.

Fysioterapeuten som har nokre mellomleiarfunksjonar knytt til delar av stillinga si, meiner at hennar rolle skal vere underordna, men at ho har ansvar for å vere med å finne løysingar når noko ikkje fungerer. Ho gir uttrykk for at det beste er om ho ikkje blir kobla inn. Ho vil ikkje ta avgjerder i høve til korleis dei tverrfaglege teama skal arbeide, dersom ho sjølv ikkje er ein del av teamet. I utgangspunktet må dei finne løysingar sjølve. På spørsmål om ho trur alle typar leiarar kunne ha fungert i denne organisasjonen, svarar ho: ”Nei, overhodet ikkje. For eg

tror ikkje du kan være den veldig autoritære lederen. Den som har veldig behov for kontroll og styring.”

Informanten fortel vidare at det er viktig at leiaren har takhøgde, og lar fagpersonane ta seg av dei faglege utfordringane. Vernepleiaren gir uttrykk for at leiaren må ha overblikket og vite kva som skjer, men påpeikar at vedkommande ikkje treng detaljkunnskapar. Intervjuaren blir nysgjerrig, og spør korleis ho ville oppleve ein leiar som var interessert i detaljstyring:

Då hadde eg ikkje gidda å gjort någe. Fordi at det er ikkje nødvendig for den skal kontrolera meg alikavel. Treng ikkje gjør det. Er ikkje mitt ansvar. Gjør det sjøl !

Informantane gir uttrykk for at det er lett å ta kontakt med leiaren. Gjennom ei open dør til kontoret, får dei signal om ho er tilgjengeleg. Psykologen blir inspirert av tydelege leiarar. Vernepleiaren peikar på at leiaren er flink å spele ballen tilbake, og seier: ”*Dette er en sak for teamet*”. Ifølge sosionomen, seier avdelingssjefen at ho vil styrke fagfolka, og lage så gode rutiner at leiarane blir overflødige. Eg spør fysioterapeuten om tverrfaglig samarbeid og dialog er rådande verdiar på eininga, og kva eigenskapar ho tenker at ein leiar i slike avdelingar bør ha:

Ledaren må tørre å sleppe beslutningar. Tørre å ikkje ta ansvar. Tørre å la ansvaret ligge hos fagfolkene. Stole på de flinke medarbeiderne som vi forutsetter at du har. Tørre å stole på de beslutningene de tar, og gi de myndighet til å ta beslutninger.

Sosionomen fortel at teamarbeidet føregår uavhengig av leiarane. Avdelingssjuepleiar svarar følgande på spørsmål om kva ho tenker om at dei ulike teama har stor mynde til å ta avgjerder: ”*Eg synes det er heilt utmerket. De er nøge hvis du tar ansvar ifrå nogen. Det e nøge med å kjenne ansvar for det du holde på med. Det blir mye bedre*”. Sosionomen peikar på at ho opplever det positivt, at den nye avdelingssjefen har vore med på teammøte, fordi ho då får ho eit godt innblikk i aktuelle problemstillingar.

Mange av informantane peikar på behovet for å bli sett av leiaren. Logopeden gir uttrykk for at leiaren si haldning til dei ulike yrkesgruppene er viktig ved at ikkje noko yrkesgruppe blir framheva som viktigare enn andre. Dersom det skjer, trur ho at det vil gå ut over samarbeidet. Informanten peikar på leiaren bør vise at alle yrkesgruppene gjer ein viktig jobb. Korleis leiaren opptrer i forhold til ei yrkesgruppe kan ha signaleffekt for andre.

På spørsmål til legen om verdiane knytt til tverrfagleg samarbeid kan påverke leiarrølla, svarar ho at dette fagområdet tiltrekk eller kanskje formar ein viss type menneske. Ho opplever at dei tilsette er opptatt av å gjere ein god jobb. Ho samanliknar med sin forrige arbeidsplass, og seier: *”Eg vil nok sei at det på en måte kanskje er eit større engasjement her”*. På spørsmål om kva eigenskapar dei som søker dette fagområdet bør ha for å bli dyktige, svarar fysioterapeuten:

Vere interessert. Brenne for faget. Brenne for pasienten. Være glad i folk. Dette er et vanskelig fagfelt. Tenker at dette er folk som virkelig gir. Som vet at dette kostar. Men de er så glade i det komplekse. De syns det er så spennende, og de er glade i å jobbe sammen med andre, å jobbe tett, og få lov å jobbe grundig.

Når eg spør vernepleiaren om kva ho har lært i jobben det siste året, svarar ho: *”Eg tenke på at me som ein spesialisert institusjon samarbeider sånn så me gjør i forhold til pasientane og i forhold til kommunane: Samarbeid - Samarbeid - Samarbeid !”*

Avdelingssjukepleiaren gir uttrykk for at den tverrfaglege tenkninga er godt integrert: *”Det er kulturen. Me har hatt inne ein vikar nå. Han er vernepleiar, og han jobbe i skolen som miljøterapeut for funksjonshemma barn. Han sa at han aldri har sett at det går an å jobbe så tverrfagleg noe sted”*. På spørsmål om kva eigenskapar ein person som skal fungere godt i komplekse rehabiliteringsprosessar treng, svarar avdelingssjukepleiar:

Eg syns dette her å være en ytar. Å vere ein givar. Tror eg er veldig viktig. Hos meg er det viktig. Godt humør, stabil, lærevillig og ønske å gjør nåke for andre. Ha god kompetanse. Ha gode kunnskapar. Å vere villig til å jobbe tverrfaglig. Det nyttar ikkje å vere soloartist her !

4.7 Kva fann eg

4.7.1 ”Eg kan lære någo av alle” - Oppsummering av funn

Det kan sjå ut som at kunnskapsprosessar mellom dei ulike yrkesgruppene føregår på mange arenaer. Informantane fortel at dei formelle strukturane for samarbeid har vakse fram over tid. Eg har i liten grad i liten grad funne at det blir arrangert fagspesifikk undervisning. Informantane fortel at mange tema går på tvers, og ein er opptatt av det tverrfaglege fokuset. Informantane fortel om mange formelle læringsarenaer som til dømes internundervisning, fagdagar, team- og målmøte, evaluering av teamarbeidet og gjennom det tverrfaglege inntaksteamet.

Men trass i mange formelle møteplassar, legg informantane meir vekt på betydninga av å kunne dele erfaringar, diskutere og reflektere saman med medarbeidarar i meir uformelle samanhengar. Informantane gir uttrykk for at det er svært viktig at det i ein hektisk kvardag, er tid og rom for spontant å kunne drøfte aktuelle problemstillingar og utfordringar. Dei peikar på at det er viktig at leiarane gir lov og legg til rette for den uformelle samhandlinga.

Informantane gir uttrykk for at felles arbeidsdokument er med på sikre ei tydeleg tverrfagleg ansvarsfordeling. På døgnavdelinga nyttar ein, til dømes, eit standardisert kartleggings skjema i målsetningsmøta. Slik freistar ein å få betre oversikt over utfordringar og status i rehabiliteringsprosessen. Informantane fortel at før utskriving, skriv alle sin del av det som til slutt skal bli ein tverrfaglig fellesrapport. Informanten som er leiar fortel at fellesrapportane er starten på pasientens individuelle plan, og at dei kan delta i utarbeidinga saman med både pasienten og representantar frå førstelinjetenesta.

I møtet mellom den nyutdanna og den erfarne, opplever informantane at den tause kunnskapen kjem til syne. Den kan vere vanskeleg både å forklare og formidle. Informantane peikar på at det krev erfaringsbakgrunn for å kunne tileigne seg den tause kunnskapen, og peikar på at dei erfarne fagpersonane er viktige rollemodellar i det tverrfaglege teamet.

4.7.2 "Godt å få snakt om det" - Oppsummering av funn

Det synest viktig å få støtte og veiledning både frå representantar frå eiga yrkesgruppe, og frå medarbeidarar i det tverrfaglege teamet. Informantane gir uttrykk for å ha stort utbytte av teambasert veiledning frå ein ekstern fagperson. Informantane fortel at kven ein kontaktar når ein møter ei utfordring, kjem an på kva det dreier seg om. Nokre ville ha kontakta kollegaer i eiga yrkesgruppe ved faglege spørsmål. Andre ville ha kontakta den dei trudde kunne hjelpe dei best ut frå den konkrete problemstillinga. Dei som er aleine i si yrkesgruppe, tar nokre gonger kontakt med representantar med kollegér ved andre einingar.

I hovudsak synest det som pasientnære utfordringar blir drøfta i teamet, medan meir personalmessige tilhøve blir tatt opp med med leiarane. Det kan vere grunn til å reflektere kring samanhangane mellom erfaring og tryggleik i eiga rolle, og kven den einskilte fagperson søker til når ein møter utfordringar. Ein kan undre seg om det kjennast det tryggare

for dei uerfarne å ta kontakt med nokon frå eiga yrkesgruppe, framfor andre i det tverrfaglege teamet ?

Informantane gir uttrykk for at den tverrfaglege arbeidsmetodikken kan vere med å medvirke til at ein opplever kontinuerleg læring, når ein arbeider saman med kollegaer med annan utdannings- og erfaringsbakgrunn. Informantane gir uttrykk for at læringa føregår uavhengig av utdanningsbakgrunn eller formell posisjon i organisasjonen. Dei framhevar at den heilskaplege tilnærminga i pasientsakene kan vere med å gi stort læringsutbytte.

Informantane fortel om eit stabilt, trygt og støttande miljø der ein styrker kvarandre. Mange har arbeidd der lenge, og er trygge på både eigen og andre sin faglege dugleik. Både erfaring og ulike vidareutdanningar er viktige kjelder for kunnskapsbygging. Informantane fortel at ved å kaste lys over problemstillingane frå ulike synsvinklar, får ein ei meir fruktbar og heilskapleg tilnærming. Informantane opplever at tverrfagleg samarbeid om felles utfordringar ofte kan vere den forløyysande faktoren.

Men informantane gir også uttrykk for at det tverrfaglege samarbeidet er krevande, og at det har vore både opp- og nedturar. Dei seier at det ikkje alltid har vore aksept for ulike innfallsvinklar og tilnærmingar. Særleg utfordrande opplever dei det når ein overtar arbeidsoppgåver som tradisjonelt tilhøyrrer andre. Dei peikar på at det er viktig at kvar faggruppe får behalde sin eigenart, og at fellesavgjerder blir respektert.

4.7.3 "Bare over bordet"- Oppsummering av funn

Både fysisk lokalisering av eininga utanfor det store sjukehuset, og interne fysiske Avstandar, ser ut til å spele ei rolle i høve til å bygge gode samarbeidsrelasjonar. Dei fortel at den fysiske nærleiken internt på eininga, har vore ein viktig faktor for at dei har lukkast med å skape eit godt tverrfagleg samarbeid.

Sjølv om eininga ikkje er samlokalisert med andre, så opplever informantane at fordelinga av personale, kontor og ulike treningsfasilitetetar på to plan, set begrensningar i høve til kven som samarbeider, og når. Likevel peikar dei på at med relativt korte avstandar, har ein truleg ein fordel i høve til likande einingar som til dømes er lokalisert inne i eit større sjukehus.

Ein har organisert det pasientretta arbeidet ved døgnavdelinga gjennom to tverrfaglege team, kvart med ansvar for seks pasientar. Informantane fortel at kvar fagperson er knytt til eitt fast team, men dei som er aleine i si yrkesgruppe er med i begge. Kvart team har ansvar for faste rom. Informantane seier at kva team som får ansvar i dei ulike pasientsakene, avheng av kva rom som er ledig når pasienten kjem.

Dersom det skulle vere heilt spesielle forhold, så kan ein avvike frå regelen. Men informantane gir uttrykk for at samansettinga av fagpersonar rundt den einskilde pasient som hovudregel er styrt av praktiske funksjonelle løysingar, uavhengig av leiarane sine prioriteringar, den einskilde fagperson sin erfaring og dugleik, eller pasientens utfordringar.

Informantane fortel at alle pasientar har ein koordinator som er sjukepleiar eller vernepleiar, og ein hjelpepleiar som primærkontakt. I tillegg har teamsekretærene ansvar for ein del administrativt arbeid. Det synest å vere ein medviten strategi frå leiaren si side at teama sjølv peikar ut koordinatorar. Når ein peikar ut koordinatorar, primærkontaktar og teamsekretærar, og set saman team rundt den einskilde pasient, synes strukturelle forhold å vere styrande framfor pasienten sine funksjonsutfall, medisinske diagnoser, sosiale eller kognitive utfordringar. Eg finn heller ikkje at den einskilde fagperson sin erfaringsbakgrunn, dugleik, eller leiarane sine prioriteringar blir tillagt vekt.

4.7.4 "Tørre å ikkje ta ansvar" - Oppsummering av funn

Av 80 namneforslag, er tilsette i leiarposisjonar berre nemde tre gonger. Ein kan forstå dette som samanhengar mellom kunnskap og leiing og at ein ut frå spørsmåla som blei stilt, ikkje ser ut til å assosiere kunnskapsprosessar med leiing og leiarar.

Informantane gir uttrykk for at det er viktig at leiarane gir fagutøvarane stor sjølvråderett ved å la dei fatte eigne avgjerder, knytt til dei ulike pasientsakene. På den eine sida peikar informantane på at leiarane ikkje må legge for mykje føringar for dei tverrfaglege teama, samstundes som dei vil at leiarane skal sørge for at rammene er på plass.

Informantane gir uttrykk for at leiaren bør gi fagpersonane fridom i arbeidssituasjonen. Ein kan stille spørsmål ved om det kan vere eit motsetningsforhold når informantane meiner leiaren skal ha ein viss avstand, men samstundes peikar ein på at leiaren med fordel kan vere

med på tverrfaglege møte, for å danne seg eit bilete av dei faglege utfordringane, vurdere fagpersonane sine faglege bidrag og gi positive tilbakemeldingar.

Fleire av informantane fortel at det er lett å ta kontakt med leiaren sin, og understrekar at i denne organisasjonen må både leiaren og alle andre vere likeverdige. Dei peikar på at leiarane er flinke til å delegere ansvar. Informanten som ivaretar nokre leiararfunksjonar gir uttrykk for at hennar rolle i mange samanhengar skal vere litt tilbaketrekt. Ho peikar på at ein leiarstil med vekt på kontroll og styring, truleg ikkje ville vere føremålstenleg i ein organisasjon der tverrfagleg samarbeid er ein av grunnpilarane.

Informantane gir uttrykk for at dette fagområdet tiltrekk, eller kanskje formar ein viss type menneske. Dei peikar på at det er eit krevande fagfelt, og at ein må vere villig til å gi mykje av seg sjølv. Belønninga vil kunne vere å få arbeide grundig med komplekse problemstillingar i eit berikande tverrfagleg miljø.

4. 7. I spenningsfeltet mellom empiri og teori

Før eg gjorde dei empiriske undersøkingane, hadde eg førestillingar om kva eg trudde eg ville finne (Jfr. Kap. 1.2). Hypotesene viste seg berre delvis å stemme. At tverrfagleg samarbeid stod fram som ein viktig fellesnemnar for kunnskaps- og forbetningsprosessar var ikkje uventa, men eg blei overraska over kor positive informantane var i høve til ei slik arbeidsform. Det var og interessant å registrere at ein sjeldan tenkte på leiarane som nærpersonar i faglege samanhengar.

