

Master i helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet
Masteroppgave 2009
SPL4901

Kull Vår 2006
Studentnummer 994691

Å bygge på et skip i fart

Rehabiliteringstenkning i en diagnostisk kultur

Lokalt fagutviklingsarbeid 2007 - 2009
Geriatrici
Sykehuset Innlandet SI Gjøvik

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for Helse, omsorg og sykepleie HOS
Desember 2009
Antall ord: 25 256

Sammendrag

Overordnet hensikt er å bidra til at eldre sykehuspasienter med sammensatt sykdomsbilde får helsehjelp som står i forhold til sammensattheten. Målsetting er å integrere rehabiliteringstenking omkring pasienten. Masteroppgaven utforsker hvorvidt dette lar gjøre etter helsefremmende prinsipper i en diagnostisk kultur. Er det mulig å bevare og utvikle kunnskap som valideres gjennom tverrfaglig kommunikasjon og samhandling, og som har betydning for klinisk praksis og organisering av denne? En diagnostisk kultur kan sies å ha et naturvitenskapelig kunnskapssyn; et diagnoseperspektiv på helseproblemer, markedsstenkning ved at diagnoser også er en økonomisk kategori, og "Kunnskapsbasert praksis som metode", med foretrukne forskningsdesign og kriterier for validering av kunnskap.

Metode: Feltarbeid i egen kultur knyttet an til aksjonsforskning.

Resultat: I praksisfeltet valideres kunnskap *også* gjennom kommunikasjon. Det ser ut til at kommunikativ validitet tematiseres og begrepsfestes lite. I formidling fagpersoner i mellom gjerne med en "språkblanding" av bedriftsøkonomiske og helsefaglige termer.

Konklusjon: Det lar seg gjøre å fastholde/bibeholde et perspektiv komplementært til den diagnostiske kultur gjennom systematisk kommunikasjon og samhandling satt i system over tid.

Nøkkelord:

Geriatrici - Rehabilitering - Kunnskapsbasert praksis - Tverrfaglig samarbeid

Summary

The main intention of this work is that elderly people who are hospitalized with complex diagnoses, receive health care proportional to the complexity of their diagnosis. The aim is to integrate plans for rehabilitation into the patient's treatment. This work explores if this is possible when following Health Promotional principles in a diagnostic culture. Is it possible to preserve and develop knowledge validated through multidisciplinary communication and cooperation? Is this knowledge of importance for clinical practice and the organizing of it? The diagnostic culture can be said to be dominated by natural science approaches; a perspective for diagnosing health problems, market oriented thinking by making diagnoses an economic category, and «evidence based practice as a method», with preferred scientific design and criteria for validation of knowledge.

Method: Fieldwork in own culture based upon action research.

Result: In the field of practice, knowledge is also validated through communication. It seems that communicative validity is little thematised and is not tied to any specific terms. Interaction between professionals is a «mix of languages», using both economic terms and terms from the health profession.

Conclusion: It is possible to keep a complementary perspective towards the diagnostic culture through systematic communication and cooperation set in a system over time.

Keywords:

Geriatric - Rehabilitation - Evidence based practice - Multidisciplinary teamwork

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Introduksjon | 4 |
| 1.1 | Innledning | 5 |
| 1.2 | Oppbygging av masteroppgaven..... | 7 |
| 1.3 | Spesialisthelsetjeneste for eldre | 10 |
| 1.3.1 | Eldre sykehuspasienter med sammensatte helseproblemer | 12 |
| 1.3.2 | Geriatrisk virksomhet ved Sykehuset Innlandet Gjøvik | 13 |
| 1.3.3 | ”Er det aldri pause på dette stedet?” | 16 |
| 1.3.4 | Eget ståsted | 17 |
| 1.4 | Diagnostisk kultur | 19 |
| 1.4.1 | Markedstenkning..... | 20 |
| 1.4.2 | Diagnosetenkning omkring helseproblemer | 21 |
| 1.4.3 | ”Kunnskapsbasert praksis som metode” | 22 |
| 1.5 | Rehabiliteringstenkning | 24 |
| 1.6 | Aktuell forskning | 26 |
| 1.7 | Problemformulering..... | 28 |
| 1.8 | Hensikt og forskningsspørsmål..... | 28 |
| 2 | Teoretiske holdepunkter | 29 |
| 2.1 | Kunnskapssyn | 29 |
| 2.2 | Problematisering og kritikk av ”Kunnskapsbasert praksis” | 34 |
| 3 | Metode | 42 |
| 3.1 | Om metodevalg | 43 |
| 3.2 | Hermeneutikk og aksjonsforskning | 44 |
| 3.3 | Feltarbeid i egen kultur | 45 |
| 3.3.1 | Utvalg..... | 49 |
| 3.3.2 | Flerstegs fokusgrupper..... | 50 |
| 3.3.3 | Kollegabasert veileding | 50 |
| 3.3.4 | Deltagende observasjon | 51 |
| 3.3.5 | Feltsamtaler | 52 |
| 3.3.6 | Brukerdeltagelse | 52 |
| 3.3.7 | Forskning i egne erfaringer | 54 |
| 3.4 | Analysemetode..... | 55 |
| 3.5 | Pålitelighet og gyldighet | 59 |
| 3.6 | Metodekritikk..... | 62 |
| 3.7 | Etiske vurderinger | 65 |
| 4 | Resultat | 67 |
| 4.1 | Funksjonelt språk oppstår ikke uten samhandling | 68 |
| 4.2 | ”Rehabilitering er en annen måte å tenke på ” | 72 |
| 4.3 | Verktøy og perspektiver..... | 75 |
| 4.4 | Det som kan beskrives matematisk, eksiterer virkelig..... | 81 |
| 5 | Diskusjon | 84 |
| 5.1 | De ”rene” tall og helheten..... | 84 |
| 5.2 | Språk, situasjon og validering..... | 87 |
| 5.3 | Komplementær kunnskap | 90 |
| 5.4 | Pålitelig kunnskap om klinisk praksis og organisering av denne? | 92 |
| 6 | Konklusjon og forslag videre | 94 |
| 7 | Avslutning | 96 |
| 8 | Litteraturliste | 97 |

Vedlegg

| | |
|--|------|
| 1. Introduksjonsbrev 2007 til Sykehuset Innlandet Gjøvik, Medisinsk avdeling | I |
| 2. Introduksjonsbrev 2008 til Sykehuset Innlandet Gjøvik, Medisinsk avdeling | II |
| 3. Ny skriftlig henvendelse 2009 om deltagende observasjon | III |
| 4. Samtykkeerklæring | IV |
| 5. Referat-mal med eksempel på referat | V |
| 6. Meny til ukentlig kollegabasert veiledning med fokus på geriatri i 2008 | VI |
| 7. Observasjonsguide | VII |
| 8. Intervjuguider | VIII |
| 9. Skjema for deltagernes vurdering av Fase 1 | IX |
| 10. Svar fra Helsedirektoratet i forbindelse med deltagende observasjon | X |
| 11. Vedlegg til brev av 13.01.07 til Universitets – og høyskolerådet fra De nasjonale forskningsetiske komiteer om etisk vurdering av studentprosjekter innen helsefag på bachelor – og mastergradsnivå. | XI |

Bokser

| | |
|---|----|
| Boks 1 Målet for Specialisthelsetjeneste for eldre | 10 |
| Boks 2 Sykehuset Innlandet. Prosjekt Geriatri. Rapport 2004 | 12 |
| Boks 3 Gjennomføring av feltarbeid 2007 - 2009 | 47 |
| Boks 4 Oversikt over fokusområder Fase 1 | 48 |
| Boks 5 Tema kommentert av brukerrespondent | 53 |
| Boks 6 Presseklipp | 75 |
| Boks 7 Revidert tverrfaglig rapport-mal | 77 |

Figurer

| | |
|---|----|
| Figur 1 Elefanter, perspektiver og kontekster | 25 |
| Figur 2 Omdreiningsmomenter i metodisk tilnærming | 56 |

Modeller

| | |
|---|----|
| Modell 1 Ideelle behandlingsforløp for akutt syke gamle | 11 |
| Modell 2 Illustrasjon av Dreyfus & Dreyfus sitt kunnskapshierarki | 31 |
| Modell 3 Funksjonelt språk | 68 |

Forord

En stor takk til Sykehuset Innlandet Gjøvik Medisinsk avdeling og Divisjon Medisinsk Service Avdeling for Ergoterapi og Fysioterapi Gjøvik, for stor innsats i realisering av masterarbeidet. Takk til Norsk Ergoterapeutforbund for kr 10 000 til frikjøp av tid. Takk til min veileder John Lundstøl, professor ved Senter for omsorgsforskning Høgskolen i Gjøvik, som med vitenskapelig kunnskap integrert i praktisk visdom har bidratt med evidente innsikter. Takk til bibliotekleder Klaus Jøran Tollan for godt timede svar på e-poster om EndNote. Og takk til min mor som tett på lar meg ta del i alderdommens gleder og sorger.

1 Introduksjon

Randi¹ er 69 år og hennes hobby er å lese bøker. Hun bor i 4. etasje uten heis. Naboens stolheis kan brukes én trapp om hun vil. Det er forbudt å plassere rullatorer og barnevogner i trappeoppgangen, og Randi bærer den med seg når hun skal til bibliotek og butikk. Randi er 40 kg. Hun har falt flere ganger, er hofteoperert, og har beinskjørhet. Nå er hun innlagt på sykehus for nedsatt allmenntilstand, dehydrering og magesmerter, men benekter at hun spiser og drikker lite.

Randi mistet foreldrene som femtenåring. Hun har ikke tatt i mot hjelp fra noen i hele sitt liv. Heller ikke økonomisk bidrag av eksmann, og dette selv om de og barna var sammen som familie i alle høytider. Randi arbeidet full jobb og fire timer per natt fram til hun ble pensjonist for tre år siden.

Datter forteller at Randi drikker et glass vin sammen med valium om kvelden. Datter er bekymret for sin mor. Randi stiller seg avvisende til de fleste fagpersoner, og noen ganger også til sin datter. Randi sier at *hun* ikke vil prate med noen, men dersom noen vil prate med *henne*, er det i orden.

Under innleggelsen samtykker Randi etter hvert til tilsyn og telefonisk kontakt med Hjemmetjenester, men vil absolutt ikke ha assistanse i daglige gjøremål som for eksempel til å få laget mat. Det avholdes nettverksmøte for involverte parter. "Involvert" defineres av Geriatrisk team og datter, men Randi er enig. Hun er selv sliten, og gir datter fullmakt til å representere henne. Tilstede er også saksbehandler fra Tildelingskontor med forskjellige skjemaer. Hun ønsker presis bestilling på tjenester for å kunne gjøre presise vedtak ut fra stykkpris på tjenester. Dette forvirrer Randi som egentlig ikke ønsker at noen gjør henne en tjeneste. Hun vil heller ikke sette navnet sitt på papir. To dager senere trekker hun samtykket tilbake og reiser hjem.

¹ Fiktivt navn. Situasjonsbeskrivelsen tør gjenkjennes som ikke uvanlig i geriatrisk virksomhet. Fortellingen ble første gang brukt i eksamen i Etikk og menneskesyn 15.12.06.

1.1 Innledning

Sykehusopphold i seg selv kan innebære en risiko for ytterligere svekkelse av funksjonsnivå for eldre mennesker (Laake 2003; Engedal & Haugen 2004; St. meld. nr. 25 2005-2006; Nygaard & Bondevik 2006; Pettersen & Wyller 2007). Skrøpelige² gamle risikerer funksjonstap ved en sykehusinnleggelse nesten uansett hvilken sykdom som ligger til grunn. I følge Strategisk utviklingsplan 2009 – 2012 Sykehuset Innlandet Helseforetak (2008) blir de eldre pasientene ofte møtt av en fragmentert tilnærming som ikke står i forhold til deres sammensatte sykdomsbilde. Sykehus Innlandet har tilbudet til eldre i spesialisthelsetjenesten som prioritert område i pasientbehandlingen mot 2012 (Sykehuset Innlandet 2008).

Sykehuset som diagnostisk kultur betraktet, kan sies å ha en behandlingssideologi som lar arbeidet utspille seg på en ”biologisk scene”. Symptomer forklares ved å lete etter årsaker i individets kropp som så skal behandles og kureres. Målet er at pasienten skal bli frisk. Geriatrike pasienter er imidlertid eldre og gamle mennesker og har ofte flere sykdommer samtidig. Det kan være vanskelig å skille normal aldring fra symptomer på sykdom (Laake 2003; Nygaard & Bondevik 2006). I en diagnostisk kultur er gjerne oppmerksomheten rettet mot diagnostiske forklaringer, og andre like relevante perspektiver og kontekster omkring sammensatt helseproblemer kan gå tapt. Det er styrevedtak i Sykehuset Innlandet om at ”Kunnskapsbasert praksis som metode” er et mål i all behandling (Sykehuset Innlandet 2008). Dette konseptet som later til å stå i en naturvitenskapelig tradisjon, kan derfor komme til å forsterke diagnoseperspektivet i forhold til eldre sykehuspasienter. Selve sykehusvirksomheten er innsatsstyrt gjennom et finansieringssystem der økonomiske tilskudd er knyttet til diagnoser (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). Dette kan også forsterke et diagnoseperspektiv når det gjelder eldre pasienters sammensatte helseproblemer.

² Sårbarhet eller skrøpelighet (frailty) er et uttrykk for en persons nedsatte ferdigheter i daglige gjøremål (ADL), og for svekkede organreserver og homøostatiske funksjoner (kroppens mekanisme for å regulere og opprettholde indre miljø for eksempel blodtrykk, hydrering, hormonsystemet) (Pettersen & Wyller 2007).

Det er ikke gitt at tverrfaglig tilnærming og rehabiliteringstenkning passer inn i den diagnostisk kulturs kurative virksomhet - ei heller den eldre pasienten.

Rehabiliteringstenkning skal representere og administrere flere perspektiver samtidig, være flerkontekstuell og nettopp ikke fragmentert i sin tilnærming til pasientens sykdomsbilde (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Diagnose betraktes videre i denne type tenkning, som del av en problemstilling, og ikke selve problemet. Geriatri er per definisjon tverrfaglig og skal kunne avhjelpe sammensatte helseproblemer der både behandling og rehabilitering er nødvendig ofte til samme tid (Laake 2003; Norsk geriatrisk forening 2003).

Masteroppgaven er skriftliggjøring av fagutviklingsarbeid i en medisinsk avdeling i Sykehuset Innlandet Gjøvik fra 2007 til 2009. Arbeidet knytter an til aksjonsforskning som inngår i en strategi for endring. Kunnskapstilnærmingen står i en hermeneutisk tradisjon. Idealet i aksjonsforskning er at forskeren ikke bare forklarer en tilstand, men aktivt deltar i forandringsprosesser (Skjervheim 1996; Aadland 2004; Reason & Bradbury 2006). Arbeidet har en helsefremmende profil i betydning av at det er forankret i prinsipper for helsefremmende arbeid. Det er demokratisk hva angår spørsmålsstillinger og valg av endringsområder. Det har et lokalt perspektiv og arbeidet baserer seg på tverrfaglig samarbeid, og det er deltager – og handlingsorientert (Hummelvoll 2003; Mæland 2005). Begrepet ”tverrfaglig samarbeid” defineres som i geriatrisk virksomhet i Sykehuset Innlandet Gjøvik: Hver enkelt fagperson står ansvarlig for sin deloppgave, og har et felles ansvar for å samhandle med de andre som bidrar, og har felles ansvar for tverrfaglig vurdering og rapport ved utreise.

Spørsmålsstillinger i dette prosjektet har oppstått og er blitt utarbeidet i praksisfeltet siden 2005. Det som nå skriftliggjøres, er den systematiske virksomheten som har pågått gjennom masterarbeidet for å bevare og høyne kunnskap innen geriatri og rehabilitering. Masteroppgaven fokuserer på valideringsgrunnlaget for praktisk kunnskap, og hvordan kontekster kan tilrettelegges for å gjøre dette (kommunikativ validering) mulig. Dette selv om et større helhetsbilde blir tegnet opp i oppgaven.

I framstillingen av dette arbeidet er ikke hensikten å tegne et representativt bilde av sykehuset eller avdelingens arbeid som sådan. Det tas heller ikke sikte på kvantitativ generaliserbarhet. Men det er et håp om at tilnærmingen kan ha overføringsverdi til andre sykehusavdelinger. Det er også et håp om at dette dokumentet lar seg bruke i forhold til ansatte, nyansatte og studenter i avdelingen. For det første som en teoretisk begrunnelse for tverrfaglig samarbeid omkring eldre pasienter med sammensatte helseproblemer. For det andre som en introduksjon om hvilke kunnskapssyn og perspektiver som ligger til grunn for de aktuelle praktiske verktøy som er i bruk.

1.2 Oppbygging av masteroppgaven

Skriftliggjøring av en slik utforskning av virkeligheten synliggjør kanskje ikke godt nok avdelingens engasjement i arbeidet omkring den eldre sykehuspasienten. ”Men nå har du i hvert fall *sett* det!” var en kommentar på et hjertesukk om dette.

I formidling av masterarbeidet har jeg valgt å stå nært inntil og i praksisfeltets perspektiv. Dette av mange grunner. Gjennomskinnelighet og praksisnær skildring gjenspeiler prosessresultatet. Antall vedlegg og innhold underbygger transparent framstilling. I selve arbeidsprosessen (metoden) ligger overførbarheten, ved at systematisk kommunikasjon og samhandling på denne måten kan praktiseres på andre avdelinger og sykehus. Formidlingen reflekterer min egen læreprosess som kanskje ikke vil være så ulik andres med tanke på masteroppgavens bruksområde. Teoretisk horisont er først og fremst at praktisk kunnskap er gyldig kunnskap. Formidlet på denne måten gir masteroppgaven forhåpentligvis understøttelsesflate til argumentasjon for perspektiver og kunnskapssyn som ligger til grunn for validering av praktisk kunnskap. Gyldiggjøring av kunnskap skjer gjennom kommunikasjon i praksisfeltet, men videre, også med leser. Allikevel er skriftliggjøring en nokså lineær virksomhet i forhold til en arbeidsprosess.

Kapittel 1: Her redegjøres det bakgrunn for hvilke målsettinger samfunnet har for eldre i spesialisthelsetjenesten, og til hvilken kontekst den geriatriske pasienten kommer med sine sammensatte helseproblemer. Videre hva som ligger til grunn for rehabiliteringstenkning, og dette relatert til behandlingslogikk. Aktuell forskning, eget ståsted, masteroppgavens problemformulering, arbeidets hensikt og forskningsspørsmål avslutter dette kapitlet.

Kapittel 2: Teoretiske holdepunkter presenteres. Å se på kunnskap som situasjonsbetinget er et teoretisk holdepunkt. Problematisering og kritikk av ”Kunnskapsbasert praksis som metode” er et annet. Dette konseptet har et underliggende kunnskapssyn som ikke tematiseres i presentasjoner av samme.

Kapittel 3: I metodekapitlet ligger tyngdepunktet i validering av arbeidet opp i mot praksisfeltet. Kapitlet reflekterer også hvilke kunnskapssyn (også menneskesyn), og perspektiver som ligger til grunn for tilnærming både i masterarbeidet og til pasienten. Det argumenteres for at metodisk tilnærming i all hovedsak kvalitativ, kan gi gyldig kunnskap i kontekst.

Kapittel 4: Resultatpresentasjon gir først en oversikt over hvordan deltagerne forholder seg til funksjonelt språk, videre rehabiliteringstenkning slik datamaterialet gjenspeiler dette. En situasjonsbeskrivelse illustrerer deltagernes arbeid med å lage verktøy hvor de respektive perspektivene kommer til syne. Til sist om den diagnostiske kulturs foretrukne beskrivelse av virkeligheten; tall og matematikk.

Kapittel 5: Her diskuteres tallenes ”renhet” og hvilken ”helhet” som gjelder for helhet i den diagnostiske kulturen. Videre om sammenheng i språk, situasjon og menneske som ikke kan løsrives fra hverandre. Komplementær kunnskap belyser at begge omtalte kunnskapssyn er nødvendige for å komme til sin rett på sine respektive arbeidsområder. Ikke bare det, men som kan blandes og utfylle hverandre til en tredje tilstand. Sluttsats i kapitlet er at dersom systematisk kommunikasjon og samhandling settes i system over tid, kan masterarbeidet gi pålitelig kunnskap om

praksis og organisering av denne, Dette ut fra kunnskapens ”natur” som handlingsbåren av mennesker.

Kapittel 6: I konklusjonen er et poeng at dette arbeidet i seg selv viser at det lar seg gjøre å arbeide helsefremmende prinsipper i en diagnostisk kultur. Et annet poeng at kommunikativ validitet tematiseres og begrepsfestes lite. Fagpersoner formidler dette seg i mellom gjennom en ”språkblending” av bedriftsøkonomiske og helsefaglige termer. Forslag til videre studier er å få satt ord på og å begrepsfeste heller enn å tallfeste helsefaglig praksis.

1.3 Spesialisthelsetjeneste for eldre

Staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene etter Lov om Spesialisthelsetjeneste. Lovens formål er særlig å ” bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov” (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Når det gjelder strategier for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre og ivaretagelse av deres behov, så er det klare målsettinger og føringer fra staten for hvordan dette kan skje:

Målet for spesialisthelsetjenester for eldre:

- Fremme mestring og livskvalitet og et mest mulig selvstendig liv tross for sykdom, nedsatt funksjonsevne og avhengighet av andre.

Spesialisttjenesten for eldre kan arbeide for å nå dette målet gjennom å:

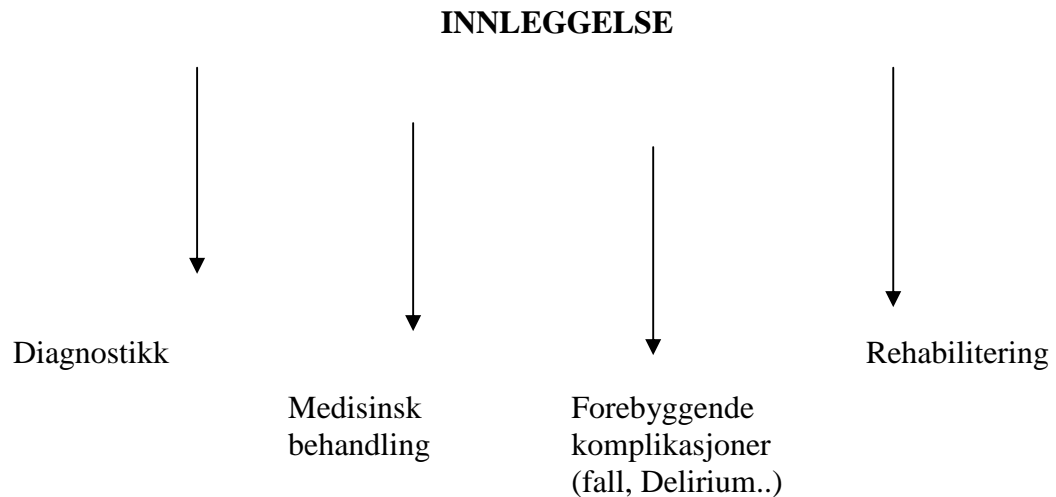
- **Integrere rehabiliteringstenkning fra første stund ved all behandling av eldre i sykehus**
- Samarbeid med kommunens helse – og omsorgstjenester om tiltak som fremmer egenmestring
- Bruke individuell plan som verktøy/LMS ved rehabiliterings-, opplærings- og veiledningstiltak for å sikre samspillet mellom de ulike aktørene og styrke brukermedvirkningen
- Etablere tilbud om opplæring og veiledning for eldre pasienter og deres pårørende som del av lokalsykehusfunksjon og ved distriktpspsykiatriske sentra (DPS)
- Evaluere opplæringstiltak som iverksettes og styrke virksomme tilbud
- Samarbeide med pasientorganisasjoner

(Sosial- og helsedirektoratet 2007; Sykehuset Innlandet 2008, s. 19) (Min utheving.)

Boks 1 Målet for Spesialisthelsetjeneste for eldre

Ideelle behandlingsforløp for akutt syke gamle skal i følge ”Rapport om styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre”, være etter geriatiske prinsipper. Det vil si at forbygging av komplikasjoner og rehabilitering skjer parallelt med medisinsk

diagnostikk og behandling (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Modell 1 er inspirert av Anette Hysten Ranhoffs modell i omtalte rapport (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s. 21):



Modell 1 Ideelle behandlingsforløp for akutt syke gamle

I følge rapport initiert av styret i Sykehuset Innlandet Helseforetak i 2003, heter det at geriatritilbudet er mangelfullt i foretaket ut i fra faglig dokumentasjon og befolkningsgrunnlag (Sykehuset Innlandet 2004). De legger til grunn blant annet Helseforetakets visjon ” – vi er der når du trenger oss”, når de begrunner behovet for geriatrisk virksomhet ved alle sykehus:

PROSJEKT GERIATRI. RAPPORT 2004

Dagens spesialisthelsetjeneste er i liten grad innrettet for å ivareta helheten og imøtekomme geriatrike pasienters behov. Utstrakt grenspesialisering, skarpt fokus på reduksjon av sykehussenger, kort liggetid, økt poliklinisk behandling og dagkirurgi bidrar samlet til dette. Også spesialisthelsetjenestens finansieringssystem premierer enkelttiltak fremfor en helhetlig tilnærming og etablering av sammenhengende behandlingsskjeder. Det blir stadig færre generalister blant spesialistene og mindre tid til tverrfaglig samarbeid om den enkelte pasient.

(Sykehuset Innlandet 2004, s. 7)

Boks 2 Sykehuset Innlandet. Prosjekt Geriatri. Rapport 2004

Prosjektgruppa foreslår blant annet at geriatrik virksomhet skal være en integrert del av medisinsk avdeling, og at ca 15 % av sengene bør avsettes til dette formålet.

1.3.1 Eldre sykehuspasienter med sammensatte helseproblemer

Ikke alle eldre sykehuspasienter er geriatrike pasienter. Eldre mennesker som ellers er spreke, kan bli friske uten større utredning når de ligger på sykehus (Laake 2003; Nygaard & Bondevik 2006). Sammensatte helseproblemer kan bestå av flere lidelser på samme tid, omfattende legemiddelbruk (polyfarmasi³), kompliserte funksjonsproblemer, grader av mental svekkelse, psykiske problemer og sviktende nettverk. Eldre mennesker med denne type sammensatte problemer, omtales gjerne som geriatrike pasienter, og må møtes med fagpersoner som har kunnskap nettopp om *sammensatthet* (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Eldre mennesker får andre symptomer ved sykdom enn middelaldrende og yngre, og konsekvensene er annerledes og større. I alderdommen har vi dessuten færre ressurser, og kan være marginale i forhold til selvstendighet i daglige gjøremål. Geriatri (eldremedisin) er

³ Polyfarmasi defineres som samtidig bruk av mer enn fem reseptpliktige og/eller ikke-reseptpliktige legemidler, forskrivning av flere medikamenter enn det som er klinisk indisert og/eller et regime som inneholder minst ett unødvendig medikament. Polyfarmasi er særlig skadelig når pasienten mottar for mange medikamenter for lenge i og i for høye doser (Legehåndboken (red) 2008).

vanligvis avgrenset nedad mot en aldersgrense på 65 eller 70 år (Laake 2003; Nygaard & Bondevik 2006).

Geriatrici er per definisjon tverrfaglig (Laake 2003; Norsk geriatrisk forening 2003), og arbeider med parallelle prosesser når det gjelder å se sammenhenger i pasientens tilstand, relatert til kontekst⁴ fysisk og sosiale omgivelser i hverdagen hjemme inkludert planlegging av utreise og overføring til primærhelsetjeneste (Gjerberg et al. 2006; Nygaard & Bondevik 2006). I en tverrfaglig tilnærming til den geriatriske pasienten, er det typiske teamet bestående av sykepleier, lege, ergoterapeut og fysioterapeut, helst også sosionom og logoped (Norsk geriatrisk forening 2003; Nygaard & Bondevik 2006). Teamet må sammen håndtere kunnskap om sykdom og samspillet mellom alderdom, sykdom og sanser, persepsjon, kognisjon og fysikk. Teamet må kunne forholde seg til at svekkelser også har konsekvenser for pasientens evne til å ta valg omkring sin helsesituasjon. Dette er sårbare situasjoner der den eldre sykehuspasienten på mange måter kan bli helt avhengig av fagpersoner (Helsepersonelloven 1999; Engedal & Haugen 2004). Det finnes videre om lag 65 000 personer med demens på bakgrunn av Alzheimers sykdom i Norge (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Lovpålagt brukermedvirkning er nedfelt i Pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven 1999). Peter Hjort (i Nygaard & Bondevik 2006) drøfter autonomiens dilemma ved å peke på at selve forutsetningen for autonomi jo er at pasienten kan og vil ta valg. Hjort sier at målet må være relasjon, samarbeid og fellesskap, og verken autonomi eller paternalisme (ibid).

1.3.2 Geriatrisk virksomhet ved Sykehuset Innlandet Gjøvik

Sykehuset Innlandet (SI) presenterer seg selv i "Fakta om Sykehuset Innlandet" (Sykehuset Innlandet 2009a) med geriatrisk virksomhet på SI Gjøvik og alderspsykiatri ved SI Sanderud og SI Reinsvoll. Ved å gå videre inn på sykehusets

⁴ Kontekstbegrepet er i særlig grad knyttet til systemteoretiske perspektiver som innfallsvinkel til å forstå hendinger og handlinger (Johansen et al. 2002; Aadland 2004). Se også Figur 1, og Kapittel 3.4 som henviser til Verdens Helseorganisasjon systemiske modell for vekselvirkninger mellom helsetilstander, helsefaktorer og helserelaterte faktorer.

internettside⁵ kan man se at det drives geriatrisk poliklinikk på SI Hamar.