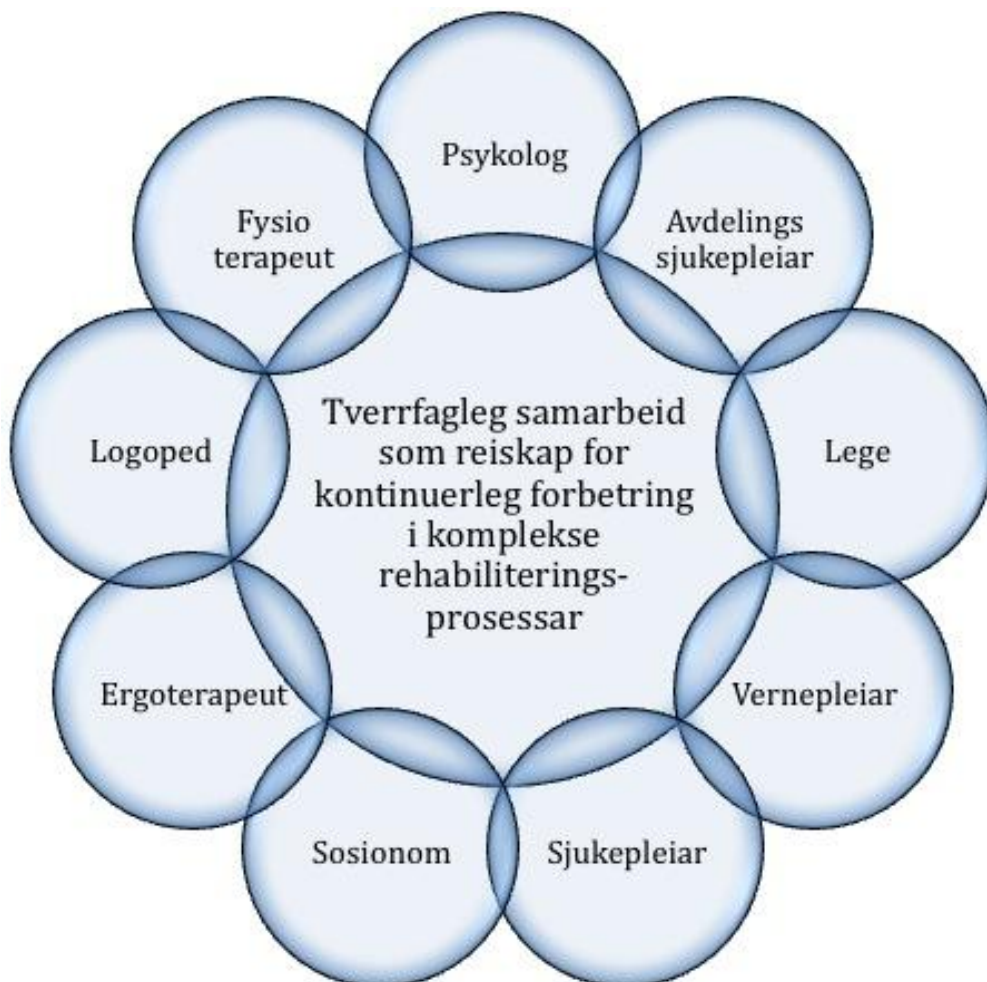
Hypothesa om at ein i liten grad arbeidde medvite og systematisk med kontinuerleg forbetring gjennom det tverrfaglege samarbeidet, såg ut til å bli stadfesta. Når det gjeld spørsmålet om korleis ein disponerer dei tverrfaglege ressursane, så registrerer eg at det er ein annan måte å organisere arbeidet, enn det eg har erfaring med.

Når det gjeld om fagets natur og om den breie tverrfaglege samansetninga av faggrupper gir implikasjonar for utøving av leiarrolla, så meiner eg å sjå at fleire av verdiane som erfaringsmessig er knytt til tverrfagleg samarbeid blei avspegla i forventningane til, og utøvinga av leiarrolla. Eit døme kan vere at leiarane på samme måte som i tverrfagleg samarbeid, i stor grad legg opp til at viktige avgjerder blir tatt etter kollektive diskusjonar.

Døme på desentralisert mynde kan vere at eit tverrfagleg samansett inntaksteam prioriterer mellom ulike søknadar om innlegging. Leiarane må rette seg etter kollektivet sin vilje i høve til kven som skal få tilbod ved eininga. Leiarane må og forhalde seg til avgjerder frå dei tverrfaglege teama i høve til når pasientane blir utskrivne.

4.7.1 Nye forskningsspørsmål trer fram

Men når eg no hadde fått sjekka ut hypotesene mine mot det empiriske materialet, blei det viktig å vurdere om den overordna problemstillinga var knytt til korleis røyndommen faktisk var, og ikkje korleis eg ønskte eller trudde den ville vere (Jfr. Kap. 1.2). Den overordna problemstillinga blei formulert som: Om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis ? Eg har i figuren under freista å illustrere korleis informantane frå ulike synsvinklar kastar lys over temaet i studien:



Figur 6: Informantar og reformulert overordna tema for studien.

Ut frå svara frå informantane såg eg at eg kunne spurt annleis (Jfr. Kap. 3.4), og at det ville vere føremålstenleg å reformulere forskningsspørsmåla for best mogleg å kunne skrive ut essensen frå det empiriske materialet. Sjølv om det etter mitt syn er to sider av samme sak, kan ein spissformulert seie at eg starta med å ville kaste lys over kunnskapsprosessar i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar, og enda opp med spørsmålet om tverrfagleg samarbeid kan vere reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis. Forskningsspørsmåla blei derfor omformulert, og knytt til dei tre hovudtrekka i det empiriske materialet.

1. Om ein arbeider med kontinuerleg forbetring gjennom tverrfagleg samarbeid ?
2. Korleis disponerer ein dei tverrfaglege ressursane for å løyse arbeidsoppgåvene ?
3. Om verdiane knytt til tverrfagleg samarbeid påverkar utøvinga av leiarskap, og i så fall korleis?

Det opphavelige forskningsspørsmålet som omhandla korleis organisering, lokalisering og geografisk avstand påverka læringa i det tverrfaglege teamet, har eg valdt å inkludere i det nye forskningsspørsmålet som er knytt til organisering av dei tverrfaglege ressursane.

4.7.2 Frå teori til empiri, og tilbake

Eg har i dette kapitlet presentert informantane, gjort greie for funna frå dei empiriske undersøkingane og reformulert både den overordna problemstillinga og forskningsspørsmåla.

Etter å ha arbeidd inngåande med det empiriske datamaterialet ser at eg i større grad kunne ha etterspurt kva informantane opplevde var utfordringane ved tverrfagleg samarbeid. Det ville vore ønskeleg med lengre tid mellom dei ulike intervju, slik at eg i større grad kunne transkribere, bearbeide og reflektere mellom intervju (Jfr. Kap. 3.5.2). Hadde dei verkeleg lukkast så godt med det tverrfaglege samarbeidet ? Kva rolle spela det at eg var leiar på ei liknande avdeling ein annan stad i landet ? Hørde eg det eg ønskte å høyre ? Fortalde informantane det dei trudde at eg ville høyre ? Fekk eg høyre korleis dei ønskte at det skulle vere ? Eller var det kanskje våre felles draumar om korleis det kunne ha vore som møttest ?

I det empiriske materialet teikna det seg tendensar som eg har formulert i tre hovudkategoriar.

Ein for alle – Alle for ein: bygger på at tverrfagleg forankring ser ut til å vere ein av grunnpilarane for kunnskapsprosessar i både formelle-, og kanskje særleg i uformelle samanhengar.

Det kjende er det trygge: vil seie at ein synest å prioritere at dei samme personane fyller faste funksjonar, eller roller, framfor at ein ”skreddarsyr” løysingar for den einskilde pasient.

Fleirtalet bestemmer: inneber at det synes å vere ein medviten strategi at leiarane lar avgjerder bli fatta kollektivt, gjennom felles tverrfaglege drøftingar.

Eg vil i neste kapittel først gjere nærare greie for dei tre skisserte kategoriane. Deretter vil eg analysere og diskutere funna som er knytt til forskningsspørsmåla og den overordna problemstillinga i lys av teoriar om tverrfagleg- og tverrprofesjonelt samarbeid, dei teoretiske resonnementa til Senge knytt til lærande organisasjonar, Schön sine betraktningar kring korleis profesjonelle reflekterer i og over handling og Nonaka og Takeuchi sine tankar om korleis ein kan frigjere taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjonar. I tillegg vil eg sjå funna i lys av den pågåande diskursen i helsetenesta om kontinuerleg forbetningsarbeid.

Eg vil utdjupe kva eg fann nærare i samband med presentasjon av funna knytt til dei empiriske undersøkingane i neste kapittel, og drøfte dei nærare i kapittel 5.

KAPITTEL 5 ANALYSE OG DISKUSJON

Eg spør i dette mastergradsarbeidet om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis. Ein mellomleiar og åtte fagpersonar med ulik utdanningsbakgrunn og klinisk retta arbeidsoppgåver, har kvar frå sine ståstarar vore med og kasta lys over temaet.

5.1 *Empirisk analyse*

I analysekapitelet presenterer eg først ein empirisk analyse ved å sortere funna mine i tre hovudkategoriar: Ein for alle – Alle for ein, Det kjende er det trygge og Fleirtalet bestemmer (Jfr. Kap. 4.7.2). Kategoriane blir presentert einskildvis, men må forståast som ein heilskap. Vidare diskuterer eg to av funna i kvar kategori i lys av dei teoretiske bidraga eg presenterte i kapittel 2. Eg knyter diskusjonen til dei fem disiplinane Senge seier ein må beherske eller utøve, om ein skal bygge lærande organisasjonar (Jfr. Kap. 2.4).

Deretter freistar eg med utgangspunkt i PDSA- sirkelen (Jfr. Kap. 2.2.2), kort å diskutere korleis leiarar kunne arbeidd systematisk med kontinuerleg forbetring knytt til tverrfagleg samarbeid. Eg vel å knyte Senge sine fem disiplinar til forbetningskunnskap, men vil gjerne understreke at dette er ein av mange moglege tilnærmingar.

5.1.1 **Ein for alle – Alle for ein**

Tverrfagleg samarbeid synest å gå som ein raud tråd gjennom det empiriske datamaterialet. Spissformulert kan eg seie at same kva eg spurde om, så knyter informantane svara på ulike måtar til tverrfagleg samarbeid. Fenomenet ser ut til å kunne vere eit kjenneteikn på det eg i det fjerde forskningsspørsmålet omtala som fagets natur (Jfr. Kap. 3.2).

Det var interessant, og overraskande å registrere idealismen og lojaliteten til pasientane. Arbeidsmåttane ser ut til å kunne tiltrekke, eller kanskje forme ein bestemt type menneske. Informantane fortel at det er eit krevjande fagfelt, og at ein må vere villig til å gi mykje av seg sjølv når ein arbeider med komplekse problemstillingar i eit tverrfagleg miljø. Det kunne vore interessant å vite meir om korleis dei som ikkje passa inn i dette biletet blei møtt i kollegiet.

Gjennom dei empiriske undersøkingane fann eg at ein gjorde seg nytte eit breitt spekter av felles formelle møtestadar (Jfr. Kap 4.3 og 4.4). Samarbeidsstrukturane ser ut til å ha vakse fram over tid. I hovudsak tar ein utgangspunkt i fellesskapsløysingar. Døme kan vere internundervisning, fagdagar, team- og målmøter, inntaksmøter eller teamsamlingar med ekstern veileidar. Ein nytta og tverrfaglege arbeidsdokument som kartleggings skjema og fellesrapportar. Ein ser på fellesrapportane som starten på pasientens individuelle plan, og seier at ein i samråd med representantar frå førstelinjetenesta kan vere med på utarbeidinga.

Men trass i dei mange formelle læringsarenaane synest informantane å legge hovudvekta på det uformelle samarbeidet. Informantane peika på at det er ei leiaroppgåve å legge til rette for at det er tid og rom til å kunne dyrke dei uformelle relasjonane. Dei fortel at ein freistar å sjå pasienten sin situasjon som ein heilskap. Ei holistisk tilnærming og ein tverrfagleg arbeidsmetodikk ser ut til å medverke til at ein møter mange felles læresituasjonar uavhengig av utdanningsbakgrunn, eller formell plassering i organisasjonen. Å arbeide med komplekse rehabiliteringsprosessar synest krevande. For å lukkast ser det ut til å vere føremålstenleg å ha kontinuerleg fokus på vedlikehald og utvikling av det tverrfaglege samarbeidet.

Både lokaliseringa som ei sjølvstendig eining, og interne fysiske avstandar spelar ei rolle i høve til å bygge gode samarbeidsrelasjonar. At personale, kontor og ulike treningsfasilitetetar er fordelt på to ulike etasjar, påverkar kven som samarbeider, når og korleis.

5.1.2 Det kjende er det trygge

Denne kategorien har fått navnet: Det kjende er det trygge, sidan ein ser ut til å prioritere at dei same personane fyller faste funksjonar. Ein ser ut til å legge vekt på å etablere stabile samarbeidsrelasjonar, framfor å skreddarsy fleksible løysingar for den einskilde pasient. Når ein peikar ut koordinatorar og set saman team, ser strukturelle forhold ut til å vere styrande.

Dei to tverrfaglege teama har faste medlemmer og ansvar for faste rom. Kven som får ansvar for pasienten blir bestemt ut frå kva rom som blir ledig. Koördinatór-, primærkontakt- og teamsekretæransvaret blir tildelt til, og er øymerka til tre yrkesgrupper: sjuke-, verne- og hjelpepleiarar. Ofte er det dei med ledig kapasitet som tar på seg oppgåva.

Ansvar knytt til den einskilde pasient, ser ut til å bli styrt av praktiske strukturelle løysingar, framfor pasienten sine funksjonsutfall, medisinske diagnosar, sosiale eller kognitive utfordringar, den einskilde fagperson sin erfaringsbakgrunn og dugleik, eller leiarane sine prioriteringar. Dette synest å vere medvite frå leiarane si side, og høyrer ut å vere tufta på tankegangen om at kvaliteten på arbeidet i dei ulike teama blir styrka av at fagpersonane samhandlar over tid, og at koórdinatorarane, primærkontaktane og teamsekretærane med mengdetrening blir dyktige i rolla si. Men det kan vere grunn til å stille spørsmål om det kan vere slik at ein vel tryggleik framfor utfordringar. Eller kanskje kan tryggleik vere ei sikker plattform, når ein møter utfordringar i arbeidssituasjonen (Jfr. Kap. 4.4) ? Det kunne vore interessant å sjå kva resultat ein hadde fått om ein ”utfordra det ukjende”.

I kartlegginga av moglege informantar, peika fagpersonane i stor grad på kollegaer med lik utdanningsbakgrunn (Jfr. kapittel 3.3). Eg undrar meg om det kan vere årsakssamanhangar mellom tryggleik i eigen funksjon, og kvar ein søker støtte og veiledning når ein møter utfordringar ? Dersom det blir opplevd som mindre farleg å søke råd frå nokon i samme yrkesgruppe for dei meir uerfarne, kan dette kanskje vere med å forklare at 4 av 7 føreslo to eller tre kollegaer med samme grunnutdanning mellom dei tre første namneforslaga sine.

Informantane fortel at ein får ikkje noko særskilt opplæring i å arbeide tverrfagleg. Dei erfarne fagpersonane kan ofte ha uformelle funksjonar som rollemodellar for dei mindre erfarne. I møtet mellom den nyutdanna og den røynde kan den tause kunnskapen komme til syne. Det kan krevje erfaringsbakgrunn å tileigne seg slik kunnskap. Deling av kunnskap og erfaringar kan ofte opplevast som fruktbart både for den einskilde fagperson, og for teamets fungering. Informantane fortel at det er viktig å kunne få støtte og veiledning både frå representantar frå eiga yrkesgruppe og frå andre medarbeidarar i det tverrfaglege teamet.

5.1.3 Fleirtalet bestemmer

Det synest å vere ein medviten strategi frå leiarane si side at avgjerder knytt til pasientretta arbeid, i stor grad blir fatta kollektivt gjennom felles tverrfaglege drøftingar. Døme kan vere prioritering mellom søknadar i inntaksteamet, eller spørsmål knytt til lengda på rehabiliteringsopphalda. For sistnemnde problemstilling er det etablert praksis for at det er avdelingsoverlegen, og ikkje dei andre legane, som har avgjerdsmynde om ein ikkje blir samd i det tverrfaglege teamet. Det kan vere grunn til å stille spørsmål ved at representantar frå ei

yrkesgruppe då tar den endelege avgjerda er i tråd med verdiane som erfaringsmessig ser ut til å vere knytt til tverrfagleg samarbeid. Eg undrar meg over om det ikkje då ville ha vore naturleg og involvere leiarar frå dei andre yrkesgruppene.

På spørsmål om kven som best kunne kaste lys over kunnskapsprosessar, såg informantane ikkje ut til å få assosiasjonar til leiing og leiarar (Jfr. Kap. 4.6). Eg forstår dette som at leiarane ikkje blir forstått som personar som i vesentleg grad kan kaste lys over kunnskapsprosessar. Noko av forklaringa kan kanskje vere at leiarane i liten grad synest å delta i direkte pasientretta arbeid, og at informantane derfor ikkje får assosiasjonar til leiing.

Eg undrar meg om verdiar knytt til tverrfagleg samarbeid, og er med å skape forventningar om at leiargjeringa bør tuftast på dei same spelereglane når informantane peikar på at leiarane bør halde avstand og gi fagfolka stor sjølvråderett. Samstundes gir dei uttrykk for at leiarane må arbeide på eit overordna nivå, sørger for rammene og ikkje forfordelar nokon. Det er grunn til å stille spørsmål om det ikkje kan vere eit motsetnadsforhold mellom ønsket om sjølvråderett, og forventningane knytt til at leiarane sørgar for rammene for drifta.

Det synest å vere medvite at leiarrolla er litt tilbaketrekt. Informantane peikar på at ein leiarstil med vekt på kontroll og styring, truleg ikkje ville vere i tråd med verdiane ved eininga. Fagleg ansvar og mynde synest å vere desentralisert med heime i at fridom i arbeidssituasjonen fører til betre resultat. Eg undrar meg om i kva grad avgjerdene blir forankra hos leiarane. Det kan vere grunn til å stille spørsmål om det kan bli etablert ulik praksis i ulike team. Det kunne vore interessant å sett korleis det ville vore om leiarane tok avgjerdene. Ville fagpersonane tatt mindre ansvar, slik informantane antyder (Jfr. Kap. 4.6) ?

Informantane nemner sjeldan leiarane i faglege samanhengar. Pasientnære utfordringar ser ut til å bli drøfta på same hierarkiske nivå med kollegaer frå same yrkesgruppe, eller i det tverrfaglege teamet. Informantane fortel at strukturelle og personalmessige tilhøve helst blir tatt opp med leiarane. På same tid som informantane meiner at leiarane skal ha ein viss avstand, synes dei å sjå det som positivt om leiarane deltek på tverrfaglege møte.

5.2 Teoretisk analyse

I den teoretiske analysen har eg valgt å diskutere nærare to funn frå kvar kategori. Eg vil reflektere kring at trass i dei mange formelle møteplassar, synes informantane å legge større vekt på det uformelle og meir spontane samarbeidet. Vidare vil eg diskutere dei empiriske funna knytt til at ein prioriterar at dei samme personane fyller faste funksjonar, framfor å skreddarsy fleksible løysingar for den einskilde pasient, og kva rolle den tause kunnskapen kan ha i komplekse rehabiliteringsprosessar. Eg vil sjå nærare på at det ser ut til å vere ein medviten strategi at leiarane lar avgjerder bli fatta gjennom felles tverrfaglege drøftingar, og at ein ikkje ser ut til å få assosiasjonar til leiing og leiarar på spørsmål om kven som best kan kaste lys over kunnskapsprosessar knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar

5.2.1 Kreativ spenning – personleg dugleik

Disiplinen personleg dugleik knyter seg til energien som oppstår når gapet mellom røyndomen og kva ein verkeleg vil å oppnå blir så stort at ein må strekke seg for å nå måla (Jfr. Kap. 2.4.1). Senge (1991, s. 146 - 147) seier at menneske med ein høg grad av personleg dugleik regelmessig kan utvikle evnene sine for å skape dei resultata dei verkeleg vil oppnå, og ut at av deira ønke om kontinuerleg læring kjem den lærande organisasjon til syne.

I komplekse rehabiliteringsprosessar kan disiplinen forståast som korleis ein fagperson kan klare å mobilisere den styrken som skal til for å kunne realisere sine eigne mål og draumar. Eit døme kan vere når informantane seier at dei treng ein kompetanseplan for å kartlegge kvar dei treng å styrke kunnskapen, og stake ut den faglege kursen (Jfr. Kap. 4.3). Ved utarbeidinga av ein kompetanseplan kan ein bevege seg frå taus til eksplisitt kunnskap (Jfr. Kap. 2.5.2). Det vil kunne vere med å løyse ut kreativ spenning, individuelt og kollektivt.

Senge (1991, s. 145) seier at det sentrale er korleis ein kan skape og oppretthalde kreativ spenning i livet. For å vekke den kreative spenninga, kan det i forbetningsarbeid vere føremålstenleg å ta utgangspunkt i problemstillingar som blir opplevd som vanlege, viktige og vanskelege (Jfr. Kap. 2.2.1). Som vi såg i kapittel 4, fortalde informantane at ein motivasjonsfaktor kunne vere at pasienten hadde framgang og lukkast med rehabiliteringa. Eit døme kan vere samarbeidet mellom fleire fagpersonar der dei la til rette for pasienten som skulle klare å produsere nok stemme til å uttrykke seg verbalt igjen (Jfr. Kap. 4.4). Den

kreative spenninga kan komme til uttrykk både når ein strekk seg imot sine eigne faglege ambisjonar, og arbeider for å nå pasientane sine målsettingar. Når den kreative spenninga er til stades seier ein seg ikkje nøgd, men formulerer nye mål.

Senge (1991, s. 145) seier at organisasjonar lærer ved at medlemmene lærer. Utan individuell læring blir det heller inga organisasjonsmessig læring. Informantane fortalde at dei gjorde seg nytte av eit breidt spekter av tverrfaglege formelle læringsarenaer (Jfr. Kap. 4. 3). Dette kan vere døme på det Nonaka og Takeuchi kallar kunnskapshjelpande læringskontekstar. Her kan individuell og kollektiv kunnskapsutvikling finne stad (Jfr. Kap. 2.5.3). Møteplassane kan vere med å synleggjere dei ulike faggruppene sine tilnærmingar og faglege ståstar.

Som vi såg i kapittel 4 hadde ein ikkje utarbeidd kompetanseplan for eininga. Leiarane såg ikkje ut til medvite å nytte til dømes internundervisning til å sette kunnskapsbygging i system. Det kan vere grunn til å stille spørsmål om kvifor eit tverrfagleg fellesskap som synest opptatt av samarbeid, ikkje i større grad nytta dei formelle læringsarenaene meir medvite. Kan det vere at internundervisning ikkje blei opplevd som viktig i høve til kunnskapsprosessar ?

Medan internundervisning i form av førelæring ofte i stor grad kan ha form av einvegskommunikasjon, kan ulike tverrfaglege møte vere med å bygge og utvikle kunnskap gjennom meiningsutvekslingar ved at ein kastar lys over konkrete problemstillingar ut frå ulike yrkesgrupper sine erfaringar og faglege ståstar.

Før eg starta dei empiriske undersøkingane hadde eg venta å finne at det ville vere større innslag av fagspesifikk undervisning og veiledning. Då er det kanskje grunn til å tru at ein utviklar meir generell kunnskap. Eg undrar meg om strukturane knytt til formelle møteplassar, hadde vore annleis ved ei meir fagspesifikk tilnærming. Kanskje kan det vere slik at det tverrfaglege fokuset medverkar til at ein blir meir medviten sitt eige fagområde for å kunne synleggjere si eiga yrkesgruppe sine unike bidrag i den tverrfaglege samanhengen ?

Senge (1991, s. 148) seier at å lære tyder ikkje å tileigne seg meir informasjon, men å skape dei resultatane ein verkeleg ønsker. Klare og tydelege bilete av kva retning ein ønsker å gå som fagperson, kan vere ein viktig del av det å vere ein bidragsytar i eit tverrfagleg arbeidsmiljø. Får ein ikkje utvikla det fagspesifikke i tilstrekkeleg grad, kan ein risikere at grensene mellom faggruppene kan bli meir utydelege. Sett i lys av dette kan det vere utfordrande å mobilisere

den kreative spenninga, dersom den personlege dugleiken er knytt til spesifikk kunnskap og identitet i eige fagområde. Eit døme kan vere når logopeden gir uttrykk for at det er sentralt at kvar yrkesgruppe kan behalde sin eigenart i det tverrfaglege samarbeidet (Jfr. Kap. 4.4).

Øgar og Hovland (2004, s. 123) seier at kvalitetsutvikling er å sikre kontinuerleg forbetring av prosessane som medverkar til å løyse kjerneoppgåvene i organisasjonen. For leiarar kan formelle møtestadar vere ein reiskap for å utvikle spisskompetanse på prioriterte område. Kompetanseplanar kan til dømes fungere som styringsreiskap, og sikre at internundervisninga avspeglar relevante fokusområde knytt til strategiske satsingsområde for organisasjonen.

I veiledningssituasjonen kan ein løfte opp og saman kjenne på dei tankane og kjenslene fagpersonane ikkje kan tilkjenne i møtet med pasienten. Kanskje har andre liknande opplevingar og erfaringar. Det kan vere med å sette ord på kjensler, bearbeide, stimulere til refleksjon kring eigne meistringsstrategiar og gi ny energi. Veiledning i dei tverrfaglege teama kan vere døme på det Schön kallar refleksjon over handling (Jfr. Kap. 2.6).

Men trass i mange formelle strukturar knytt til kunnskapsbygging, synest informantane å legge større vekt på dei uformelle relasjonane. Eit døme kan vere når psykologen fortel at korridoren er ein viktig møteplass der ein reflekterer over praksis (Jfr. 4.3). Kanskje er det i desse kunnskapsprosessane den kreative spenninga blir aktivert ?

Erfarne fagpersonar kan ha ein viktig funksjon som rollemodellar. Å observere korleis meir erfarne kollegaér frå både eiga og andre yrkesgrupper arbeider, kan vere ei kjelde til inspirasjon og læring. Nokre gonger kan det vere vanskeleg å forklare kvifor erfarne fagpersonar handlar som dei gjer. Eit døme kan vere når fysioterapeuten intuitivt omset sin tause kunnskap i arbeidet med opptrening av gangfunksjonen hos ein pasient (Jfr. Kap. 4.3).

Fysioterapeuten fortel at ein ofte ha bruk for erfaringsbakgrunn for å kunne forstå og integrere den tause kunnskapen. Om ho klarer å overføre denne kunnskapen, vil det kunne vere eit døme på det Nonaka og Takeuchi kallar sosialisering (Jfr. Kap. 2.5.2). Schön seier at hos dyktige fagpersonar er kunnskapen integrert i handlingane, utan at dei kan forklare korleis (Jfr. Kap. 2.6.1). Gode førebilete kan vere med å vekke den kreative spenninga ved at ein sjølv ønsker å meistre det ein ser at meir erfarne medarbeidarar klarer.

Som vi såg i kapittel 4 var arbeidet organisert gjennom to faste tverrfaglege team (Jfr. Kap. 4.5). Kven som fikk ansvar for pasientane, blei i hovudsak styrt av kva rom som var ledig. Faste team kan medverke til at dei som arbeider saman over tid, blir trygge på kvarande sine faglege styrkar og begrensningar, og slik lærer å samarbeide på ein føremålstenleg måte.

Men som fagperson kan ein ha tankar om kva fagleg retning ein ønsker å gå. Kanskje er den kreative spenninga knytt til at ein kan bli dyktig på ein avgrensa del av fagområdet? Då vil ein kunne tenke at for å utvikle spesialistkunnskap, er det truleg nyttig å kunne arbeide med gjenkjennbare problemstillingar. I det tilfellet kan tverrfaglege team som arbeider med eit stort spekter av problemstillingar, gjere det vanskelegare å kunne spesialisere seg.

I høve til ansvarsfordeling mellom dei tverrfaglege teama, så kunne det synest som at leiarane ikkje var til stades. Det hadde vore interessant å sjå kva resultat det gav om leiarane hadde sett saman teama ut frå sin kjennskap til den einskilde fagpersonen sine kunnskaps- og dugleiksområde. Truleg ville det ha vore vanskeleg å finne optimale løysingar, men det kunne ha vore ein måte å knyte tilgjengeleg kompetanse nærare mot pasientens behov, og eventuelt møte fagpersonane sine ønske om spesialisering.

Ein kan stille spørsmål om i kva grad måten ein set saman team og fordelar ansvar, er med å stimulere til fagleg utvikling. Om ein medvite let fagpersonar med tilgrensande interesser arbeide saman i dei ulike rehabiliteringsprosessane, ville ein kunne dele kunnskap ved at den einskilde bidrar med si innsikt i kraft av sine erfaringar og sin fagbakgrunn. Kanskje kunne ein då individuelt og kollektivt kunne utløyse den kreative spenninga, som til dømes kan forståast som eit ønske om kontinuerleg forbetring. Men spørsmål knytt til samansetting av tverrfaglege team, kan og innebære at ein må tenke gjennom om ein ønsker å dyrke fram spesialist- og/eller generalistkunnskap. Vel ein å spesialisere seg, kan ein stille spørsmål om kven som skal ivareta interessene til dei pasientgruppene som eventuelt ikkje blir prioritert.

Som vi såg i kapittel 4 fann eg at ein når ein peikar ut koordinatorar og set saman team rundt den einskilde pasient, prioriterer ein å knyte funksjonen til yrkesgruppe, framfor å nytte dei som kan ha særskilt interesse eller talent for koördineringsarbeid (Jfr. Kap. 4.5). Fordelinga av ansvar synest å vere medviten frå leiarane si side, og ser ut til å vere tufta på tanken om at øving gjer meister. Ansvarsfordelinga er føreseieleg, og kan frigje tid til fagleg arbeid.

Ein kan spørje seg om nokon yrkesgrupper kan oppleve at deler av arbeidstida deira må nyttast til koórdineringsarbeid for andre yrkesgrupper. Kan dette stå i motsetnad til fagpersonane sine eigne personlege ønske om å utvikle sin meir fagspesifikke kunnskap og dugleik ? Kan det utvikle seg slik at nokre yrkesgrupper kan seiast å ivareta støttefunksjonar for andre, ved at dei utfører koórdineringsarbeid knytt til andre sine ansvarsområde ? I kva grad påverkar dette verdiar som til dømes lik påverknadskraft i teamet (Jfr. Kap. 4.5) ?

Eller kan det at nokon ivaretar støttefunksjonar for andre, medverke til at ein tillegg nokon yrkesgrupper høgare status enn andre ? Kan det vere slik at det gir høgare status til dei gruppene som har andre til å ta seg av koórdineringsarbeidet ? Eller kan det vere slik at dei som koórdinerer blir sett på som dei med høgast status, i kraft av at dei kontrollerer informasjonsflyten og har den heilskaplege oversikta i rehabiliteringsprosessen ?

Det synest å vere ein medviten strategi frå leiarane si side at avgjerder knytt til det pasientretta arbeidet, i stor grad blei tatt kollektivt gjennom drøftingar i dei ulike tverrfaglege teama. Som vi såg i kapittel 4 kan det vere med å gi fagpersonane større ansvarskjensle (Jfr. Kap. 4.6). Eit større eigarforhold kan igjen vere med å utløyse energi, som kan frigjere kreativitet og vilje til å søke nye utfordringar. Men ved stor grad av desentralisering kan leiarane få liten oversikt og påverknadskraft. Då kan det vere utfordrande å ha oversikt over drifta ved eininga.

Informantane peikar på at leiarane bør halde avstand og gi fagfolka stor sjølvråderett (Jfr Kap. 4.6). Samstundes seier dei at leiarane må arbeide på eit overordna nivå, sikre rammene og sørge for at ikkje noko yrkesgruppe blir forfordelt. Det kan vere grunn til å stille spørsmål om det i praksis kan vere eit motsetnadsforhold mellom den avstanden ein vil ha til leiarane på den eine sida, og dei gjeldande forventningane på den andre.

Som vi har sett forstod ikkje informantane leiarane som personar som kunne kaste lys over kunnskapsprosessar (Jfr. Kap. 3.3 og 4.6). Dei peika heller ikkje på leiarane som sentrale for at dei skulle kunne utøve faget sitt. Kan det vere at leiarane er opptatt med andre arbeidsoppgåver på eit meir overodna nivå, til dømes i kraft av strategisk jobbing internt i organisasjonen, og at dette ikkje blir oppfatta som kunnskapsprosessar ? Kanskje er leiarane sin motivasjon og kreative spenning knytt til arbeid på systemnivå, der dei arbeider for å ivareta eininga sine interesser i den større organisasjonen ein er ein del av.

Det er mi erfaring at fagpersonane i ”frontlinja” ofte finn motivasjon sin gjennom det pasientretta arbeidet. Senge (1991, s. 177) seier at den viktigaste leiingsstrategien i denne disiplinen er å freiste å vere eit godt førebilete, og at leiarar som vil fremje personleg dugleik, må freiste å skape eit miljø der prinsippa bak personleg dugleik blir praktisert dagleg (Jfr. kap 2.4.1). Det kan vere utfordrande å styre ei rehabiliteringseining i den retningen ein ønsker, dersom ein som leiar ikkje deltar på dei tverrfaglege møteplassane. Peter Senge (1999, s. 16) poengterer at: *”We have rarely seen any succesful change initiative that did not involve imaginative, committed local line leaders”*. Eg stiller meg spørsmålet om i kva grad leiarane kan vere med å motivere fagpersonane når dei ikkje ser ut til å vere til stades, og i så fall korleis ?