Geriatrimiljøene på Gjøvik og Hamar har siden oppstart hatt et forholdsvis tett samarbeid. Geriatri har vært et nasjonalt satsningsområde fra midten av 1990-tallet (Sykehuset Innlandet 2004). I Oppland etablerte Fylkessykehuset Gjøvik prosjekt geriatri i 1996. Det tverrfaglige teamet som ble opprettet gjennom prosjektet, bestod av geriater, to geriatriske sykepleiere og ergoterapeut. Geriatrisk virksomhet har siden vært en fast ordning. I dag har SI Gjøvik følgende geriatrisk virksomhet:

- Geriatrisk utredning av inneliggende pasienter (seks stasjonære senger).
- Poliklinikk og halvakt geriatrisk dagenhet
- Gjensidig samarbeid med alderspsykiatrien på SI Reinsvoll
- Desentralisert virksomhet på Fagernes
- Områdegeriatri⁶ for kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.
- Emnekurs i geriatri på Honne ("Honnekurset") arrangeres som del av områdegeriatrien annet hvert år.
- Fagdag i geriatri for hele avdelingen.

Kriterier for inntak i geriatriske utredningssenger på SI Gjøvik er:

- Alder over 75 år uten at dette utelukker yngre demente
- Yngre som trenger koordinert tverrfaglig innsats
- Nedsatt allmenntilstand
- Diffuse og sammensatte problemstillinger. Flere (og uavklarte) diagnoser.
- Polyfarmasi
- Fall
- Vekttap
- Mental svikt
- Brått funksjonsfall i ADL

⁵ www.sykehuset-innlandet.no

⁶ Allerede i 1988, da sykehjemmene ble overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, uttalte Stortingets sosialkomité at det burde opprettes geriatriske team eller avdelinger ved alle lokalsykehus i landet. Hensikten var å gi de geriatriske pasientene en helhetlig tilnærming under innleggelse i sykehus, og bidra til kompetanseheving om geriatrisk problemstillinger i den kommunale helse-, pleie - og omsorgstjeneste. Ot.prp. 48 (1985-86) som kom i forkant av sykehjemsreformen, framhever behovet for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale eldreomsorgen, og drøfter spesielt organiseringen av geriatrifunksjonen. Proposisjonen lanserer begrepet "områdegeriatri" og forutsetter at sykehjemmene skal ha sin faglige forankring i de geriatriske teamene (Helse- og omsorgsdepartementet 1999; Sykehuset Innlandet 2004). I følge lovverket har sykehusene veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, og områdegeriatri er også en del av dette (Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

Eksklusjonskriterier er avklarte diagnoser og kroniske tilstander. Geriatrisk utredning av pasienter på SI Gjøvik rapporteres i Tverrfaglig rapport ved utreise. Involverte faggrupper med unntak lege (som skriver epikrise), dokumenterer sitt arbeid og gir en tverrfaglig vurdering i Tverrfaglig rapport. Pasient og kommune mottar kun ett dokument, og ikke mange som ellers kan være vanlig. Primærhelsetjenesten og pårørende blir rutinemessig kontaktet ved pasientens innkomst og det samarbeides gjennom oppholdet om tiltak ved utreise.

Geriatritemaet var først et konsultasjonsteam på sykehuset. Utredningssenger ble stasjonære og lokalisert til en medisinsk avdeling i januar 2005. Det tverrfaglige teamarbeidet ble etter hvert utvidet med flere fagpersoner blant annet fysioterapeut og flere geriatiske sykepleiere. Avdelingens sykepleiere og hjelpepleiere ble også direkte involvert. Andre faggrupper så som sosionom, logoped, dietetiker, prest og henvises etter behov.

Fagpersonene i geriatrien på SI Gjøvik administreres av to ulike divisjoner. Sykepleiere, hjelpepleiere og leger administreres i dag gjennom Divisjon Gjøvik som geografisk er tilhørende på Gjøvik. Ergoterapeuter og fysioterapeuter tilhører Divisjon Medisinsk Service som et resultat av funksjonsfordelingen⁷ i helseforetaket. Denne divisjonen er organisert på tvers av geografi i Hedmark og Oppland og administrerer de fleste, men ikke alle terapiressursene i geriatrisk virksomhet i Sykehuset Innlandet. Divisjonen har henholdsvis en ”somatisk” ergoterapeutstilling og åtte for fysioterapeuter på Hedmarksiden. Opplandssiden har per d.d. 6.65 stillinger og 18.5 stillingshjempler for samme. På SI Gjøvik er det tre ergoterapeutstillinger og 7.5 på fysioterapisiden. Høsten 2009 mistet SI Gjøvik to fysioterapeutstillinger gjennom benchmarking⁸ i Divisjon Medisinsk Service.

⁷ Jf. Fotnote 11. Funksjonsmodell innen NPM kan strukturere en (konsern-) virksomhet etter oppgavens egenart. Helseforetakets funksjonsfordeling ble iverksatt 31.12.2003 ved at divisjoner på tvers av geografi fikk fordelt ulike diagnosegrupper. Tre år senere ble noen divisjoner, men ikke alle, tilbakeført til respektive geografiske lokalisasjoner. Se eventuelt www.sykehuset-innlandet.no

⁸ Uten å gå dypere inn på begrepet benchmarking som er et forholdsvis omfattende fenomen i forbindelse med markedsmekanismer, så kan det bety å sammenligne produksjon gjennom sammenlignbare nøkkeltall. Nøkkeltall framskaffes ved å telle produksjon etter (helst) å ha blitt enige om hvordan. Benchmarking skal i teorien inspirere til konkurranse eksternt eller internt alt etter formålet. Det kan videre beskrives som en systematisk sammenstilling av ulike

1.3.3 "Er det aldri pause på dette stedet?"

Pause henspiller først på konkret spisepause da det var i denne situasjonen replikken falt. Før matpakken er åpnet og blodsukkernivået stabilisert, starter kollegabasert veiledning. Utsagnet slik det brukes i dette kapittelet beskriver avdelingens intensitet, omdreiningshastighet og omskiftelighet. Gjennom hele masterarbeidet pågikk ulike former for omorganisering, og nye store datasystemer er innført. Ikke før den ene ordningen er innført, kommer den neste. Lite får "satt seg" før neste omdreining. Det kom ti nye pleiere til avdelingen høsten 2008 med hva dette innebærer av arbeid med å bevare og opprettholde kunnskap. I oktober 2009 samlokaliseres Slagenheten og geriatrien som også har konsekvenser for kunnskapsbevaring, og systematisk kommunikasjon og samhandling satt i system over tid. Et annet utslag av omorganiseringer er at ergoterapeutene har flyttet kontor fem ganger på seks år, og nå før jul en sjette gang. Fagutviklingsarbeid i en slik omskriftelighet må ha samme turtall som systemet selv!

På medisinsk avdeling hvor dette arbeidet utspiller seg, er det 24.1 pleierstillinger besatt av ca 30 sykepleiere og hjelpepleiere. Avdelingens 22 pasienter er delt inn i grupper med en av sykepleierne som gruppeleder. Den daglige previsitten er møtet mellom gruppeleder og lege før legevisitten der de oppsøker pasientene. Noen ganger følger samme lege en gruppe pasienter over noen visitter, og andre ganger ikke. Det samme gjelder for gruppeleder som følger turnus. Visittgående lege er med i samarbeidet omkring den geriatrike pasienten, og i noen grad etter henvendelse fra geriatrien selv. Previsitten kan oppsøkes av andre fagpersoner. Fysioterapeut og ergoterapeut deltar i geriatrik virksomhet kun på dagtid.

Avdelingsarealet er om lag 3600 m². Kjerne er en 36 m lang korridor med 27 dører. Disse leder inn til elleve pasientstuer, kjøkken, lagerrom for diverse utstyr, stue, skyllerom, og to dører til vaktrommet som igjen er delt inn i fire rom hvor det til sammen er syv telefonapparater. Der er det lite "pause" fra å ha kollegaer fysisk tett på seg. Rommet for previsitt er 17 m², er møblert med ca ti kontorstoler med hjul og

virksomhetsinformasjon for å måle prestasjoner, og tildeling av økonomiske rammer til virksomheten ved hjelp av denne systematisk sammenligningen (Ramsdal & Skorstad 2004, s. 123).

seks stasjonære datamaskiner på benker langs veggene. Gjennom dette arbeidet deltok jeg blant annet i previsitter i til sammen ca 5 timer. Da satt jeg nærmest på fanget til visittgående lege og gruppeleder. Rommet er aldri i ”ro” og lydnivået er høyt. I observasjonsguiden (Vedlegg VII) markerte jeg en strek for hver person kom inn i rommet. Minste antall personer som kom inn i rommet var fire, og det meste tolv personer som riktignok var etter en hjertestans. Telefonene kimer og klokkene⁹ ringer. I starten ble jeg sliten av å være der. De siste gangene tok jeg meg selv i å ikke registrere alle lydene eller markere for personer som kom inn. I previsitt ble bias¹⁰ nevnt i forbindelse med min tilstedeværelse. I ettertid har jeg tenkt at utsagnet like så gjerne er passende kommentar til systemets omskiftelighet og omdreinings hastighet.

Det er fysisk tett på alle måter, men er takhøyden stor. Humor og latter sitter løst, og for meg er det et fint fellesskap å være del av. Men – det er virkelig aldri pause på dette stedet. Det er som å være på et skip i fart.

1.3.4 Eget ståsted

Jeg erfarer i møte eldre sykehuspasienter at vårt diagnoseperspektiv og metodikk hjelper for mye, men ikke alt. Dramatiske historier om lykke, sorg, kjærlighet og motgang fortelles samtidig som kampen om verdighet utkjemper i daglige ”enkle” gjøremål som for eksempel å kle på seg selv, eller å lage frokost til seg selv. Gjennom kunnskapsbaserte prosedyrer forholder vi oss til det vi kan *løse* og legge bak oss. Men noen ganger er problemene uløselige ved at livet selv byr på livsmot, livsglede, sorg, savn, lidelse og død. Kanskje ”feiler” den eldre pasienten ikke annet enn selve aldringsprosessen men har for eksempel nylig blitt enkemann og i sorgen mistet matlyst. Innleggelsesårsak i form av diagnoser er redusert allmenntilstand, dehydrering, vekttap og magesmerter. Ved flere mageundersøkelser finner ikke legen noe galt. Diagnostenking rundt helseproblemer hjelper for mye, men ikke alt.

⁹ ”Klokkene” er elektronisk varslingssystem for pasientene.

¹⁰ Bias kan defineres med metodefeil, jf. forsker – eller undersøkelseeffekt i Kapittel 3.3

Jeg har vært ergoterapeut i snart ni år og har arbeidet i kommune og i sykehus. De siste seks årene i Geriatrieteamet SI Gjøvik. Min tidligere yrkeserfaring i helse – og sosialsektoren er fra arbeidskollektiv for rusmisbrukere. De hadde også en fot i hvert paradigme: *Behandling* ut fra et diagnostisk sykdomsforebyggende perspektiv, eller *samhandling* ut fra et relasjonelt, helsefremmende perspektiv. I mine øyne er det ikke så stor forskjell på geriatriiske pasienter og rusmisbrukere ved at begge har sammensatte helseproblemer. Videre kan blir begge svake grupper i møtet med et helsevesen som har problemer med å møte sammensatthet slik jeg ser det.

Noe av særtrekket ved ergoterapi er hvordan ergoterapeuter administrerer to ulike paradigmer med motsetningsfull vitenskapsteoretisk forankring: Den biomedisinske modellen og den holistiske modellen. Det første bunnet i naturvitenskapelig paradigme, og det andre forankret i fenomenologi (Mattingly & Fleming 1994; Ness 1999; Kinn 2005). Ergoterapi oppsto som praksis rundt 1900 i USA og Europa, og har siden utviklet en fagtradisjon der fundamentet er vektleggingen av forbindelsen mellom aktivitet og helse.

Det unike i dagens ergoterapi er troen på at aktivitet og deltagelse fremmer helse (aktivitets – og deltagerperspektivet). I tråd med WHO og Ottawa Charteret forstår ergoterapeuter helse som et positivt konsept (mer enn fravær fra sykdom), og helsefremmende arbeid vektlegges (Fisher, A.G. 1998; Fisher, A.G. 2003; Kinn 2005, s. 11; Kielhofner 2009)

Når aktivitet og deltagelse er både middel (intervensjon) og mål (resultat), da er det ergoterapi (Kinn 2005). Ergoterapien forholder seg til de to paradigmene ved at diagnose og medisinske forhold har en viss betydning ved valg av type aktivitet, men er ikke avgjørende: Pasienten velger selv praktisk oppgave som på sykehus begrenser seg til primær ADL og kjøkkenaktiviteter. Intervensjonen fra ergoterapeutens side er situasjonsbetinget og relasjonell, og ser på aktivitetsutførelse i et systemteoretisk perspektiv; interaksjon mellom individ, omgivelse og oppgavens art (Johansen et al. 2002).

Med min bakgrunn i to motsetningsfylte paradigmer, og gjennom ”Two-Body-Practice” (Mattingly & Fleming 1994), er det ikke diagnoseperspektivet *i seg selv*

som plager meg. Heller ikke det å finne årsaker og gi årsaksforklaringer, men å gi inntrykk av at det er *nok*. Det er nødvendig å diagnostisere, men er det *tilstrekkelig*? Er det tilstrekkelig i forhold til å fange inn den eldre sammensatte helseproblemer og hennes virkelighet? Er det tilstrekkelig i forhold til å nå målsetting for eldre i spesialisthelsetjenesten? Når diagnosen er satt, er problemet løst kan det virke som. For en ergoterapeut er det da problemet starter. Jeg argumenterer for at diagnoseperspektivet ikke er *nok* i forhold til sammensatte helseproblemer da den ikke fanger *sammensattheten*. Jeg stiller meg kritisk til slik at diagnoselogikken er *tilstrekkelig* som perspektiv på sammensatte helseproblemer, men presiserer samtidig at det er et nødvendig perspektiv.

1.4 Diagnostisk kultur

Det norske samfunnet legger gjennom lover, sentrale føringer og politisk besluttede målsettinger premisser for behandling av eldre i spesialisthelsetjenesten jf. Boks 1. Konteksten eldre pasienter med sammensatte helseproblemer kommer til, kan betraktes som en diagnostisk kultur¹¹ av flere grunner. Alle ser ut til å ha et naturvitenskapelig ideal¹² med instrumentell og kvantitativ tilnærming med objektive standarder: Markedstenkning ved at diagnoser også er en økonomisk kategori, et diagnoseperspektiv på helseproblemer og ”Kunnskapsbasert praksis som metode”. Sistnevnte virker til å ha blitt del av styrings – og kontrollsystemet. Ekeland & Heggen (2007) relaterer evidensproblematikken til styringslogikken som New Public Management (se Fotnote 15) står for. Instrumentell fornuft representerer effektivisering gjennom økonomisk formålsrasjonelle metoder. Dette øker presset på produsentene (profesjonene) og deres metoder som må være tilsvarende behandlings

¹¹ Kulturer vedlikeholdes i en sosial struktur bestående av mennesker (Wadel 1991). Se videre Kapittel 3.3

¹² Det naturvitenskapelige idealet bygger på et mekanisk verdensbilde som kan sammenfattes slik: Bare det som kan beskrives matematisk, eksisterer virkelig. Det vitenskapelige idealet er kvantitativ målbarhet – fenomenene studeres isolert og kontekstfrihet er et ideal. En sentral idé er at kunnskap oppnås ved positivt gitte data, altså ved måling og observasjon. Primære sansekvaliteter tilsvarer materiens objektivt observerbare egenskaper. Kun disse regnes som positivt gitte eller sanne. Sekundære sansekvaliteter eller ”innen-fra-perspektivet” som for eksempel trøtthet, smerte og angst anses som subjektive og ikke-gyldige kunnskaper (Kinn 2005; Kinn 2007).

– og kostnadseffektive opp i mot resultatmål i helseforetaket. DRG – systemet er styrende for finansieringen og vil ytterligere påvirke praksis. Økonomisk-administrativ retorikk smelter sammen med det nye evidensspråket, og understreker objektivisering som et ideal ikke bare i naturvitenskapens arbeidsområder i sykehuset, men også i mellommenneskelige forhold (Martinsen 2006; Ekeland & Heggen 2007).

1.4.1 Markedstenkning

Selve sykehusvirksomheten som sådan har et innsatsstyrt aktivitetsbasert finansieringssystem. Gjennom koding av diagnoser gjennom DRG – systemet ¹³ er økonomiske tilskudd knyttet til diagnosegrupper. Dagkirurgi i poliklinikken utløser de høye takstene ¹⁴. Geriatrike pasienter kjennetegnes av multipatologi, funksjonssvikt og er behandlingstrengende. Dette er sammensatte helseproblemer som er vanskelig å kode i forhold til å utløse takster. På denne måten kan geriatrike pasienter betraktes som lite lønnsomme diagnoser for sykehusene jf. Boks 2. Svingdørspasienter lønner seg ut fra dette systemet da det holder liggetiden nede. Dette til tross for at sykehusopphold innebære en risiko for en ytterligere svekkelse av funksjonsnivå for eldre mennesker jf. Kapittel 1.1. Samarbeid med kommune og pasientens lokalsamfunn kan også vanskeliggjøres ved kortere liggetider. Tøndel (2007) har drøftet hvordan DRG – systemet har påvirket medisinsk praksis og endret det systemet det skal beskrive, og han mener også det har underteoretisert diagnosesetting (Lian, O. S. 2006; Tøndel 2007).

Til grunn for finansieringssystemet ligger markedstenkning som baserer seg på prinsipper fra New Public Management ¹⁵. Dette er en samlebetegnelse på

¹³ Siden 1997 har somatiske sykehus vært finansiert gjennom innsatsstyr finansiering (ISF). Deler av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av hvor mange og hvilke pasienter som får behandling. ISF – refusjonen beregnes for hvert helseforetak med systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG) som utgangspunkt. DRG – systemet grupperer blant annet diagnosekodene fra ICD-10, som legene rapporterer i forbindelse med hver pasients opphold i avdelingen eller i sykehuset (Helse- og omsorgsdepartementet 2006; Tøndel 2007).

¹⁴ Om dette systemet er i endring, se eventuelt www.helsedirektoratet.no .

¹⁵ New Public Management (NPM) er et internasjonalt fenomen, og kan identifiseres som det styringsideologiske grunnlaget for sykehusreformen. I sykehusene kommer NPM til uttrykk blant annet slik: 1) Økt vekt på kostnads – og fordelingseffektivitet for eksempel krav til budsjettbalanse. 2) Innføring av kvantitative effektmål for eksempel epikrisetid. 3) Innføring av konkurranseelementer eksempelvis fritt sykehusvalg, ventetid. 4) Innføring av økonomiske intensiver for eksempel

tilnærminger basert på økonomisk teori hentet fra privat sektor og markedstenkning, og som ligger til grunn for forbedringsprosesser i offentlig forvaltning. I norsk forvaltning gjenspeiler denne tenkningen seg i eksempelvis konkurranseutsetting, bestiller-utfører-modeller, og ved kvantitative målestokker i tjenesteyting uttrykt ved kvalitetsindikatorer. Kjernebegreper i denne ideologien er kostnadseffektivitet og formålseffektivitet som i sykehusene operasjonelt blir styrt gjennom DRG – systemet. Samme formålseffektive tenkning ligger også til grunn for administrativ styring av fagpersoner i helseforetaket. Markedstenkning reflekteres i språk og handling i praksisfeltet gjennom bedriftsøkonomiske fagtermer: Etterspørsel, produksjon, resultatmål, målstyring, profittere, levering, levere varene, standardisering, kvalitetsindikatorer, benchmarking, kvalitetssikring (Ekeland 2004; Martinsen 2006).

1.4.2 Diagnosenkning omkring helseproblemer

Sykehus kan sies å ha et diagnoseperspektiv på helseproblemer. Fokus er sykdom og sykdomsforebygging. Å diagnostisere betyr å avgjøre hvilken sykdom en pasient lider av i henhold til et fastsatt klassifiseringssystem. Dette angir så metode for problemløsning i form av standardiserte prosedyrer (Legehåndboken (red) 2008). Behandlingssamfunnet er et begrep Løchen (1971) problematiserer som forholdet medisin og samfunn. Diagnostisering og behandling er i følge han blitt nøkkelord også for problemstillinger av samfunnsmessig art (Løchen 1971). Diagnosenlogikk legger medisinsk språk og referanser som premisser for fortolkningen av menneskets liv og levnet, og ikke bare ved patologiske tilstander (Løchen 1971; Lian, O. S. 2006; Lian, O. S. 2007).

I valget mellom en analytisk og en mer dagligdags forklaring, vil den diagnostiske kultur regelmessig styre oppmerksomheten i retning av en diagnostisk forklaring. Diagnostiske forklaringer viker plassen for andre like treffende forklaringer; og en omfattende og krevende aktivitet tar nettopp sikte på å diagnostisere (...) innen et diagnostisk skjema (Løchen 1976, s. 212)

”lønnsomme” poliklinikkseter. 5) Delegering av beslutningsmyndighet (Ekeland 2004; Ramsdal & Skorstad 2004; Sørås 2007).

En mer systemisk forståelse av at helse handler om mer enn *bare* sykdom. Etter prinsipper for helsefremmende arbeid, handler helse om å relatere *også* sykdom til person og kontekst; sosial og fysisk omgivelse, og samspillet mellom individ og omgivelse, se Kapittel 3.4 og henvisning til vekselvirkninger mellom helsetilstander, helsefaktorer og helsrelaterte faktorer (ICF – modell).

1.4.3 ”Kunnskapsbasert praksis som metode”

Den filosofisk opprinnelse for begrepet evidensbasert medisin går i følge en av evidensgründerne Sackett (i Martinsen 2006) tilbake til Paris i første halvdel av 1800 – tallet. Tre leger gjennomførte klinisk kontrollerte laboratorieforsøk, og innførte statistisk analyse i medisinsk forskning. Evidens oppnås ved å bekrefte eller avkrefte hypoteser. De la med dette en mal på hvordan sikker og objektiv kunnskap om sykdom og behandling framkommer i form av det (natur)vitenskapelige idealet: Objektiv kunnskap basert på sikre data (Martinsen 2006).

Begrepet evidensbasert medisin likestilles senere med evidensbasert praksis. Et fundamentet i evidensbasert praksis er The Cochrane Collaboration som er et verdensomspennende ekspertpanel bestående hovedsakelig av medisinere. Etter gitte kriterier leser og vurderer de alle nye forskningsresultater innen det medisinske feltet. Dette publiseres i nærmere angitte internasjonale medisinske tidsskrifter, og det legges inn i elektroniske databaser (Ekeland 2004; Martinsen 2009).

Cochrane så på inntreden av randomiserte kontrollerte forsøk (RCT)¹⁶ som banebrytende innen klinisk medisin, og hans tenkning om oversiktsartikler og meta – analyser¹⁷ er videreført i evidenshierarkier (Ekeland 2004). Forskningsresultater og

¹⁶ Randomized Controlled Trial (RCT) er et eksperimentelt design der vanligvis to grupper sammenlignes. Gruppene som skal sammenlignes bør være så like som mulig med hensyn til alt som kan påvirke utfallet. Dette oppnår man ved å tilfeldig fordele (randomisere). Eksperimentgruppen utsettes for en eller annen form for intervensjon, og resultatene sammenlignes med en kontrollgruppe som får placebo. Forsøket gjøres gjerne dobbeltblindet der verken pasienter eller behandlere vet hvilket preparat de to gruppene har fått (Olsson & Sörensen 2003; Kunnskapssenteret 2008).

¹⁷ Kan beskrives som oversikt over oversiktene der resultatet fra flere undersøkelser er sammenholdt, eller som en statistisk analyse av RCT – studier som enhet. I prinsippet finnes ikke bedre design til å

kunnskap graderes etter forskningsdesignets ”styrke”. Effekter av intervensjoner uttrykkes med kvantitativt målbare resultater som for eksempel endring i sykelighet eller dødelighet. Evidenshierarkiet i dette konseptet setter opp RCT som gullstandard for alle typer forskningsspørsmål. Det vil si de spørsmål det samme evidenshierarki definerer som gyldige (effektspørsmål) jf. selvsving i Kapittel 2.2. I praktisk bruk av konseptet, skal fagpersonen først lokalisere et kunnskaps – eller informasjonsbehov. Deretter formulere ”eksplisitte og fokuserte” spørsmål relatert til problemstillingen og taste disse inn på datamaskin. Dess høyere opp i evidenshierarkiet svarene er plassert, jo mer pålitelig og relevant er kunnskapen (Martinsen 2009; Sykehuset Innlandet 2009b).

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet i 2004 og oversatte begrepet evidensbasert praksis til kunnskapsbasert praksis. De definerer selv sitt ansvar til å omfatte forskningsbasert kunnskap, og så er det opp til praksisfeltet å ha erfaringsbasert kunnskap og brukervedvisning i fokus. Kunnskapssenteret har også til oppgave å gi styresmaktene råd for eksempel i finansiering av tiltak basert på forskning det vil si evidensbasert (Ekeland 2004; Kunnskapssenteret 2008).

Strategisk Utviklingsplan (Sykehuset Innlandet 2008) definerer kunnskapsbasert praksis av som bestående av *tre like store ovaler* hvor henholdsvis forskningsbasert –, erfaringsbasert – og brukerkunnskap likestilles (Sykehuset Innlandet 2008). Sykehuset Innlandet lanserer høsten 2009 Kunnskapsegget der pyramideformen er byttet med en eggeform (Sykehuset Innlandet 2009b).

Ideen bak er likevel den samme: Jo høyere opp i egget, desto mer kvalitetsvurdert, kortfattet og relevant kunnskap. I praksis vil det si at dess høyere opp i Egget du finner svar på spørsmålet ditt, dess bedre og sikrere er kunnskapen bak svaret (Sykehuset Innlandet 2009b).

På bakgrunnen av den diagnostiske kultur kommer rehabilitering inn som *noe annet* enn behandling, men som en parallell eller *samtidig* virksomhet, se Modell 1.

teste om virkning/effekt kan generaliseres, og et rimelig metodekrav til den som påstår å ha en universell metode med spesifikk effekt (Olsson & Sörensen 2003; Ekeland 2004; Gjerberg et al. 2006).

1.5 Rehabiliteringstenkning

Rehabilitering handler om at helsehjelpen ytes ut fra et brukerperspektiv, skal være samordnet, tverrfaglig, planmessig, og ut fra et samhandlingsperspektiv som er sentralt i denne tilnæringen. Rehabiliteringstenkning kan derfor beskrives som et flerkontekstuet fenomen ved at hvert perspektiv har sin kontekst jf. Figur 1 (Helse- og omsorgsdepartementet 2001; Sosial- og helsedirektoratet 2007).

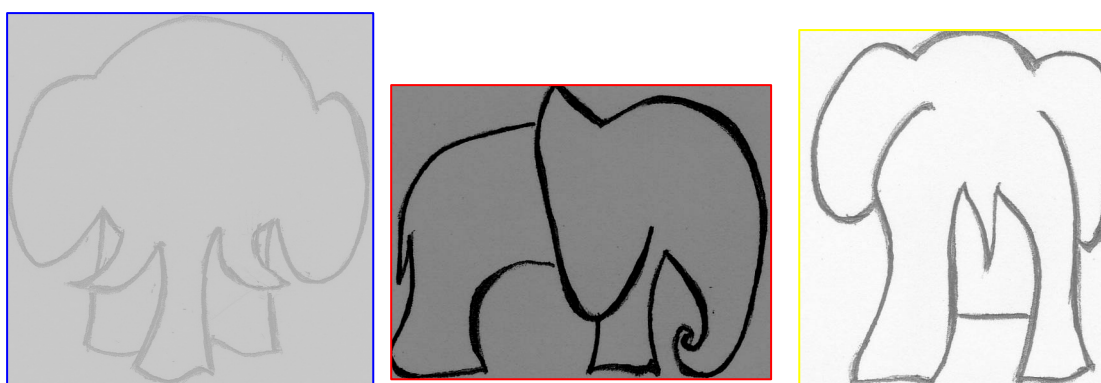
Rehabiliteringstenkning handler om å være seg bevisst egne begrensninger hva perspektiv angår, og å spille sammen i tverrfaglighet slik at den eldre sykehuspasienten med sammensatte helseproblemer ses i sin helhet. Sett i lys av dette, er for eksempel tverrfaglig kommunikasjon *i seg selv* en rasjonell virksomhet i integrering av rehabiliteringstenkning. Dette selv om effekten kanskje ikke kan uttrykkes gjennom tall og statistikker, men kan alltid virkeligheten det?

I følge lovverk og føringer er rehabilitering og behandling inne på sykehuset ment å foregå til samme tid og samtidig med overføring til kommune. Definisjonen avgrenses mot vanlig pleie – og omsorgsarbeid eksempelvis gjennom type målsetting og fokus på pasientens medvirkning. Rehabilitering er en *prosess* til forskjell fra enkelttiltak på en behandlingslinje med kurativt formål. I rehabiliteringsprosessen spiller ulike aktører og ulike tiltak sammen. Den geriatriske rehabiliteringsprosessen baserer seg på tidlig oppstart, grundig vurdering av helheten og utstrakt tverrfaglig samarbeid i gjennomføringen. Samarbeid med primærhelsetjenesten i god tid før utskrivning er sentral (Sykehuset Innlandet 2004). Målsetting er å utløse ressurser i pasient og kontekst, slik at hun mestrer funksjonsproblem i forhold til aktivitet og deltakelse. I fokus er funksjon og på den enkeltes ressurser, og på helhetlige tverrfaglige tilnærminger. Medisinsk diagnose, prognose og behandling vil ofte være viktige forutsetninger rehabiliteringsprosessen. Diagnoser kan ha *konsekvenser* for daglige aktiviteter og sosial deltagelse, men etter denne tenkemåten, er det ikke *nok* bare å finne årsaken til helseproblemet. Lovverket ser rehabilitering som tidsavgrensede prosesser, som kan gjenopptas for samme bruker. Dette skiller seg fra en mer varig pleie- og omsorgssituasjon. Rehabilitering forutsetter en individuell plan for den enkelte, en sentral og aktiv bruker, og konkrete målsettinger for prosessen

(Kommunehelsetjenesteloven 1982; St.meld. nr. 21 1998-1999; Helse- og omsorgsdepartementet 1999; Spesialisthelsetjenesteloven 1999; Helse- og omsorgsdepartementet 2001; Sykehuset Innlandet 2004).

Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer”, fokuserer på eldre menneskers aktivitet og deltagelse i beskrivelse av framtidens omsorgsutfordringer. Budskap i meldingen er at disse utfordringene ikke ivaretas kun ut fra et diagnoseperspektiv og en biomedisinsk modell. Stortingsmelding 25 etterspør flere faggrupper med andre perspektiver på helse, og som har fokus på mennesket som aktivt deltager i eget lokalsamfunn om så det er hjemme, i omsorgsbolig eller på sykehjemmet (St. meld. nr. 25 2005-2006).

Når det gjelder å se pasient og kontekst i ulike perspektiver, gir historien om de seks blinde menn som beskriver en elefant, et bilde av dette. Sørås (2007) gjengir historien i forbindelse med redegjørelse for ulike perspektiver på sykehuset som organisasjon, men det kan like fullt også gjelde andre perspektivistiske fenomener. De seks blinde mennene gir forskjellige versjoner av én og samme elefant alt etter hvor de står plassert i forhold til elefanten (Sørås 2007).



Figur 1 Elefanter, perspektiver og kontekster

Uten sammenligning for øvrig, kan også den eldre sykehuspasienten møtes, tolkes og beskrives ut fra fagpersoner ulike ståsted. Men på samme måte som med elefanten, er det pasienten som er i ett helt stykke. Det er de blinde mennene som erfarer den stykkevis og delt. Selv om de måtte mene at de ser helheten. Bevissthet om dette og samhandling med andre ut fra denne bevisstheten, kan sies å være kjernen i rehabiliteringstenkning.

1.6 Aktuell forskning

Det mangler ikke evidens på at geriatrisk virksomhet organisert i stasjonære enheter på sykehus har effekt. Dette etter hvordan den diagnostiske kulturs evidenshierarki definerer effekt og rangerer evidens.

Rapport 14 fra Kunnskapssenteret (Gjerberg et al. 2006) konkluderer med at behandling i egne geriatriske enheter eller avdelinger på sykehus har gunstig effekt på sjansen for å være i live i egen bolig snarere enn å dø eller bli innlagt i sykehjem. Konsultasjonsteam som oppsøker pasienter på ulike avdelinger rundt om på sykehuset har ingen effekt. Kunnskapsoppsummeringen inkluderer i alt 13 meta – analyser i form av systematiske oversikter, og en norsk randomisert studie ”Trondheimsundersøkelsen” jf. Saltvedt (2006). De systematiske oversiktene dekker i antall 66 randomiserte forsøk, et titalls ikke randomiserte og et tusentalls pasienter (Gjerberg et al. 2006, s. 39 - 54). Saltvedt (2006) konkluderer i en randomisert kontrollert studie med at behandling av akutt syke, skrøpelige eldre pasienter i geriatrisk sengeenhet gir redusert dødelighet (Saltvedt 2006).

I følge Pettersen & Wyller (2007) så forbindes rehabilitering gjerne med spesialiserte tiltak for utvalgte grupper i egne institusjoner eller avdelinger. En annen variant er rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. Muligens mindre kjent, men vedrører en større del av befolkningen. Prinsippene for geriatrisk rehabilitering er enkle og lavteknologiske: Trygge omgivelser, god kommunikasjon med pasient og

nettverk, teamarbeid, sikring av basale behov, tidlig mobilisering og aktivisering, individuell behandlingsplan, forebygging av iatrogene¹⁸ skader, og kvalitetssikring av utskrivelsesprosessen (Pettersen & Wyller 2007). ”Ved siden av spesialutdannet personale er det sannsynligvis den systematiske og helhetlige tilnærmingen, ikke enkeltstående tiltak, som sikrer suksessen – ikke ulikt effekten av slagenheter” (Pettersen & Wyller 2007, under overskriften "Diskusjon"). Deres budskap er:

- Gamle pasienter med sammensatt helseproblemer vil øke sterkt i antall ved sykehusene frem til 2050.
- Tidlig rehabilitering integrert i akuttbehandlingen av gamle skrøpelige pasienter gir bedre resultater enn vanlig sykehusbehandling.
- Forutsetningen for et godt resultat er riktig pasientutvelgelse og egne geriatriiske sykehusenheter med ansvar for hele pasientforløpet.

(Pettersen & Wyller 2007, under overskriften "Hovedbudskap")

Om hjerneslagrammede som får analog tverrfaglig tilnærming i simultan behandling og rehabilitering i faste, definerte geografiske senger, skriver Bernt Indredavik (2006) om forhold som gir en effektiv behandling. Dette ut fra 23 publiserte randomiserte studier om behandling i slagenhet. Et element i effekt er koordinert tverrfaglig samarbeid, og samarbeidet beskrives som å ha synergieffekt:

Behandlingsprogrammet består av mange små faktorer, intervensjoner og delementer satt i system og iverksatt av et tverrfaglig spesialopplært personale. Å fastslå hvilke faktorer eller tiltak som er ansvarlig for behandlingseffektene, er imidlertid vanskelig. Sannsynligvis skyldes mye av effekten en potensering eller ringvirkninger, slik at den samlede effekten blir større enn effekten av de ulike delementene (Indredavik 2006, under overskriften "Effekt - hvorfor og hvordan?").

Foreliggende arbeid undersøker (delementene) tverrfaglige samspill i praksis, og hvordan fagpersoner påvirker hverandre på tvers av fagområder (ringvirkningene).

¹⁸ Iatrogene skader kan defineres som påført i/av selve behandlingen/utredningen.

1.7 Problemformulering

Hvordan integrere rehabiliteringstenkning i det tverrfaglig samarbeidet om geriatrike pasienter i medisinsk avdeling?

1.8 Hensikt og forskningsspørsmål

Overordnet hensikt er at eldre sykehuspasienter med et sammensatt sykdomsbilde får helsehjelp som står i forhold til det sammensatte sykdomsbildet.

Målsettinger er i det følgende lineært uttrykt selv om de opptrer sirkulært og har en samtidighet i seg:

- Å videreutvikle et funksjonelt språk i det tverrfaglige samarbeidet
- Fagpersoner identifiserer aktuelle geriatrike pasienter som trenger tverrfaglig utredning.
- Å integrere rehabiliteringstenkning i tilnærming til den geriatrike pasienten.

Forskningsspørsmål: Med sykehuset som arena, og som diagnostisk kultur betraktet, er det mulig å arbeide flerkontekstuel etter prinsipper for helsefremmende arbeid i.e. både fagpersoner i mellom og i forhold til pasient, pårørende og kommune.

Videre at det gjennom disse prinsippene er mulig å bevare og utvikle kunnskap om geriatri og rehabiliteringstenkning, og at arbeidet kan valideres gjennom kommunikasjon og samhandling.

Forskningsspørsmål: Lar det seg gjøre gjennom det aktuelle fagutviklingsarbeidet å komme fram til/generere kunnskap som har betydning for klinisk praksis og organisering av denne?

2 Teoretiske holdepunkter

...*det menneskelige subjekt er prinsipielt avskaffa som kjelde til kunnskap* står det å lese i en anmeldelse av Nerheims bok "Vitenskap og kommunikasjon" (Nessa 1995). Nerheim (1996) ser vitenskap og kommunikasjon som en integrert helhet. Dersom fagpersoner skal ivareta et helhetlig, og ikke fragmentert perspektiv i forhold til mennesket, må de samme fagpersoner stå i et dialogforhold til ikke bare personen, men også til kontekst jf. Figur 1. I naturvitenskapelig tilnærming vil ikke studieobjektet reflektere over sine egenskaper, men opptre etter en lovmessighet uavhengig av tid og rom. Å forstå mennesket, er å forstå et vesen som forstår seg selv. Det avkrever en annen slags tilnærming enn den naturvitenskapelige ikke bare til mennesket, men også til kunnskap. Filosof Hubert Dreyfus og matematiker Stuart Dreyfus sin ferdighetsmodell introduserer et bredt perspektiv på opplæring som fenomen. De søkte å integrere det vitenskapelige og det praktiske hierarkisk i rangeringer av kompetanser og kunnskapsnivåer. De ser på fellesnevneren for ferdighetslæring og kunnskapsetablering uavhengig av fagområde (Dreyfus & Dreyfus 1991; Nessa 1995; Nerheim 1996; Skjervheim 1996; Aadland 2004; Ekeland & Heggen 2007).

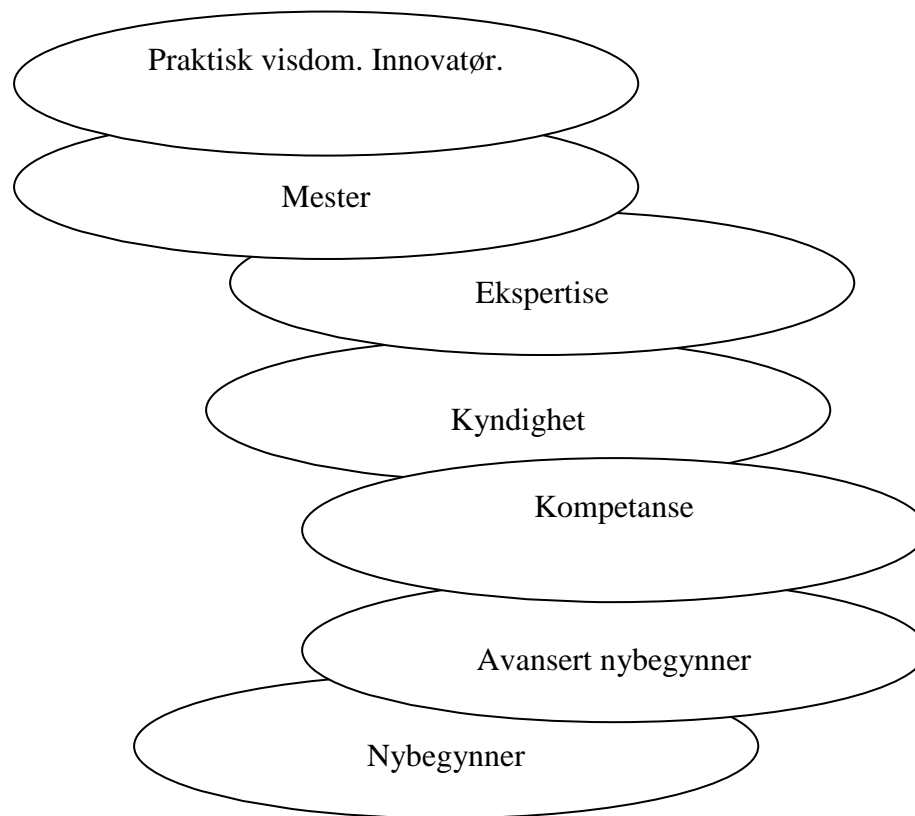
2.1 Kunnskapssyn

For å kunne studere kunnskap slik den *utøves*, trengs en holistisk tilnærming i følge Nerheim (1996). Hun forklarer dette som analogt til å forstå en setning som noe mer enn å forstå de enkelte ordene som utgjør setningens komponenter. Dette relaterer hun til handlinger: Referanse til kontekst er en del av å forstå handlingen. Hun benevner dette som kontekstuellet situert kunnskap og som ofte ikke kan verbaliseres, tallfestes eller skjematiseres. Like fullt har den betydning i den praksisen fagpersoner er involvert i. At kunnskap er situert medfører at kunnskap ses på som situasjonsbestemt og ikke umiddelbart har overføringsverdi fra en situasjon til en annen jf. Figur 1. Kunnskapen demonstreres i og gjennom den enkelte situasjon.

Polyanyis begrep *tacit knowledge* ofte oversatt med *taus kunnskap*¹⁹ kan illustrere dette (Lundstøl, J. 2004b). Tausheten angår en funksjon kunnskap skal ha, og utvider kontaktflaten med virkeligheten i følge Nerheim (1996). Dette kan eksemplifiseres med den blindes bruk av stokk for å orientere seg i omgivelsene. Gjennom stokkens bevegelser bygger den blinde verden rundt seg. Taus kunnskap er personlig kunnskap som ikke kan løsrives fra personen eller praktisk praksis (Nerheim 1996; Lundstøl, J. 2004a).

Dreyfus & Dreyfus (1991) presenterer i sin bok ”Intuitiv ekspertise: den bristede drøm om tænkende maskiner”, et kunnskapshierarki med fem trinn fra nybegynner til ekspert (Dreyfus & Dreyfus 1991). Senere ble denne ferdighetsmodellen utvidet med praktisk visdom som høyest rangerte form for kunnskap (Dreyfus 2001). Et hovedpoeng i denne teorien er at det er et kvalitativt sprang mellom den regelbaserte og kontekstuavhengige begynneratferden, til den intuitive innovatørens erfaringsbaserte og kontekstavhengige atferd (Dreyfus & Dreyfus 1991; Nerheim 1996; Kvale 1997; Dreyfus 2001; Lundstøl, J 2009).

¹⁹ Begrepet kan og bør også oversettes annerledes: Stilletiende kunnskap, innforstått kunnskap, ikke – artikulert kunnskap (Nerheim 1996; Lundstøl, J.).



Modell 2 Illustrasjon av Dreyfus & Dreyfus sitt kunnskapshierarki

Der nybegynneren følger kontekstfrie regler og metodikk, følger ekspertens sin kunnskapsbaserte intuisjon opparbeidet gjennom erfaring. Innovatøren behersker egen kulturs praksis og tause kunnskap som så er basis for kreativitet og innovasjon. Læring skjer innenfor rammen av en situasjon. Kunnskapen demonstreres i og gjennom den enkelte situasjon, og lar seg ikke rekonstruere ved å gå vegen om abstrakte regler (Nerheim 1996; Kvale 1997). I spørsmålet om praktisk kunnskap er *gyldig* kunnskap ser det ut til at av visse typer kunnskap kun opptrer i den praktiske praksis og vanskelig lar seg fange i tekniske termer og oppskrifter for god praksis (Lundstøl, J. 1999; Lundstøl, J. 2004b). Å vite hvordan (know – how) er en vesentlig del av helsearbeideres profesjonalitet. Denne type kunnskap kan i følge Lundstøl (1999) også dekkes av begrepet praktisk kunnskap som i stor grad er muntlig, handlingsrelatert. Denne type kunnskap er ikke statisk og kan ikke en gang for alle defineres; den kjennetegnes ved at den er situasjonsbetinget og utspiller seg i praksis i kontekst (Lundstøl, J. 1999). Nerheim (1996) understreker betydningen av

flerkontekstuell kompetanse dersom fagpersonen skal se helhet og ikke fragmenter. Når dette utspilles i et deltagerperspektiv, mener hun at dette gjør fagpersonen i stand til å komme pasienten i møte i hennes verden. Benner (i Nerheim 1996) har i sykepleieteori støttet seg på Dreyfus & Dreyfus sitt kunnskapshierarki modell uttrykt gjennom ”fra novise til ekspert”. Novisen beveger seg fra tilskuerperspektiv til ekspertens deltagerperspektiv (Nerheim 1996).

Schön (Lundstøl, J. 2004a) hevder at praktikerer ikke kan legge til grunn den kunnskap om praksis som er utviklet fra naturvitenskapelig filosofi. Den bygger på en forståelse om at praktisk kompetanse blir profesjonell først når den instrumentelle problemløsning er avledet fra (natur)vitenskapelig kunnskap. I det praktiske liv vil denne tekniske rasjonaliteten først være meningsfull når praktikerer definerer problemet og legger til rette for teorier og teknikker i følge Schön (ibid). Praktikerer må først fortolke situasjonen for så å ta i bruk teknikker, teknologi og standardiserte prosedyrer etter beste skjønn. Schön (ibid) stiller på denne måten spørsmål om den underliggende tenkning om profesjonell praksis er tilstrekkelig for å analysere og utvikle kunnskap om praksisformer. Schön (ibid) konstruerer begrepene:

| | | |
|--------------------------|---|---------------------------|
| Knowing – in – action | ≈ | å – vite – i – handling |
| Reflection – in – action | ≈ | refleksjon – i – handling |

Kunnskapens dynamikk belyses på denne måten ved at praktikerer reflekterer *i* handlingen, erfarer og korrigerer seg selv (refleks) for så å reflektere *over* sine handlinger i etterkant. Videre kan samme handling og dertil hørende refleksjon ses i metaperspektiv for slik å lære seg nye handlingsalternativer. I praksis observeres dette ved at fagpersonen tilpasser sine responser til variasjoner i fenomener hun står overfor; vurderer fra øyeblikk til øyeblikk hvilke steg som er passende videre. For eksempel når det gjelder sykehuspasientens sammensatte helseproblemer. Problemet er ikke klart i starten og det er ikke ”noen innlysende overensstemmelse mellom situasjonens karakteristika og det tilgjengelige forråd av teorier og teknikker” (Lundstøl, J. 2004a, s. 5). Slik det kan erfares i møtet med geriatrisk pasient.

Dette synet på kunnskap gjør det vanskelig å se at teoretisk tilnærming har høyere orden i tilnærming til verden og gjenstandene vi lever i relasjon til. Forståelse av fenomenene oppstår gjennom den konteksten de framkommer i, se Figur 1. Heidegger som eksponent for fenomenologien, bruker verktøyet hammer som eksempel på dette (Aadland 2004). Den er ikke et nøytralt redskap, men en premiss i problemløsning. Slik også med teknikk og teknologi. Hammeren gir mening og betydning ved å bli brukt i kontekst; den lever ikke sitt eget liv uavhengig av mennesker og situasjon (Nerheim 1996; Aadland 2004). Det samme med prosedyrer i den diagnostiske kultur.

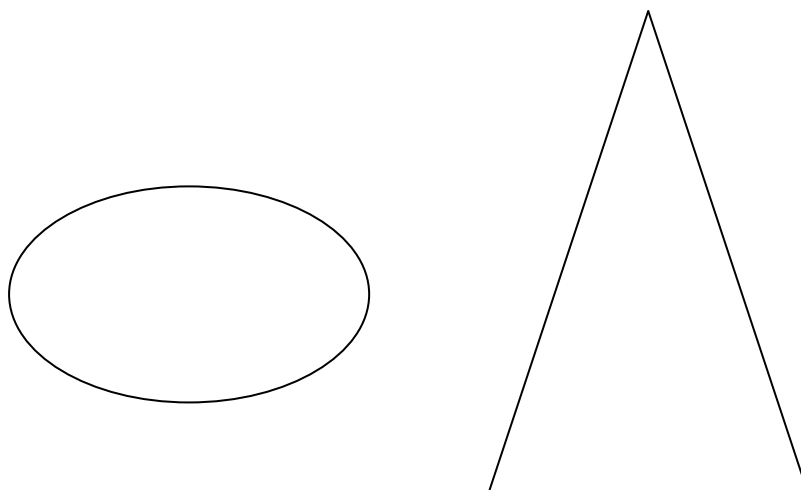
Vitenskapsteori handler om å reflektere over premisser for vegen til sann kunnskap om virkeligheten. Det naturvitenskapelige idealet har en stor innflytelse på hva som er *vitenskapelig* forskningsmetode. Som et objekt – rasjonelt kunnskapsideal er dette blitt overført til studier av sosiale systemer som om dets lovmessigheter var av samme sort som naturens (Aadland 2004). Problemer i praksisfeltet oppstår først når kartet ikke stemmer med terrenget, og den ene sorten i form av naturvitenskapelig metode, har forrang (i alle terrenget). Uten å ta hensyn til at terrenget er historisk jf. benchmarking. Det kan se ut som kartet blir viktigere enn terrenget, og kartet former terrenget. Ekeland (2004) beskriver dette som et vitenskapsteoretisk problem. I kunnskapslære vil metodeblanding på denne måten benevnes som epistemologisk feil: Å bruke en metode innen et kunnskapsområde (natur, økonomi), og adoptere den til et annet fagområde (humanfag), rettferdiggjør ikke automatisk noen av fagene - og kan gi gale resultater på begge. Kriterier for valid kunnskap er ulike på de respektive fagområdene. Alternativer til naturvitenskapens kriterier for hva som er veg til sann og gyldig kunnskap, er Habermas sine teorier om kommunikativ fornuft. Kommunikativ rasjonalitet kan beskrives ved at aktørene gjennom kommunikasjon kommer så nær som mulig til en felles forståelse, en objektiv sannhet gjennom intersubjektivitet (Skjervheim 1996; Ekeland 1999; Ekeland 2004; Aadland 2004). Dette kunnskapssynet ivaretar deltagerperspektivet (jf. begrepet ”bruker” i Kapittel 3.3.6) ved at alle involverte i situasjonen kan komme til ordet. Dette betinger en forankring i situasjonen, og ikke en løsrivelse fra kontekst som det kan se ut til at Kunnskapsbasert praksis legger opp til.

Nerheim (1996) gir et eksempel på hermeneutisk forskning som tilbyr en annen tilnærming enn den naturvitenskapelige. Et forskningsteam filmer fagpersoner og personer med langt kommet Alzheimer demens i samhandling om daglige gjøremål. De kommer blant annet fram til at fagpersoner for det første må ha tid til rådighet og de må lytte og se. Videre bekrefter undersøkelsen at mennesker med langt kommet demens kan formidle seg i forhold til konkret situasjon, men dette er avhengig av fagpersoners forhåndsinnstilling, kommunikasjon og fornemmelse i *situasjonen* mer en metodikk og enkelttiltak begrunnet i prosedyrer (Nerheim 1996; Aadland 2004). Martinsen (2006) drøfter fortellingens kraft for eksempel i forhold til pasienter med sykdommer som ikke kan repareres eller døende mennesker (Martinsen 2006). Også i diagnostiseringsøyemed må fagpersonen ha kommunikativ kunnskap for å få tilgang til pasientens informasjon om seg selv som kroppssubjekt. Denne informasjonen kommer via språk og ikke gjennom objektive måleapparater. Samtalen er ikke kontekstfri og uavhengig av den som snakker. Den som lytter er heller ikke et stabilt ytre objekt, men et fortolkende vesen. Språk og samtaler er virkningsfulle, men det gjennom *mening*, og ikke som i kausal forholdsmessighet. (Ekeland 2004; Aadland 2004; Andersen 2008).

2.2 *Problematisering og kritikk av "Kunnskapsbasert praksis"*

Sentralt i kritikken er at det naturvitenskapelige idealet ikke kan benyttes på samme måte i forhold til mennesker. Et slikt ideal forutsetter at de fenomenene som skal studeres blir sett på som objekter. Dette kunnskapssynet kan forsvares i naturen, men ikke i forhold til menneskelige handlinger og sosiale relasjoner. I matematikken kan evidensen være både ubetvilelig og uttømmende, men det blir feil å overføre samme type evidens ved perspektivistiske fenomener som for eksempel den eldre sykehuspasienten, som kjennetegnes ved nettopp å framstå perspektivistisk jf. Figur 1. "At vi ikke kan se den hele og fulle gjenstand på en gang, (...), betyr ikke at vi ikke kan erfare gjenstanden med evidens" (Martinsen 2006, s. 53).

”Sykehuset Innlandet bruker kunnskapsbasert praksis som metode for å sikre pasientene likeverdig, virkningsfull, trygg og sikker behandling” (Sykehuset Innlandet 2008, s. 34). Først en kommentar til begrepet ”Kunnskapsbasert praksis som metode”. Hvilke praksiser og metoder er det som *ikke* er kunnskapsbaserte? Det er vel å forutsette at fagpersoner handler ut fra sin samlede sum av alle sorter kunnskap? Diskusjonen må vel heller gå på om underliggende kunnskap er til å stole på eller ikke. Eller finnes det en praksis basert på kunnskap hevet over tvil? I diagnostisk kultur har forskningsbasert kunnskap har en forrang, og ikke hvilken type som helst, men den som har sitt utgangspunkt i naturvitenskapen. Det ser ut til at vitenskap først blir vitenskap ved at naturvitenskapelig metode anvendes, og i særdeleshet når de matematiske naturvitenskapelige metodene anvendes (Ekeland 2004; Aadland 2004). Slik også ved søk i ulike databaser der kunnskap framkommet gjennom randomiserte kontrollerte studier er øverst på evidenspyramiden. Alltid. Skulle ikke like gjerne undersøkelser med bakgrunn i brukerkunnskap og erfaringskunnskap kommet opp på topp? Alle de tre ovalene i modellen er like store jf. Kapittel 1.4.3. Ovalene og pyramideformen ser ut til å illustrere to helt motsatte tanke sett (eller paradigmer) og praksiser, og er paradoksale slik sett:



Fagpersoner i Sykehuset Innlandet skal arbeide likestilt og sirkulært hva angår type kunnskap. Samtidig som de skal gjøre dette lineært i et hierarki med en bestemt rangordning (Sykehuset Innlandet 2009b).

Martinsen (2006) påpeker at evidensbasert medisin og evidensbasert praksis åpenbare styrke er å arbeide med problemer som en kommer videre med, som lar seg løse og som gir et resultat som er nyttig for noe (Martinsen 2006). Helseproblemer som passer inn eller lar seg omforme til effektspørsmål, kan også ha stort utbytte av kunnskapsbasert praksis (Kinn 2007).

I kritikk av fenomenet innfører Martinsen (2009) begrepet evidensialisme som en ideologi med totalitære trekk som det utelukkende knyttes noe positivt til. Kunnskapsgrunnlag og i hvilken sammenheng kunnskapen framkom i, diskuteres lite. Begrepet virker utjevne der det unike, personlige og forskjellige utvikles til fordel for standardiserte målestokker. Hun stiller spørsmål ved hvorvidt begrepet er begrensende eller opplysende. (Martinsen 2009). Ankepunkt mot konseptet er at *favoriseringen* av kunnskap framkommet på ett område skal gjelde som evidensbasert kunnskap for *andre* vesensforskjellige områder. Begrepet evidensbasert har langt på veg blitt synonymt med RCT – design. Forskning framkommet gjennom kvalitative tilnærminger er nærmest per definisjon ikke gyldig kunnskap i evidenshierarkiet; den faller utenom pyramiden eller har sin plass aller nederst (ibid). På denne måten underlegges alle typer problemstillinger og både pasient og fagperson, samme *ideal* som i naturvitenskapen nemlig objektivisering. Evidente innsikter om relasjonelle forhold og kommunikasjon subjekt til subjekt, kan dårlig ikles et RCT – design, og faller slik ut som gyldig kunnskap. Mennesker med sammensatte helseproblemer kler også et RCT – design dårlig. Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe skal være homogene hva angår ulike variabler og rene diagnoser (lite komorbiditet²⁰). Geriatrike pasienter er ofte ekskludert fra RCT - studier begrunnet nettopp i komorbiditet, polyfarmasi og alder (Ekeland 2004; Pettersen & Wyller 2007). I RCT – studier av medikamenteffekter og dosering, har dette konsekvenser for angjeldende pasientgruppe jf. Boks 6. Et annet problem med dette designet er at jo mer en prøver å

²⁰ Komorbiditet kan defineres som samsykelighet

kontrollere feilkilder statistisk sett (intern validitet), dess større vanskeligheter kan en få med ekstern validitet (overføring til praksis). Statistisk signifikant sier noe om sannsynligheten for at konklusjonen en har gjort om forskjellene i de foreliggende data er feil eller ikke. Dette gir ikke automatisk klinisk signifikans, og om forskjellene er nyttige i praksis er et spørsmål i seg selv (Ekeland 2004).

Et annet moment i kritikken er at konsekvensen av å utvikle forskningsdesign uten kontekstuelle spørsmål, kan favorisere den som fra før av har god helse og som ellers kan administrere sitt kundeforhold til helsevesenet. Konseptet i seg selv skaper en illusjon om de sosiale prosessene som skaper konseptet, og de sosiale konsekvensene av konseptet, er ikke-eksiterende. Kunnskapsbasert praksis tar videre på seg autoriteten på å være vegen til ”best praksis”, og kan av den grunn rettferdiggjøre ulike praksis også overfor politikere og styresmaktene. Tiltak som gjør sin nytte uten denne formen for evidens blir diskvalifisert. Kunnskap om egne begrensninger og metoders arbeidsområder, kan utydeliggjøres når det opereres med et evidenshierarki med en gullstandard på toppen som er uavhengig av språk, person, situasjon og kontekst (Ekeland 2004; Martinsen 2006; Martinsen 2009). Skjønner er ikke ”embedded knowledge”²¹ i evidenshierarkiet ei heller i de elektroniske databasene.

En av grunnleggerne (i Martinsen 2006) til evidensbasert praksis har påpekt at evidensretorikken står fram med en moralsk patos som kanskje ikke står i forhold til at også denne kunnskapen har begrensninger. Retorikken omkring konseptet impliserer at ikke-kunnskapsbasert-praksis, er en dårlig praksis noe vel ingen fagperson vil framstilles med. Kunnskapsbasert praksis kan da legitimere fagpersonens praksis, men Ekeland (2004) spør samtidig om det er gitt at legitimering av praksis gir en bedre praksis. Kritikere av konseptet får også gjerne høre at de har misforstått dette som sådan, og slik vil vel fagpersoner heller ugjerne oppfattes. Evidensialismen framstår normativt. (Ekeland 2004; Martinsen 2006). Det ser ut for meg som at dette like gjerne kan handle om maktetablering som kunnskapsetablering.

²¹ I følge Benners analyser beveger den handlende personen i situasjon og i ferdighetsmodellen seg fra å stole på abstrakte prinsipper til å satse på konkret erfaring som paradigme. Kunnskapen er da ”embedded knowledge” i betydning internalisert eller innebygd (Nerheim 1996).