For leiaren blir det og viktig å vere medviten si eiga kreative spenning. Mellom anna kan ein freiste å sette ord på kva framtidsbilete han ser føre seg både personleg, og for organisasjonen. Kanskje kunne ein reflektere kring leiarrolla og desentralisering av mynde til dei tverrfaglege teama. Ved å gå føre, kan ein stimulere medarbeidarane til å uttrykke sine personlege visjonar. Men dersom leiarane nyttar mykje av tida si til å ivareta arbeidsoppgåver på eit meir overodna nivå, kan dette vere vanskeleg i praksis. Korleis kan ein då stimulere den einskilde si kreative spenning, slik at vedkommande kan realisere sine faglege ambisjonar og draumar ?

5.2.2 Å granske seg sjølv - Mentale modellar

Med disiplinen mentale modellar meiner Senge at ein løftar til overflata og testar organisasjonen sine grunnleggande oppfatningar, og vurderer eigen- og felles praksis med eit kritisk blikk. Glosvik (2008:b, s. 29) seier at disiplinen knyter seg til korleis vi strukturerer kunnskap slik at det vert lettare å hugse og nytte tidlegare erfaringar, utan å gå vegen om ny informasjonsinnsamling og analyser av denne informasjonen når vi møter utfordringar.

I ein kompleks rehabiliteringsprosess kan disiplinen forståast som korleis ein granskar og reflekterer kring eigen praksis. Eit døme kan vere når informanten fortel at det tverrfaglege teamet saman evaluerer eit lite vellukka møte med førstelinjetenesta (Jfr. Kap. 4.4). Kvifor klarte vi ikkje å framstå som eit samstemt team ? Kva kunne vi gjort annleis ? Kva kan vi lære av dette ? Gjennom slike refleksive sløyfer freistar ein å gjenskape mentale modellar i det tverrfaglege teamet. Schön kallar dette å utvide praksisreportoaret (Jfr. Kap. 2.6.1), medan det og kan vere uttrykk for det Nonaka og Takeuchi kallar kombineringsprosess (Jfr. Kap. 2.5.2).

Informantane la vekt på at dei uformelle relasjonane var viktige (Jfr. kap 4.3). Knytt til ein kompleks rehabiliteringsprosess kan mentale modellar vere knytt til at ein nyutdanna lege snakkar med ein meir erfaren kollega om kva det inneber å vere medisinsk ansvarleg i tverrfaglege team. Den meir erfarne legen kan då freiste å sette ord på sin tause kunnskap.

Som vi såg tidlegare prioriterte ein at dei same personane arbeidde i faste team. Er dette eit uttrykk for eit mentalt bilete knytt til at dei då kan utvikle gode samarbeidsrelasjonar ? Kva om ein organiserte arbeidet annleis ? Kunne ein kollektivt reflektert kring korleis ein kan sette saman dei tverrfaglege teama for best mogleg å kunne møte utfordringane i dei ulike pasientsakene ? Kva er begrunninga for å plassere den einskilde i akkurat det teamet ? Kva med individuelt og kollektivt reflektere kring kva den einskilde fagperson og teamet meistra godt, og på kva område ein ønskte å utvikle seg. Å gjennomføre dette i praksis vil truleg kreve at den einskilde fagpersonen opplever å vere del av eit trygt og støttande arbeidsmiljø.

Det ser ut til at hovudregelen for kva team som får ansvar for pasienten, er styrt av kva rom som er ledig. Kanskje er dette ein god måte å fordele ansvaret. Men ein kan stille seg spørsmål om det er etisk rett i høve til pasienten, ut frå kva som er praktisk mogleg, å ikkje til ei kvar tid å spele på dei som er best eigna ? Eller er det ikkje så viktig at pasienten får det beste tilbudet, så lenge det er fagleg forsvarleg ? Kan ein slik måte å organisere fagpersonar kring den einskilde rehabiliteringsprosess vere eit uttrykk for at leiarane synes det er ubehageleg å måtte prioritere mellom medarbeidarar ut frå deira faglege dugleik.

Koórdinatór-, primærkontakt- og teamsekretæransvaret er knytt til fagpersonar i tre yrkesgrupper, uavhengig av kompetanse og erfaringar (Jfr: Kap. 4.5). Når mange aktørar samarbeider, blir det lett synleg om ein ikkje meistrar oppgåva. Mi erfaring er at det handlar og om å kjenne fagområdet og slik vite kva som bør koórdinerast, og samstundes kunne identifisere det som ikkje blir ivaretatt. Kanskje kunne ein utfordre sine mentale bilete ved å spørje seg om det kunne vere andre eller betre måtar å ivareta koórdineringsoppgåvene ?

Er det slik at einskilde yrkesgrupper i kraft av sin utdanningsbakgrunn og arbeidssituasjon har betre føresetnadar for å meistre denne koórdinatoroppgåva betre enn andre ? Er dette ein funksjon som ein kan forvente at nyutdanna skal kunne ivareta ? Kven ved eininga har særskilt talent for denne typen arbeid ? Kva opplæring og veiledning frå ein meir erfaren kollega kan vere føremålstenleg for å meistre funksjonen ?

For leiarar kan utøving av disiplinen mentale modellar til dømes vere knytt til å utfordre både seg sjølv og medarbeidarane til å individuelt og kollektivt å evaluere og reflektere over om ein når både pasientens og sine eigne mål i dei ulike rehabiliteringsprosessane, og kva er det som gjer at dei eventuelt ikkje lukkast. Eit døme på granskingsspørsmål som kan vere med på å klargjere etablerte tankemønster kan vere: ”Kan det vere andre måtar som kan medverke til at pasienten klarer å stille ferdig skifta i terapibassenget til avtalt tid ?” Men det kan vere grunn til å stille spørsmål om i kva grad leiarane kan gjennomføre lærande samtalar når dei synest å ikkje vere til stades på dei formelle møteplassane (Jfr. Kap. 4.6). Kanskje kan det tenkast at leiarane er meir aktive i det meir spontane og uformelle samarbeidet ?

At informantane ikkje forstod leiarane som personar som kunne kaste lys over kunnskapsprosessar (Jfr. Kap. 3.3 og 4.6), reiser fleire interessante spørsmål knytt til mentale modellar. Ville informantane i større grad kognitivt assosiere leiing med kunnskap dersom leiarane var meir aktivt deltakande i det pasientretta arbeidet ? I kva grad har leiarane sjølve indre bilete om at arbeidsoppgåvene deira er knytt til kunnskapsprosessar ? Kan det vere at fagpersonane ikkje tenker at leiarane kan bidra fagleg, og derfor ikkje innvolverar dei ?

Leiarens mentale modellar må også utfordrast gjennom refleksjon og gransking. Nokre aktuelle spørsmål kunne vere: Kva kan vere mi rolle i høve til å utnytte potensialet i alle dei formelle- og uformelle tverrfaglege møtestadane for fagfolka ved eininga mi ? Korleis kan eg fordele koordinatoransvaret, og sette saman dei tverrfaglege teama på ein slik måte at pasientane får eit best mogleg tilbod ? Kva kan vere mi rolle som leiar på dei tverrfaglege møta, der ein diskuterer status og framdrift i dei forskjellige rehabiliteringsprosessane ?

Informantane peika på at dei ville at leiarane bør gi fagfolka stor sjølvråderett (Jfr. Kap. 4.6). Kan det vere at dette er uttrykk for at det blir forventa at avgjerder bør takast i dei tverrfaglege teama ? Har ein førestillingar om at leiarane, trass i deira formelle posisjon, ikkje er dei som skal ta avgjerdene ? I denne disiplinen kan ei slik haldning for leiaren, innebere å løfte til overflata og freiste å avdekke tankane som ligg til grunn.

For trygge leiarar kunne ein framgangsmåte vore å invitere til open kollektiv diskusjon kring leiarrollene i denne typen organisasjonar. Glosvik (2008:b, s. 30) viser til Ross, og seier at slike refleksive sløyfer kan vere utfordrande å bygge opp, men at det kan vere føremålstenleg fordi ein då freistar å gjenskape mentale modellar saman med andre. Det kan vere pedagogisk

fruktbart for leiaren å freiste å møte slike haldningar på ein forsonande måte. Ellers kan ein risikere at den mentale modellen som ligg til grunn for motstanden, blir forsterka. Senge (1991, s. 178) seier at mentale modellar er aktive og formar den måten vi handlar på. Sjølv om ein ikkje (alltid) opptrer i samsvar med sine erklærte teoriar (kva ein seier), opptrer ein i samsvar med sine teorier-i-bruk (mentale modellar). Kanskje kunne det vere føremålstenleg for leiarane å få regelmessig veiledning saman med andre leiarar.

5.2.3 Meininga med den kollektive innsatsen – Felles visjonar

Senge (1991, s. 159) peikar på at det avgjerande er ikkje kva visjonen er, men kva den gjer. Glosvik (2008:b, s. 26) seier at disiplinen felles visjonar handlar om å bearbeide den spenninga som oppstår når visjonane møter kvardagen, og at utøvinga av disiplinen kan innebere ein endringsstrategi som kan kallast moralsk overtaling, eller føring av normative samtaler. Senge (1991, s. 219) peikar på at å bygge ein felles visjon er eit sentralt element i leiaren si daglege verksemd, og understrekar at det er ein jobb som aldri tar slutt.

Disiplinen fokuserer på at avstanden mellom kvardagen og dei mentale bileta av ei ønska framtid, vil kunne skape kreativ energi nok til at ein får styrke til å endre sin eigen situasjon. Knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar kan disiplinen illustrerast ved at ein samtalar om kva verdiar og spelereglar ein vil skal gjelde for det tverrfaglege samarbeidet. Eit døme kan vere korleis ein skal utarbeide felles tverrfaglege mål.

Felles visjonar spring ut av personlege visjonar (Senge 1991, s. 216 - 219). Mange kan kjenne seg forplikta til ein felles visjon, fordi den avspeglar deira eigen personlege visjon. Nonaka og Takeuchi seier det kan vere viktig å skape rom for læring og utvikling, tenke langsiktig og freiste og etablere forståing i organisasjonar om at utvikling og deling av ny kunnskap er viktig (Jfr. Kap. 2.5). Som vi såg i kapittel 4 sa informantane at det var viktig å sette pasientane i fokus. Det kan tenkast at dei felles visjonane i dei tverrfaglege teama kan vere knytt til å lukkast med å få gode resultat i pasientsakene (Jfr. Kap. 4).

Senge (1991, s. 164) seier at det er viktig å vere sannferdig. Det vil seie at ein stadig utfordrar sine eigne teoriar om kvifor forholda er som dei er. Jo meir enn er innstilt på å vere sannferdig, desto meir kreativ spenning kan bli utløyst ved at ein ser røydommen klarare.

Viljen til å sjå røyndommen i augo kan bli ei skapande kraft. Utøving av disiplinen kan til dømes vere knytt til at leiaren har dialogar med medarbeidarane om kva som skal til for å skape den rehabiliteringseininga ein verkeleg ønsker seg. Sett i system kunne ein kanskje klare å skape det Nonaka og Takeuchi kallar Ba22, eit felles rom i fysisk, sosial eller virtuell meining, der individuell eller kollektiv læring, utveksling og kunnskapsutvikling kan finne stad (Jfr. Kap. 2.5.3). Dei seier at kunnskap blir utvikla igjennom eit tett samspel. Ein går ikkje berre i ring, men lærer gjennom å utvide erfaringsflata. Etter kvart vil ein oppnå ei djupare forståing, og kunnskapsspiralen blir ein kontinuerleg prosess (Jfr. Kap. 2.5.2).

For leiarar kan den kreative spenninga vere knytt til at ein klarer å motivere medarbeidarane til å finne sin eigen personlege dugleik, og slik strekke seg i fagleg retning, samstundes som ein blir ansvarleggjort i høve til den praksisen som skal gjelde i organisasjonen. Senge (1991, s. 225) seier at ei gruppe menneske som verkeleg er forplikta til å arbeide mot ein felles visjon, har ein fryktinngytande styrke, og kan klare det umoglege. Schön seier at om ein ikkje reflekterer over praksis, kan ein gå glipp av ei viktig kunnskapskjelde (Jfr. Kap. 2.6.1). Ein leiar ved ei rehabiliteringseining som samtalar med ein medarbeidar: *”Du var dyktig på samarbeidsmøtet med kommunen i dag ! Men har du reflektert kring kva vi kan gjere for at du skal bli endå betre”*, er på god veg til å utøve disiplinen. Glosvik (2008:a, s. 31) seier at det handlar om å få menneske til å reflektere kring si eiga rolle i organisasjonsforandring.

Hustad (1998, s. 44 - 46) gir uttrykk for at dersom ein føreset at utvikling av kunnskap har som vilkår at den blir utvikla gjennom refleksjon og dialog, så har dialogen som kjennemerke at den kan utvikle like synsmåtar, eller i det minste forståing for andre sine synspunkt. Då kan faren vere at variasjonsbreidda i synsmåtar etter kvart minkar så mykje at kunnskapstilfanget som læringsprosessen er avhengig av forsvinn. Schön seier at når oppgåver blir komplekse og uforutsigbare, kan tradisjonell og lineær tenkning ofte komme til kort. Han understrekar kor viktig det er å lære gjennom eiga erfaring og refleksjon i og over handling (Jfr. Kap. 2.6).

I kapittel 4 såg vi at informantane gav uttrykk for at komplekse rehabiliteringsprosessar kunne sjå ut til å tiltrekke, eller kanskje forme ein bestemt type menneske (Jfr. Kap. 4.6). Det er grunn til å tru at fagpersonane, uavhengig av yrkesgruppe, i utgangspunktet har nokre felles tanke- og verdiset. For leiaren er det evna til å føre dialogar og samtaler om desse verdisetta denne disiplinen handlar om. For medlemmane i dei tverrfaglege teama kan det vere naturleg å tenke seg at desse verdisetta kan vere knytt til pasientane sine rehabiliteringsprosessar.

Dersom det er slik at fagområdet tiltrekk, eller kanskje formar ein bestemt type menneske, kan det med bakgrunn i Hustad sine refleksjonar vere grunn til å spørje om det berre finst plass for "dei utvalde" ? Kva kvalitetar ser ein etter når ein ein freistar å rekruttere medarbeidarar ? Leitar ein etter dei som liknar ein sjølv, eller søker ein medarbeidarar som representerer noko anna, ut frå førestellinga om at ulikskap kan gi meir framdrift enn om ein er like ? Korleis møter ein nyttilsette i organisasjonen som ikkje passar med kulturen og dei gjeldande normene ved eininga ? Blir ein sosialisert inn i den rådande kulturen, eller blir ein frosen ut ? Rekrutterer ein leiarar internt slik at ein sikrar at dagens praksis kan halde fram ?

Mange formelle tverrfaglege læringsarenaer kan vere møteplassar der fagpersonane kan dra vekslar på kvarandre for å kunne finne og utvikle den individuelle og kollektive kreative spenninga på vegen imot å nå pasientane sine målsettingar, og realisere sine eigne mål og draumar. Glosvik (2008:a, s. 30) viser til Senge og seier at leiaren bør syte for at det blir etablert arenaer for læring og vekst, kontrollrutinar må byggast ned og det må byggast opp motivasjonssystem for proaktiv handling. Kanskje kunne dei tverrfaglege møta vere arenaer , der leiaren kunne starte samtalar i høve til å utvikle ei felles forståing. Dersom dei tverrfaglege møta blir prega av dialog og kollektiv refleksjon, kan det vere eit døme på det Nonaka og Takeuchi ville ha kalla Interacting ba, samhandlingskonteksten, rommet der dialog og kollektiv refleksjon bidrar til utvikling i organisasjonen (Jfr. Kap. 2.5.3).

I tverrfaglege team kan ein seie at alle har medansvar for heilskapen og ikkje berre for sin del. Men alle ser røyndommen frå sine synsvinklar. Kanskje kunne veiledning i dei tverrfaglege teama vere eit døme på arenaer der leiarane kunne starta dialog og felles refleksjon knytt til grunnleggande viktige spørsmål. Men som vi såg i kapittel 4, så syntest leiarane i liten grad å vere til stades på dei formelle tverrfaglege møteplassane. Det er grunn til å stille spørsmål om i kva grad dei har anledning til å motivere medarbeidarane til å utvikle eigne personlege visjonar om seg sjølve både som fagperson og medlem i det tverrfaglege teamet.

Men informantane synest å legge større vekt på det uformelle og meir spontane samarbeidet. Dette kan vere eit døme på det Nonaka og Takeuchi ville ha kalla originating ba - den grunnleggjande læringskonteksten, som er knytt til den sosiale verda der menneske fysisk møtest og deler kjensler og erfaringar (Jfr. Kap. 2.5.3). Ein kan undre seg over om dette er ein arena der fagpersonane, uavhengig av leiarane, utviklar individuelle og kollektive visjonar.

Glosvik (2008:a, s. 30) viser til Senge, og seier at desentralisert, fagleg oppgåveløysing krev stor grad av sjølvleiing mellom utøvarane. Ein kan sjå føre seg at leiaren kan legge opp til dialogar der føremålet er å styrke den einskilde si evne til sjølvleiing. Leiarane kan til dømes freiste å stimulere medarbeidarane til å granske eigen praksis og reflektere rundt kva ein eigentleg drøymmer om som fagperson, og om desse måla kan vere felles for fleire ved eininga.

Senge (1991, s. 15) seier at å skape ein felles visjon omfattar evna til å avdekke dei felles bileta av framtida som fremjar ekte innsatsvilje og deltaking. Når ein meistrar disiplinen, lærer leiarar kor uproduktivt det er å prøve å diktere ein visjon, uansett kor mykje dei sjølve brenn for den. Til dømes kan leiaren spørje: ”Korleis drøymmer du om at vi kunne hatt det ved denne rehabiliteringseininga ?” Ein ventar ikkje at alle skal slutte seg til, men leitar etter felles semje som kan bere organisasjonen, trass i usemje om delmål og aktivitetar. Wiberg (2001, s. 69) seier at behovet for visjonar er aukande. Han peikar på at sidan informasjonsflommen i dagens samfunn er så stor at ingen lenger kan følge med, kan ein visjon vere med å hjelpe ein til å søke spesifikt etter den kunnskapen ein treng for å kunne realisere måla sine.

Senge (1991, s. 152 - 153) peikar på at visjonar er hjørnesteinen i utviklinga av personleg dugleik, men at utviklinga av personleg dugleik kan vere vanskeleg dersom ein ikkje har dei same visjonane og den same forståinga av røyndommen. Han gir uttrykk for at personleg dugleik er eit sett disiplinær som lærande organisasjonar må forplikte seg til, og peikar på at leiarane må ha evna til å skape ein felles visjon og felles mentale modellar for å kunne rettleie dei som tar avgjerder på ulike nivå. Men kva med dei som er i mindretal, og kanskje ønsker noko anna ? Det kan vere grunn til å spørje om det verkeleg er slik at alle vil det same ? Er det mogleg å skape si eiga framtid berre viljen er sterk og ein arbeider hardt nok ? Kva med alle dei eksterne kreftene som påverkar den konteksten organisasjonen er ein del av ?

Informantane såg ikkje ut til å assosiere leiing med kunnskapsprosessar (Jfr. Kap. 4.6). Om det er slik at det blir forventa at leiarrolla i denne typen organisasjonar er litt tilbaketrekt, reiser det spørsmål om kva type leiarar som blir motivert av å arbeide der ? Er det leiarar som er nøgde med å vere i skuggen ? Korleis blir slike leiarar sett på internt ved eininga, og som ein del av ein større organisasjon der kanskje andre verdiar rår ?

5.2.3 Heilskapen større enn delane - Læring i lag

Læring i lag er knytt til dialog og refleksjon kring felles handlemåtar. Glosvik (2008:b, s. 31) seier at disiplinen handlar om å lære og lære i lag. Det kan vere dette den erfarne sosionomen siktar til når ho fortel at ho framleis lærer noko nytt kvar dag, og forklarar det med at ho arbeider saman med kollegaér med anna yrkesbakgrunn (Jfr. Kap. 4.4). For fagpersonar i tverrfaglege team kan det dreie seg om å lære og ta omsyn til kollektivet, samstundes som ein utviklar sine personlege kunnskapar og evner. Senge (1991, s. 15) seier at *”Når grupper virkelig lærer, oppnår de ikke bare glimrende resultater, men de enkelte medlemmer av gruppen opplever en langt raskere personlig vekst enn de ellers kunne ha fått.”*

Glosvik (2008:b, s. 32) peikar på at læring i lag representerer eit alternativt syn på koordinert handling i kollektiv samanheng. Ein forutset i denne disiplinen at ein kommuniserer gjennom diskusjon og dialog. Senge (1991, s. 16) peikar på at i ein diskusjon tar ein avgjerder. I ein dialog kan ein utforske vanskelege tema. Dialogen skil seg frå diskusjonen, der siktemålet er å kaste idéar fram og tilbake som i ein konkurranse, der ein vinnar til slutt går av med sigeren.

Informantane skildrar at ein kan sette saman ulike fagkunnskapar og erfaringar og slik få ny innsikt (Jfr. Kap. 4.3). Tverrfagleg samarbeid kan i praksis vere døme på det Senge kallar koordinert handling i kollektiv samanheng. Det samsvarar og med det Nonaka med fleire, omtalar som grunnleggande vilkår for kunnskapsutvikling (Jfr. Kap. 2.5.2). Eit døme kan vere redundans, som tyder overskot, og som viser til ei medviten overlapping av informasjon mellom aktørar i ein relasjon, eit system eller ein organisasjon. Redundans kan i tverrfagleg samarbeid forståast som arbeidsdeling for å utnytte ressursane på ein god måte.

Senge fortel at for dei gamle grekarane innebar ”dia-logos” at tankar og idéar skulle få flyte vidt i gruppa, slik at ein kunne oppnå innsikt som ein ikkje kunne funne fram til aleine (s. 16). Isaacs (1999, s. 35) seier dialogen er ein måte å granske alle argument, og slik freiste å finne ei felles forståing som grunnlag for å etablere løysingar der alle partar blir tatt omsyn til. Isaacs peikar på at det ikkje handlar om at andre skal forstå oss, men at målet er å auke vår eiga forståing av både oss sjølve og andre. Senge (1991, s. 248) seier at dialog berre kan finne stad når ein ser på kvarandre som kollegaér på gjensidig leiting etter djupare innsikt. Han hevdar at i dialogen kan ein observere sine egne tankar (s. 244).

Glosvik (2008: a, s. 34) seier at disiplinen handlar om korleis dialogen er grunnleggande når ei gruppe reflekterer seg fram til ny, felles kunnskap og handlemåtar som den einskilde ikkje kan nå fram til på eiga hand. At ein er på linje (Jfr. Kap. 2.4.4), gjer det mogleg å tale om felles tolkning av hendingar og utvikling av felles mål og åtferd slik at fagpersonane i eit tverrfagleg team kan handle som kollektivt, og ikkje som einskildindivid. Senge (1991, s. 16) seier at læring i lag som disiplin startar ved at ein tenker i fellesskap.

Å opne for innsyn i kvarandre sine kunnskapsområde, kan vere med å skape kreativ spenning og legge til rette for fruktbare dialogar. Men som vi såg i kapittel 4, gav informantane uttrykk for at ein heile tida må arbeide for at det tverrfaglege samarbeidet skal fungere (Jfr. Kap. 4.4). Senge (1991, 260) peikar på at læring i lag er knytt til gruppa sin dugleik, og at ei gruppe av talentfulle, lærande einskildpersonar ikkje nødvendigvis blir ei lærande gruppe. Etter å ha analysert datamaterialet frå dei empiriske undersøkingane, undra eg meg om ein verkeleg hadde lukkast så godt med det tverrfaglege samarbeidet, eller om andre forklaringsmodellar og kunne vere nyttige å skule til når ein skulle forstå funna (Jfr. Kap. 4.7.2).

Senge (1991, s. 252) seier: *"Hvis jeg kunne se gjennom din synsvinkel, og du gjennom min, så ville vi begge se noe som vi ikke kunne ha sett på egen hånd."* Knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar kan eit døme på dette vere at ein kastar lys over problemstillingane frå fleire synsvinklar og freistar å finne ei ny felles tilnærming. Gjennom felles samtale og dialog kan ein styrke sterke sider både kollektivt og individuelt. På dei tverrfaglege møteplassane kan ein dele erfaringar og freiste å sette ord på den tause kunnskapen. Senge (1991, s. 240) seier at læring i lag krev modne grupper som evnar å sette seg inn i komplekse og konfliktfylte spørsmål. Det krev øving. Han samanliknar det med korleis ein kan skape eit førsteklases symfoniorkester om ein ikkje skulle øve.

Gjennom tverrfagleg samarbeid kan ein saman lære og lære ved å arbeide med felles arbeidsdokument som kartleggingsskjema og fellesrapportar. I team- og målmøte kan ein utveksle kunnskap og drøfte utfordringar. Senge (1991, s. 16) seier at om ikkje grupper kan lære, kan heller ikkje organisasjonar lære. Senge kallar disiplinen læring i lag ein utviklingsveg der ein kan tileigne seg dugleik og kompetanse.

Glosvik (2008:a, s. 33) viser til Senge, og seier at dei som lærer i lag evnar å utvikle diskusjonar til dialogar, der lytting og undersøkjande refleksjon fremjar ny innsikt som løftar

kollektivet til eit høgare ytingsnivå. Den kreative spenninga kan til dømes kjenneteiknast av energien og dynamikken som blir generert i og mellom fagpersonar i det tverrfaglege teamet og pasientar, etter kvart som rehabiliteringsprosessen skrid fram. Det handlar om at den flinke blir i stand til å sjå sin eigen dugleik i lys av andre. Senge (1991, s. 15) seier: *”Når grupper virkelig lærer, oppnår de ikke bare glimrende resultater, men de enkelte medlemmer av gruppen opplever en langt raskere personlig vekst enn de ellers kunne ha fått.”*

Tverrfagleg samarbeid kan vere døme på det Nonaka med fleire kallar naudsynt variasjon. Det inneber at aktørane ikkje må vere for like, ha element av overlappande kunnskap, men og kunne bidra med sin unike kunnskap (Jfr. Kap. 2.5.2). Som vi såg i kapittel 4, hadde ein regelmessig tilbod om veiledning (Jfr. Kap. 4.4). Der kan ein skape ny innsikt ved å tolke, forstå og sjå dei ulike erfaringsbidraga i lys av kvarandre. Schön seier at reflekterer ein ikkje over praksis, kan ein gå glipp av ei viktig kunnskapskjelde (Jfr. Kap. 2.6.1).

Eit døme kan vere at ein i det tverrfaglege inntaksteamet saman vurderer søknadar om rehabiliteringsopphald (Jfr. Kap 4.3). I inntaksmøta kan ein dele tankar og kunnskapar knytt til dei aktuelle problemstillingane. Det kan vere eit døme på det Schön omtalar som refleksjon i handling (Jfr. 2.6.1). Den einskilde fagpersonen kan vurdere og forstå dei aktuelle problemstillingane i lys av kunnskapane og erfaringane sine.

Glosvik (2008:a, s. 34) seier at disiplinen læring i lag handlar om korleis ein bidreg til at den meiningsberande ramma blir noko meir enn summen av medlemmane sine einskildbidrag. Ny tverrfagleg innsikt kan skapast i vekslinga mellom fagkunnskap og tidlegare erfaringar. I samspelet mellom fagpersonar med ulik tilnærming kan ein skape ei heilskapleg tenkning kring den aktuelle pasientsaka. Ein går ikkje berre i ring, men lærer gjennom å utvide erfaringsflata. Men sidan tildeling av ledige plassar skjer på grunnlag av kollektive diskusjonar, og ikkje meir objektive kriterium, kan ein spørje om i kva grad individuelle eller tverrfaglege interesseområde kan komme til å påverke prioriteringane.

Som vi har sett tidlegare, la informantane vekt på dei uformelle møtestadane. Ei potensiell utfordring ved uformelle diskusjonar kan vere at samtalane og refleksjonane skjer med berre nokre få representantar frå teamet til stades. Kanskje kunne ein i eit samla team fått meir fruktbar diskusjon ved at ein fikk kasta lys over problemstillingane frå endå fleire synsvinklar.

Fysisk nærleik kan påverke kven som samarbeider, når og korleis. Informantane peika på at kort fysisk avstand var sentralt for å kunne etablere uformelle relasjonar (Jfr. Kap. 4.5). Dei såg det som eit leiaransvar at det blei lagt til rette for den uformelle samhandlinga (Jfr. Kap. 4.6). Ved eininga der eg gjorde dei empiriske undersøkingane var fagpersonane, trass i lokalisering på to ulike plan, plassert forholdsvis nær kvarandre geografisk. Kanskje kunne ein for å styrke det tverrfaglege samarbeidet samlokalisere dei som arbeidde saman i team. Bakdelen kan vere at ein då kanskje hadde tona ned det meir fagspesifikke. Eit anna tiltak kunne vore å la teama spesialisere seg, for å freiste å etablere spisskompetanse.

Senge (1991, s. 344) seier at ei hovudoppgåve for leiarar i lærande organisasjonar er å vere konstruktørar. Dei er ansvarlege for at medarbeidarane kan utvikle evnene sine til å forstå kompleksitet, klarlegge visjonar og forbetre felles mentale modellar. Han samaliknar organisasjonar med eit skip på dei sju hav, og peikar på at den neglisjerte leiarrolla er skipet sin konstruktør. Han seier at konstruksjon ser ut til å vere ein lite vektlagt dimensjon, og spør om lite av æra går til konstruktøren fordi funksjonen ofte er lite synleg.

Som vi såg i kapittel 4, syntest det i faglege samanhengar å vere lite synleg leiging ved eininga. Kan det vere ei mogleg forklaring at leiarane fokuserte på å etablere gode rammer slik at fagpersonane best mogleg skulle kunne ivareta det direkte pasientretta arbeidet? Vektla dei konstruktørrolla? Senge (1991, s. 347) seier at hovudpoenget med ein konstruksjon er å sjå korleis delane passar saman slik at dei fungerer som ein heilskap.

Kanskje opplevde leiarane at det var så mange dyktige og erfarne fagpersonar at ein kjende seg trygg på at dei kunne løyse oppgåvene sjølvstendig. Det kan vere at dei såg rolle si meir knytt til å arbeide mot å bygge strukturar og rammer for fagpersonane? Senge (1991, s. 345) seier at leiarar som praktiserer konstruktørrolla, kan finne tilfredstillelse i å gi andre makt.

Men det kan vere vanskeleg å forstå korleis ein kan utøve godt leiarskap om ein ikkje er til stades. Kva vurderingar kan ligge bak ei ”tilbaketrekt leiarrolle”? Kva med leiaren sin funksjon som rollemodell? Er det behov for å komponere teama ut frå pasienten sine utfordringar dersom alle meistrar rollene? Kan det vere at leiarane opplever at dei rår over ei så erfaren og dyktig personalgruppe at det ikkje spelar nokon rolle kven som er i dei ulike teama, og kva pasientar som hamnar kvar? Er godt nok det same som fagleg forsvarleg? Kva skjer med den kreative spenninga, dersom ein ikkje stadig skal strekke seg etter nye mål?

Eller er det så krevjande å leie tverrfaglege team der fagpersonane har anna fagbakgrunn enn leiaren, at ein derfor desentraliserar ansvaret ? Kan leiarane vere redde for at dei som representantar frå ei yrkesgruppene, kan bli mistenkt for å forfordele si eiga faggruppe ? Det kan og vere grunn til å spørje om kva rom fråver av leiarskap kan gi for ”uformelle leirarar” ? Senge (1991, s. 294) seier at eit kjernepunkt ved desentralisering kan vere korleis organisasjonar kan oppnå kontroll utan å vere kontrollerande.

Kanskje kan forklaringa vere knytt til at leiarane legg til grunn at desentralisering kan vere med å stimulere til gransking, refleksjon, diskusjon og dialog mellom fagpersonane når dei sjølve har ansvaret for å ta avgjerdene ? Glosvik (2008:a, s. 34) seier at det i disiplinen læring i lag blir ei sentral oppgåve for leiarane å sørge for at medarbeidarane får høve til å engasjere seg på ein slik at arbeidet gir rom til innleving og refleksjon i kollektive samanhengar. Men det er kanskje ikkje alltid slik at ”dei som har den på, veit best kvar skoen trykker.” Senge (1991, s. 294) seier *”Lokale beslutningstagere kan være nærsynte og ute av stand til å innse de konsekvensene som deres beslutninger vil få for det større systemet de arbeider innenfor”*.