Martinsen (2006) presiserer at det ikke er noe galt med evidens i den betydning Kunnskapsbasert praksis legger i ordet isolert sett, men det må brukes med skjønn. Selve begrepet kunnskapsbasert praksis er en fornorsket utgave av begrepet evidensbasert praksis, og en problematisk oversettelse i seg selv. Martinsen (2006) påpeker flertydigheten i begrepet evidens. Hun understreker at det er en innsnevret betydning av begrepet evidensbasert når det blir brukt tilnærmet synonymt med å måle effekt av tiltak. Evidens vil si at det vi mener om et saksforhold er til å stole på, og at vi overbevisende kan vise det, og gjøre rede for vårt syn (Martinsen 2006). Hun problematiserer hva som skjer når ord blir "låst fast" til et fast innhold, eller standardiseres til å ha én mening. Det metodiske i seg selv kan da bli overordnet tenkningen som gjennom nettopp gjennom ordenes *bevegelighet* kan uttrykkes. Dersom evidens blir brukt på en permanent entydig måte som effektmålinger av tiltak, vil dette ha konsekvenser for all omtale av evidens. Metodiskusjoner og formidling av forskningsresultater vil rette seg i mot denne entydigheten i begrepet evidens, og i dette tilfellet kunnskap om effekt framkommet gjennom klinisk kontrollerte forsøk og statistiske analyser. Begrepet er da transportert til ett plan på tross av at ordet evidens kan romme flere betydninger og både nyansere og presisere et saksforhold. På samme planet som evidens er transportert til, legges det vekt på klassifiseringer, standarder, koder og sjekklister. Disse språkformene reflekteres i publisering av forskning i tidsskrifter som gir høy evidensrangering i kunnskapshierarkiet. Martinsen (2006) omtaler dette som innsnevrede språkformer. Hun støtter seg på Løgstrup (i Martinsen 2006) når hun skriver om språkskatten. Språkets dynamikk og muligheter for presisering ville falle bort dersom ord og begreper var entydige. Ords flertydighet gir oss mulighet til å nyansere det vi erfarer og formidler. I følge Løgstrup (ibid) blir ord og begreper først entydige *ved bruk i kontekst*, for så å vende tilbake til språkskatten som flertydige. Altså ords betydning og mening er situasjonsbetinget og er en funksjon av tone, stemning, melodi, semantikk og kroppsspråk (Martinsen 2006).

Martinsen (2009) poengterer at det ikke er den evidensbaserte vitenskapen slik den framstår i kunnskapsbasert praksis, eller dens kritiske granskning og etterprøving av klinisk praksis som er problemet. "Det er ikke noe galt med forskning som produserer

evident kunnskap, det skal jo forskningen gjøre” (Martinsen 2009, s. 25) Problemet er tanken om at vitenskapen skal konstruere og absoluttere hvilken praksis som skal gjelde. Det vil være å sette den instrumentelle fornuft som retningsgivende også for relasjonelt arbeid. Martinsen (2006) viser til argumentasjonen for at det er ulike logikker i en vitenskapelig praksis og en praktisk praksis. Anvendelse av vitenskapelige forskning er ikke alltid mulig ei eller ønskelig. Mellom den evidensbaserte kunnskapen og virkelighetens verden hvor sårbare pasienter og fagpersoner møtes, ligger subjektiviteten, og skjønnnet formidlet gjennom språket. Dersom også språket ord klassifiseres og låses fast i en standard betydning, hvordan så møte det sansede livet, lidelsene og eksistensen. Det vil ikke si at skjønnnet ikke trenger regler og prosedyrer, eller at det er en motsetning mellom skjønn og regler. Reglene er der som markører eller prinsipper som uttrykk for verdier og inngår i skjønnnet, men fortolkningen leder an handlingen og ikke omvendt (Martinsen 2006). Den situasjonsorienterte kunnskapen kan ut fra dette ikke evidensfestes eller valideres gjennom objektiv, kontrollerte strukturer som i kvantitativ forskning. Validering av situasjonsbetinget kunnskap kan beskrives gjennom Habermas – paradigmet som ikke bare markerer kommunikativ handling, men også en tilhørende diskurs med argumentativ etterprøving av gyldighetskrav eller sannhetskrav innebygget i den kommunikative handlingen (Nerheim 1996; Martinsen 2006; Martinsen 2009). Fagpersoner må i like stor grad kommunisere som å følge prosedyrer. Neste spørsmål kan så være om de forstår hverandres språk, og om det i det daglige arbeidet på sykehuset er møtepunkter for samtale på tvers av faggruppene.

Skjervheim (i Martinsen 2006) benevner følgende som det instrumentalistiske mistak: ”Vitenskapelig-teknisk kunnskap blir gjort til modell for menneskelige handlinger av praktisk etisk karakter” (Martinsen 2006, s. 55). I følge Ekeland (2004) kan feilslutningen gå begge veger ved at konseptet kunnskapsbasert praksis kan bidra til en pseudoobjektivitet som underrapporterer at også forskningsbasert kunnskap er influert av sosiokulturelle faktorer. Martinsen (2006) redegjør for kunnskapsbasert praksis som *ikke politisk uskyldig* ved måten historien om opprinnelsen kan fortelles. Foucault (i Martinsen 2006) viser til hvordan makt – og samfunnsforhold lå til rette for at medisinske forskningen kunne skje akkurat da og akkurat i Paris første del av 1800

– tallet jf. Kapittel 1.4.3. Sackett (ibid) som er en av evidensgünderne, forteller historien om legene i Paris uten å forholde seg til konteksten dette skjedde i: Alliance samfunn – forskning, myndigheter – leger. Offentlige myndigheter gir penger og forskningen lover resultater. Offentlige myndigheter kan sette makt bak sine krav og kobler forskningen og de standardiserte prosedyrene til kostnadskontroll. Ut fra dette er ikke vitenskap verdinøytral, heller ikke i politisk forstand.

Effektmålingsinstrumentene kobles til penger og evidenshierarkiet er styrende for hva som er lønnsomt. Kunnskap rangeres, og ett kunnskapssyn øver hegemoni på alle områder uten å problematisere hva forskningsspørsmålet er, og om respektiv metodikk beskriver virkeligheten vi befinner oss i. Det er da evidensbegrepet går i selvsving som evidensialisme (Skjervheim 1996; Ekeland 2004; Kinn 2005; Martinsen 2006; Kinn 2007; Kunnskapssenteret 2008; Martinsen 2009). Wifstad (1994) drøfter ekspertkunnskapens grenser og kan uttrykkes slik (Wifstad 1994): Dersom en helsearbeider ikke er klar over hvilken metode som matcher hvilke problemstillinger, og til hvilket punkt en metode korresponderer med virkeligheten, så glipper validiteten i samme punkt – evidensbasert eller ikke.

Et betimelig (og empirisk) spørsmål er om det finnes evidens for Kunnskapsbasert praksis innenfor praksiser med mellommenneskelig samhandling (Ekeland 1999; Ekeland & Heggen 2007; Andersen 2008). Konseptet påvirker den praksisen det skal avhjelpe ved at evidenshierarkiet definerer hvilke spørsmål som er gyldige (effektspørsmål). Dette uten at kunnskapsgrunnlaget drøftes i presentasjoner av fenomenet (Kunnskapssenteret 2008; Sykehuset Innlandet 2009b). Det ser ut som konseptet tar stilling til hvilken virkelighet som skal gjelde for noe. I rommet omkring denne pyramiden finnes det utallige gyldige spørsmål med pålitelige og relevante svar.

Martinsen (2009) påpeker at et problem blir stående i innføring av dette konseptet: ”Til tross for presset, møter mennesket instrumentaliseringen med motstand” (Martinsen 2009, s. 24). Til sist vil jeg derfor forankre problematisering og kritikk av Kunnskapsbasert praksis i etikk. Dersom kunnskap anses å være kontekstfri og ikke tilhørende i person-i-situasjon og handlingsbåren i praksisfeltet, har det

konsekvenser for lokalisering av etiske dilemmaer. Objektive standarder og tekniske handlingsregler i form av prosedyrer som er typiske i systemverdenen²² åpenbarer i seg selv ingen etiske spørsmål i livsverdenen. Etiske dilemmaer oppstår i livsverdenen²³ når verdier står på spill og er konkurrerende i forhold til å ta valg i overensstemmelse med menneskesyn, regler og prinsipper. Den etiske fordring ligger i å la seg berøre og berøre ut fra seg selv i posisjon som deltager, og ikke som observatør (Wifstad 1994; Nerheim 1996; Vetlesen et al. 1996; Aadland 2004; Martinsen 2009). Løgstrup (i Vetlesen et al. 1996; Aadland 2004) framholder at etikkens første og grunnleggende nivå er å være medmennesker gjennom barmhjertighet, åpenhet, håp og tillit uttrykt som relasjonell kunnskap. Etikkens andre nivå er at vi har et handlingsberedskap ved etiske dilemmaer gjennom yrkesetiske retningslinjer (Norsk Ergoterapeutforbund NETF 2008).

²² Systemverden er representert ved ulike maktapparat i samfunnet som griper inn i og koloniserer livsverdenen eks. økonomiske kapitalkrefter, offentlig byråkrati, helse – og sosialsystemer, multinasjonale selskaper (Aadland 2004).

²³ Habermas tar utgangspunkt i at kunnskap er makt. "Livsverden er den verden jeg som tenkende, villende og menende person lever i. Jeg er deltager i den sosiale konteksten; jeg diskuterer, føler velger og påvirker min egen tilværelse" (Aadland 2004, s. 224).

3 Metode

Den etiske fordring ligger i å la seg berøre og berøre ut fra seg selv i posisjon som deltager, og ikke som observatør (Vetlesen et al. 1996). I den diagnostisk kulturen betyr det *vitenskapelige* en kontrollert utvikling av kvantifiserbar kunnskap der forskeren arrangerer variablene slik at resultatet helst blir signifikant og gjerne uttrykt i tall, statistikker og matematiske systemer (Sørås 2007). Men når vi har med *sammensatthet* å gjøre og variablene er utallige, så kan det være problematisk også rent matematisk å lage et kart som stemmer med terrenget. Ikke bare er variablene utallige, men alle deler er bevegelige og ikke bare rundt sin egen akse, men er samtidig deler av andre bevegelige systemer som alle løper med tiden. Som på et skip i fart. Forskeren er uvergelig selv en bevegelig del og med i prosessen som tilskuer og deltager, og også delaktig i resultatet (Skjervheim 1996; Aadland 2004). Dette er allikevel ingen grunn til ikke å utforske sammensatthet, eller å anvende metoder som om sammensatthet ikke finnes, og som om metodene ikke er verdiladet. Erkjennelsen må være at kartet må passe til terrenget og ikke omvendt. Det kompliserte og komplekse ved virkeligheten forsvinner ikke selv om metoder er mangelfulle i å fange dette. Konsekvensen av dette må være at tenkning, metodisk tilnærming og analyse også må reflektere sammensatthet for å være dekkende for virkeligheten.

Hvordan integrere rehabiliteringstenkning i det tverrfaglige samarbeidet om geriatriske pasienter i en diagnostisk kultur? Fagutviklingsarbeidet har ut i fra sin problemstilling to metodiske hovedelementer i seg; samtale og samhandling på tvers av faggrupper. Fagpersoner står i et forhold til hverandre relatert til en felles sak. Dette leder fram til et handlingsorientert og kvalitativt orientert design ved at samhandlingen undersøkes der samhandling foregår/skjer. Feltarbeid i egen kultur er teoretisk rammeverk i arbeidets metodisk tilnærming. Det er kvalitativt orientert også fordi det er praksisfeltets egen erfaring, forståelse og utøvelse av samhandling som er styrende for prosess og resultat. Det gjøres et forsøk på å realisere en kvalitativ tilnærming i en diagnostisk kultur som beskrevet i Kapittel 1.3. Det hele startet med at flerstegs fokusgruppe i 2007 kommuniserer om revidering av eksisterende

tverrfaglig rapport-mal. Gruppe i Fase 2 i 2009 arbeider videre og lager nøkkel²⁴ til denne malen. Parallelt med dette er fokusgruppa direkte involvert i kollegabasert veiledning x10 avsatt til masterarbeidet. Fokusgruppa besluttet også å revidere skjema for komparentopplysninger²⁵ som videre ble tematisert i kollegabasert veiledning. Formål i prosessen er også å få et forhold til hverandres perspektiver. Videre at deltagerne lærer sammenhenger (eller rehabiliteringstenkning) *sammen*, som er noe annet enn å ha kunnskapen enkeltvis. Et utsagn i praksisfeltet er ”å arbeide tverrfaglig helt alene” som i seg selv er noe motstridende. I samme tidsperiode (fra februar til mai 2009) foregikk deltagende observasjon, feltsamtaler og korte intervjuer.

3.1 Om metodevalg

Prosjektet er induktivt orientert med en åpen tilnærming i betydning av sammen med praksisfeltet å få en dypere forståelse av hvilke tiltak eller praksiser som kan iverksettes for å få integrert rehabiliteringstenkning i avdelingen. Fokusområdene i arbeidsgruppene var ”lukket” i utgangspunktet, men så åpen igjen siden gruppene selv kunne styre tema og retning selv. Dette uten kanskje å kunne si at tilnærmingen er abduktiv (Fangen 2004), men allikevel, ideer og praksis løper over tid fram til nye evidente innsikter om hvilke praksiser som integrerer rehabiliteringstenkning. I denne kvalitative tilnærming samles data inn, og data deles ut gjennom kommunikasjon. Data *skapes* i samspill i selve samhandlingen om spørsmålsstillingene (Wadel 2006). Deltagerne reflekterer fortløpende over hvordan de ulike tiltakene og praksiser kan være hensiktsmessige.

²⁴ Nøkkelen utdyper hvert punkt i rapporten og skal gjøre det tydeligere relevante opplysninger i forhold til problemstillingen. Deltagerne diskuterte om ikke ”oppskrift” kunne være et like godt ord som ”nøkkel”, men kom til at det er for ”oppskriftsmessig” og ikke beskriver dynamikken og alle vurderinger som ligger til grunn.

²⁵ En komparent er i geriatrisk utredning en som gir alternativ/sammenlignende informasjon. Innhenting av denne informasjonen er del av standardisert metode i geriatrisk utredning (Norsk geriatrisk forening 2003). I geriatrisk virksomhet på SI Gjøvik har skjemaet som brukes til dette, fått navnet komparentopplysninger eller skjema for komparentopplysninger.

Tilnærmingen er holistisk eller helhetlig i den forstand at analyseenheterne forstås kontekstuellt og situasjonsbetinget, og utspiller seg i naturlige sammenhenger over tid. I bunn og grunn ligger det en systemisk tenkning i forståelse av tingenes tilstand (Johansen et al. 2002).

3.2 Hermeneutikk og aksjonsforskning

Hermeneutikk har som utgangspunkt at mennesket er et fortolkende vesen, og som sådan en del av ”problemet” både i vitenskapelig og etisk forstand. Erkjennelsen av at menneskers handling og samspill krever andre tilnærminger, metoder og teorier enn ved studier av naturen, er hermeneutikkens utgangspunkt (Aadland 2004).

Det finnes ingen verdinøytral vitenskap eller metode i følge hermeneutikken som også har fokus på at forskerens tilstedeværelse har betydning. Forholdet til virkeligheten er som til medsubjekter. Poenget er å komme til bevissthet om egen delaktighet i forskningsprosessen er av avgjørende betydning for troverdighet og validitet. Med hermeneutikk som utgangsposisjon, gis mulighet for gjensidig påvirkning og samspill med medmennesker om aktuell problemstilling. Dette reflekteres i Figur 2 som er ment å illustrere prosesser som løper med tiden, og også som uttrykk for den hermeneutiske spiral.

Aksjonsforskning er en strategi og en praktisk innretning som går løs på virkeligheten for å oppnå en positiv forandring. Aksjonsforskning forbindes med kritisk teori som i seg selv ikke angir spesifikk metode, men kunnskapsgrunnlaget står i en hermeneutisk tradisjon når det gjelder nærhet til problemstilling og de den angår. Aksjonsforskning kan ta i bruk kvantitative så vel som kvalitative metoder på tvers av vitenskapene alt etter problemstilling og kontekst. Idealet i aksjonsforskning er at forskeren ikke bare forstår og fortolker en tilstand, men aktivt deltar i forandningsprosesser. Her kommer etikken og etikkens hovedspørsmål inn: *Hvordan skal jeg handle* (Skjervheim 1996; Aadland 2004; Reason & Bradbury 2006).

3.3 Feltarbeid i egen kultur

For at en kultur skal bestå må den i følge Wadel (1991) reproduseres ved å passere et aktivt kulturelt miljø, eller med Habermas, livsverdenen opprettholdes gjennom kommunikative handlinger. Fagpersonene på sykehuset er ikke bærere av et tverrfaglig-gen som sikrer geriatrik utredning til de pasientenes om trenger det. Heller ikke et diagnose-gen som sikrer vedlikehold av diagnosekulturen. Kulturer vedlikeholdes i en sosial struktur bestående av mennesker, og i dette tilfelle av fagpersoner. Små samhandlingssystem (utvalg) kan lede oss til å forstå reproduksjon av større systemer, struktur og kultur (Wadel 1991; Fangen 2004; Wadel 2006). Videre begrunnelse for feltarbeid, er at et prinsipielt særtrekk ved dette er vektlegging av teoretisk perspektiv som er relasjonelt og prosessuelt på samme måte som i rehabiliteringstenkning. Sist men ikke minst fordi en grunnleggende kunnskapsteori i kvalitativ orientert forskning er at ansikt – til – ansikt – samhandling er den mest uinnskrenkede måte for innsikt i menneskelig samhandling.

I følge Jacobsen (2005) er det store problemet i deltagende observasjon at undersøkeren selv påvirker resultatet sterkt og påliteligheten synker. I dette arbeidet er forsker – eller undersøkelseseffekten (Wadel 1991; Fangen 2004; Jacobsen 2005) ønsket, og ikke forsøkt eliminert. Påvirkningsarbeid er heller å betrakte som del av metodisk tilnærming for eksempel ved at min tilstedeværelse i seg selv kunne være en påminnelse om tverrfaglig samarbeid. Hovedregel er i følge Fangen (2005) å reflektere over hvilken innvirkning ens egen tilstedeværelse har, man skal ikke nødvendigvis søke å unngå at man har en innvirkning. I kvalitative undersøkelser er forsker i seg selv et forskningsinstrument (Fangen 2004). Wadel (2006) understreker bevissthet eget rollerepertoar og å se på seg selv som informant. Min rolle i tillegg til fagperson, ergoterapeut og kollega kan i dette arbeidet sies å være en intervenserende rolle i betydning å initiere, være delaktig og å være en av mange ”ender”²⁶ eller endepunkter, i mange relasjoner jf. Kapittel 3.3.7 (Fangen 2004; Wadel 2006). I dette arbeidet vektlegges ikke hva som skjer når forsker, eller jeget, ikke er tilstede som i

²⁶ Wadel (2006) viser til Bateson & Bateson når han påpeker at når forskningen mener å sette relasjoner i fokus, er det de involverte individene (relasjonens ”ender”) heller enn selve relasjonen som fokuseres (Wadel 2006).

andre forskningsdesign (Jacobsen 2005). Med kunnskap som en akse/dimensjon, og dette i et relasjonelt perspektiv med tverrfaglig samhandling i fokus, må jeget nødvendigvis være tilstede når hensikten er å fortolke og analysere kunnskapsetablering.

Når det gjelder tidsaspektet, påpeker Jacobsen (2005) at påliteligheten øker med tiden forskeren deltar i feltet. Han beskriver *nok tid* i feltet som når forskeren ikke lenger absorberer noe nytt (Fangen 2004; Jacobsen 2005). Dette også som et apropos til forskerens begrensning i å favne og initiere. Album (1996) som observerte i en sykehusavdeling 2 timer x 20 gar. over 14 dager, påpeker *datas tilstrekkelighet* er når forskeren har deltatt så mye at hun forstår nok. Han sier også at rollen må være tilpasset personlige egenskaper og føles naturlig. Videre at det gjelder å innta en deltagende objektivisering av seg selv, en sympatisk innstilling samtidig med en kritisk distanse (Album 1996).

Ved å støtte seg til aksjonsforskning som form og struktur i feltarbeid, kan avdelingen på eget grunnlag komme fram til hvordan rehabiliteringstenkning integreres akkurat i sin avdeling. Skjematisk kan arbeidet framstilles slik:

FELTARBEID 2007 – 2009

| År/Måned/ Uke | Aktivitet | | | | | |
|------------------|-----------|--|---|------------------------|---------------------------------|--|
| 2007 | 36 | FASE 1. Se Boks 4. Vedlegg I. Muntlig og skriftlig henvendelse til aktuelle samarbeidspartnere om prosjekt "Hva kan vi gjøre for at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter?" (Nyborg 2008). | | | | |
| | 41 | Gjennomføring av prosjekt | | | | |
| 2008 | 17 | Referansegruppe ²⁷ x4 | | | | |
| | 34 | Releaseparty på Prosjektrapport (Nyborg 2008) med innbudte gjester fra sykehuset og Høgskolen i Gjøvik. Referansegruppe | | | | |
| | 51 | FASE 2. Referansegruppe x2. Muntlig og skriftlig henvendelse til aktuelle samarbeidspartnere om aksjonsforskning omkring eldre sykehuspasienter og integrering av rehabiliteringstenkning. Vedlegg II. | | | | |
| 2009 | | Deltagende observasjon | Feltsamtaler Korte intervjuer etter avtale, og uformelle samtaler | Fokus - grupper | Kollegabasert veiledning | |
| J A N | 1 | | | | | |
| | 2 | | | | | |
| | 3 | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | 5 | | | | | |
| F B R | 6 | | | | ↔ | |
| | 7 | | | X | X | |
| | 8 | | | X | X | |
| M A R S | 9 | | | X | X | |
| | 10 | | | X | X | |
| | 11 | Ny skriftlig henvendelse. Vedlegg III | | X | X | |
| | 12 | | | X | X | |
| | 13 | | X | X | X | |
| A P R | 14 | X | X | X | X | |
| | 15 | Påske | | | | |
| | 16 | XX | XX | X | X | |
| | 17 | X 14 | X | | X | |
| | 18 | x 6 | X | | X | |
| M A I | 19 | | | | X | |
| | 20 | | | X | ↔ | |
| | 21 | | | | | |
| | 22 | | | | | |

Boks 3 Gjennomføring av feltarbeid 2007 - 2009

²⁷ Referansegruppe bestod i begge fasene av sentrale fagpersoner på tvers av divisjoner, avdelinger og seksjoner i sykehuset. Referansegruppe har tradisjonelt i oppgave å gi faglig råd, og det kan være aktuelt å ha en gruppe personer som et "kontaktapparat" der mange ulike interessenter blir berørt (Westhagen & Faafeng 2002). Det ble ansett avgjørende for alle sider ved dette arbeidet at sentrale fagpersoner var involvert i tilstrekkelig grad. Referansegruppa besluttet at prosjektrapportering i Fase 1 skulle være åpen; tid - og stedfestet på medisinske avdelinger SI Gjøvik. I Fase 2 fikk deltagerne forholde seg til dette gjennom samtykkeerklæring (Vedlegg IV).

På bakgrunn av samarbeid og samtaler med fagpersoner i avdelingen ble problemstilling i prosjektets Fase 1: Hva kan vi gjøre for at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter? Målsetting er at fagpersoner videreutvikler et funksjonelt språk i tverrfaglig samarbeid, tar i bruk og videreutvikler eksisterende materiale, og utvikler nye systemer og rutiner for å bedre sikre at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til aktuelle eldre pasienter. Med dette som utgangspunkt ble følgende fokusområder valgt:

PLANLAGTE FOKUSOMRÅDER I GRUPPESAMTALER I FASE 1

| 2007 | Planlagte tema | |
|----------|---|---------------------------------|
| Møte 1 | Gruppe 1 og 2: Introduksjon. Presentasjon. Gruppe 1: Start på tema: Hva er det vi har av eksisterende materiale? | |
| Møte 2 | Hva er det vi har av eksisterende materiale og systemer? Hvordan er det funksjonelle tverrfaglige språket? | |
| Møte 3 | Om Tverrfaglig rapport-mal. Hva legger vi i de ulike punktene? | |
| Møte 4 | Hva gjør vi i det daglige for å oppdage aktuelle pasienter? Hva ser vi etter? | |
| Møte 5 | Hva skal vi videreutvikle? Hva skal vi trene på? | |
| Møte 6 | Hva gjør vi i det daglige for å forbedre systemer og rutiner? Hvordan fungerer det funksjonelle tverrfaglige språket? | |
| Jul 2007 | | |
| 2008 | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
| | | Som Møte 2 |
| Møte 7 | Evaluering | |
| | | Som Møte 3 |
| Møte 8 | Selvstendig arbeid | |
| | | Som Møte 4 |
| | | Som Møte 5 |
| Møte 9 | ” | |
| | | Som Møte 6 |
| Møte 10 | ” | |
| | | Evaluering |
| | | Mulighet for selvstendig arbeid |

Boks 4 Oversikt over fokusområder Fase 1

I Fase 2 hvor problemstilling var videreutviklet til å omhandle integrering av rehabiliteringstenkning, foregikk arbeidet i parallelle forløp (fokusgruppe og kollegabasert veiledning) i tillegg til feltsamtaler, korte intervjuer og deltagende observasjon i sentrale situasjoner.

3.3.1 Utvalg

I Fase 2 ble 38 fagpersoner (hvorav fem leger), og 1 brukerrespondent rekruttert etter informert samtykke (Vedlegg IV). På denne måten var hele avdelingen på pleiesiden involvert. Deltagende observasjoner i sykepleierapporteringer er utført uten at enkelte av de tilstedeværende fikk skriftlig informasjon om studien. Disse observasjonene inngår derfor ikke i datamaterialet. Til sammen i begge fasene skrev ca 44 fagpersoner under på samtykkeerklæring.

Deltagere til gruppesamtalene – hjelpepleiere, sykepleiere, geriatriske sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter – ble rekruttert fra og av indremedisinsk avdeling og Avdeling for Ergoterapi og Fysioterapi. I første fase deltok fagpersoner fra to medisinske avdelinger. Andre fase er konsentrert på avdeling med stasjonære geriatriske utredingssenger. Avdelingen rekrutterte ”doble sett” av hjelpepleiere, sykepleiere og geriatrisk sykepleiere for sikre deltagere til fokusgruppa uavhengig av turnus. På denne måten ble alle deltagernes²⁸ perspektiver ivaretatt ved utarbeidelse av de konkrete verktøyene.

Fokusgruppemøtene var lokalisert i avstand fra avdelingene med tanke på forstyrrelser. Kriterier for utvelgelse av pleiere, var ”fast ansatte sykepleiere og hjelpepleiere med større stillingsbrøker”. Dette var et strategisk valg i forhold til prosjektets intensjon om at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter. Utvalg av situasjoner til deltagende observasjon, er strategiske og sentrale opp i mot problemstilling av flere grunner. Previsitt (jf. Kapittel 1.3.2) kan sies å være en nøkkelsituasjon i så henseende. Samspillende utvalg i kvalitativt orientert forskning er ikke representative i statistisk forstand, men strategisk i forhold til problemstillingen (Wadel 1991; Fangen 2004; Thagaard 2009). Utvalg av situasjoner tatt med i datamaterialet, som før presisert, er min deltagelse i åtte previsitter i til sammen ca 5 timer (jf. Kapittel 1.3.3).

²⁸ Leger ble i begge fasene forespurrt. I Fase 2 deltok noen visittgående leger i deltagende observasjoner og i feltsamtaler/korte intervjuer.

3.3.2 Flerstegs fokusgrupper

Fokusgruppeintervju er ”en måte å samle og skape data som er basert på dialog knyttet til et fokusert område bestemt på forhånd” (Hummelvoll 2007, s. 141). Det er en form for bevisstgjørende gruppearbeid hvor mennesker går sammen i samtale og handling der fokus kan være lokalt definerte prioriteringer og perspektiver (Hummelvoll 2003). I foreliggende arbeid er metodisk tilnærming en moderert og tilrettelagt utgave av flerstegs fokusgruppe. Møtenes varighet er på 1 time ut i fra en vurdering om hva som er realistisk i på sykehus jf. Kapittel 1.3.3. Moderatorollen er tilpasset ved at forsker er samtaleleder uten en observerende medsitter som gir respons på gruppeprosessen. Prosessen fra tale til tekst ble i Fase 1 ivaretatt ved at to prosjektdeltagere skiftet på å skrive referat (Westhagen & Faafeng 2002). I Fase 2 er en kollega fast referent og har kun det som oppgave, både i arbeidsgruppa og på kollegabasert veiledning. Referat-mal (Vedlegg VI) er satt opp slik at referenten kan tematisere innhold relatert til en tidsakse. Referat ble sendt ut til deltagerne, og møtene startet med kommentarer til forrige referat. Tema ble slik med i bearbeidet versjon inn videre arbeid (Hummelvoll 2007). Møter kunne starte med at prosjektleder stilte spørsmål som ”stemmer det at..”, ”er referatet dekkende for det som skjedde sist”, ”kan dette beskrives slik”, ”er det slik å forstå at” Dette for å følge fokusgruppemetode når det gjelder bredde, variasjon og nyanser i belysning av tema (Hummelvoll 2007), men også for å følge Kvale (1997) når det gjelder intervjuets muligheter til fortetting og fortolking (Kvale 1997).

3.3.3 Kollegabasert veiledning

Medisinske avdelinger på SI Gjøvik har tradisjon for kollegabasert veiledning. Gjennom et aksjonsforskningsprosjekt i 2001 - 2003 ble dette en fast ordning lagt inn i turnus (Lian, R. 2003). Onsdagsveiledningen (som også er spisepause) er tidfestet til kl 11.30 – 12.00. Etter Fase 1 fra uke 16 i april 2008, ble onsdagsveiledningen øremerket geriatri (Vedlegg VI). Deltagere er sykepleiere og hjelpepleiere samt fysioterapeut og ergoterapeut. Studenter er ikke inkludert i denne ordningen, og leger deltar ikke.

Gjennom Fase 2 deltok til sammen 30 sykepleiere og hjelpepleiere i ti veiledninger. Antall ganger deltagelse følger turnus og for hver enkelt pleier varierer det fra én gang til fem gangers tilstedeværelse. Lokalitet skal være inne på avdelingen slik at klokkene kunne høres. Deltagerne organiserte klokkevakt, og de organiserte også arbeidet med å få lest opp og få skrevet under samtykke – erklæringene uten at dette tok av tiden til veiledning. Jeg satt i korridor ved kjøkkenet noen morgener i forbindelse med frokostservering.