5.2.5 Refleksjon over eiga og andre sine roller - Heilskapstenking

Den femte disiplinen er systemisk tenking. Senge (1991, s. 18) seier at dei fire andre disiplinane trengst for at systemtenkinga skal kunne verkeleggjere sitt potensiale. Personleg dugleik fremjar motivasjonen til stadig å lære korleis handlingane våre påverkar verda rundt oss. Mentale modellar rettar søkjelyset mot å avdekke svake sider ved måten vår å oppfatte verda. Felles visjonar gir næring til forpliktande innsats. Læring i lag utviklar evna til å forstå det større biletet som finst utanfor einskildmennesket sine perspektiv. Heilskapstenking skal få ein til å sjå mønster i ei rekke av hendingar framfor einskildhendingar.

Grunnleggjande viktig i systemisk tenkning er at små endringar i eit delsystem kan få følgjer andre stader i systemet. Det kan vere lite tilrådeleg å freiste og forstå ein del av eit problem, utan å ta omsyn til heilskapen det er ein del av. Kompleksitet ein stad kan bli skapt av at ein misser oversikt over samanhangane mellom årsak og verknad. Det kan og vere utfordrande å forstå korleis tiltak kan få utilsikta konsekvensar i framtida. Eit systemisk perspektiv vektlegg at omgivingane endrar seg. Vi kan velje korleis vi vil forstå desse endringane, men vi kan aldri vere heilt trygge på kva følgjer handlingane våre har i det større systemet vi er ein del av.

Som vi såg i kapittel 4 hadde dei ulike fagpersonane eit tett samarbeid. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan eit døme på systemisk tenkning vere samarbeidet mellom representantane frå spesialisthelsetenesta og eksterne samarbeidspartnarar i samband med at pasienten skal utskrivas, og skal starte "sitt nye liv". Døme kan vere når ergoterapeuten reiser heim til pasienten for å vurdere kva hjelpemiddel han treng når han kjem heim, eller når sjukepleiaren frå kommunen hospiterer for å lære ein spesiell forflytningsteknikk.

I utskrivingsfasen kan det vere mange interne og eksterne samarbeidspartnarar. Kanskje skal ein samarbeide både med pasienten, pårørande, rehabiliteringskoordinator frå den aktuelle kommunen, fysio- og ergoterapeut, representantar frå heimesjukepleiartenesta, pasienten sin arbeidsgjevar, NAV, arkitekten som skal lage teikningar for tilrettelegging av bustaden og handverkarane som skal stå for arbeidet. Då kan ein tenke seg at tiltak, eller kanskje mangel på tiltak ein stad i systemet, kan få utilsikta følgjer andre stader.

Når ein har erfaring med å arbeide med komplekse rehabiliteringsprosessar, kan ein nokre gonger få assosiasjonar til det Rønning og Solheim (2006, s. 160) peikar på, når dei seier at hjelpeapparatet er offer for det dei kallar eit "Ikea – syndrom": Alle delane i systemet er der, men ingen har ansvar for å skru dei saman. Ein kan tenke seg at ein har handla flatpakka møbelpakkar på Ikea. Som regel er alle delane i pakken, men dei er ikkje skrudd saman. Det ligg ved ei lita nett bruksanvisning, men det er ikkje alltid like lett å få produktet til å bli som på biletet i katalogen. Det kan vere fasar der ein har delar til overs, eller deler i manko.

Eit døme på "Ikea – syndromet" kan vere ei kvinne som etter ein hjernebøldning med lammingar i høgre kroppshalvdel blir skriven ut, utan at det er gjort naudsynt tilrettelegging i heimen. Til dømes kan soverommet vere på loftet, medan pasienten ikkje kan gå i trapper. Ei mogleg løysing kunne då vore at det mellombels blei sett inn ei seng i stova. Det kunne vore lett å få til, men kjem ikkje på plass om ikkje nokon tar ansvar for koördineringa. Slik kan mangel på tiltak ein stad, føre til utilsikta følgjer ein heilt annan stad. Senge (1991, s. 74) seier at systemtenkning viser at det ikkje finst nokon utanforliggande som har skulda, men at ein sjølv er årsaka til vanskan, sidan ein er ledd i eit og same system. Alle deler ansvaret for problemet eit system skaper. Det betyr ikkje at alle i like stor grad kan påverke endringar i systemet, men illustrerer at leitinga etter syndebukkar er ei blindgate (s. 86).

Som vi såg i kapittel 4, såg informantane på fellesrapportane som starten på pasientane sine individuelle planar (Jfr. kap. 4.3). Ifølge Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtenesteloven, har alle med behov for langvarige og koordinerte tenester frå det offentlege tenesteapparatet, rett på å få utarbeidd ein individuell plan. Slike planar handlar om tenester som inngår i eit komplisert samspel, der ting må skje til bestemte tider, der det eine er avhengig av utfallet av det andre (Thommesen, Normann og Sandvin, 2008, s. 73). Som tenesteytar er ein pålagt å tilby og utarbeide ein slik plan, men mottakaren kan takke nei.

Kjelleivold (2005, s. 9) peikar på at føremålet med ein individuell plan, er å bidra til større tryggleik ved at ein avklarar ansvarsforhold, betrar samarbeidet og styrker samhandlinga mellom tenesteytare, og med tenestemottakarane og deira næraste pårørande. Ho peikar på at ordninga er både eit verkty og ein prosess. Individuell plan opnar for at tenesteapparatet kan sette tenestemottakaren i sentrum, og representerer ein ny arbeidsmetode ved at den utfordrar tenesteytarane til å organisere og samarbeide på nye måtar. Ordninga skal sikre utarbeiding av eit plandokument på tvers av sektorar, etatar og nivå (s. 85). Knytt til systemisk tenkning, kan planen, i den grad det er mogleg, vere eit samordningsinstrument for å freiste og kontrollere, eller førebygge utilsikta konsekvensar andre stadar i systemet.

Brukarmedverknad er sentralt i utarbeidinga av individuelle planar, og bygger på tanken om at det er betre med aktive deltakarar enn passive brukarar. Kva ein individuell plan skal innehalde er ikkje direkte regulert i lov, men i "Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtenesteloven." I § 7 heiter det at planen skal innehalde oversikt over mål, ressursar og behovet for tenester, deltakarane i planarbeidet, samordnings- og koordinatoransvaret, tiltak, ansvarsfordeling, gjennomføring og tidsplan, tidsperspektiv for planperioden og evaluering, samtykke, og handtering av teieplikta, samt korleis ein vil samarbeide med ulike instansar.

Kanskje er det forskrifta om induviduell plan, som svarar til bruksanvisninga frå Ikea ? Det ser enkelt ut , men erfaring viser at det kan vere utfordrande i praksis. Senge (1991, s. 347) viser til Ray Stata som seier at ein må sjå på organisasjonar som: *"et system der delene ikke bare henger sammen internt, men også er knyttet til de eksterne omgivelsene, og at man klarlegger hvordan hele systemet kan virke bedre"*. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan dette forståast som at ein kan nytte induviduell plan som reiskap for å arbeide mot "saumlause

tenester”. Kanskje var det dette informanten tenkte på, då ho sa: *”Det nyttar ikkje å vere soloartist her”* (Jfr. Kap. 4.6).

Senge (1991, s. 75) seier at heilskapstenkning skal hjelpe ein å sjå strukturane som ligg bak komplekse situasjonar, og kallar det den femte disiplin fordi det er den begrepsmessige hjørnesteinen som underbyggjer alle læredisiplinane. Glosvik (2008:b, s. 33) seier at det handlar om ei form for refleksjon. Ved å nytte abstraksjonane som den femte disiplinen representerer, kan ein få større innsikt i den rolla ein sjølv og andre spelar i sin eigen organisasjon. Ved å kaste lys over eit fenomen, får ein større innsikt i dei samanhangane fenomenet er del av. Slik kan ein utvikle eit betre grunnlag for å endre eigne handlingar eller haldningar. Senge (1991, s. 348) seier at leiaren si oppgåve er å konstruere læreprosessar som gjer at medarbeidarane på ein fruktbar måte kan løyse oppgåvene, og meistre læredisiplinane.

5.3 Fem læredisiplinar knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar

Leiarar som vil fremje personleg dugleik, må freiste å skape eit miljø der prinsippa bak personleg dugleik blir praktisert dagleg. Når den kreative spenninga er til stades, seier ein seg ikkje nøgd men strekker seg mot nye mål. For å vekke den kreative spenninga, kan det i forbetningsarbeid vere føremålstenleg å ta utgangspunkt i problemstillingar som fagpersonane opplever som vanlege, viktige og vanskelege.

I ein kompleks rehabiliteringsprosess kan disiplinen mentale modellar forståast som korleis ein granskar og reflekterer kring eigen praksis. For leiarar kan utøving av disiplinen til dømes komme til uttrykk ved at ein gjennom lærande samtalar utfordrar både seg sjølv og medarbeidarane til individuelt og kollektivt å evaluere og reflektere over eigen praksis.

Disiplinen felles visjonar fokuserer på korleis avstanden mellom kvardagen og dei mentale bileta av ei ønska framtid, kan skape kreativ energi så ein får styrke til å endre sin eigen situasjon. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan disiplinen illustrerast ved at ein samtalar om korleis ein kunne sette saman dei tverrfaglege tema for både å imøtekomme eininga sine overordna målsettingar, og realisere fagpersonane sine mål, individuelt og kollektivt.

Disiplinen læring i lag handlar om korleis ein bidreg til at den meiningsberande ramma blir noko meir enn summen av fagpersonane sine einskildbidrag. Utøving av disiplinen startar ved at ein tenker i fellesskap. For fagpersonar i tverrfaglege team kan det dreie seg om å lære og ta

omsyn til kollektivet, samstundes som ein utviklar sine personlege kunnskapar og evner. Det handlar om at den flinke blir i stand til å sjå sin eigen dugleik i lys av andre.

Den femte disiplinen er systemisk tenkning. I komplekse rehabiliteringsprosessar kan eit døme på systemisk tenkning vere samarbeidet på tvers av forvaltningsnivå, mellom representantane frå spesialisthelsetenesta og eksterne samarbeidspartnarar. Ein tenke seg at tiltak, eller kanskje mangel på tiltak ein stad i systemet, kan få utilsikta følgjer andre stader.

Individuell plan kan vere eit samordningsinstrument for å freiste og kontrollere, eller førebygge utilsikta konsekvensar. Ordninga skal sikre utarbeiding av eit plandokument på tvers av sektorar, etatar og nivå. Individuell plan representerer ein ny arbeidsmetode ved at den utfordrar tenesteytarane til å organisere og samarbeide på nye måtar.

5.4 Kva om det hadde vore meir synleg leiarskap

Som eg har diskutert, synest det å vere ein medviten strategi frå leiarane si side at avgjersmynde i stor grad er delegert til dei tverrfaglege teama. Men ved stor grad av desentralisering kan leiarane få liten oversikt og påverknadskraft. Kanskje kunne systematisk forbetningsarbeid gjennom bruk av PDSA- sirkelen, vore ein føremålstenleg tilnæringsmåte for leiarane å stimulere det pasientretta arbeidet i den ønska retningen (Jfr. Kap. 2.2.2). Ein kan og nytte dette instrumentet til å nærme seg praktisk utøving av Senge sine fem disiplinar.

I planleggingsfasen tar ein sikte på å identifisere problemet, føreta datainnsamling, peike på moglege årsaker, og kaste fram potensielle løysingsforslag. For å vekke den kreative spenninga hos medarbeidarane, kan det vere føremålstenleg å ta utgangspunkt i problemstillingar som blir opplevd som vanlege, viktige og vanskelege (Jfr. Kap. 2.2.1 og 2.4.1). Leiaren kan då be medarbeidarane peike ut kva område dette representerer for dei.

Når ein har identifisert moglege forbetningsområde (Jfr. Kap. 2.2.2), kan ein med eit kritisk reflekterande blikk utfordre sine eigne individuelle og kollektive mentale modellar (Jfr. Kap. 2.4.2). Kva er det ved vår noverande praksis som gjer at vi ikkje lukkast med dette ? Neste steg kan vere at leiaren har dialogar med medarbeidarane om kva som skal til for å kunne nå måla ein set seg i forbetningsarbeidet. Ved å mobilisere dei felles visjonane, vil ein kunne skape kreativ energi nok til at ein får styrke til å endre sin eigen situasjon (Jfr. Kap. 5.2.3).

Etter å ha gjennomført utførings-, kontroll- og korrigeringsfasen kan ein kanskje sjå at ein ved å sette saman ulike fagkunnskapar og erfaringar, kan få ny kunnskap og etablere handlemåtar som den einskilde ikkje kunne nådd fram til på eiga hand (Jfr. Kap. 2.2.2).

At dei ulike fagpersonane med sine bidrag deltar i systematisk forbetningsarbeid, gjer at ein kan få kasta lys over utfordringar og konsekvensar frå fleire sider. Det kan vere med å sjå, og eventuelt førebygge at små endringar i eit delsystem kan få følgjer andre stader i systemet. PDSA-sirkelen bygger på tanken om at ein kontinuerleg kan gjere endringar i liten skala og analysere dei, før ein held fram med nye tiltak. Målet er å ta små steg til ein har nådd dei ønska resultata. Slik kan systematisk forbetningsarbeid vere kontinuerleg læring i praksis.

KAPITTEL 6 KONKLUSJON OG NYE PERSPEKTIV

6.1 Konklusjon

Den overordna problemformuleringa i dette mastergradsarbeidet har vore om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis. For å freiste og svare på problemstillinga, la eg til grunn tre forskningsspørsmål (Jfr. Kap. 1.2).

På spørsmål om ein arbeider med kontinuerleg forbetring gjennom tverrfagleg samarbeid, fann eg at ein nytta mange formelle tverrfaglege læringsarenaer, men leiarane syntest i liten grad å vere til stades i planlegging og gjennomføring. Ved den undersøkte eininga, såg ein i liten grad ut til å arbeide systematisk med forbetningsarbeid. Det kan vere grunn til å spørje kvifor eit tverrfagleg fellesskap som synest å vere opptatt av samarbeid, ikkje i større grad nytta dei formelle læringsarenaene meir medvite.

Men trass i alle dei formelle strukturane, la ein meir vekt på det uformelle samarbeidet. Det kan sjå ut som denne forma for samhandling kan vere uttrykk for kotinuerleg forbetring sidan dei uformelle treffpunkta blei nytta til gransking, dialog og refleksjon kring felles faglege utfordringar. Men ei potensiell utfordring kan vere at samtalane føregår med berre nokre få representantar frå dei tverrfaglege teama til stades. Kanskje kunne ein i eit samla team fått ein meir fruktbar diskusjon ved å reflektere kring problemstillingane frå endå fleire synsvinklar.

Korleis det fysiske miljøet er tilrettelagt, påverkar kven som samarbeider, når og korleis. Opplæring i tverrfagleg arbeid ser ikkje ut til å vere sett i system, men erfarne fagpersonar kan ha uformelle funksjonar som rollemodellar. Gode førebilete kan vere med å vekke den kreative spenninga, ved at andre ønsker å meistre det ein ser at meir erfarne medarbeidarar klarer. Men ein kan spørje seg om i kva grad dei urøynde fagpersonane er mottakelege for å tileigne seg taus kunnskap gjennom å observere meir erfarne kollegaér, dersom dette ikkje blir følgt opp av anna form for konkret veiledning.

I høve til korleis ein disponerer dei tverrfaglege ressursane for å løyse arbeidsoppgåvene, ser ein ut til å prioritere at dei same personane fyller faste funksjonar, framfor å skreddarsy fleksible løysingar for den einskilde pasient. Men spørsmål knytt til samansetting av

tverrfaglege team, kan og innebere at ein må tenke gjennom om ein ønsker å dyrke fram spesialist- og/eller generalistkunnskap. Vel ein å spesialisere seg, kan ein stille spørsmål om kven som skal ivareta interessene til dei pasientgruppene som eventuelt ikkje blir tilgodesett.

Det siste forskningsspørsmålet er knytt til om verdiane knytt til tverrfagleg samarbeid påverkar utøvinga av leiarskap, og i så fall korleis. Det kan, etter mitt syn, vere grunn til å spekulere vidare kring moglege samanhangar mellom fagets natur og forventningar til utøvinga av leiarskap. Det kan sjå ut som verdiar som lojalitet, lik påverknadskraft og respekt, som ofte kan vere assosiert til tverrfagleg samarbeid, også blir lagt til grunn for korleis ein praktiserar leiargjeringa.

I høve til kven som best kan kaste lys over kunnskapsprosessar, ser ein i liten grad ut til å få assosiasjonar til leiing og leiarar. Kanskje kan det vere slik at leiarane er opptatt med andre arbeidsoppgåver på eit meir overodna nivå, og at dette ikkje blir oppfatta som kunnskapsprosessar? Det synest å vere ein medviten strategi frå leiarane at avgjerder knytt til pasientretta arbeid, i stor grad blir fatta kollektivt gjennom felles tverrfaglege drøftingar. Men det kan vere grunn til å spørje om i kva grad leiarane då har oversikt og påverknadskraft i høve drifta.

Den overordna problemstillinga var knytt til om tverrfagleg samarbeid kan fungere som reiskap for kontinuerleg forbetring i komplekse rehabiliteringsprosessar, og i så fall korleis. Ut frå svara på forskningsspørsmåla kan det, slik eg ser det, vere grunn til å kunne svare ja på det spørsmålet. Eg tenker at det gjennom tverrfagleg samarbeid kan ligge til rette for kontinuerleg forbetring ved at ein utvekslar kunnskap og utviklar ny innsikt, ved å kaste lys over felles problemstillingar frå ulike synsvinklar.

For å lukkast, ser det ut til å vere viktig å ha kontinuerleg fokus på vedlikehald og utvikling av det tverrfaglege samarbeidet. Men ein kan spørje om ein kunne fått betre resultat om ein arbeidde meir systematisk og målretta med granskning av, og refleksjon kring eigen praksis individuelt og kollektivt. Erfaringsmessig er det mange ulike aktørar knytt til komplekse rehabiliteringsprosessar. Ein kan tenke seg at individuell plan eller bruk av modellar for systematisk forbetningsarbeid, kunne vere samordningsinstrument for å førebygge utilsikta konsekvensar i samarbeidet mellom ulike samarbeidspartnarar og forvaltningsnivå.

6.2 *Kva perspektiv kan dette opne for . . .*

Med bakgrunn i funna i studien ser fleire område der det, etter mitt syn, kunne vere føremålstenleg å gjere vidare forskningsarbeid:

- Kanskje kunne nokon utan forankring i rehabiliteringsfeltet gjennomført dei samme empiriske undersøkingane med den same intervjuguiden ved ei liknande eining. Då kunne ein og inkludert mannlege informantar, for å sjå om ein gjorde dei samme funna. Ein alternativ metode kunne vore å gjennomføre intervju i små fokusgrupper.

Det kunne og vore interessant å gjort dei samme undersøkingane på andre fagfelt med stort innslag av tverrfagleg samarbeid.
- Det kunne vore spennande å sjå nærare på kva implikasjonar det gir for leiarrolla at ansvar og mynde i stor grad synest å vere desentralisert ? Korleis blir dei som utøver leiarskap på denne måten sett på innad i si eiga eining, og som ein del av ein større organisatorisk system, der andre verdiar kanskje er rådande ?
- I høve til tverrfagleg samarbeid i samansette pasientsaker, kunne det vore føremålstenleg å sett nærare på om ein klarar å overføre den tverrfaglege kunnskapen til eksterne samarbeidspartnarar som skal følge opp pasientane vidare.
- Ein kunne kanskje og sett nære på kva resultat ulike måtar å sette saman tverrfaglege team kunne hatt i i samansette pasientsaker ?

6.3 Avslutning

Vi lever stadig lenger, og den medisinske utviklinga gjer at stadig fleire overlever alvorleg skade og sjukdom. Mange av desse vil i ulik grad ha behov for rehabiliteringstenester i første- og/eller andrelinjetenesta. I tillegg vil det komme ein heilt ny generasjon pasientar, med heilt andre krav og forventningar. Det vil medføre store utfordringar for både både spesialist- og kommunehelsetenesta i åra framover. Dei nasjonale visjonane, føringane og intensjonane har vore der lenge. Å realisere målsettingane på rehabiliteringsfeltet vil kreve eit stort innslag av samarbeid på tvers av faggrupper, etatar, sektorar og forvaltningsnivå. Kan ein lukkast med å etablere saumlause tenester ? Berre tida vil vise . . .

Ved eit vegskilje . . .

Når konduktøren no ropar opp for neste stopp, så veit eg at her må eg gå av. Det er tid for ettertanke. Våre vegar vil skiljast for denne gong. Du skal kanskje reise vidare ? Vidare gjennom nytt og ukjent land. Men før vi går kvar til vårt, vil eg gjerne få dele ein av mine visjonar med deg.

Sjå føre deg eit tverrfagleg fellesskap der leiarane rosar og oppmuntrar fagfolka. ”Du er ein så dyktig vernepleiar ! Korleis kan vi bruke tida di, slik at dei som treng det mest, kan få nytte av kunnskapen og dugleiken din ?”

Det stimulerande miljøet utløyser kreativ energi. Arbeidsglede veks fram av å sjå pasientar og medarbeidarar lukkast. Ein oppmuntrar kvarandre til å leite etter styrken som skal til for å realisere sine faglege ambisjonar. Dei erfarne legg til rette for diskusjon og dialog, slik at alle i fellesskapet kan utvikle nye innsikter, individuelt og tverrfagleg. Dei gjer diskusjonar om til dialogar. Lytting og undersøkjande refleksjon løftar kollektivet til eit høgare ytingsnivå.

Ein har kontinuerleg lærande samtalar, der ein utfordrar kvarandre både individuelt og kollektivt. Saman med eksterne samarbeidspartnarar gransker og evaluerer ein felles praksis knytt til samarbeid mellom forvaltningsnivåa i komplekse rehabiliteringsprosessar. Når ein har lukkast, seier ein seg ikkje nøgd, men strekker seg mot nye og ukjende horisontar. Kanskje lukkast ein ikkje alltid, men ingen kan seie at ein ikkje gjorde sitt beste.

Det tverrfaglege fellesskapet er ein av oasane i livet. Ein har djup respekt for kvarandre som fagpersonar, og menneske. Saman samtalar ein om kva ein drøyer om, både individuelt og som kollektiv. Ein knyt sterke faglege band på tvers av yrkesgrupper og kompetanseområde. I lag får ein til noko som ingen kunne klart aleine. Den tida dei har i lag, har aldri vore før, og vil aldri komme igjen. Eit øyeblikk i evigheten, men likevel unik for dei det gjeld.

Det er min visjon. Min draum. Kanskje møtes vi der ein gong ? Om ikkje anna, så berre i tankane. Hels Peter Senge, om du ser han, og sei eg trur han har rett i at sjølve reisa er belønninga.

På gjensyn . . .

LITTERATURLISTE

- Batalden P, Stoltz P. (1993): A framework for the continual improvement of health care. *Journal of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*; 19:424-447.
- Bottrup, Pernille (2003): *Læringsrum i arbeidslivet - et kritisk blik på Den Lærende Organisation*. Forlaget Sociologi. Fredriksberg
- Bredland, Ebba Langum og Linge, Oddrun Anita og Vik, Kjersti (2002): *Det handler om verdighet – Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo
- Espedal, Bjarne (1995): *Organisasjonsmessig læring: En studie av aktørers læringsstrategi og kva som påvirker og former strategien*. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Rapport nr. 78/95. Bergen
- Gansmo og Sørensen I: Sørensen, Knut H, Gansmo og Helen Jøsok, Lagesen og Vivian A og Amdal, Eva (2008): *Faglighet og tverrfaglighet i den nye kunnskapsøkonomien*. Tapir Akademisk Forlag. Trondheim
- Glosvik, Øyvind (2008:a): *Når teori møter praksis I: Glosvik, Øyvind (red) (2008). Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse og sosialsektoren: Undervegstekstar*. Side 1 – 13. HSF – Rapport R-NR 7/2008 Avdeling for helsefag.
- Glosvik, Øyvind (2008:b): *Den femte disiplinen i praksis I: Glosvik, Øyvind (red) (2008). Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse og sosialsektoren: Undervegstekstar*. Side 15 – 37. HSF – Rapport R-NR 7/2008 Avdeling for helsefag.
- Glosvik, Øyvind (2007): *Introduksjon til Nonaka (m.fl): Førellesning ved Høgskulen i Sogn og Fjordane*.
- Grue, Lars (2004): *Funksjonshemmet er bare et ord*. Abstrakt forlag AS. Oslo
- Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskaplige metoder*. Fagbokforlaget. Bergen
- Hellevik, Ottar (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Hustad, Wiggo (1998): *Lærande organisasjonar – Organisering for kunnskapsutvikling*. Det Norske Samlaget. Oslo
- Isaacs, William (1999): *dialogen – och konsten att tänka tillsammans*: Bookhouse Publishing AB: Stockholm.
- Irgens, Eirik J (2007): *Profesjon og organisasjon – Å arbeide som profesjonsutdannet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen
- Jacobsen, Dag Ingvar (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser ? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS. Kristiansand:

Jamtvedt, Gro, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: *Kunnskapsbasert praksis I: Sosial og helsedirektoratet, Veileder 1S-1502* 2007

Johannesen, Jon Arild og Olaisen, Johan (1995): *Prosjekt – Hvordan planlegge, gjennomføre og presentere prosjektoppgaver, utredninger og forskning*. Fagbokforlaget. Bergen

Kjeldstadli, Knut (1999): *Fortida er ikke hva den en gang var – En innføring i historiefaget*. Universitetsforlaget. Oslo

Kjelleld Alice (2005). *Retten til individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. 7. opplag. Gyldendal Akademisk. Oslo

Larsen, Rolf-Petter (2005): *Teamutvikling - Teambygging og teamarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo

Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per (2006): *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget AS. Oslo

Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder I medisinsk forskning – en innføring*. Universitetsforlaget. Oslo

Nonaka, I. og Takeuchi, H. (1995): *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press, Oxford

Norsk Forening For Fysikalsk Medisin og Rehabilitering: *Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering for perioden 2004-2007*

Nyen, Bjørnar (2009): *Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll (SPC)*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK

Olsson Henny og Sørensen Stefan (2003): *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003. Gjøvik

Repstad, Pål (1998): *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlagets Metodebibliotek.

Repstad, Pål (1993): *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Rønning Rolf og Solheim Liv Johanne (2006). *Hjelp på egne premisser. Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Schön Donald A. (2001): *Den reflekterende praktiker - Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Århus: forlaget Klim.

Senge, Peter M. (1991): *Den femte disiplin – Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag.

Senge, Peter M (1999): *The Dance of Change –The Challenges og Sustaining Momentum in Learning Organizations*. London: Nicholas Brealey Publishing Limited.

Sinclair, Lynne B og Lingard, Lorelei A og Mohabeer, Ravindra (2009): What´s so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Archives of physical medicine and rehabilitation vol. 90*.

Stangvik, Gunnar: *Funksjonshemmede inn i lokalsamfunnet*. Universitetsforlaget AS 1994

Sørensen og Lagesen I: Sørensen, Knut H, Gansmo og Helen Jøsok, Lagesen og Vivian A og Amdal, Eva (2008): *Faglighet og tverrfaglighet i den nye kunnskapsøkonomien*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Sørhaug, H. C. 2004. *Managementlitet og autoritetenes forvandling: ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Bergen: Fagbokforlaget

Sørås, Irene (2007): *Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Thommesen, Hanne, Trine Normann og Johans Tveit Sandvin (2008). *Individuell plan. Et sesam, sesam ?* Kommuneforlaget AS. Oslo

Wiberg, Lars (2001): *Visjonen – Et verktøy for utvikling og ledelse*. Nks forlaget. Oslo

Willumsen, Elisabeth (2009): *Tverrprofesjonelt samarbeid – i praksis og utdanning*. Universitetsforlaget. Oslo

Øgar, Petter og Hovland, Tove (2004): *Mellom kaos og kontroll – Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Offentlege dokument:

DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT : St.prp. nr.1 (2007-2008)
Kapittel 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011.

DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT : Stortingsmelding nr. 21 (1998-99). Ansvar og mestring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.

Helsedirektoratet: Innsatsstyrt finansiering 2009, Oslo, desember 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001).

Helse- og omsorgsdepartementet. *Forskrift av 23.12.2004 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. Trådte i kraft 1. januar 2005.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET : Nasjonal helseplan (2007-2010). Særtrykk av St.prp. nr.1 (2006-2007) Kapittel 6

NOU 2001:22. Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

St.meldning nr. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer.

Sosial og helsedirektoratet: *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten* (2005-2015)

Vedlegg nr. 1

Førespurnad pr. e – post:

Fra: Igland, Stig
Sendt: 11. april 2008 12:10
Til: Navn på klinikkdirektør
Emne: VS: Førespurnad om deltaking i studentprosjekt.
Viktighet: Høy

Sjå vedlagde e - post.

Eg hadde sett pris på om eg kunne ha fått gjort den "praktiske delen" av studentprosjektet mitt i ein av avdelingane ved navn på helseføretak.

Håpar på positivt svar frå Dykk.

Stig Igland
Masterstudent

Fra: Igland, Stig
Sendt: 10. mars 2008 10:51
Til: Navn på klinikkdirektør
Emne: Førespurnad om deltaking i studentprosjekt.

Vedlagt ligg førespurnad om deltaking i studentprosjekt knytt til Masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Som du vil sjå av skrivet ber eg om:

- a) Løyve til gjere intervju i ein av avdelingane ved navn på helseføretak.
- b) At du ut frå din kjennskap til desse avdelingane, peikar ut ei avdeling som driv tverrfagleg spesialisert rehabilitering der du trur det kan vere føremålsteneleg for meg å gjere undersøkinga mi.

Dersom mogeleg hadde sett pris på ei rask tilbakemelding, då eg håpar å kunne føreta intervju i den aktuelle avdelinga så snart som råd etter påske.

På førehand takk !

Stig Igland
Masterstudent

Vedlagt brev pr. e – post:

Klinikkdirektør
Navn på helseføretak

Førde 10.03.08

Førespurnad om deltaking i studentprosjekt

Mitt navn er Stig Igland. Eg er student ved Masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. I tillegg til å vere deltidsstudent, arbeider eg som avdelingssjef ved Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (AFMR), Førde Sentralsjukehus/Helse Førde HF.

Eg har no starta med å skrive masteroppgåva mi, og skal gjennomføre ei undersøking som har fokus på læring og kunnskapsutvikling i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar. Målet er å freiste å kaste lys over korleis læring, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring skjer i organisasjonar som mellom anna er kjenneteikna av eit utstrakt tverrfagleg samarbeid.

På grunn av ”nærleiken” til den aktuelle avdelinga i eige helseføretak, har eg vurdert det som ikkje føremålsteneleg å gjere undersøkingane mine der. Det er mitt inntrykk at ein på mange måtar har lukkast har lukkast godt med å skape gode rehabiliteringstilbod i Helse Stavanger HF. Eg ønsker derfor å be om løyve til å gjere undersøkinga mi i ein av Dykkar rehabiliteringsavdelingar. **Ut frå din kjennskap til dei ulike avdelingane, hadde eg sett stor pris på om du ville peika ut ei aktuell avdeling der ein driv tverrfagleg spesialisert rehabilitering.** Eg vil deretter ta kontakt med den aktuelle avdelingsleiaren for å gjere avtale om korleis ein går fram vidare.

Eg ser føre meg å føreta uformelt intervju av 8 – 10 tilsette i den aktuelle avdelinga. Deltaking i undersøkinga inneber å delta i eit personleg intervju. I den ferdigstilte masteroppgåva vil alt datamateriale bli handsama anonymt. Alle data vil bli sletta/makulert eit år etter at masteroppgåva er levert.

Mastergradsprosjektet er forventa avslutta i løpet av 2008. Dersom de ønsker det, kjem eg gjerne etter endt arbeid for å fortelle om arbeidet mitt, og dei funna eg har gjort i undersøkinga. Alt materiale knytt til arbeidet vil bli handsama slik at det det ikkje kan sporast tilbake til den einskilde respondent eller avdeling.

Ta gjerne kontakt om det er spørsmål:

Mobiltelefon : 90632871
Telefon arbeid : 57831353
e – post : stig.igland@helse-forde.no

Min rettleiar i mastergradsprosjektet er Dr. polit Øyvind Glosvik, førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Han kan kontaktast om det er ytterlegare spørsmål knytt til prosjektet: Oyvind.Glosvik@hisf.no /Tlf. nr. 57722641.

Med venleg helsing

Stig Igland
Masterstudent

Vedlegg nr. 2

Navn på mogleg informant
Navn på eining
Helseføretak

Førde 30.04.08

Deltaking i studentprosjekt

Viser til telefonsamtale. Mitt navn er som sagt Stig Igland. Eg er student ved Masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. I tillegg til å vere deltidsstudent, arbeider eg som avdelingssjef ved Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (AFMR), Førde Sentralsjukehus/Helse Førde HF.