I følge Lian (2003) er veiledning en mellommenneskelig arbeidsmetode og beskrives som refleksiv praksis. Veiledning er prosessorientert og tar utgangspunkt i et kontekstuel grunnsyn i betydning av at deltageres subjektive forutsetninger spiller sammen med kontekst når det gjelder gjennomføring og innhold. Lian (2003) referer til Schön i forhold til å bygge opp en kunnskapsteori om praktisk profesjonell handling Kapittel 2.1. Kunnskapsbygging gjennom veiledning kan være en bro mellom teori og teknisk instrumentell kunnskap på den ene siden, og praksiskunnskap på den andre siden (Schön 1991; Lian, R. 2003; Lundstøl, J. 2004a).

I forhold til Benners (Nerheim 1996) fem nivåer for kunnskapslæring i sykepleie, så kan det være at både novisen, den kompetente personen, den kyndige personen og eksperten er til stede i kollegabasert veiledning. Muligheten for å utvikle fagpersoners repertoar av intuitiv situasjonsforståelse og handling er til stede. Ikke minst er muligheten til stede over tid for å opprettholde en rehabiliteringskultur i avdelingen. Videre å tematisere, legge ord på og begrepsfeste gyldiggjøring av kunnskap slik dette praktiseres.

3.3.4 Deltagende observasjon

Enheten for observasjon og analyse er i denne sammenhengen *samhandlingen* som feltarbeideren inngår i. Relasjonelle ferdigheter er ferdigheter som feltarbeideren skaper og forvalter sammen med sine informanter. Fokus er *samspillet*, og ikke det

enkelte individ. Å fokusere på relasjonen er å rette oppmerksomhet på det som binder sammen. Komplementær – roller er et begrep som belyser det prosessuelle aspektet ved dette; roller tas/blir gitt i samhandlingen. Dette har også betydning for når metningspunktet for ”tilstrekkelig med data” er nådd. Wadel (1991) beskriver kvalitativt forskning som et bevegelig fenomen der problemstilling, metode og data endrer seg med tiden jf. Figur 2. Hans beskrivelse av dette er en runddans mellom teori, metode og data (Wadel 1991; Wadel 2006).

Observasjonsguide (Vedlegg VII) bør i følge Olsson & Sørensen (2003) være dekkende for forskningsspørsmålet, utvetydige hva kategorier angår, lette å registre i, og mellom ti og tjue kategorier (Olsson & Sørensen 2003). Fangen (2004) har erfart at en åpen tilnærming kombinert med å ha avgrenset fokus med noen generelle spørsmål er et sted å starte. Feltnotater er fortolkende og begynnende analyse og det som skjer må beskrives grundig, men allikevel ikke i lange referater (Fangen 2004). Det er viktig å ha gode rutiner for nedskrivning, men Fangen (ibid) mener det sjeldent er en fordel å sitte med observasjonsskjema som skal fylles ut. I dette tilfellet er avdelingen fortrolig med at ergoterapeuten noterer på sin skriveplate så også i rollen som deltagende observatør. I følge Album (1996) må deltagerrollen må være tilpasset forskerens egenskaper og føles naturlig (Album 1996).

3.3.5 Feltsamtaler

I dette arbeidet består feltsamtalene av uformelle samtaler etter innskyttelse ut fra problemstillinger (Wadel 1991) på arbeidsgruppa eller i kollegabasert veiledning. Det ble ellers utført korte intervjuer etter avtale med fire sykepleiere med ulik erfaring og alder, og med noen visittgående leger (Vedlegg VIII).

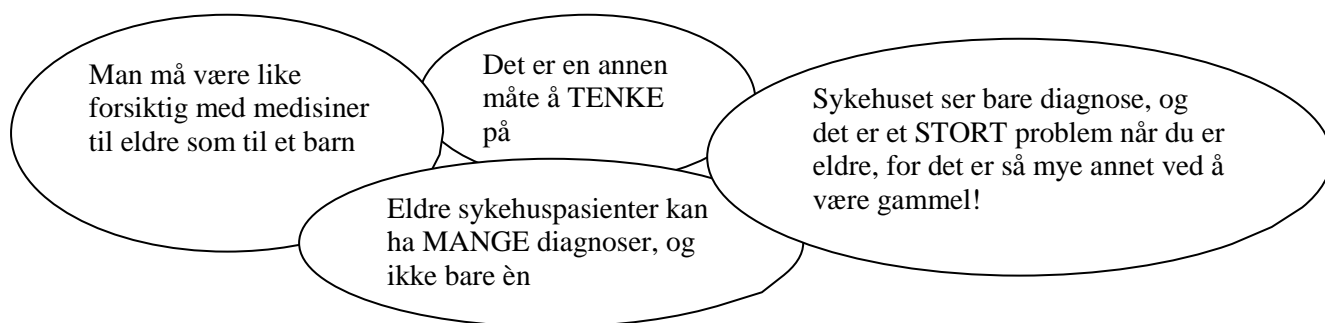
3.3.6 Brukerdeltagelse

Begrepet ”bruker” kan ses på som en del av det kulturelle og symbolske grunnlaget for New Public Management. I følge Ramstad & Skorstad (2004) er

brukerperspektivet et uttrykk for et scenskifte og en rolleendring når det gjelder offentlig sektor og borgere. Dette avkrever andre organisatoriske mekanismer. Scenen er lagt til ”supermarkedet” og borgerne kjøper tjenester. Den aktive brukeren som foretar rasjonelle valg framstår som premiss og ideal for aktuelle moderniseringsstrategier (Ramsdal & Skorstad 2004).

I dette arbeidet er det ingen *direkte* deltagelse fra eldre sykehuspasienter. Når det allikevel er en respondent fra den eldre generasjonen, er det for at én røst skal høres. Hun er rekruttert gjennom Brukerrådet som skal være en pådriver for å sikre at brukerinteressene ivaretas på en god måte (Sykehuset Innlandet 2009a). Hun hadde ikke noe ønske om å være anonym i presentasjonen av dette arbeidet: ”For hvis det er flere som kan bruke oss eldre som konsulenter er det bare fint. For min del er det bra at folk får vite at vi eldre har en rolle i rehabiliteringstilbudene”. Respondenten er allikevel anonymisert ut fra en prinsipiell holdning om konfidensialitet, men hun kan kontaktes gjennom meg.

Respondenten ble invitert til å delta i forbindelse med kollegabasert veiledning. Hun kommenterte følgende tema:



Boks 5 Tema kommentert av brukerrespondent

3.3.7 Forskning i egne erfaringer

I følge Wadel (2006) er det en utbredt misoppfatning at data om samspill er noe som ”er” ute i felten, og som kan samles opp ved å gå ut og observere. Datainnsamling er kreative handlinger, og data er produkt av abstraherende virksomhet fra forskerens side. Derfor er det også nyttig å undersøke egne erfaringer og redegjøre for dem (Wadel 2006).

Fra taus til eksplisitt kunnskap

Å forske i egne erfaringer handler om å gjøre egne og andres tause hverdagslige erfaringer klar og tydelige. En grunnleggende måte å bevege seg fra den ene sorten kunnskap til den andre, er å sette ord på og begrepsfeste kunnskapen (Wadel 2006).

Fra praktisk til teoretisk kunnskap

Vanlig folk er praktikere mens vitenskapsfolk er teoretikere. Dette synes i følge Wadel (2006) å være en allmenn oppfatning. Han påpeker at ”taust” i denne påstanden ligger det en oppfatning av at dagligdagse erfaringer ikke er basert på teori. ”Forskning i egne erfaringer handler ofte om å teoretisere over egne praksiserfaringer – å bevege seg fra praktisk til teoretisk kunnskap” (Wadel 2006, s. 15).

Fra individuell til relasjonell kunnskap

Forskning i egne erfaringer handler ofte om å utdype sin individuelle kunnskap. Dette kan gjøres ved å sette *relasjonen* i fokus: At enhet for analyse er samspillet, der forsker er et av endepunktene (se Fotnote 23) i relasjonen, kan gi kunnskap til å utvikle begreper om relasjonelle forhold. For eksempel hvilke *samhandling*er kan fagpersoner inngå i for å integrere rehabiliteringstenkning. Wadel (2006) bemerker at mange relasjonelle begreper har ”sam – ” som prefiks som i samhandling og samarbeid, eller ”samdanstak” som vi kommer til i analysemetode. Som affiks i relasjonelle begreper forekommer ” – forhold” ofte som i for eksempel *tillitsforhold* (Wadel 2006).

3.4 Analysemetode

“Familiar things happen and people don’t bother about them. It takes an unusual mind to discover the obvious” (Whitehead i Wadel 1991, s. 19).

I følge Fangen (2004) er det som tas for gitt det nivået av erfaringen som presenterer seg som noe som ikke trenger nærmere analyse. Videre beskriver hun skillet mellom gjennomføring og analyse som et er mer praktisk spørsmål om formidling enn at dette skillet foreligger i praksis. Analyse er en pågående prosess fra først til sist, og omfatter alle nivåer av fortolkning og bearbeiding av materialet (Wadel 1991; Fangen 2004). Kompleksiteten forsøkes redusert samtidig som den kvalitative analysen skal gi nye innsikt og *tilføye noe til det som var der fra før*. Analysen forholder seg til, og beveger seg mellom deler og helhet over tid. Denne vekslingen beskrives ofte som den hermeneutiske metode. Stadig tilbakevendende ”stasjoner” eller momenter kan anskueliggjøres som i Figur 2 (Wadel 1991; Jacobsen 2005). Wadel (1991) beskriver det samme som en *runddans* mellom teori, metode og data. I norsk gammeldans er

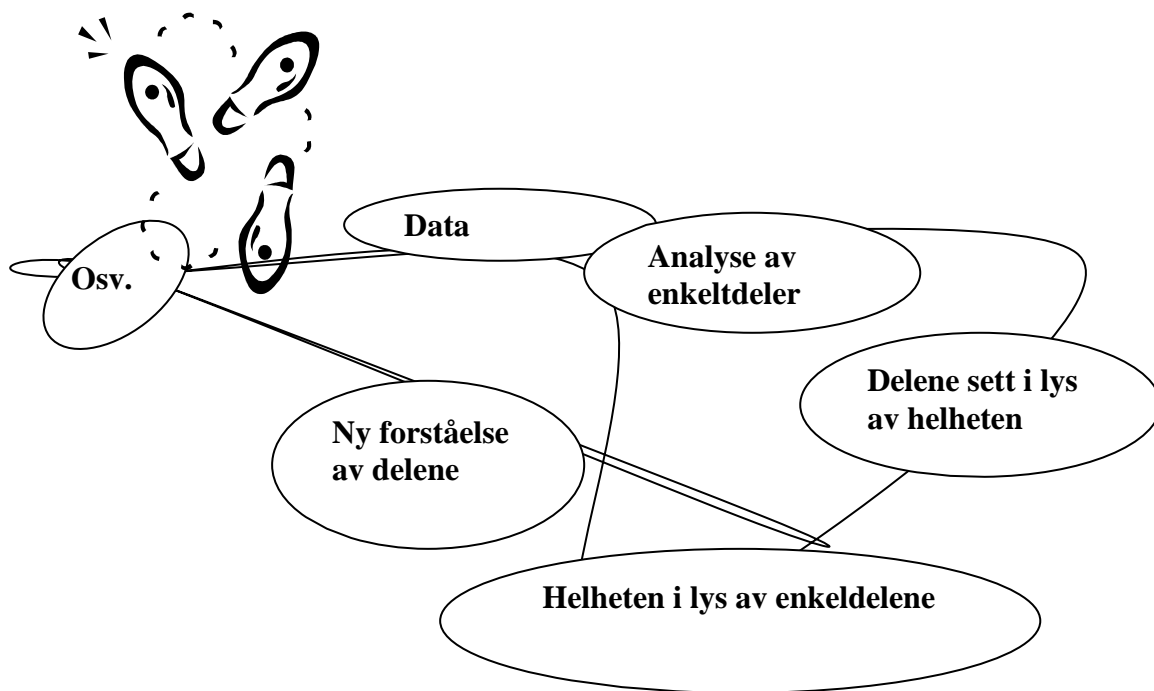
Alle runddansane er pardansar, men para dansar ikkje fritt på golvet. Dei følgjer etter kvarandre i ring mot sola rundt salen. Etter gammalt var det ei skam å bryta ringen og koma midt inn på golvet. Det var gjerne slike som ikkje kunne dansa, som hamna der, eller slike som var blitt ustøe på beina av andre grunnar.

runddans uttrykk for pardans i tett samdanstak, og det viktigste er at paret snur eller svinger rundt *sammen* (Bakka et al. 1986).

Runddans har sitt faste skjema for snuing, steg og dansetrinn, og

(Bakka et al. 1986, s. 16) forholder seg til rom og tid og de andre dansende. Allikevel er ikke dansen repliserbar i kvantitativ betydning, men en vals er allikevel en vals. Selv om den *utøves* forskjellig er vals uttrykk for det samme grunnskjemaet reflektert i de utførendes improvisasjon i kontekst. Konteksten er de andre dansende, de som betrakter det hele, det fysiske rommet og det sosiale ”rommet”. Så også i hermeneutisk metode og analyse: Forskernes utøvelse eller analyse er forskjellig på tross av et fast grunnskjema. Framkommet kunnskap om den beskrevne virkelighet blir ikke mindre gyldig av den grunn. Dette som en erkjennelse av at ingen kan påberope seg metodisk/analytisk kunnen om å beskrive den endelige

sanne og absolutte kunnskap om virkeligheten. Eller at metodikk alene og uten fortolkning og kommunikasjon kan gi mening.



Fritt etter (Jacobsen 2005, s. 186) og (Wadel 1991)

Figur 2 Omdreiningsmomenter i metodisk tilnærming

Samme dynamikk som i denne runddans – logikken gjenspeiles også i dette arbeidets underliggende tenkning om helse. Helse forstås sirkulært eller systemisk der kontekst, og diagnose, inkluderes som et medspillende moment. Verdens helseorganisasjon sin modell ”Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse” (ICF) tar utgangspunkt i funksjon. Akser og dimensjoner er kroppsstrukturer, kroppsfunksjoner, aktivitet og deltagelse, og miljøfaktorer. ICF – modellen beskriver vekselvirkninger mellom helsetilstander, helsefaktorer og helsrelaterte faktorer

(Helsedirektoratet 2009). Dette for å poengtere at underliggende tenkning heller ikke i en analyseprosess er nøytral, men har innebygget i seg en stillingtagen til sentrale spørsmål for eksempel om hva helse handler om.

Mens forsker og praksisfelt i samdanstak forsetter videre i analyseprosessen, så beskriver Wadel (1991) teoretisering som en prosess hvor antakelser ordner en større mengde data. Teori kan defineres som utsagn som ordner en mengde praksis eller som ordner en mengde data. ”Det teorier gjør, er å ”plassere” hendelser som tilfeller av mer generell orden” (Wadel 1991, s. 14). I følge Jacobsen (2005) handler kvalitativ analyse videre om å beskrive, systematisere og kategorisere, og sammenbinde. Kategoriene skal være fundert i datamaterialet. Fortolkning og analyse skal *tilføye* noe, og det er *ikke tilfeldig* hvilke ord og begreper som festes på kategorier (eller virkeligheten). Ords flertydighet kan nyansere fenomener og beskrivelser av praksisfeltets mange og ulike kunnskaper (Wadel 1991; Jacobsen 2005).

Når det gjelder intervjuer så beskriver Kvale (1997) seks mulige trinn i analysen. Han sier samtidig at det ikke finnes en generell ”hemmelig nøkkel til intervjutolkning” (Kvale 1997, s. 121). Analysemetode i dette arbeidet er en tolkende søken etter meningskategorier i dialoger og samhandling som fant sted i praksisfeltet. Kvale (1997) eksemplifiserer bruk av meningskategorisering ved å dimensjonalisere ulike perspektiver ved et fenomen (Kvale 1997). Den eldre sykehuspasienten med sammensatte helseproblemer er gjenstand for tematisering uttrykt gjennom følgende målsettinger, lineært uttrykt selv om de er sirkulære og har en samtidighet i seg:

- å videreutvikle funksjonelt språk og verktøy i det tverrfaglige samarbeidet
- at fagpersoner identifiserer aktuelle geriatrike pasienter som trenger tverrfaglig utredning
- å integrere rehabiliteringstenking i tilnærming den geriatrike pasienten

Dialog og samhandling ble konsentrert om dette. Innholdet i referats form ble analysert og tolket for å finne dimensjoner ved de ulike faggruppers tilnærming til

tverrfaglig utredning og rehabiliteringstenkning omkring den eldre sykehuspasienten. Samtalene ble i gruppene og kollegabasert veiledning ledet slik at deltagerne etter å ha reflektert over tema både i og etter møtene, kunne få presisert og utdypet sine meninger. Kvale (1997) benevner dette som intervju fortetning og fortolkning (Kvale 1997). Samtalenes *innhold* ble så videre sortert på en slik måte at det gir mening ved at utsagn blir plassert i grupper. Gjennom denne sortering – og fortolkningsprosessen framstår følgende kjerneområder, nøkkelord eller bærende søyler i samtalene og aksjonsforskningen: Funksjonelt språk – Utvikler – Verktøy – Tverrfaglig utredning. Dette kan videre analyseres og oppstilles slik:

| | | |
|------------------------------|-----------------|----------------|
| FUNKSJONELT SPRÅK | UTVIKLER | VERKTØY |
| TVERRFAGLIG UTREDNING | | |

Som eksempel på videre tolkning og analyse så kan sammenstillingen av kategoriene uttrykkes på mange måter: *Funksjonelt språk utvikler verktøy i tverrfaglig utredning.* Eller slik: *Tverrfaglig utredning handler om å kommunisere om, og utvikle felles verktøy.* Eller slik: *Verktøy står ikke alene som enkelttiltak, men i et kommunikativt og kontekstuellet forhold mellom involverte fagpersoner.* Eller: *Tverrfaglig utredning handler om å lære sammenhenger sammen.*

Disse temaene eller kategoriene representerer essensen i datamaterialet relatert til forskningsspørsmålene. Ved lesning av referatene utkrystallierer det seg komprimerte meninger som formidler faggruppens perspektiver, kunnskap og erfaringer. Videre hvilke handlinger de mener er nødvendig for å identifisere den eldre pasienten, og hvilken samhandling faggruppene kan gjøre for å integrere rehabiliteringstenkning.

3.5 Pålitelighet og gyldighet

I hverdagen på sykehuset kan det ofte være slik at pasienten Astrid²⁹, ikke synes hun vil det samme som pårørende og fagpersonene ønsker hun skal: Å være på sykehjemmet en tid før hun reiser hjem til seg selv. Det springende punkt er hvorvidt Astrid kan administrere hverdagen selv. Hun har vonde bein, soverom i andre etasje og hun er glemsk. Det har tidligere vært branntilløp under matlaging. Telefonen ringte og Astrid stabbet seg bort til telefonen uten å skru ned for kokeplaten. ”Det er så trølsamt at de legger de på røret så fort!”, er Astrids perspektiv. Pårørende og kommune trenger tid på seg for å tilrettelegge hjemmet hennes bedre, og sykehuset foreslår kortidsopphold på sykehjemmet. Pasienten selv er i tvil om hva som er best. Dette viser ved at Astrid uttrykker forskjellige meninger og versjoner av sin hverdag til de ulike fagpersonene. Alle de innbyrdes ulike versjonene står i kontrast til komparentopplysningene som også er noe divergerende. Noe som forvirrer fagpersonene – for hva er ”sann” kunnskap om situasjonen? Pasienten mener ellers at naboen kan hjelpe henne slik hun selv har hjulpet andre. Astrid husker bare ikke naboens telefonnummer og ber sykepleier lete det opp. Deltagere i diskusjonen er pasient, sykepleier, pårørende, visittgående lege, fysioterapeut og ergoterapeut. De involverte er ikke samlet sammen på noe tidspunkt, men alle kommuniserer på et tidspunkt med sykepleier. Temaet drøftes i ulike settinger: Under påkledning på badet, i previsitt, ved frokost, i legevisitt, før lunsj, på kjøkkenet. Gjennom kritisk fornuft og kommunikativ validering kommer forsamlingen fram til at sann og gyldig kunnskap om denne situasjonen, er at pasienten reiser hjem med konkrete avtaler om bistand i daglige gjøremål fra pårørende, nabo og hjemmetjeneste.

Kommunikativ validitet handler om å overprøve gyldigheten av tolkninger og observasjoner gjennom dialog med andre. Gyldig kunnskap oppstår når motstridene påstander blir diskutert i en dialog. Det valide bestemmes gjennom deltagernes argumenter i samtalen (Kvale 1997; Fangen 2004). Kommunikativ fornuft gir alternativer til naturvitenskapens kriterier for hva som er vitenskapelig veg til sann og gyldig kunnskap. Kommunikativ rasjonalitet kan beskrives ved at aktørene gjennom

²⁹ Fiktivt navn

kommunikasjon kommer så nær som mulig til en felles forståelse, en objektiv sannhet gjennom intersubjektivitet (Skjervheim 1996; Ekeland 1999; Aadland 2004).

Habermas – paradigmet omhandler på denne måten ikke bare den kommunikative handlingen, ”men også en dertil knyttet diskurs: En kommunikativ språkbruk med argumentativ etterprøving av såkalte ”gyldighetskrav” (for eksempel sannhetskrav) innebygd i den kommunikative handlingen” (Nerheim 1996, s. 447). Astrid reiser hjem.

Legitime parter eller kompetente samtalepartnere i diskusjonen om sann kunnskap i forhold til Astrids situasjon, er pasient, pårørende, kommune og fagpersoner. Og nå leseren som kan bedømme selv. Det er allikevel ikke slik at kommunikativ validitet gjennom intersubjektivitet handler om at dess flere som er enige om en sak, dess sannere og riktigere blir kunnskapen om samme sak. Dette som kanskje hovedinnvending mot troen på en objektiv sannhet gjennom dialog. I følge Habermas er språket ”åstedet” for deltagerens kritiske drøfting av kriterier for hva som er godt og sant. Dette betinger imidlertid at de involverte parter er med i kommunikasjonen.. ”Språket er laget slik at det tar mål av seg til å formidle ekte sannheter” (Fangen 2004; Aadland 2004, s. 219).

På samme måte som pasient Astrid i eksemplet ovenfor, skjer validering av framkommet kunnskap i dette arbeidet gjennom argumentasjon, dialog og drøfting av sakens mange sider med involverte parter. De legitime partene i diskusjonen omkring foreliggende arbeid og om framkommet kunnskap gir evidente innsikter og gyldige resultater, er deltagerne i feltarbeidet, fagfeller og fagpersoner i praksisfeltet, veileder, medstudenter og leseren. I gjennomføring og presentasjon av arbeidet er mitt ståsted gjort rede for, og formidlingen er forsøkt gjort gjennomsiktig slik at partene selv kan gjøre opp sin mening om hvorvidt fortolkning av beskevrne virkelighet kan betraktes som gyldig.

For å problematisere noe mer: Intersubjektivitet eller intern gyldighet er et begrep som i kvalitativ forskning kanskje best beskriver validitetsforhold. Ekstern validitet omtales gjerne som å omhandle overførbarhet, og ikke begrepet generaliserbarhet

som i en kvantitativ validitetsdiskusjon (Kvale 1997; Fangen 2004; Fog 2004; Thagaard 2009). I følge Fog (2004) gir det noen ganger ikke mening å skille mellom pålitelighets – og gyldighetsbegrepet i kvalitative tilnærminger. Kvale (1997) benevner reliabilitet, validitet og generaliserbarhet som en ”positivistisk treenighet” (Kvale 1997). Begrepene reliabilitet og validitet er i norsk språk tekniske termer som ”tilhører” kvantitativ forskningstradisjon. Reliabilitet går på målbarhet, og at aktuelle måleinstrument er stabilt i forhold til å få samme resultat ved gjentatt måling. Altså repliserbarhet og forskningskonsistens. Validitet går på om måleinstrumentet måler det vi hevder det skal måle (Olsson & Sörensen 2003; Fog 2004). I en kvalitativ tilnærming som i dette arbeid, kan dette være tilnærmet meningsløse betingelser. Arbeidet består av *ikke* reversible prosesser med tid og kontekst som akser, og med utallige variabler. Forsker og praksisfelt aksjonerer og skaper noe sammen i kontekst. Om en annen forsker gjentar samme metode i samme avdeling eller på en annen avdeling, vil resultatet garantert være annerledes. Konstellasjonene vil være annerledes på alle måter. Allikevel ser en vals ut som en vals (se Figur 2). De momentene som tilhører hermeneutisk tilnærming er stasjoner som forskeren må oppholde seg på over noe tid. Dette dersom arbeidet skal være pålitelig og gyldig etter kvalitative kriterier. Altså integrering av rehabiliteringstenkning kan skje på mange ulike måter, men selve de skjematiske grunntrinnene er ens for å få det til. Kriteriene er etterrettelige i hermeneutisk tilnærming så som i andre forskningstradisjoner, men resultater er ikke nødvendigvis generaliserbare. Arbeidet kan allikevel være overførbart ved at andre griper ideen og gjennomfører endringsprosesser etter helsefremmende prinsipper. Kvalitative og kvantitative undersøkelser ligner på hverandre i henhold til krav til systematikk, argumentasjon, etterprøvbarhet og troverdighet. Måten dette realiseres på er imidlertid ulike for de respektive tilnærminger, men validering handler like fullt om å kontrollere, å kritisk gjennomgå og å teoretisere (Kvale 1997; Fangen 2004; Fog 2004; Thagaard 2009).

Gyldiggjøring gjennom intersubjektivitet i dette arbeidet er blant annet ivaretatt ved at referatene er sendt ut til alle deltagerne, og noen ganger i tillegg lest opp i starten av møtene. Deltagerne i kollegabasert veiledning besluttet at referatene skulle sendes ut ikke bare til de tilstedeværende den dagen, men til alle som på et eller annet

tidspunkt deltok. Deltagerne er bedt om å kommentere, utdype, bekrefte eller avkrefte. Forsker ble selv observert av kollega. Referansegruppa ble undervegs konferert om arbeidets gang. Arbeidet har pågått i to faser slik at feltet har kunnet forholde seg til det og praktisert over noe tid. Etter Fase 1 ble det trykket opp 50 eksemplarer av prosjektrapport (Nyborg 2008) som ved distribusjon i medisinsk avdeling ble markert med et Releaseparty. Der ble arbeidet i Fase 1 presentert samt gjort rede for videre planer for Fase 2. En tilbakemelding på prosjektrapporten kom på utsagn om at ”sykehuset rent organiseringsmessig har lite tverrfaglig samarbeid og samhandling i sin struktur” (Nyborg 2008, s. 17). Denne påstanden var vedkommende uenig i. Og det var kanskje lite presisert i forhold til hvilken sammenheng, hvilke fagpersoner og pasienter dette eventuelt gjaldt. Første fase ble også presentert i et av de daglige legemøtene i medisinsk avdeling. Arbeidet er forsøkt kommunisert til relevant publikum (Fangen 2004).

3.6 Metodekritikk

I seg selv kan det stilles spørsmål om grunnlaget for metodekritikk og til hvilket formål det gjøres. Ikke bare i formidling av forskning, men også i helsefaglig praksis. Kanskje skulle kunnskapsgrunnlag og tenkningen som ligger til grunn for bruk av metodikk heller være fokus for kritiske merknader (Nerheim 1996; Martinsen 2001). Å kritisere selve metoden er som å hoppe bukk over den menneskelige virksomhet i situasjonen. Eller å kritisere hammeren (eller Heidegger) når du ikke treffer spikeren på hodet, men banker løs på din egen finger. Like interessant kunne det være å se på hvilke fortolkninger eller situasjoner som utløser bruk av metodikk. Allikevel skal metoder ikke på noen måte neglisjeres. I all kunst ligger håndverket under som en premiss (Kvale 1997). Metoder kan være gode retningsgivere, og disse kan stilles under et kritisk blikk når det også er gjort rede for tenkningen bak.

Min faglige tilknytning til medisinsk avdeling kan være problematisk av mange grunner. Det er lett å gå seg ”vill i egen stue”, og bli ”hjemmeblind” (Lorensen 1998,

s. 80). En snubletråd ved feltarbeid i egen kultur, kan være å passe seg for resultater som eventuelt kan kjølne klimaet og samarbeidet. En annen felle å gå i er å bli urettferdig streng bare for å være kritisk nok. På den annen side får forsker i egen kultur fordelen ved relasjoner bygget over tid med gjensidig tillit. En annen fordel er å ha naturlig innpass på arenaer som ikke kan være mer velegnede for undersøkelser omkring eldre sykehuspasienter. Selv om naturlig kontekst kanskje alltid inneholder elementer av forstyrrelser som påvirker arbeidet (Jacobsen 2005). Kvalitative metoder er sterkt kontekstavhengige og som sådan blir grad av refleksjon også et mål på undersøkelsens troverdighet. Åpenhet og gjennomsiktighet i formidlingen av arbeidet er et mål på samme (Fangen 2004; Jacobsen 2005; Thagaard 2009).

Fangen (2004) og Album (1996) skriver om det å like de menneskene en utforsker noe sammen med. Feltarbeidere som er glad for sine medforskere, blir sjelden beskyldt for feilaktige standarder. Det er snarere slik at de som finner feil eller mangler ved sine respondenter eller sier at feltarbeidet ikke var en god opplevelse, risikerer å bli beskyldt for ikke å se "de innfødte" fra deres eget perspektiv (Album 1996; Fangen 2004). Målet må være i følge Fangen (2004) å innta en sympatisk innstilling i selve feltarbeidet, og så aktivere en analytisk kritisk distanse under skrivearbeidet. Fangen (2004) poengterer også at en intervensjonsrolle kan forsvares dersom påvirkningen skjer på områder som ellers ikke ødelegger muligheten for å undersøke feltet slik det framstår på egne premisser (Fangen 2004).

I samtaler kom det ellers fram at enkelte gruppedeltagere hadde vært i tvil om de skulle delta. De visste ikke om de hadde noe å bidra med. Det at de var i tvil kan ses på som en validering av at feltet kunne framstå på egne premisser ved at samtaler og data ikke bare handler om mestring.

Det at leger ikke i større grad er deltagere i masterarbeidet omkring tverrfaglig kommunikasjon og samhandling, kan ses på som en mangel ved hele arbeidet (Jacobsen 2005). De er også en kilde til kunnskap av betydning når det gjelder å videreutvikle funksjonell kommunikasjon og integrere rehabiliteringstenkning.

Etter Fase 1 besvarte 10 av 13 gruppedeltagere et vurderingsskjema (Vedlegg IX). De ble bedt om å vurdere prosjektgjennomføringen ved å beskrive sine forventninger, hva den enkelte har erfart/lært og praktisert, eget bidrag og gi frie kommentarer:

- Blitt tryggere på å si i fra når jeg selv observerer en pasient som bør inn i geriatrisk utredningsseng.
- Er positivt overrasket hvor bra det kan være å arbeide tverrfaglig. Føler at som hjelpleier er du faktisk en viktig del i samspillet. Jeg har blitt mer trygg på å komme med mine synspunkter.
- Bruker et mer funksjonelt språk både innad og ut av sykehuset og i rapporter, slik at alle forstår dvs. unngå medisinsk terminologi.
- Fått et bredspektret syn på den geriatriske pasient inkl. pårørende, hjemmesituasjon, plan videre, funksjonsnivå.
- Jeg har lært mye om hva ergoterapeuter og fysioterapeuter gjør i jobben sin, og at de kan bidra med mer enn kun mobilisering.
- Føler at vi er mer på lag! Føler at jeg har lært om hvordan jeg skal se etter den tverrfaglige pasienten. Har satt opp Dagsplan for en pasient.
- Å samarbeid tverrfaglig, å tenke mer hjemreise/funksjon, å være mer tydelig.

Fra frie kommentarer:

- Dette har ført til at det lettere har blitt å få utført tverrfaglig samarbeid.
- Har lært meg å tenke litt annerledes om hvordan pasienten skal ha det/har det når han kommer hjem.
- Mitt håp er at vi kan fortsette på avdelingen slik at vi best mulig kan hjelpe hverandre tverrfaglig og gi best mulig oppfølging av pasientene. Jeg synes vi har kommet godt i gang, og at vi er på vei til å nå noen av målene.
- Veldig nyttig å snakke med andre fagpersoner slik at vi forstår hvordan hver enkelt jobber.
- Takk for at jeg fikk være med i gruppen! Føler at jeg gjør en bedre og mer funksjonell jobb etter disse møtene.
- Har fått mer "glød" for jobben og det vi gjør med geriatriske pasienter!
- Fint at prosjektet fører fram til økt kapasitet for flere.

- Takk for tilliten! Syntes det ble mer interessant med geriatriske pasienter!

Et annet spørsmål i metodekritikk er hvorvidt kvalitativ tilnærming i det hele tatt er hensiktsmessig i en kultur der gullstandard er definert som noe annet. Det ville kanskje tjene saken bedre med metodikk som mange er fortrolig med. Et argument i mot dette igjen, er at operasjonalisering av *hvilke* momenter som i et tverrfaglig samarbeid spiller sammen, ikke så lett lar seg realisere i en kvantitativ undersøkelse jf. Kapittel 1.6. Og selv en gullstandard som RCT – design, må ikles en situasjon, mennesker og språk for å gi mening. I mobilisering av kunnskap er det et poeng å identifisere ulike kunnskapskilder. Det finnes flere perspektiver, rasjonaliteter og vitenskaper som fører til gyldig kunnskap, og hver av dem bevirker ulike praksiser. Ut i fra dette kunne også arbeidet metodisk sett, tatt sitt utgangspunkt i grounded theory (Glaser & Strauss 1999) som på mange måter ligger tett opp under gjennomføringen med en tilnærming i retning abduktiv. Som konkret eksempel på dette er gruppedeltagernes modell for funksjonelt språk i Modell 3.

I ettertid kan jeg se at jeg gjennom flere korte intervjuer kunne ha undersøkt mer og fanget opp flere begreper som knytter seg til kommunikativ validering av kunnskap. Eller fanget opp på hvilken måte dette ikke omtales, men allikevel praktiseres.

3.7 Ethiske vurderinger

De nasjonale forskningsetiske komiteer har sitt mandat fra Kunnskapsdepartementet, og retningslinjer som de nasjonale gir betraktes ikke som lover, men er laget for å hjelpe forskeren (Forskningsetiske komiteer 2009). Deltagelse i dette handlingsorienterte arbeidet bygger på frivillig informert samtykke (Vedlegg 4). Deltagerne ble i begge fasene skriftlig og muntlig informert om hensikten med undersøkelsen og tidsramme for arbeidet. Legene ble i Fase 2 muntlig informert av sentral fagperson, og skriftlig gjennom samtykkeerklæringen. Underskrevne samtykkeerklæringer ble kopiert og sendt til hver enkelt deltager. Originalene ble

forsvarlig innelåst og makulert ved arbeidsperiodens utløp. Referater ble skrevet uten navns nevning og oppbevart innelåst. Dette for at muligheten etterprøvbarehet i arbeidet er til stede samtidig som at krav om konfidensialitet er oppfylt (Forskningsetiske komiteer 2009).

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), Personverneombudet for forskning, ble kontaktet i forbindelse med deltagende observasjon i previsitter. Det gav tilgang til situasjoner jeg ellers ikke ville ha vært i, og til drøfting av pasienter jeg ikke behandler. Dette med henblikk på en eventuell mulighet for å kople sammen personopplysninger³⁰ for identifikasjon av pasienter. I følge Helsepersonelloven er ikke taushetsplikten til hinder for ”at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt” (Helsepersonelloven 1999, § 23 pkt. 3). NSD anbefalte å kontakte Helsedirektoratet (Vedlegg 10). Svaret fra Helsedirektoratet sammen med vedlegg³¹ (Vedlegg 11) til brev fra De nasjonale forskningsetiske komiteer til høgskolerådet, ligger til grunn for at deltagende observasjoner ble utført. Eksempler på prosjektarbeid der prøving for etisk komité anses unødvendig, er blant annet når arbeidet har til hensikt å ”kartlegge og beskrive eksisterende praksis, de systemer behandling og pleie skjer innenfor osv. Studiene retter seg ikke mot pasienter og pårørende, men mot metoder, systemer, personell osv.” (Vedlegg 11).

På bakgrunn av dette og etter beste skjønn har arbeidet forgått.

³⁰ En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. ”En person vil være indirekte identifiserbar, dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger, som for eksempel bostedskommune eller institusjonstilknytning kombinert med opplysninger om alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.” (Forskningsetiske komiteer 2009, s. 14)

³¹ Vedlegg til brev av 13.01.07 fra De nasjonale forskningsetiske komiteer til Universitets – og høgskolerådet om etisk vurdering av studentprosjekter innen helsefag på bachelor – og mastergradsnivå (Vedlegg 11).

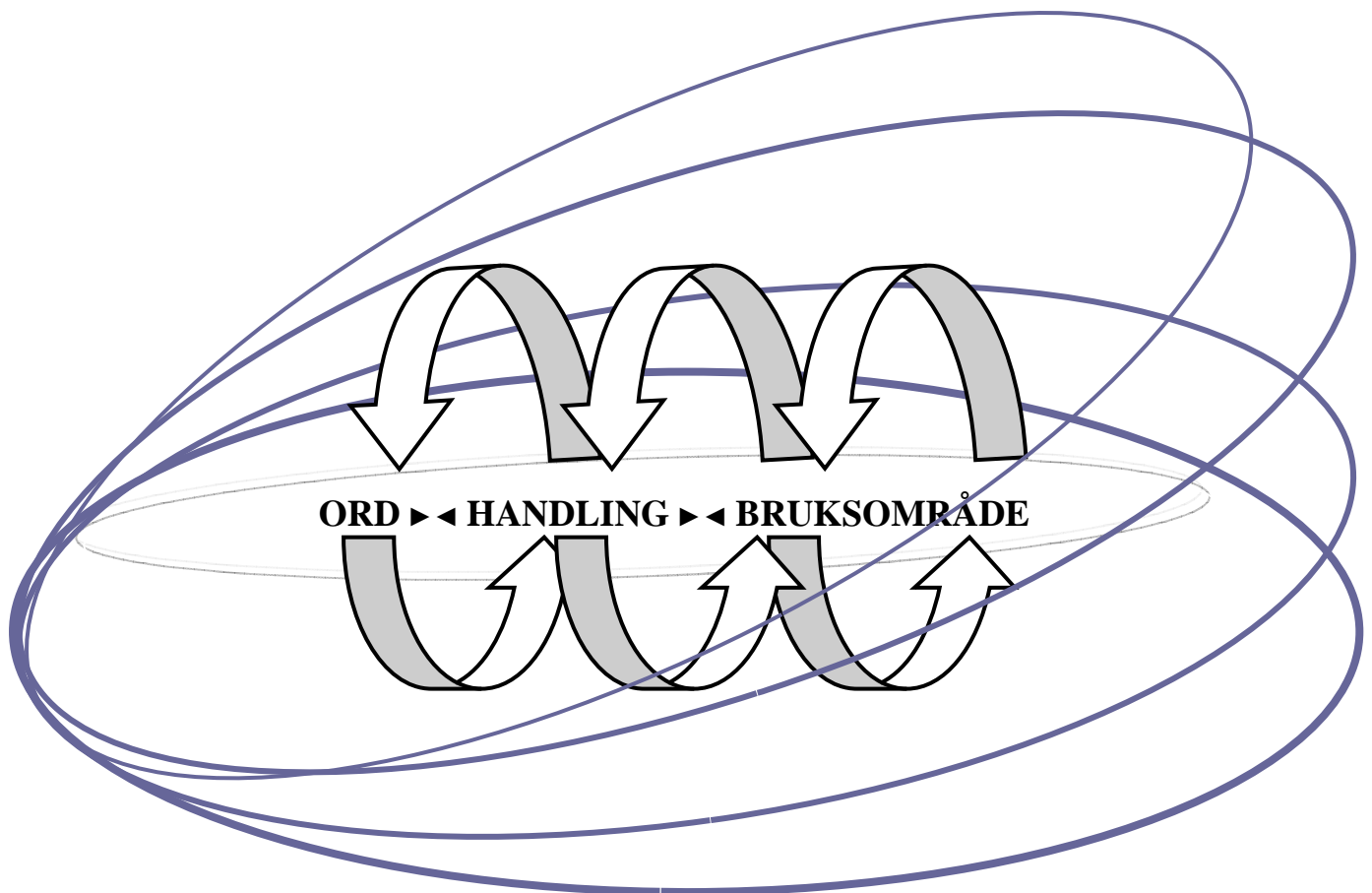
4 Resultat

I ettertid kan jeg se at Fase 1 vinteren 2007 – 2008 var med til å legge grunnlag for funksjonelt språk i tverrfaglig samarbeid. Deltagerne gikk sammen i praktiske situasjoner, og opparbeidet seg en felles referanse i språk, tilleggende handling og bruksområde. Fagpersoner bygget en tverrfaglig kultur og holdt fast i perspektiver komplementære til den diagnostisk kultur. I etterkant av Fase 1 ble kollegabasert veiledning på onsdager øremerket geriatri. Dette pågikk fra uke 16 i 2008 til oppstart av Fase 2 i uke 7 i 2009 (Vedlegg VI). Kulturer vedlikeholdes i en sosial struktur bestående av mennesker (jf. Wadel i Kapittel 3.3). Gjennom blant annet veiledningen blir resten av avdelingen, og nyansatte sykepleiere introdusert for geriatri og tverrfaglig samarbeid slik Fase 1 la grunnlag for. Parallelt med veiledningen pågår deltagende observasjon og fokusgruppas arbeid med de ulike verktøyene som i ettertid daglig er i bruk. Sett på som validering av verktøyene, så har også Slagenheten tatt i bruk skjemaet for komparentopplysninger. En felles erfaring er at de respektive faggruppene sparte tid ved å samarbeide tverrfaglig. Det skal ikke undervurderes i en diagnostisk kultur. Selv har jeg igjennom dette arbeidet kommet tettere på sykdom og behandling. Geriatrisk rehabilitering er en liten del av avdelingens totale arbeid selv om jeg kan oppleve dette som et ”stort” område. Dette som en apropos til hvor lett det er å tro at ens egen verden er *hele* verden.

På bakgrunn av forskningsspørsmålene presenteres resultatene etter temaene funksjonelt språk, rehabiliteringstenkning, verktøy og kvantitativ tilnærming. Videre om hva deltagerne legger i begrepet rehabilitering, og hvilke praktiske konsekvenser dette har for praksis og verktøy. Til sist eksempler på konsekvenser av markedstenkning og kvantitativ tilnærming i praksisfeltet. Dette belyst av og relatert til geriatrisk utredning som et tverrfaglig fenomen. I hermeneutisk tilnærming der fortolkning og analyse er en del av prosessen, vil også resultatpresentasjonen i form bære noe preg av å være noe drøftende undervegs.

4.1 Funksjonelt språk oppstår ikke uten samhandling

Gjennom gruppesamtalene ble begrepet ”funksjonelt språk” omtalt og definert som et bevegelig, og ikke statisk begrep. Dette handler om ord, handling og bruksområde i et gjensidig innbyrdes og dynamisk forhold:



Modell 3 Funksjonelt språk

Deltagerne omtalte ”funksjonelt språk”, som et begrepet med en samtidighet i seg, se Modell 3. Uten å ta hensyn til alle elementene – talespråk, handling, bruksområde – i ett og samme øyeblikk, er ikke kommunikasjonen funksjonell der hensikten er samarbeid. I dette mente deltagerne at et funksjonelt språk også er *forutsetning* for koordinering i det tverrfaglige samarbeidet. Dess mer samhandling dess større sjanse for å utvikle et funksjonelt språk, som igjen gir større sjanse for god koordinering i tverrfaglig samarbeid. Flere sider av arbeidet rundt pasienten koordineres av gruppeleder. Alle involverte er ikke på noe tidspunkt sammen samtidig, men alle forholder seg på et tidspunkt til sykepleier (Nyborg 2008). Dess mer kunnskap den ene fagpersonen har om den andres vokabular og bruksområde, dess mer og dess bedre kan det funksjonelle språket være medium for *formidling*. Dette kan minne om ringvirkninger og synergieffekter.

ORD – et medisinsk og et dagligdags språk

”Vi kan bruke språk for å jekke ned andre”. Denne replikken falt i diskusjon om latin og hvorvidt faggrupper som representerer andre fokus enn diagnoseperspektivet, må være tospråklige ved å ha et medisinsk og et ”dagligdags” talespråk. Gruppen var opptatt av at ord er makt, og at å kunne latin gir status. Det funksjonelle språket i tverrfaglig samarbeid har i seg deler av det medisinske språket. I følge en deltager handler dette om ”uttrykkets presisjonsnivå” i formidling til andre fagpersoner. Pasientens tilstedeværelse i sykehuset er begrunnet i diagnose, og da vil nødvendigvis et ”diagnosespråk” være naturlig. I Tverrfaglig rapport må det være et språk som er forståelig utenfor sykehuset, og gruppa mener at rapport-mal nå har et ”geriatrik funksjonsspråk” og ikke et diagnosespråk jf. Kapittel 4.3. ”Vi kan bruke et mer dagligdags språk når vi skal komme med våre vurderinger.”

I sammenheng med diskusjoner om definisjoner av ord, ble for eksempel begrep som Morgenstell og ADL diskutert. Dette avstedkom at ergoterapeutene byttet ut sitt begrep Morgenstell med ADLmorgen. Drøftingene omkring ordene viste at pleieres og ergoterapeutens perspektiv er ulike i en og samme situasjon, og følgelig er ikke ett og samme ord dekkende for virksomheten i situasjonen. Begge faggruppene bruker

situasjonen til kommunikasjon og kartlegging, eller datasamling pleierne benevner samme. Deres fokus er blant annet om smerte, hud, sirkulasjon, eliminasjon. I ergoterapi handler for det første valget mellom ADLmorgen (Primær ADL) og kjøkkenaktivitet (Instrumentell ADL) om gradering av selvstendighet gjennom aktivitetens vanskelighetsgrad. For det andre om hvorvidt det er motoriske og/eller kognitive forhold som bevirker at pasienten trenger assistanse i daglige gjøremål.

HANDLINGER – Man kan ikke få lagt alt man gjør inn i ord

Funksjonelt språk handler også om arenaer i følge deltagerne. Ord og handling henger sammen ved at praktisk handling direkte anskueliggjør ord og begreper innhold. Deltager uttrykker ”Hos meg ligger det i hendene – ikke i ord. Jeg må vise deg hva jeg gjør”. Ut fra dette kom forslag om ”praksis sammen”. Det ble følgelig avtalt praktisk samhandling og kommunikasjon mellom involverte faggrupper i direkte og indirekte pasientbehandling. Dette viste seg å være en plattform og en farbar veg til felles referansepunkter for deltagerne. Grad av verbalisering alene er ikke nok ei heller avgjørende for å forstå hva ord og begreper inneholder og innebærer. ”Det kan være vanskelig å sette ord på praktiske handlinger.”

Selv om du kan noter, behøver du ikke kunne spille *musikk*. Men man kan spille musikk uten å kunne noter.

Denne metaforen kom opp i forbindelse med teoretiske begreper. Fokusgruppa satte utsagnet i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap: Man kan spille en symfoni uten å kunne noter. Handlingsbåren kunnskap er like fullt til stede som det kan være ikke begrepsfestet. Abstraherte symboler eller termer, gir i seg selv ingen praksis.

Deltagerne så på det som avgjort nødvendig ”å erfare ting sammen for å forstå sammenheng”. Dette ble styrende for å få utviklet et funksjonelt språk: Å praktisere sammen og erfare sammen, gav ord og begreper ny mening og nyanserte begreper som fra før av gjerne ble oppfattet som entydige og forståelige. Deltagere hadde

”praksis” sammen ved for eksempel å oppsøke previsitt, og lage Dagsplan³² til felles pasient, og å sammen inn i situasjoner med pasient.

BRUKSOMRÅDE – Vårt språk må være slik at alle involverte parter vet hva ordene inneholder og innebærer

Definisjon av funksjonelt språk ble også uttrykt slik, og det ble relatert til kontekst:

- Språket må være et språk vi skjønner.
- Vårt språk må være slik at alle involverte parter - pasient, pårørende, fagpersoner i primærhelsetjeneste, kollegaer i det tverrfaglige samarbeidet på sykehuset - vet hva ordene inneholder og innebærer.

Deltagerne sier at de må være oppmerksomme på at enkelte ord og formuleringer ikke gir mening for andre faggrupper verken inne på sykehuset eller til samme faggruppe ute (i kommunen). ”Sykepleiespråk på sykehus er ikke det samme som sykepleiespråk i kommunen.” Og at hensikten med språket vårt må være at mottager forstår til beste for pasienten, ikke at fagpersoner kan mange fine ord. Gruppen mener også at det er fagpersoners ansvar at mottager forstår: ”Viktig at vi sikrer at mottager forstår hva vi mener. Lytteren avgjør hvilket språk vi må bruke”. En annen deltager er opptatt av det kan være lærerikt med fremmedord og ukjente faguttrykk: ” Vi lærer nye ting med nye ord”. Å lære nye begreper kan være en veg til å lære en ny ferdighet. Ofte er det ikke *selve ordets* betydning som er problemet, ”for det kan man finne i ordbok”. Det handler om ulike perspektiver, kontekster, ulike erfaringer og kunnskaper som alt krever kommunikasjon og læring over tid.

En faggruppe som på mange måter kommer fra utsiden både organiseringsmessig og ved å representere andre perspektiver og språk, er ergoterapeutene og fysioterapeutene. Den ene siden ved dette er at pasienten, som i følge en gruppedeltager kan møte så mange som 13 – 14 forskjellige fagpersoner gjennom et døgn, møter én og samme terapeut gjennom hele oppholdet. En annen side er at

³² Dagsplan for pasient er program for dagen. Når mental svekkelse ikke forhindrer dette, er planen pasientens ”eie”. Deltagere laget også kriterier for å opprette Dagsplan.

terapeutene kan representere kontinuitet i det tverrfaglige samarbeidet, og i videreutvikling av det funksjonelle språket.

De "tverrfaglige" forstår seg på slike samarbeidsting som kan være vanskelig for andre fagpersoner å forstå vitsen med, men det er allikevel viktige ting for pasienten.

4.2 "Rehabilitering er en annen måte å tenke på "

Et kjennetegn ved rehabiliteringstenkning ser ut til å være at de andre i det tverrfaglige samarbeidet er klar over andres bidrag/tenkning. Deltagere hadde denne kommentaren da geriatriske sykepleiere fikk myndighet (noe som ellers er visittgående leges oppgave) til å henvise til geriatrisk utredning:

Legene skifter ofte daglig, så dette er rene opplæringen i tverrfaglig samarbeid! Men det er fint så lenge de vet at det finnes andre perspektiver enn diagnoseperspektivet, og har gehør for det vi andre observerer og representerer.

Deltagerne forholder seg til at andre faggrupper har perspektiver, og samarbeidet må være tett. "I rehabiliteringstenkning må alt være gjennomtenkt fordi tiltak må begrunnes ikke bare til fagfeller, men andre faggrupper." Et eksempel på bevissthet om at fagpersonene har forskjellige forhold til rapportens punkter, og at det er greit er: "TT-lapper og støttekontakt, det tenker jo dere på". Referansegruppe var opptatt av selve den "tverrfaglige" måten å tenke på. I selve tilnærmingen ligger det kommunikasjon mellom faggruppene. Det å bygge på hverandres funn, prioritere og se ting i sammenheng Og da ikke bare pasientens sykdom og omkringliggende forhold, men også kunnskap, sammenheng og koordinering i tverrfaglig tilnærming. Sykepleiere påpekte at begrepet rehabilitering kanskje er nytt, men selv *tenkemåten* som inkluderer å tenke kontekst; hjemmeforhold, utreise og pasienten i en sammenheng ut over selve diagnosen, er vanlig sykepleiefaglig tilnærming.

Nå benevnes en hel tankerekke for rehabiliteringstenkning, men brukerperspektiv er ikke noe nytt. I sykepleiefaglig tilnærming ser vi mennesket som en helhet - ånd, sjel og legeme.

Noen så på rehabilitering til forskjell fra behandling ved at ved man i rehabilitering kan prioritere tiltak alt etter pasientens krefter. Men ”man kan ikke prioritere mellom ernæring, nyresvikt, smerter – alt må behandles samtidig.”

Og diagnose er interessant. Vi har behov for å vite hva er det som feiler og hva kan vi gjøre her, og ikke minst, ikke gjøre. Kanskje en fellesmenneskelig ting å ville vite årsaker? Og leger - nei - de er ikke bare opptatt av diagnose, men kanskje det er mer dialog nå enn for 30 år siden. Leger er ikke lenger både administrativ og faglig leder for alle, men det er en annen historie. Et annet poeng er at dokument - maler i DIPS har et punkt med ”sosialt/miljø” så vi ”tvinges” til å forholde oss til kontekst.

Begrepet ”tilnærming” ble kommentert og diskutert som et eksempel på fagpersonens andel i situasjonen. Også i samtale om kontekst ble fagpersonens bidrag i en situasjon påpekt. Innvirkning og påvirkning skjer ikke bare fagpersoner i mellom, men også pasient – fagperson. Dette ble eksemplifisert med mobilisering der fysioterapeuten med sin kunnskap får pasienten opp å stå på sine to bein, der andre gir opp. Fagpersonen er en del av situasjonen. Så også i det neste utsagn der fagpersonens tilstedeværelse i pasientsituasjon er av kortere varighet.

Diagnose er en ting, funksjon noe annet. Diagnose og behandling er fokus. Vi ser pasienten minutter av gangen og gjerne liggende i sengen. Tidsaspektet (liggetid) avhenger av diagnose.

Diagnose, behandling og rehabilitering med respektive perspektiver kommer til uttrykk i følgende diskusjon om pasient som ligger på flermannsstue. Fysioterapeut og ergoterapeut mener at han bør få enerom hvorpå nyansatt pleier spør om det er fare for kontaktsmitte. Terapeutene begrunner sitt synspunkt med at pasienten er lett trøttbar og stimuli må begrenses. Rehabilitering er en annen måte å tenke på, og tar et annet utgangspunkt enn diagnose. Neste utsagn falt i en ordveksling om

diagnoseperspektivet og hva man kan miste av kunnskap dersom fagpersoner ser pasient kun i dette perspektivet.

Her er det noen som har rettigheter på hva som er å oppdage liksom

I Kunnskapsbasert praksis er alle ovalene like store, men jevnbyrdige? En sykepleier forteller at informasjoner som ikke er diagnoserelatert, men med stor verdi for den eldre pasientens funksjon i hverdagen hjemme, kanskje ikke alltid kommer med i dokumentasjon ved utreise. Hun uttrykker seg slik:

Tverrfaglig samarbeid er kvalitetssikring. To faggrupper observerer mer og dekker et større perspektiv enn én faggruppe.

Brukerrespondent som er rekruttert gjennom Brukerrådet er 81 år, og sier hun er tilstede fordi hun er gammel, og fordi hun har gjort noen erfaringer. Hun er glad for at rehabilitering av eldre mennesker blir viet større oppmerksomhet. Selv har hun ikke forstått at det må være forskjell på behandling av gamle og unge før hun ble så gammel selv.

For hver nye runde i svingdøra tar det lenger tid å komme seg

Gamle mennesker trenger gjerne noe lenger liggetid på sykehuset fordi alt heles langsommere hos eldre pasienter. Lang nok liggetid må det være for å unngå at de eldre blir svingdørspasienter.

Eldre folk tåler ikke de samme doser medikamenter som yngre

Forskjeller

– Eldre folk tåler ikke samme doser medikamenter som yngre, sa [redacted] og kom med flere eksempler på hvor galt det kan gå hvis legen ikke tar hensyn til det.

En venninne av henne ble for eksempel satt på 160 mg Albyl E, blodfortynnende medisiner. Hun var 60 år gammel og veide om lag 50 kilo. Etter hvert ble hun så dårlig at hun nesten ikke turte å være med på noen ting. Hvis hun fikk en liten rift, kunne hun blø i timevis etterpå. Bøe anbefalte sin venninne å oppsøke en spesialist, og det gjorde hun. Spesialisten mente at hun ikke under noen omstendighet burde ha tatt mer enn 75 mg Albyl E.

Akutt senil. Svigermor til en kollega brakk lårhalsen. Etter operasjonen ble hun satt på store doser smertestillende og sovemedisiner. Hun er over 80 år, liten og tynn. Hun ble så forvirret at hun ble sendt på sykehjem hvor de fortsatte med den samme overmedisineringen. Pårørende fikk beskjed om at hun hadde blitt "akutt senil". Hva nå enn det er for noe. Svidersønnen var psykiater. Han fikk oversikt over medikamentene. Han sier at det var nesten et under at svigermoren hadde overlevd en slik dosering. "Det var doser som var i det meste laget for en 20 - åring." Han tok svigermoren med seg hjem, og trappet ned på medisinen. Etter tre uker var svigermor like klar som før operasjonen.

Boks 6 Presseklipp

Når det gjelder samarbeid med brukere, så mener respondenten at masteroppgaven må komme administrasjonen i Sykehuset Innlandet og Brukerrådet i hende, slik at de kan se temaet omskrevet.

4.3 Verktøy og perspektiver

Verktøy innbefatter i denne sammenhengen Tverrfaglig rapport-mal, nøkkel til rapport-mal, skjema for komparentopplysninger, og møtepunkt for samarbeid. Perspektiver henspiller på rehabilitering som et systemisk fenomen der individ og kontekst har betydning. Diagnose påvirker, men ikke styrende for helsetilstand jf. ICF – modell.

Utklipp fra rapport-mal før revidering

1. Tidligere sykdommer:
2. Sykdomsforløpet:
3. Kommunikasjonsevne:
4. Fysiske forhold – status og tiltak:
5. Ernæring/væske – eliminasjon:
6. Søvn/hvile, hud, respirasjon/sirkulasjon, smerter:
7. Kjøkkenaktiviteter:
8. Personlig hygiene:
9. Psykiske forhold:
10. Kognitive forhold – status og tiltak:

Gruppedeltagerne er tydelige på at den reviderte tverrfaglig rapport-mal (Boks 7) har mer ”rehabiliteringsspråk” og mindre diagnoseperspektiv enn den gamle enn den. Mindre fokus på sykdomshistorie og mer om funksjonelle forhold, og ADL –

begrepet er nå i bruk. Rapport-mal er videre redigert slik at funksjonelle forhold skal komme tydeligere fram i selve oppsettet. Dette avstedkom ”perspektiv – diskusjoner” om hva som er funksjon av hva; hvem kom først, høna eller egget. Eksempel her kan være smerte. Ligger pasienten i senga fordi det er vondt, eller har hun smerte fordi hun har ligget for mye i senga. Videre handler ikke funksjon også om kommunikasjonsferdigheter, men som er satt på linje med ”funksjonsnivå” i revidert rapport-mal.

Heading. Logo, pasientens navn, pårørende, fastlege etc.

TVERRFAGLIG RAPPORT GERIATRI

Diagnose:

Aktuelt:

Pasientens funksjonsnivå - livssituasjon før innleggelse:

Funksjonsnivå per d.d.:

- **Fysiske forhold:**
- **Personlig hygiene:** ADLmorgen
- **Kjøkkenaktiviteter:**
- **Kognitive forhold:**
- **Psykiske forhold:**

Kommunikasjonsevne:

Ernæring/væske - eliminasjon:

Søvn/hvile, hud, respirasjon/sirkulasjon, smerter:

Medisiner: Se kopi av midlertidig epikrise fra lege.

Pasienten har gitt tillatelse til at rapporten blir sendt til samarbeidspartnere: JA/NEI

Tverrfaglig vurdering. Avtaler gjort før utskrivelse:

Pasient er informert om Tverrfaglig rapport? Er den er lest opp for pasienten?

Forslag til tiltak:

Lege under oppholdet:

Hjelpepleier

Sykepleier

Geriatrisk sykepleier:

Ergoterapeut:

Fysioterapeut:

For Geriatrieteamet (*dato*)

Det er også nytt at hjelpeleier er kommet til i underskrift av rapporten. Kommentar fra sykepleier om at hun ikke skiller på sykepleier og hjelpepleier når det gjelder kunnskap om sykepleie – pleie av syke.

Når det nå skal lages ny nøkkel så skal også fysiske forhold utdypes mer i rapport – nøkkel. Det er ikke før de siste to årene geriatrien har hatt fysioterapeut. Deltagernes arbeid knyttes til pasienten med det fiktive navnet Per. Han kom til sykehuset etter at naboen fant han liggende ute i gangen foran vedstabelen.

Pasientens funksjonsnivå - livssituasjon før innleggelse:

Per bor alene i eget hus med soverom i andre etasje. Det er ikke telefon i huset. Han har lite nettverk. En bror på 93 år bor mange mil unna. Pasienten har klart seg selv, men har siden desember fallert. Han har ikke kjørt bil i vinter og bruker bussen når han skal handle. Han er opptatt av å få riktig kost, og forteller at han ikke rører annen mat annet enn hans mor lager. Per vil fortst mulig hjem han er redd for henne når hun er alene. På sykehuset spiser han kun av begre han selv kan åpne (yoghurt og ernæringsdrikke). Han samler på forskjellige ”unyttige” gjenstander, og aviser som han stabler på stua. Der er det uframkommelig med rullator. Per er svært langsam i det han foretar seg, en samtale med han tar tid. Han har god kontakt med nabo. Hun har observert at han har brukt hårføner som varmekilde på badet. Per har alltid vært nøye, men nå neglisjeres personlig hygiene. Han vasker ikke lenger klær. Per har hatt hjemmesykepleie tidligere. Har falt mange ganger hjemme.

Hva er problemstillingen egentlig? Deltagerne mener at problemstilling kan lokaliseres alt etter hvilke øyne som leser teksten. Det er ulike perspektiver på hva som er selve problemet, og det kan lett bli akkurat det samme som er fokus i eget fag. Sykepleieren mener kanskje at ernæring er problemstilling mens fysioterapeuten vurderer fallrisiko som primært. Ergoterapeuten er opptatt av at Per har lite kognitive ressurser i forhold til hverdagens krav, og at han selv har lite innsikt i dette. For at bildet av Per skal kompletteres, er det viktig med tett kommunikasjon faggruppene i mellom slik deltagerne forklarer det.

Hva skal stå i rapportens punkt om ”Pasientens funksjonsnivå – livssituasjon før innleggelse”? Hvilke opplysninger om pasienten er strengt tatt nødvendig å overføre til kommunen for relevant oppfølging? Må de vite at Per samler på brusker for eksempel? En deltager sier at ”realitetene og reelle behov må stå der” for eksempel

om pasienten fyrer opp i ovnen eller et annet sted. Pårørendes ressurser og type offentlig hjelp må være med. Det drøftes videre om opplysninger om bilkjøring skal være med. Deltager viser til nasjonale retningslinjer ”Standard for geriatrisk utredning og behandling i akuttgeriatrisk enheter” der både våpen og førerkort er del av kartlegging (Sykehuset Innlandet 2009b). Noen mener at dette er en viktig informasjon å ha med. Men hvordan gjøre det i praksis? Og *gjør* vi noe med den kunnskapen vi får? Husker pasienten selv at han har mistet førerkortet? Noen har fortsatt førerkortet i lomma mens pårørende oppbevarer bilnøkklene. Dette kan ha vært en lang prosess som vi bare er med på slutten av.

I livsverdenen oppstår etiske dilemmaer som materialiseres i handling gjennom det vi *gjør* med den kunnskapen vi har. Når det gjelder ordbruk i rapporten foregikk diskusjonen om det etisk forsvarlige. ”Dårlige klær” kommer fra komparent, ja, men deltagerne mente at det heller kunne brukes som informasjon; ”be naboen kjøpe klær til Per”. Det trenger ikke stå i rapporten. Mor er åpenbart død, men det er like så åpenbart en realitet for Per at hun lever. I samhandling med Per er det en kunnskap som kan håndteres med praktisk visdom. En deltager sier at ”etiske sider (ved rapportskrivning) kan tas opp på kollegabasert veiledning”.

Deltagerne er ellers enige om at rehabiliteringstenkningen må stå i forhold til, og på bakgrunn, av opplysningene i første punktet i rapporten. Vi skal ikke rehabilitere til et høyere funksjonsnivå enn før. De sier også at rehabiliteringstenkning og komparentopplysninger hører sammen. For å vite på hvilken bakgrunn og til hvilket sted pasienten skal til ved utreise både i konkret og i overført betydning, så trengs kontekst. Det som står i resten av rapporten må stå i forhold til dette punktet. Kartlegging skjer ut i fra og på bakgrunn av opplysninger om livssituasjon før innleggelse. ”Geriatri er tverrfaglig på samme måte som rehabilitering, og rehabilitering er ikke kontekstfritt.” I rehabiliteringstenkning versus diagnosetenkning, så kommer betydningen av bakgrunnsopplysninger fram i første. En som jevnlig kommer til avdelingen for blodoverføring, trenger ingen kontekstuell og tverrfaglig innsats – han trenger blod.

Tenkning kan jo ikke standardiseres

En av deltagerne uttrykker at det vanskelig lar seg gjøre å standardisere tenkning, men det kan være en prosedyre på *møtevirksomhet* der også visittgående leger deltar. Videre ha en konkret plan for pasientens opphold som alle forholder seg til (jf. Dagsplan). Visittgående leger har konkrete forslag på organisering av møter, og forslag om at leger kan gå på samme pasientgruppe en hel uke. Dette vil gjøre det enklere å kommunisere om geriatrisk pasient. ”Det er heller ikke enkelt for oss å steppe inn i én enkelt legevisitt.”

Om eierforhold til tverrfaglig sluttrapport. Hvem ”eier” de ulike punktene? Kan andre enn ergoterapeuten skrive om kognitiv funksjon? Kan hun endre på noe en annen har skrevet i dette punktet? Kan opplysninger bare slettes når de ikke lenger stemmer med status? Deltagere kom fram til at poenget må være at de informasjonene om pasienten som overføres til neste instans i behandlingsskjeden, skal være korrekte. I sluttrapporten skal alle opplysninger være status per utreisedato, relevante og korrekte i forhold til problemstilling. Flere deltagere har erfart at rapporten kan brukes på alle ”tverrfaglige pasienter”, og ikke bare geriatriske. Noen sier det er ”farlig” å skrive i denne rapporten, og noen er redde for å skrive. En sier hun ikke vegrer seg for å skrive, men glemmer det når man er vant til at noen andre (geriatrien) gjør det. Når det gjelder tidsbruk, så er tverrfaglig rapportskrivning effektivt for alle faggrupper. Alle sparer tid. Når det gjelder det praktiske rundt utskrift av rapport, er postsekretær en utnyttet ressurs i så henseende.

Skjema for komparentopplysninger. Fokusgruppa beslutter deltagere at skjemaet skal revideres. Det gamle har for liten plass til å skrive/beskrive, er for ”spørreskjema – aktig” og ”kvantitativ” med bokser for svaralternativ JA og NEI. Dette gir rom for alt for mange tolkningsmuligheter, og opplysningen blir utydelig. Det er et poeng å få tak i *endringen* hos pasienten. Det er endring i funksjon som er grunnen til at de blir innlagt på sykehus. ”En som er uendret i formen kommer jo ikke til sykehus.” Dessuten må opplysninger om fysiske forhold (fall, forflytning, hjelpemidler) spisses

med tanke på kartlegging og rehabilitering. Før DIPS³³ brukte pleierne papirjournal, og til datainnsamling et bestemt skjema som de satte dette inn i kurveperm. Forslag kommer om å gjenoppta bruken av dette arket, men også forslag om å ta i bruk skjema for komparentopplysninger til samme formål. I så fall må skjemaet ligge tilgjengelig framme.

Før DIPS foregikk skriftlig rapportering på papir. Noen sier at de kunne oppleve å være ”tettere på” da. Alt i DIPS ikke blir lest, og det blir kanskje skrevet mindre enn før. I forhold til hvor raskt etter innkomst komparentopplysninger blir innhentet, så mener en deltager at DIPS har gjort innhentingene tregere. Før tok man med seg arket ”datainnsamling”, snakket med pasient/pårørende forteste mulig etter innkomst og la det i pasientens kurveperm. Mot slutten av perioden med kollegabasert veiledning hadde deltagerne kurs for å lære funksjonaliteter i DIPS som letter arbeidet med rapporten og samarbeidet med de andre faggruppene.

4.4 Det som kan beskrives matematisk, eksiterer virkelig

For å belyse den kvantitative tilnærming og konsekvens for praksisfeltet, så eksemplifiserer jeg dette først med det sykepleier forteller om tidsbruk rundt dødsfall.

....alt en sykepleier gjør som ikke kan måles i tallstørrelser, statistikk eller kurver, er den tiden handlinger i forbindelse med dødsfall tar. Det er kontakt med pårørende her på huset og i telefon, stell osv. Dette kan formidles i tekst, men ikke i tall. Og alt i sykepleiefaget som ikke kan telles!

Ergoterapeuter og fysioterapeuter som er administrert av Divisjon Medisinsk Service, har i felleskap utarbeidet kvalitetsindikatorer. Den går ut på å telle antall av utført virksomhet. Når dagens produksjon er talt opp etter det matematisk målbare, kan det komme til å se ut som at en dag med mange enklere problemstillinger, er en dag med

³³ DIPS står for "Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus". Dette er en ny IT – plattform i retning elektronisk pasientjournal innført mars 2007

stor produksjon. En dag med én komplisert og kompleks problemstilling (for eksempel Randi), kan se ut som lite produktiv. Et døgn med bare to dødsfall ser ut som et døgn med lite produksjon. Er det slik at bare det som kan beskrives matematisk, eksisterer virkelig?

Et annet eksempel på omtale av kvantitativ tilnærming i praksisfeltet er ”Vi vet jo ikke hva som hadde skjedd uten oss tilstede i situasjonen”. Kunnskap uten jeget til stede er mer nødvendig enn kunnskap *med* jeget til stede. I terapeutisk og relasjonell virksomhet er dette et relevant spørsmål på mange måter da tilstedeværelse i situasjonen også er en del av behandling og rehabilitering i et jeg-du-forhold. Fagpersonens perspektiv kan her sies å være ikke relasjonelt, men kvantitativt. Andre uttrykk som lar seg høre i praksisfeltet i forbindelse med for eksempel statistikk og målstyring, er de ”rene tall” og ”tallenes klare tale”. Les i det følgende et eksempel på tallenes ”renhet” og ”klare tale”:

Avdeling for Ergoterapi og Fysioterapi har måttet forholde seg til benchmarking som har vist seg å ha konsekvenser for geriatri som et tverrfaglig fenomen. Som før omtalt er ulike fagprofesjoner i tverrfaglig samarbeid administrert av forskjellige divisjoner, noen geografiske og noen etter funksjonsfordeling. Ikke bare det, også terapeuter som deltar i geriatrisk virksomhet tilhører forskjellige divisjoner, avdelinger og seksjoner. Derfor ble ikke *alle* ”geriatriske” terapeutene benchmarket, men resultatet ble sett på som sann kunnskap i situasjonen og tatt til følge. I kvantitativ tilnærming ellers, benevnes dette som systematisk feil som går på validiteten løs. Måleinstrumentet måler ikke det som ble hevdet det skulle måle (terapeuttilbud på de ulike sykehusene). Benchmarkingen har hatt store konsekvenser for ergoterapi – og fysioterapiavdelingen på SI Gjøvik, og det kan få store konsekvenser for tverrfaglig virksomhet i sykehuset som sådan. Det kan også se ut som at SI Gjøvik står i fare for også å miste en ergoterapeutstilling gjennom dette. Ellers så ble de kuttete fysioterapeutstillingene ikke overført til Hedmarksiden av helseforetaket, og er nå en del av innsparinger i divisjonen. Lar det seg gjøre å benchmarke bort deler av geriatrisk virksomhet i det samme helseforetak som har eldre som prioritert område i

pasientbehandlingen mot 2012? Eller er det nettopp i et markdesorientert system det lar seg gjøre?

Et tredje eksempel er helseforetakets anbudspolitikk i forbindelse med syketransport til og fra sykehusene. Helseforetaket sparer ved dette penger på sitt budsjett mens fylkeskommunen må kompensere i sitt når det gjelder skolekjøring. Dette henger sammen med at drosjevirkosomhet i mange innlandskommuner bærer seg økonomisk seg ved å ha *både* syketransport *og* skolekjøring. Når det ene faller ut, gir ikke det som er igjen grunnlag for lønnsomhet. Lokalsamfunn mister næringsvirkosomhet og transporttilbud. Forflytter helseforetaket regningen til fylkeskommune og kommune uten å forholde seg til samfunnsregnskapet? Helseforetaket har tatt flere grep i forhold til syketransport ved å opprette Helsebuss. Erfaringer fra geriatrien er at dette kan komplisere en reise til og fra sykehus. Med behov for å gå på toalettet ofte (ikke uvanlig for eldre mennesker), og problemer med å gå på bevegelig underlag (ikke uvanlig uansett årsklasser), har dette kanskje blitt en busstur som går på verdigheten løs.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter som er administrert av Divisjon Medisinsk Service lager prosedyrer for enkelte diagnosegrupper med referanser til evidenshierarkiet i "Kunnskapsbasert praksis som metode". De skal blant annet sikre lik behandling i sykehusene. Problemet er bare at terapeutressurser historisk er ulikt prioritert på de ulike sykehusene. Det er få til ingen ergoterapistillinger enkelte steder jf. 1.3.3. Prosedyrene må da av matematisk nødvendighet representere et felles minste multiplum. Dette igjen står lite i forhold hvilken til den type geriatrisk virkosomhet som har effekt i henhold til evidenshierarkiet som den diagnostiske kultur selv målbærer.

5 Diskusjon

Hvordan integrere rehabiliteringstenkning i det tverrfaglig samarbeidet om geriatrike pasienter i medisinsk avdeling? I diskusjonen ser jeg dette i lys av diagnostisk kulturs kunnskapssyn, og i forhold til samfunnets målsettinger for spesialisttjeneste for eldre. Jeg vil diskutere hvilke konsekvenser denne kulturen har for geriatrisk virksomhet. Dersom kunnskapssyn og perspektiver som ligger til grunn for de praktiske verktøy som er i bruk i geriatrisk virksomhet på SI Gjøvik skal tas til følge, må samarbeidende menneskene befinne seg på ett og samme geografisk sted til samme tid. I dette kunnskapssynet henger kunnskap, menneske, situasjon og handling sammen, og er ikke løsrevet fra hverandre.

5.1 De ”rene” tall og helheten

Hver divisjon, avdeling og seksjon har sitt budsjett, sine handlingsplaner og resultatmål som skal overholdes. Noen divisjoner er funksjonsfordelt på tvers av geografi, og noen er geografiske. Hvert administrative fragment har sin ”helhet” som referanseramme. På bakgrunn av hver enhets referanseramme foregår ledelse, innsparing og omorganisering. Så når Divisjon Medisinsk Service benchmarker bort to fysioterapistillinger på SI Gjøvik så er divisjonens budsjettmessige helhet ivaretatt. Men helheten? Og geriatrisk virksomhet?

Nerheim omtaler kontekstuel situert kunnskap som et fenomen som ofte ikke lar seg verbaliseres, tallfestes eller skjematiseres. Sykepleier som forteller om tidsbruk omkring dødsfall, sier at dette ”kan formidles i tekst”, men ikke i tallstørrelser, statistikk eller kurver. Hvor rene er da de rene tall som faktisk står i statistikkene? Måleinstrumentet er sikkert reliabelt nok, men slik jeg ser det eliminerer valgte metode deler av virkeligheten.

Mitt ankepunkt mot å benchmarke terapeutisk virksomhet slik det er gjort, er at ”antall terapeuter” blir vurdert opp mot ”antall terapeuter” som om matematikk i seg

selv kan gi vettuge svar. Målbart ja og reliabelt sikkert, men valid kunnskap? Overført til praksis er dette kunnskap med forholdsvis liten gyldighet som sann kunnskap om faktisk situasjon. For å få gyldig, *valid* kunnskap om denne situasjonen, ville det ikke være like naturlig, faglig og etisk å relatere terapeutressurser til *målsettinger* for helseforetaket? Eller er det slik at reliabilitet som fenomen ”slår mer” enn validitet prøvd mot praksis? Er dette et eksempel på et system i selvsving slik Martinsen påpeker i forbindelse med evidensialisme? Egenfrekvens er en mulig frekvens til et svingende system som er overlatt til seg selv. Kunnskapsbasert praksis’ normative retorikk framstår som om konseptet er svaret på selveste livets gåte. Dets omgang med evidenshierarkiet likeså, og uten å problematisere underliggende kunnskapssyn. Reliabelt ja, men valid prøvd opp i mot praksis? Sykehus Innlandet har tilbudet til eldre i spesialisthelsetjenesten som prioritert område i pasientbehandlingen mot 2012. Ville det ikke være hensiktsmessig å relatere terapeutressurser til den enkelte geografiske divisjons faktiske kliniske arbeid. Det er der terapeutene skal ”serve” klinikken med sine tjenester og ”levere varene”. Eller for å si det på en annen måte: Det er der terapeutene skal delta i praksis i situasjoner i tverrfaglig samarbeid omkring den eldre pasienten med sammensatte helseproblemer. Forståelse av fenomenene oppstår gjennom den konteksten de framkommer i jf. Kapittel 2.1. Sykehuset på Gjøvik har siden oppstart av geriatriprosjekt i 1996 arbeidet systematisk med geriatrisk virksomhet. Ergoterapeutstilling ble opprettet gjennom dette prosjektet. Slik jeg ser det så handler terapeutressurser om *historie og kultur* på de ulike sykehusene, og kan derfor dreie seg om langt mer kompliserte fenomener enn det som lar seg utømmende måle med tall og statistikk. I tverrfaglig samarbeid kan terapeuten komplettere og bidra til en potensering eller ringvirkninger. ”...den samlede effekten blir større enn effekten av de ulike elementene”, slik Indredavik uttrykker det (Kapittel 1.5). Terapeutene representerer sammen med andre faggrupper en synergieffekt. Tallenes klare tale og ”rene” tall? En annen side av saken er at ergoterapi og fysioterapi er lavteknologiske fag og krever lite medisinsk utstyr ut over terapeuten selv. Dessuten er det i en større helhet for eksempel i helseforetakets og ikke bare divisjonens budsjett, lite å spare på å kutte terapeutstillinger. Dette eksemplifiserer også hva som skjer ved epistemologisk feil slik jeg ser det.

Den eldre pasienten kommer i egen person som et helt stykke til sykehuset med sine sammensatte helseproblemer i form av mange diagnoser og sviktende nettverk, se Boks 2. I prosedyreverket og i Kunnskapsegget kan man finne behandling og behandlingslinjer relatert til diagnoser. Det ser ut til at diagnose er styrende for så *mye*, også når det andre er en større del av helseproblemene. En geriatrisk tilnærming til pasienter med sorg, vekttap, dehydrering og magesmerter kan om mulig bidra til at de ikke utsettes for så mange smertefulle undersøkelser i diagnostiseringsøyemed. Dersom *pasienten* skal ses som en helhet, ser det ut for meg som at den diagnostiske kultur har problemer med sitt mandat. Staten har ansvar for spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene etter Spesialisthelsetjenestelove der formål særlig er å ”bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov” (Spesialisthelsetjenesteloven 1999). Diagnostisk kultur gir gjennom Kunnskapsegget evidens til at akutt geriatrisk behandling og rehabilitering har effekt, er enkle og kostnadseffektive. Slik jeg ser det, så tyder det på at systemet (den konteksten) som møter den eldre sykehuspasienten er innrettet på ”helheter” som handler om andre forhold enn den hele pasienten. Det ser ut for meg som at den diagnostiske kultur i seg selv er fragmentert ved at virkeligheten er brutt ned til bestanddeler som i seg selv er blitt definert til ”helheter”. Et fragmentert system kan kanskje vanskelig møte den eldres sammensatte problemer på annen måte enn fragmentarisk.

Videre handler dette om kunnskapssyn. Underliggende og underrapportert. Sykehuset presenterer på den ene siden målsettinger for sin virksomhet i forhold til eldre sykehuspasienter med sammensatte helseproblemer. På den andre siden har diagnostiske kultur en markedsorientert styringslogikk, diagnosetenkning omkring helseproblemer og ”Kunnskapsbasert praksis som metode”. Underliggende kunnskapssyn for dette er verken redegjort for, tematisert eller problematisert jf. Kunnskapsegget. Det framlegges som verdinøytrale metoder som gjelder for alle problemstillinger der ”helhet” kan defineres alt etter som det passer, og hvor kontekst er fjernet. Kan dette være et blivende sted for det sansende mennesket? Hva skjer i livsverdenen? Det ser ut til at deltagerne i dette arbeidet og Nerheim underbygger hverandres syn: Kunnskap om perspektiver og referanse til kontekst er å forstå en del av handlingen jf. Kapittel 2.1.

5.2 Språk, situasjon og validering

Er det i en diagnostisk kultur mulig å bevare og utvikle kunnskap om geriatri og rehabiliteringstenkning, og kan arbeidet valideres gjennom kommunikasjon og samhandling? Slik praksisfeltet forholder seg og forteller om, så valideres kunnskap gjennom kommunikasjon mellom involverte parter i en situasjon. Språk og situasjon henger sammen, og kommunikasjon i seg selv er hensiktsmessig. Det gjør ikke diagnoseperspektivet mindre viktig, men plasserer det i en sammenheng der skjønn utøves. Det kan imidlertid se ut som validering av kunnskap på denne måten er ”underrapportert” og lite tematisert og begrepsfestet. Som eksempel på dette, og også som et eksempel på ”språkblanding”; bedriftsøkonomiske termer og helsefaglige begreper i et og samme utsagn:

Tverrfaglig samarbeid er kvalitetssikring. To faggrupper observerer mer og dekker et større perspektiv enn én faggruppe.

Utsagnet første del kan tolkes og analyseres til at ”validering” er byttet ut med ”kvalitetssikring”. Gitt er da at fagpersonen har helsefaglige termer som førstespråk. Begrepene representerer ytterpunkter hva angår tenkning om objekt og subjekt, og forholdet jeg-du. ”Tverrfaglig samarbeid” hører til helsefagenes begrepsverden, og ”kvalitetssikring” hører med i begrepsapparatet i markedstenkning. I produksjon kvalitetssikres produktet, eller objektet, etter forhåndsinnstilte standarder og gjerne på en behandlingslinje. I mellommenneskelige forhold valideres kunnskap om en situasjon gjennom kommunikasjon og samarbeid. Siste del av utsagnet viser til det relasjonelle og perspektivistiske ved fenomenene, og hører hjemme hos helsefagene i livsverdenen. Ellers virker det til at deltagerne forholder seg til inntil fire språk, og det kan se ut som det er et for hver kontekst: Et medisinsk (latin), et helsefaglig, et markedsorientert og et dagligdags språk. Som i seg selv sier noe om kompleksitet, og som i seg selv er imponerende nok. Kanskje er både vanskelighets – og alvorlighetsgrad i praktiske yrker undervurdert.

Det ser ut til at en bedriftsøkonomisk diskurs og evidenslogikken smelter sammen, og tilhørende termer faller like naturlig inn som helsefaglige. I seg selv er det ikke noe

galt i det; det kan handle om språkets bevegelighet. I følge Løgstrup (Kapittel 2.2), vil språkets dynamikk og muligheter for presisering falle bort dersom ord og begreper var entydige. Han sier at ord og begreper først blir entydige *ved bruk i kontekst*, for så å vende tilbake til språkskatten som flertydige. Habermas tar utgangspunkt i at kunnskap er makt. Gir fagpersonene fra seg kunnskap (og makt) dersom de gir fra seg det helsefaglige språket sitt og adopterer et annet språk ment for et annet fagområde? Fagspråk er mettet med kunnskap slik deltagerne definerer dette. Det er i følge Wadel ikke tilfeldig eller likegyldig - *like gyldig* – hvilke ord og begreper som festes på virkeligheten. Ord, bruksområde og handlinger henger sammen. Kunnskapen er ikke bare forankret i personene, men også i de omliggende situasjonene, i det aktivitetssystemet, den virksomheten eller det praksisfellesskapet som man inngår i jf. Nerheim. En deltager sier at nye ord kan være en mulighet til å lære nye ferdigheter. Språket kan være en inngangsport til ny praksis. Uskyldigheten i begrepene *etterspørsel, produksjon, resultatmål, målstyring, profittere, levering, standardisering, kvalitetsindikatorer, benchmarking, kvalitetssikring* avtar. Det er ikke *like gyldig* hvilket språk vi bruker til å beskrive praksis. Det markedsbaserte språket og Kunnskapsbasert praksis med dertil hørende retorikk med for eksempel (av alle ting) beste *praksis*, rører også ved fagpersoners syn på egen praksis og kunnskapsetablering. Som i replikken om jegets tilstedeværelse i en situasjon kan ødelegge for evidensen for tiltakets *egentlige* effekt. Er det ”egentlige” en objektiv og kontekstfri behandling, og ikke også den relasjonelle samhandlingen i kontekst? Er fagpersonen ”støy” som må elimineres som undersøkelseeffekt? Det som kan beskrives matematisk, eksiterer virkelig? Når erfarne fagpersoner heller har fokus på hvordan situasjonen er *uten* dem tilstede, ser jeg på det som et eksempel på at naturvitenskapelig tilnærming kan ha hegemoni også i fagpersoners *bevissthet*. Det underliggende budskapet om at den diagnostiske kultur er objektiv og nøytral, og kun metodikk for bedre styring, ser ikke så lenger så uskyldig ut i mine øyne. Den ser heller ikke ut til å være verdinøytral eller uten en maktdimensjon: Mellommenneskelig samhandling skal ikke bare beskrives matematisk, det ser ut til å være et spørsmål om livsverdenen eksisterer *egentlig*. Utsagnet ”her er det noen som har rettigheter på hva som er å oppdage liksom” faller logisk inn i dette resonnementet.

Naturvitenskap er bunnet i et vitenskapsfilosofisk syn på at verden finnes som et objekt *der ute*, og som det erkjennende mennesket kan observere og komme til kunnskap om i et jeg-det-forhold. Det er kanskje slik at mennesket i prinsipp er avskaffet som kilde til kunnskap ikke bare i fagpersoners møte med pasienten, men også i fagpersoners møte med systemet i en diagnostisk kultur. Dersom ovalene i Kunnskapsbasert praksis – modellen skal tas alvorlig, så er erfaringsbasert kunnskap på størrelse med forskningsbasert kunnskap. Allikevel øver den ene sorten hegemoni på de to andre. Kanskje den diagnostiske kultur er en like lite passende kontekst for geriatriske pasienter som for autonome fagpersoner. Mennesker med ikke sammensatte problemstillinger, rene diagnoser og ellers friske eldre, kan i møte med sykehuset håndtere dette like fint som yngre. Sosiale konsekvenser kan lett overses med støtte i den diagnostiske kultur.

Allikevel er det i dette arbeidet flere eksempler på kommunikativ validering av sann kunnskap om et fenomen. Erfaringsbasert og situasjonsbetinget kunnskap utfolder seg, men verbaliseres og begrepsfestes? Heller ikke her er det gener til formålet slik Wadel uttrykker når han beskriver hvordan en kultur opprettholdes – det må kommuniseres. Habermas sier at livsverdenen opprettholdes gjennom kommunikative handlinger. For at en kultur skal bestå, må den reproduseres i en sosial struktur bestående av mennesker i følge Wadel. Den må passere et aktivt miljø. Se på Sykehusets funksjonsfordeling på tvers av geografi i lys av dette. En kultur kan vanskelige passere et aktivt miljø og reproduseres når fagpersonene befinner seg i Elverum, Hamar, Gjøvik og Lillehammer. De har ingen felles livsverden. Taus kunnskap er personlig kunnskap som ikke kan løsrives fra personen eller praktisk praksis i følge Lundstøl. Fagpersoner som bærere av kunnskap går inn i situasjoner hvor de fysisk er til stede. Jeg understreker at handlingsregler og prosedyrer nødvendige, men tilstrekkelige? De skal *praktiseres* av mennesker. Det skjer gjennom kommunikative handlinger i livsverdenen. Kunnskap demonstreres i og gjennom den enkelte situasjon, og lar seg ikke rekonstruere ved å gå vegen om abstrakte regler i følge Dreyfus & Dreyfus. Læring skjer innen rammen av en situasjon. Med rådende kunnskapssyn, bedriftsøkonomiske diskurs, evidensretorikken, høyt arbeidspress,

mange nyansatte og stadige omorganiseringer er det vanskelig nok om ikke fagpersonene er spredd over store geografiske områder. Ulike perspektiver og kontekster med respektive gyldige kunnskaper om fenomenet bevirker alle ulike praksiser jf. Kapittel 2.1. Etter dette kan ikke fagutøvelsen valideres etter generelle prosedyrer, men gjennom kommunikasjon på det enkelte geografiske stedet.

Når eldre sykehuspasienter og sykehusorganisasjonen for den del, behandles ut fra ett kunnskapssyn, og *bare* det, er det kanskje ikke så underlig om resultatet blir et ikke ønsket fragmentarisk syn. Det paradoksale i det hele er at det ikke mangler evidens på at geriatrisk virksomhet organisert på bestemte måter har effekt slik diagnostisk kultur selv definerer begrepet jf. Kapittel 1.3.3. Dette gir meg et problem. Hvordan kan det da være at så få senger i Sykehuset Innlandet er definert til geriatrisk utredning? På SI Gjøvik er det seks senger.

5.3 Komplementær kunnskap

I fargesirkelen er komplementære farger plassert diametralt mot hverandre. Fargene kan ved å settes sammen framheve hverandre. Dersom komplementære farger blandes, oppstår en tredje farge eller tilstand.

Brukerrespondenten visste ikke hvordan det var å være gammel før hun ble det selv. Kunnskap i kraft av alder kan være komplementær kunnskap til diagnoselogikk og kostnadseffektivitet omkring liggetid for eksempel. Hun legger dette perspektivet på liggetid: Alt heles langsommere hos eldre og de bør få lang nok tid. ”Lang nok tid” kan i seg selv være et problem i den diagnostiske kulturs omdreinings hastighet. Langsommelighet i et hurtigtempo kan knapt *praktiseres*. Respondenten påpeker også medikamentdosering som et problem jf. eksklusjonskriterier i RCT - studier. Komplementær kunnskap kan i denne sammenhengen være at en generalist (og ikke spesialist jf. Boks 2) vurderer medisinaliste i sammenheng med pasientens generelle situasjon. Dess mer spesialisert og detaljert et fagområde er, dess mer nødvendig er det å forholde seg til sammenhengene fenomenene opptrer i.

Deltagernes drøfting omkring funksjonelt språk og verktøy gjenspeiler de ulike faglige perspektiver og sider ved pasientens sammensatte helseproblemer. Eksempel på dette er en kjernesituasjon som ADLmorgen; mettet på kontakt og observasjoner ut fra ulike fokus. Kunnskap om situasjonen blir komplettert i tverrfaglig kommunikasjon og validert gjennom samme. Dette er kunnskaper og ferdigheter fagpersonene "eier" sammen som komplementær kunnskap. Dette avhenger av at jeget stiller seg til rådighet som endepunkt i relasjoner både med kollegaer og pasienter.

Konseptets kontekstfrie gullstandard (uavhengig av språk person, situasjon og kontekst), kan utydeliggjøre fagpersonens kunnskap om egne begrensninger og metoders arbeidsområder. Ved tydeligere å redegjøre for konseptets kunnskapssyn og virkeområde, kan konseptet og fagpersonen representere komplementærkunnskap: En naturvitenskapelig og situasjonsbetinget. Ethiske dilemmaer oppstår i fagpersonen, og det er etisk betenkelig om fagpersonen "løsrives" fra egne begrensninger situasjonen. Det er like etisk betenkelig som at faktisk og presis kunnskap ikke er eliminert i møtet med geriatrisk pasient. I følge Schön belyses kunnskapens dynamikk ved at praktikerer reflekterer *i* handlingen, erfarer og korrigerer seg selv (refleks) for så å reflektere *over* sine handlinger i etterkant. I praksis observeres dette ved at fagpersonen tilpasser sine responser til variasjoner i fenomener hun står overfor; vurderer fra øyeblikk til øyeblikk hvilke steg som er passende videre. Problemet er ikke klart i starten og det er ikke "noen innlysende overensstemmelse mellom situasjonens karakteristika og det tilgjengelige forråd av teorier og teknikker" Kapittel 2.1.

Det ser ut for meg at komplementær kunnskap i seg selv, i ordets betydning og som fenomen, betinger at fagpersoner fastholder sitt eget perspektiv. Om alle så pasienten fra samme ståsted som for eksempel fra rehabiliteringsperspektivet, ville mange kunnskaper om pasienten og hennes situasjon gå tapt.

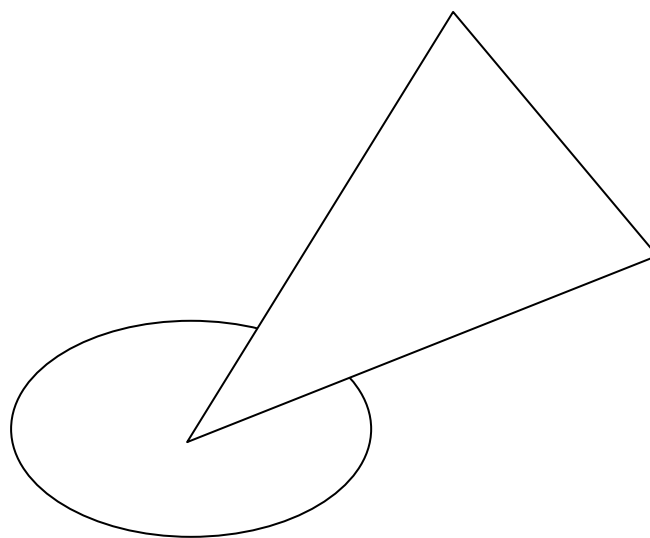
5.4 Pålitelig kunnskap om klinisk praksis og organisering av denne?

Ut i fra dette arbeidet ser jeg det slik at pålitelighet avhenger av om systematisk kommunikasjon og samhandling settes i system over tid. Kulturer bevares ved at å passere en sosial struktur bestående av mennesker. Situasjonsbetinget kunnskap er ikke abstrakt, statisk og kan ikke standardiseres. I dette arbeidet der systematisk kommunikasjon og samhandling er satt i system over år, er kunnskap om geriatri og rehabiliteringstenkning bevart og utviklet i avdelingen. Dette til tross for, men også komplementært til, den diagnostiske kulturs kunnskapssyn og prosedyrebelagte praksis. Gjennom avdelingens omskiftelighet, omorganisering og mange nyansatte har kunnskapen latt seg opprettholde. Men igjen, kunnskapen må kontinuerlig passere (kommuniseres) i den sosiale strukturen, og det må være satt i system.

Samlokalisering mellom geriatri og slagenhet viser dette tydelig. De dagene ”geriatripersonalet” som bærere av denne kunnskapen arbeider på geriatrigruppa, og ikke på andre pasientgrupper, kan det oppstå problemer med å *identifisere* den geriatrike pasienten jf. Pettersen & Wyller.

Om pålitelighet i kunnskap kan en aktuell refleksjon være om forskning og *anvendt* forskning. Det mangler ikke evidens etter diagnostisk kulturs eget evidenshierarki for at geriatrikisk virksomhet har effekt. Allikevel er det ikke mange senger i Sykehuset Innlandet definert til formålet. Det må bety at selv om kunnskap har gyldighet og er pålitelig etter egne kriterier, så *anvender* sykehuset ikke nødvendigvis forskningsresultater fra denne type forskning heller. Dersom forskning og forskningspålitelighet også har noe med etikk å gjøre, så vil jeg videre si at denne kunnskapen om effekter av geriatrikisk virksomhet, avkrever handling. Dette i forhold til samfunnets målsettinger for eldre i spesialisthelsetjenesten, men også i forhold til helseforetaket som har tilbudet til eldre som prioritert område mot 2012. Uten tilliggende handlinger blir den evidensbaserte kunnskapen død kunnskap som ingen er tjent med. Kanskje det er her menneskets motstand mot instrumentalisering (jf. Martinsen) reflekteres, og som begge paradigmer lider under: Det relasjonelle praktiseres uten å være evidensbasert i henhold til et naturvitenskapelig perspektiv, hvor evidensbasert kunnskap er begrepsfestet og (første) prioritert, men som ikke

bestandig er like anvendelig i livsverdenen. Mitt budskap er at Kunnskapsbasert praksis har sin berettigelse når den anvendes av mennesker som bruker skjønn. Det får sin anvendelse i livsverdenen; i den erfaringsbaserte kunnskapen og brukerkunnskapens ovaler:



Det er der etiske dilemmaer oppstår, og hvor skjønnnet utøves i en konkret situasjon og kontekst.

6 Konklusjon og forslag videre

Å bygge på et skip i fart er som å gå på toalettet mens bussen er i bevegelse. Stor fallfare. Vitenskap er sammenlignet med et skip som stadig omarbeides mens det er under seilas, og der deler må byttes ut enkeltvis (Gilje & Grimen 1993). I dette arbeidet henspiller tittelen også på avdelingens omdreiningshastighet, intensitet og omskiftelighet. Prosesser slik som dette i arbeidet må føye seg inn i hurtigheten, men samtidig få rom til å utfolde seg. Masterarbeidet som det har latt seg realisere, viser i seg selv at det er mulig å arbeide flerkontekstuellet etter helsefremmende prinsipper i en diagnostisk kultur. På tvers av seksjoner, avdelinger og divisjoner og på tross av at diagnostiske kultur står i fare for å benchmarke bort flere deler av geriatrisk virksomhet. Det at tverrfaglig samarbeid erfares av deltagere som tidsbesparende skal heller ikke undervurderes i en diagnostisk kultur.

Når det gjelder Kunnskapsbasert praksis så ser jeg som største fare ved dette konseptet at kunnskap løsriver fra menneske og kontekst. Taus kunnskap er personlig handlingsbåren kunnskap som ikke kan løsriver fra personen eller praktisk praksis. Dette konseptet i egensvingning har ikke bare konsekvenser for kunnskapssyn men også menneskesyn og etikk. Ingen sjel og ingen skjønnsmessig vurdering. Høy reliabilitet går på beskostning av validering opp mot praksis. Egenfrekvens kan oppstå kun når svingende system er overlatt til seg selv. Jeg ser det som praksisfeltets oppgave å ikke la dette systemet være i fred.

Når det gjelder komplementær kunnskap ser det ut som, kanskje paradoksalt nok, at fagpersoner må holde fast i sitt eget perspektiv, dersom respektive kunnskaper skal fortsette å være gjensidig komplementære til hverandre. Det bærer like galt av sted for pasienten, som for fagpersonene, å møtes kun i et (rehabiliterings-) perspektiv, som kun i et annet (diagnoseperspektivet). Det må være en tverrfaglig kommunikativ praksis der begge perspektiver brukes med skjønn.

Den diagnostiske kultur framviser en stor iver på å *tallfeste* praksis. Masterarbeidet har vist at fagpersoner gyldiggjør kunnskap gjennom dialog *også*. Videre er det eksempler på ”språkblanding” der bedriftsøkonomiske termer anvendes til å beskrive helsefaglig praksis. Kommunikativ validering ser ut til å være lite omtalt og begrepsfestet som fenomen. Min første plan er å skrive om fenomenet i artikkelform. Forslag til videre arbeid er å få satt ord på og å begrepsfeste ”gyldiggjøring av kunnskap gjennom kommunikasjon” som *praksis*. Dette både i ovalen for erfaringsbasert kunnskap så vel som for brukerkunnskap. ”Kommunikativ validitet” som et abstrahert begrep, er ikke nødvendigvis anvendbart i praksis. I følge Wadel er en grunnleggende måte å bevege seg fra den ene sorten (taus) kunnskap til den andre (eksplisitt), å sette ord på og begrepsfeste kunnskapen. ”Forskning i egne erfaringer handler ofte om å teoretisere over egne praksiserfaringer – å bevege seg fra praktisk til teoretisk kunnskap” jf. Wadel i Kapittel 3.3.7. Derfor: La fenomener få ord og omtale i praksisfeltet. Konkrete forslag for å opprettholde og videreutvikle kunnskapen om rehabiliteringstenkning og geriatri i praksisfeltet, er at det også i fortsettelsen må være kontekster som inviterer til tverrfaglig kommunikasjon. Dette må settes i system ved for eksempel ved å legge tverrfaglige møtepunkter (også med leger) inn i avdelingens struktur. Det må i flere fora sikres representasjon av flere perspektiver i forhold til å identifisere den geriatrike pasienten. Kollegabasert veiledning med fokus på geriatri må opprettholdes og utvides til å gjelde også for studenter, og studenter av alle slag.

På systemnivå viser Nerheim (1996) til Habermas når hun foreslår en sykehusorganisasjon basert på kommunikativ ledelse i en verkstedmodell som alternativ til nåværende hierarkimodell (Nerheim 1996).

7 Avslutning

Randi ble etter noe tid reinnlagt. Da var hun enda svakere og ville verken spise eller drikke. Hun døde på sykehuset. Astrid hørte vi ikke mer til. Pers nabo og en hjemmesykepleier kom til nettverksmøte på sykehuset. Hun sa at også Pers mor kunne være med til sykehjemmet slik at de kunne fortsette å bo sammen der. Det slo Per seg til ro med, og ble med dem samme dag. Ingen må tro at Randi, Astrid og Per som representanter for den geriatriske pasienten, er alene om å ha sammensatte helseproblemer. Å ha rusproblemer kombinert med psykiske lidelser er eksponent for samme. Begge blir svake grupper i møte med systemet.

Dersom en helsearbeider ikke er klar over hvilken metode som matcher hvilke problemstillinger, og til hvilket punkt en metode korresponderer med virkeligheten, så glipper validiteten i samme punkt – evidensbasert eller ikke.

8 Litteraturliste

- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Oslo, TANO.
- Andersen, T. H. (2008). Vegskifte. *Nordisk sosialt arbeid Nr. 1*, Vol 28 s. 15-27.
- Bakka, E., Seland, B. & Vårdal, D. (1986). *Grunnbok i folkedans*. Oslo, Noregs boklag/Samlaget.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. (1991). *Intuitiv ekspertise: den bristede drøm om tænkende maskiner*. København, Munksgaard.
- Dreyfus, H. L. (2001). *On the internet*. London, Routledge.
- Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 36: s. 1036-1047.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis. Arbeidsnotat nr. 6/2004*. Tilgjengelig fra: <http://www.hio.no/content/view/full/36592> (lest 29.08.09).
- Ekeland, T.-J. & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* Oslo, Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2004). *Demens: fakta og utfordringer : en lærebok*. Sem, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting practice and theory in an occupational framework 1998: Elanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy* 1998. 52 (7) s. 509 - 521.
- Fisher, A. G. (2003). Why is it so hard to practise as an occupational therapist? . *Australian Occupational Therapy* 2003. 50 (4) s. 193 - 194.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København, Akademisk Forlag.
- Forskningsetiske komiteer. (2009). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo. Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no> (lest 13.10.09).
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo, Universitetsforlaget.

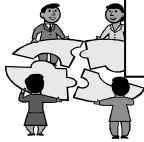
- Gjerberg, E., Bjørndal, A. & Fretheim, A. (2006). *Effekt av geriatrike tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1999). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, Aldine de Gruyter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/1999/i-0971-b.html?id=87485 (lest 06.10.09).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering*. Oslo, Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Innsatsstyrt finansiering* Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2006/I-32006.html?id=109585> (lest 15.10.09).
- Helsedirektoratet. (2009). *ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Trondheim, KITH Informasjonsteknologi for et bedre helsevesen. Tilgjengelig fra: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_____1161.aspx (lest 12.11.09).
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*, Lovdata. Tilgjengelig fra: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&& (lest 01.12.09).
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2007). Fokusgruppeintervju - en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. I: Beston, G. (red.) *Handlingsorientert forskningssamarbeid: refleksjoner fra forskningsprosjektet "Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet" (PHIL)*. Elverum, Høgskolen i Hedmark.
- Indredavik, B. (2006). *En effektiv slagenhet - hva er det?*, Den Norske Legeforening 127:1214-8. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1527279 (lest 15.10.09).
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand, Høgskoleforlaget.
- Johansen, A.-E., Nyborg, I. & Ryen, L. (2002). Dynamisk systemteori i ergoterapeutisk praksis. *Ergoterapeuten*, 5/2002.

- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia, F.A. Davis.
- Kinn, L. G. (2005). *Evidensbasert praksis - et tveegget sverd for ergoterapeuter?* Bergen, Vitenskapsteoretisk essay del av PhD-kurs i Vestnorsk Nettverk, Høgskolen i Bergen. Tilgjengelig fra: <https://bora.hib.no/bitstream/10049/86/1/Kinn-evidensbasert-praksis.pdf> (lest 14.11.09).
- Kinn, L. G. (2007). Evidensbasert praksis - et tveegget sverd?: en drøfting av problematiske sider ved evidensbasert ergoterapi. I: Horghagen, S. (red.) *Beste praksis i ergoterapi*, s. 99-117. Trondheim, Tapir akademisk forlag.
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene*, Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/all/nl-19821119-066.html&1-3> (lest 01.12.09).
- Kunnskapssenteret. (2008). *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/> (lest 11.11.09).
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Legehåndboken (red). (2008). *Legehåndboken*, Helsebiblioteket, Norske Helseinformatikk (lest 04.12.09).
- Lian, O. S. (2006). Den moderne Eos - myten Om medikalisering som modernitetsform. *Sosiologisk tidsskrift* VOL 14: 63-87.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Lian, R. (2003). *Kompetanseutvikling på arbeidsplassen: veiledning som tilnærming til kvalitetssikring i helsetjenesten : et aksjonsforskningsprosjekt*. Gjøvik, Høgskolen i Gjøvik.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Lundstøl, J. (1999). *Kunnskapens hemmeligheter*. Oslo, Cappelen akademisk forlag.
- Lundstøl, J. (2004a). *Arbeidsnotat om Donald Schön: Den reflekterte praktiker* Høgskolen i Gjøvik Kompedium MHPCC Modul 2 Emne 4 Desember 2006.
- Lundstøl, J. (2004b). Er praktisk kunnskap gyldig kunnskap? . I: Gamst, B., Halskov., T. & Lentz, B. (red.) *På sporet af kundskabens veje i socialt arbejde*. København, Socialpolitisk Forlag.

- Lundstøl, J. (2009). *Praktisk kunnskap*. Oslo, Høgskolen i Oslo. Tilgjengelig fra: <http://www.hio.no/Enheter/Avdeling-for-samfunnsfag-SAM/FoU-ved-SAM/Forskning-og-utvikling/HUSK/Innlegg-forelesninger/John-Lundstoel-seminarrekke-vaaren-2009> (lest 14.11.09).
- Løchen, Y. (1971). *Behandlingssamfunnet: sosiologiske essays om forholdet mellom medisin og samfunn*. Oslo, Gyldendal.
- Løchen, Y. (1976). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2001). Huset og sangen, gråten og skammen: rom og arkitektur som ivaretager av menneskets verdighet. I: Wyller, T. (red.) *Skam: perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. København, Gad.
- Martinsen, K. (2009). Evidens - begrensende eller opplysende. *Ergoterapeuten* 11/2009/52.
- Mattingly, C. & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia, F.A. Davis.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nerheim, H. (1996). *Vitenskap og kommunikasjon: paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ness, N. E. (1999). *Helse gjennom aktivitet*. Temahefte 1:1999. Oslo, Norsk Ergoterapiforbund.
- Nessa, J. (1995). *NERHEIM, HJØRDIS "Vitenskap og kommunikasjon." Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori. Anmeldt av John Nessa*. Tilgjengelig fra: <http://www.uib.no/isf/utposten/1995nr7/utp95711.htm> (lest 28.08.09).
- Norsk Ergoterapeutforbund NETF. (2008). *Yrkesetiske retningslinjer* Tilgjengelig fra: <http://netf.no/Netf/Fag-og-yrkesutoevelse/Fagprofil/Yrkesetikk/Yrkesetiske-retningslinjer> (lest 18.10.09).
- Norsk geriatrisk forening. (2003). *Kjennetegn ved den geriatriske arbeidsmåten*. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=17857> (lest 12.11.09).

- Nyborg, I. (2008). *Hva kan vi gjøre for at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter?* Studentoppgave. Gjøvik, Høgskolen i Gjøvik.
- Nygaard, H. A. & Bondevik, M. (2006). *Tverrfaglig geriatri: en innføring*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter*, Lovdata. Tilgjengelig fra: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&& (lest 01.12.09).
- Pettersen, R. & Wyller, T. B. (2007). *Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom*, Tidsskrift for Den norske legeforening 127:600:3. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1497067 (lest 15.10.09).
- Ramsdal, H. & Skorstad, E. (2004). *Privatisering fra innsiden: om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Reason, P. & Bradbury, H. (2006). *Handbook of action research: the concise paperback edition*. London, Sage.
- Saltvedt, I. (2006). *Behandling av akutt syke, skrøpelige pasienter: Redusert dødelighet i geriatrisk sengeenhet* Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/ntnu/info/dr/dr.med/03.06/saltvedt.htm> (lest 11.10.09).
- Schön, D. A. (1991). *Educating the reflective practitioner*, Høgskolen i Gjøvik Kompendium MHPCC Modul 2 Emne 4 Desember 2006.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo, Aschehoug.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre*. Oslo, Sosial - og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjeneste* Lovdata. Tilgjengelig fra: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-061.html&emne=lov+om+spesialisthelsetjeneste*&& (lest 10.10.09).
- St. meld. nr. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 21. (1998-1999). *Ansvar og mestring*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

- Sykehuset Innlandet. (2004). *Prosjekt Geriatri. "Heng deg ikkje opp i detaljane før du forstår heilskapen"*. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset-innlandet.no> (lest 05.10.09).
- Sykehuset Innlandet. (2008). *Strategisk utviklingsplan 2009 – 2012 Sykehuset Innlandet HF*. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset-innlandet.no> (lest 11.10.09).
- Sykehuset Innlandet. (2009a). *Fakta om Sykehuset Innlandet*. Tilgjengelig fra: <http://www.sykehuset-innlandet.no> (lest 05.10.09).
- Sykehuset Innlandet. (2009b). *Kunnskapsegget*. Tilgjengelig fra: <http://egget.sykehuset-innlandet.no/> (lest 14.11.09).
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus: forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Tøndel, G. (2007). *Hvordan DRG - systemet påvirker medisinsk praksis*. Tidsskrift for Norsk Lægeforening. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1545935 (lest 15.10.09).
- Vetlesen, A. J., Bauman, Z., Nortvedt, P. & Andersen, S. (1996). *Nærhetsetikk*. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord, SEEK.
- Wadel, C. (2006). *Forskning i egne erfaringer*. Flekkefjord, SEEK.
- Westhagen, H. & Faafeng, O. (2002). *Prosjektarbeid: utviklings- og endringskompetanse*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Wifstad, Å. (1994). Møtet med den andre. Om ekspertkunnskapens grenser. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr. 30: s. 3678-3680.
- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo, Universitetsforlaget.



PROSJEKT: Hva kan vi gjøre for at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter?

Ingrid Nyborg

Ergoterapeut i Geriatrieteamet SI Gjøvik
og student ved Høgskolen i Gjøvik,
Master of Health Promotion and Community Care (MHPCC, 2006 – 2009)
Telefon 57609. Mobil 480 43189
ingrid.nyborg@sykehuset-innlandet.no

LOKALT UTVIKLINGSPROSJEKT VED MEDISINSKE AVDELINGER, SI GJØVIK 2007 – 2008

Til

Sykehuset Innlandet Divisjon Gjøvik Medisinsk Avdeling
Sykehuset Innlandet Divisjon Gjøvik Medisinsk Avdeling 1
Sykehuset Innlandet Divisjon Gjøvik Medisinsk Avdeling 2
Sykehuset Innlandet Divisjon Medisinsk Service Avdeling for Ergoterapi og Fysioterapi

Forespørsel om samarbeid om lokalt utviklingsprosjekt.

Jeg vil med dette søke om samarbeid med medisinske avdelinger ved SI Gjøvik (Avdeling 1 og Avdeling 2) om gjennomføring av prosjekt med tittel *'Hva kan vi gjøre for at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter?'*

Intensjonen med prosjektet er å bidra til bedre funksjon og redusert behov for varige omsorgstjenester for eldre pasienter gjennom lokalt og deltagerbasert fagutviklingsarbeid.

Prosjektet inngår som deleksamen i min mastergradsutdanning i helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet (MHPCC) ved Høgskolen i Gjøvik. Veileder er: Bente Thyli, HiG, tlf.: 61 13 53 39.

Prosjektets overordnede målsetting er at tilbudet om tverrfaglig tilnærming når fram til flere inneliggende eldre pasienter. Delmål omhandler 1) at fagpersoner videreutvikler et funksjonelt språk i tverrfaglig samarbeid, 2) tar i bruk eksisterende materiale, og utvikler systemer og rutiner for å sikre at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flest mulig eldre pasienter, og 3) at ansatte utvikler kompetanse i å avholde nettverksmøter.

Målgruppe er fagpersoner tilhørende Medisinsk avdeling 1 og 2; sykepleiere og hjelpepleiere med større stillingsbrøker, fysioterapeut, ergoterapeut, lege. Målsetting og metode betinger en viss kontinuitet i gruppesammensetning.

Metodisk vil prosjektgjennomføringen basere seg på et utvalg fagpersoners deltagelse i arbeidsgrupper/workshops med fokus på videreutvikling av tverrfaglige systemer for utredning av eldre pasienter i sykehus (tverrfaglig rapport-mal, nettverksmøter, individuell plan). Se vedlagte milepælsplan og evalueringsskjema). Arbeidsgruppemøter vil avholdes annenhver uke fra og med uke 41 i 2007 til og med uke 9 i 2008 (ca. en times varighet, møtevirksomhet tilrettelagt i samarbeid med avdelingssykepleiere).

Referansegruppe: Jeg håper at sentrale fagpersoner i Divisjon Gjøvik, Avdeling 1 og 2, Avdeling Ergoterapi og fysioterapi og en lege, kan delta i prosjektets referansegruppe med dialog og innspill i prosjektgjennomføringsperioden fra og med oktober 2007 og til og med mars 2008. Det planlegges 3-4 møter i referansegruppa i denne tida.

Rapportering vil skje gjennom avsluttende prosjektrapport, møter i referansegruppe underveis og evt. seinere intern presentasjon av arbeidet i ulike fora.

Gjøvik 04.09.07

Med vennlig hilsen Ingrid Nyborg



Ingrid Nyborg

Ergoterapeut i Geriatrieamet SI Gjøvik /

student ved Høgskolen i Gjøvik,

Master of Health Promotion and Community Care (MHPCC, 2006 – 2009)

Telefon 57609. Mobil 480 43189

ingrid.nyborg@sykehuset-innlandet.no

GERIATRI – ELDRE SYKEHUSPASIENTER OG REHABILITERINGSTENKNING

Til

Sykehuset Innlandet Divisjon Gjøvik Medisinsk Avdeling

Sykehuset Innlandet Divisjon Gjøvik Medisinsk Avdeling 1

Sykehuset Innlandet Divisjon Medisinsk Avdeling v/ overlege

Sykehuset Innlandet Divisjon Medisinsk Service Avdeling for Ergoterapi og Fysioterapi

Forespørsel om samarbeid om aksjonsforskning i Avdeling 1

Først vil jeg vise til vedlagte Prosjektrapport 2007 – 08 ”Hva kan vi gjøre for at tilbudet om tverrfaglig utredning når fram til flere eldre sykehuspasienter?” Denne gangen søker jeg samarbeid med Medisinsk Avdeling 1 om gjennomføring av aksjonsforskning med utgangspunkt i *Strategisk utviklingsplan 2009 – 2012 for Sykehuset Innlandet HF*, Pkt. 4.2; Tilbudet til eldre i spesialisthelsetjenesten.

Hvordan kan det la seg gjøre å integrere rehabiliteringstenkning ved behandling av eldre i sykehus, implementere ønskede tiltak og å styrke virksomme tilbud?

Intensjonen med prosjektet er å bidra til at kompetanse innen geriatri opprettholdes og videreutvikles på avdelingen jf vedlagte prosjektrapport.

Aksjonsforskningen er masteroppgave i Helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet (MHPCC) ved Høgskolen i Gjøvik. Veileder er Professor Jon Lundstøl, telefon 61 13 53 14.

Prosjektets overordnede målsetting er at tilbudet om tverrfaglig tilnærming når fram til aktuelle pasienter på avdelingen. Med utgangspunkt i *Strategisk utviklingsplan 2009 – 2012*, er målsetting integrering av rehabiliteringstenkning gjennom implementering av tverrfaglig rapportsystem, og å styrke avdelingens kollegabasert veiledning i geriatri. Målgruppe er fagpersoner tilhørende geriatri i Avdeling 1: Sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fysioterapeut, ergoterapeut. Metodisk vil prosjektgjennomføringen basere seg på

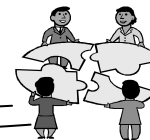
- Et utvalg fagpersoners deltagelse i flerstegs fokusgruppe.
- Målrettet innsats på kollegabasert veiledning.

Deltagende observasjon i form av hospitering hos et utvalg fra alle faggrupper. Dette for en større bakgrunnsforståelse for avdelingens virksomhet. Deltagende observasjon på døgnbasis ønskes gjennomført etter avtale. På bakgrunn fra erfaringer i det forrige prosjektet om hva som lar seg gjennomføre i en travel hverdag, er utgangspunktet å avholde Fokusgruppemøter på én times varighet annenhver torsdag kl. 13.15 – 14.15 i til sammen 7 ganger i løpet av februar og april/mai. Dette parallelt med målrettet innsats på kollegabasert veiledning onsdager kl. 11.30 – 12.00. Se vedlagte Milepælsplan.

Eller håper jeg at sentrale fagpersoner vil delta i en form for Referansegruppe. Det planlegges 2 møter i vårsemesteret. Rapportering vil skje gjennom masteroppgave, og intern og ekstern presentasjon av arbeidet i ulike fora.

Gjøvik 16.12.08

Med vennlig hilsen Ingrid Nyborg



Ingrid Nyborg

Ergoterapeut i Geriatrieamet SI Gjøvik /

student ved Høgskolen i Gjøvik,

Master of Health Promotion and Community Care (MHPCC, 2006 – 2009)

Telefon 57609. Mobil 480 43189

ingrid.nyborg@sykehuset-innlandet.no

ELDRE SYKEHUSPASIENTER OG REHABILITERINGSTENKNING

Til

Sykehuset Innlandet Divisjon Gjøvik Medisinsk Avdeling

Forespørsel om deltagende observasjon som del av oppstartet aksjonsforskning på Avdeling 1

Viser til tidligere brev datert 16.12.08, møtet samme dag, vitenskapsteoretisk essay samt div. konfereringer i forbindelse med dette prosjektet.

Masterprosjektet har nå pågått snart i en måned, se vedlagte Framdriftsplan. Tema *Eldre sykehuspasienter og rehabiliteringstenkning* er fokus i Prosjektgruppa, på ukentlig kollegabasert veiledning og i kommunikasjon