Eg har no starta med å skrive masteroppgåva mi, og skal gjennomføre ei undersøking som har fokus på læring og kunnskapsutvikling i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar. Målet er å freiste å kaste lys over korleis læring, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring skjer i organisasjonar som er kjenneteikna av eit utstrakt tverrfagleg samarbeid.

For å finne dei eg vil forespørre om å delta i intervju, vil eg gjerne nytte ei form for strategisk utvelging der dei tilsette kjem med forslag til kven som kan fortelle om korleis dei opplever at læring, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring skjer på arbeidsplassen.

Utvelginga startar med at ein av dei tilsette blir bedt om å nevne 10 navn på kollegaer som dei kan tenke seg at kunne belyse temaet. Av desse navna vel eg deretter ut ein person som blir bedt om å gjere det samme. Etter å ha gjennomført dette nokre gonger, kan ein plukke ut nokre navn som blir ofte nevnt. Desse blir så forespurt om å delta i eit uformelt intervju.

Eg kunne ønskt meg at du kunne ha foreslått 10 navn på kollegaer som du tenker at kunne fortalt om korleis læring, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring skjer i Dykkar avdeling. Du står fritt til å peike ut personar frå alle dei ulike yrkesgruppene frå ulike tverrfaglege team, uavhenging av stillingsstorleik, utdanning eller formell posisjon i organisasjonen. I tilbakemeldinga ønsker eg at du oppgir fullt navn og yrkesgruppe for dei du foreslår.

Når eg har valgt ut informantar og gjort avtalar om intervju, kjem eg til avdelinga for å gjennomføre den praktiske delen av studentarbeidet. Alt materiale knytt til arbeidet vil bli handsama slik at det det ikkje kan sporast tilbake til den einskilde respondent eller avdeling.

Ta gjerne kontakt om det skulle vere spørsmål:

Mobiltelefon : 90632871
e – post : stig.igland@helse-forde.no

Stig Igland
Masterstudent

Vedlegg nr. 3

Innleiande del

- Alder, kjønn, utdanning/yrkesgruppe/stillingstittel og "fartstid" i avdelinga ?
- **"Plassering i organisasjonen"**
 - Kven er din næraste overordna ?
 - Kor mange "di yrkesgruppe" er de ?
 - Er det nokon som har noko overordna ansvar for dei andre (til dømes leiande fysioterapeut)./Kor mange er du leiar for ?
 - Dag- eller turnusarbeidar ?
- **Korleis vil du beskrive arbeidsplassen din ?**
- **Kan du fortelle litt om korleis ein "arbeidsdag/Arbeidsveke" vanlegvis artar seg ?**
- **Kva er dine hovedoppgaver ?**
 - Har du ansvar for spesielle oppgåver/funksjonar som til dømes (studentoppfølging, undervisning eller kvalitetssikring)
- **Kvifor har du valgt å jobbe her ?**
 - Kva tiltrekk deg ved rehabiliteringsfaget ?

Læring og kunnskapsoverføring.

- **Kan du fortelle litt om kva internundervisningstilbod de har i avdelinga ?**
 - Tverrfagleg ?
 - Deltar de i fjernundervisningsprogram i regi av Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering. Kven får tilbod om å vere med ?
 - Kven organiserer og planlegg internundervisninga ?
 - Eiga internundervisning for di yrkesgruppe ?
 - Har de eigne "fagdagar" ? Fortel . .
 - Har de møter knytt til etablering av samarbeidsrutiner, eller for å lære av "avslutta saker" ?
 - Underviser du andre internt og/eller eksternt ? Kven ? Korleis opplever du det ?
 - Deltar de på undervisning andre stadar i helseforetaket ?
- **Har du tatt vidareutdanning/spesialutdanning ?**
 - Kvifor valgte du evt.denne vidareutdanninga/ desse kursa ?
 - Korleis la arbeidsgivar til rette når du tok denne utdanninga ?

- Korleis har du hatt nytte hatt nytte av det du lærte i jobben din ?
 - Fleire som har den samme vidareutdanninga ? Fordelar ?
 - Får du ofte tilbod om å delta på kurs ?
 - Kven spør deg ? Fleire i lag ?
 - Kan du fortelle om eit kurs du opplevde som nyttig ?
 - Har du fått avslag på søknadar om kurs ?
 - Har du tankar/planar om eiga fagleg utvikling framover ?
 - Med kven snakkar du om din personlege utvikling om ? Leiaren ?
 - I kva samanhengar tenker du at du lærer noko i arbeidssituasjonen ?
- **Har Avdeling Lassa ein eigen kompetanseplan ?**
 - Korleis blir kompetanseplanen laga ?
 - Korleis er den bygd opp ? (Etter yrkesgruppe, eller etter fokusområder/tema”).
 - Korleis skjer prioritering mellom ønske frå ulike yrkesgrupper ?
 - Korleis opplever du at føringane/ønska i kompetanseplanen blir følgt opp i budsjettsamanhang?
 - Kven diskuterer du med i forhold til korleis du kan realisere desse ønska ? (medarbeidarar og/eller leiaren) ?
 - Er kompetanseplanen førande for tema i internundervisninga ?
- **Kva assosiasjonar får du når eg seier ”Tverrfagleg samarbeid” ?**
 - Kan du fortelle litt om korleis de samarbeider tverrfagleg ved Lassa ?
 - Kven samarbeider du mest med ?
 - I kva samanhengar samarbeider de ?
 - Kva trur du er suksesskriteria for å få til eit godt tverrfagleg samarbeid ?
- **Er du med i ulike tverrfaglege team ?**
 - Kven fordeler ansvar/set saman teama rundt Den einskilde pasient ?
 - Kva kriterium blir lagt til grunn når (dersom) ein set saman ulike team ?
 - Korleis får ein opplæring til det å til å arbeide i tverrfagleg team/opptre på møta ?
 - Kva gjer ein for å ”dra med/styrke” dei som ikkje deltar, eller kjenner seg usikre på kva som blir forventa av dei i desse møta ?
- **Kan du fortelle om koórdinatoren si rolle ?**
 - Kven peikar ut koórdinator i dei ulike sakene ?
 - Kva kriterium blir lagt til grunn ?
- **Kan du fortelle litt om kva interne tverrfaglege møtepunkt de har ?**
 - Knytt til status & framdrift i ”pasientsakene ” ?
 - Kor ofte ? Kven er med ? Kva diskuterer de ?

- Kven leier dei tverrfaglege møta ?
 - Korleis lagar de målsettingar i pasientsakene ? (Kven og kvar skriv de dei ned ?).
 - Blir avgjerder normalt tatt ved konsensus, eller kven bestemmer ?
 - Kan du komme på ein gong då de var ueinige i ei pasientsak ? Fortel . .
 - Har dei som arbeider tettast rundt den einskilde pasientsakene egne møter i tillegg til større felles tverrfaglege møter ?
 - Kven snakkar du med når du møter utfordringar i jobben ?
 - Korleis opplever du at ei tverrfagleg tilnærming pasientane/brukarane til gode ?
- **Korleis arbeider de i forhold til førstelinjetenesta i samband med overføring/utskrivning av pasientar ?**
 - Korleis forbereder de slike møter ?
 - Kven leier møta ?
 - Korleis skjer kunnskapsoverføring i desse møta ?
 - Kan du huske ei pasientsak som du opplevde at samarbeidet ikkje fungerte så bra som du skulle ønske ? Kvifor gikk det ikkje bra ? Kva konsekvensar medførte det for liknande problemstillingar seinare ?
 - Snakkar de om kva de kunne ha gjort annleis ? Når ?
 - Får de vite korleis det gikk med pasientane etter at dei blei skrevne ut ? Kva kunne ein eventuelt lært av det ?
- **Hender det at du tar kontakt med ein pasient etter at/han/ho er reist for å høyre korleis det har gått, eller korleis dei opplevde oppholdet på Lassa ?**
- **Er det andre (meir uformelle) samanhengar enn møter de samarbeider tverrfagleg ?**
- **Korleis vil du beskrive di rolle i det tverrfaglege teamet ?**
 - Kva synes du fungerer godt i det tverrfaglege samarbeidet ?
 - Kva kunne du ønskt deg at hadde fungert bedre ?
 - Kva lærer du av medarbeidarane dine når de arbeider tverrfagleg ?
 - Korleis føler du at du bidrar konstruktivt i det tverrfaglege teamet ?
- **Korleis arbeider de med individuelle planar ? Fortel . .)**
 - Kven tar initiativet til å lage individuelle planar ?
 - Lagar de mange ?
 - Kven koórdeinerer arbeidet ?
 - Kva synes du er vanskeleg med å lage individuelle planar ? Fordelar ?
 - Kan du fortelle litt om korleis de samarbeider

med førstelinjetenesta i slike prosessar ?

- Kva trur du andre fagpersonar ved liknande arbeidsplassar kan lære av dykkar erfaringar med tverrfagleg samarbeid ?

Støtte og veiledning ?

- **Har de noko tilbod om veiledning ? Fortel . .**
 - Kven er veileidar, og kven får tilbod om å vere med ?
 - Individuelt eller i gruppe ?
 - Tverrfagleg ?
 - Evnt: Korleis opplever du å få veiledning ? Fordelar/bakdelar ?
 - Kunne du ønskt deg eit formelt tilbod om veiledning ? Tverrfagleg ? Kva kan vere gevinstane ?
- **Kva legg du i det å gjere ein god jobb ?**
 - Kan du huske ei pasientsak som du opplevde som vellukka ?
 - Kvifor gikk det så bra ?
 - Kva lærte de av det ?
 - Er det nokon på arbeidsstaden din du har lært mykje av ?
 - Korleis lærer du best (praktisk handling, utdanning, refleksjon/veiledning/samtalar) ?
 - Kven fortel du det til når du har lært noko nytt ?
 - Kva tema synes du det er mest interessant å snakke med medarbeidarane dine om ?
 - Kven fortel deg at du gjer ein god jobb ?
 - Legg andre merke til det når du gjer ein god jobb ?
- **Kan du komme på noko som du kan, men som du synes det er vanskeleg å lære vekk til andre (taus kunnskap) ?**
 - Kvifor trur du dette er vanskeleg å lære vekk ?
 - Korleis har du fått denne kunnskapen/erfaringa ?
 - Snakkar de om taus kunnskap ?
 - Kan du huske om du nokon gong har handla på ”intuisjon”, sjølv om at du visste at prosedyrar/reglane sa noko anna ? Fortel . .
- **Kven henvender du deg til når du møter ei utfordring i arbeidssituasjonen ?**
 - Kven drøftar du det med når/om resultata ikkje blei som ein hadde ønskt ?
 - Kven i teamet delar du erfaringar med ?
 - Kven av medarbeidarane dine er viktigast for deg ? Kvifor ?
 - Kven har du minst kontakt med ? Kvifor ?
- **Får du den opplæringa du treng for å kunne utføre jobben din ?**
 - Kven snakkar du med i forhold til kva som skal til for å bli ein god fagperson på rehabiliteringsfeltet ?

- Får du den opplæringa du treng for å kunne utføre jobben din ?
- Har du hospitert andre stadar nokon gong ?
- **Kva eigenskapar treng ein person som skal bli ein dyktig fagperson i ei spesialisert rehabiliteringsavdeling ?**

Organisering og lokalisering.

- **Kan du fortelle litt om korleis dei ulike yrkesgruppene ved Lassa er plassert geografisk i forhold til kvarandre ?**
 - Kvar er dei andre i di yrkesgruppe lokalisert ?
 - Er det yrkesgrupper eller kollegaer du kunne du ønskt deg å vere plassert nærare ? Kvifor ?
 - Kven opplever du at du samarbeider du best med ? (kollega/yrkesgruppe ?) Kvifor ?
- **Trur du at du at organisering og lokalisering (geografisk plassering) internt på avdelinga/eininga påverkar samarbeid og læring mellom medlemmer i det tverrfaglege teamet.**
 - Trur du at ville ha vore annleis om avdelinga hadde vore inne på eit sjukehus ?
 - Var du med i den tida då alt var samla på eit plan ? (Nokon fortalte).

Leiarrolla

- **Kva tenker du skal vere leiaren si rolle i forhold det tverrfaglege samarbeidet i avdelinga ?**
 - Kva mynde har du/teamet til å ta avgjerdrer (og kva må eventuelt klarerast med leiaren). Døme ?
- **Kva forventar du at leiaren skal gjere dersom det tverrfaglege samarbeidet ikkje fungerer ?**
 - Korleis opplever du at leiaren legg til rette for tverrfagleg læring ?.
- **Korleis legg leiarane til rette for at ulike yrkesgrupper kan dele kunnskap og utveksle erfaringar?**
- **Når er det naturleg for deg å ta kontakt med leiaren din ?**
 - Kva snakkar de om ?
 - I kva grad gir leiaren føringar for dine daglege arbeidsoppgåver . . ?
 - Kor viktig er næraste overordna for deg/
 - Kven er viktigast for at du kan få utført jobben din på ein god måte ?

- **Kva er sjefen din/leiaren din flink til ?/**
 - Kva lærer du av sjefen din ?
 - Kva kan sjefen din lære av deg ?

- **Kan du komme på noko du gjerne ville ha snakka med sjefen din om, men som du lar vere ? Kvifor ?**

- **Korleis opplever du at leiaren legg til rette for at du kan videreutvikle deg i jobben ?**
 - Kva kunne du ønskt deg at han gjorde ?
 - Kan du fortelle om korleis du opplever at leiaren til rette for faglege diskusjonar /kurs/vidareutdanningar ?
 - Har du hatt medarbeidarsamtale med leiaren din ? Korleis opplevde du det ?

- **Kva eigenskapar meiner du er viktige for ein leiar ved ei spesialisert rehabiliteringsavdeling ?**

- **Korleis trur du at ei avdeling der dialog/diskusjon/samarbeid/demokrati er sentrale grunnverdiar påverkar utøvinga av ledelse ?**

Avrunding:

- **Kva er det viktigaste du har lært det siste året på jobben ?**
 - Kvifor var dette viktig for deg ?
 - Korleis kan du formidle det til andre ?

Er det andre moment eller synspunkt du har lyst å nevne eller legge til i forhold til det vi har snakka om no ?

Vedlegg nr. 4

Informert samtykke

Eg samtykker med dette i å vere informant i studiet til Stig Igland om korleis læring skjer i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar. Eg er kjent med at dette prosjektet er knytt til masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for økonomi, leiing og reiseliv.

Eg er inneforstått med at dette er ein studie der målet er å freiste å kaste lys over korleis læring, kunnskapsutvikling og kunnskapsoverføring skjer i organisasjonar som er kjenneteikna av eit utstrakt tverrfagleg samarbeid. Eg har fått informasjon om føremålet med studien, kva metode som blir nytta, og kva resultata skal nyttast til.

Deltaking vil seie å vere med på ein individuell samtale/intervju som vil vare i ein til ein og ein halv time på eit eigna rom ved arbeidsplassen min. Samtalen/intervjuet vil bli lagra som lydfil ved hjelp av ein digital stemmeopptakar. Lydfila vil bli oppbevart forsvarleg uten tilgang for uvedkommande. Eg er kjent med at innhaldet i samtalen/intervjua vil bli teikna ned, og sendt meg for godkjenning.

Eg har fått lovnad på at i den ferdigstilte masteroppgåva vil alle data bli handsama anonymt, slik at dei ikkje kan sporast tilbake til den einskilde respondent, eller avdeling. Lydfiler, utskrift av intervju og oversikt over informantar vil bli sletta eit år etter at masteroppgåva er levert.

Eg forstår og aksepterar at dei samla resultata vil bli nytta som ein del av eit forskingsarbeid og kan offentleggjerast gjennom konferansar, i vitenskaplege og akademiske tidsskrift og ved publisering av masteroppgåva.

Eg har fått informasjon om at deltaking i masterprosjektet er heilt frivillig, og at eg når som helst kan trekke meg frå prosjektet uten at det får noko form for konsekvensar for meg. Dersom eg trekker meg, vil informasjon eg har gitt ikkje bli nytta.

Navn: _____ Stad/dato: _____

Bakgrunnsinformasjon

Navn :

Stilling :

Stillingsprosent :

Alder : 20 - 40
41 - 50
51 - 60
60 - 70

Kjønn : Kvinne
Mann

Grunnutdanning :

Grunnutdanning avslutta år:

Vidareutdanning:

Tilsett på navn på eining sidan år:

Erfaring frå andre rehabiliteringsavdelingar/sjukehus:

Anna praksis:

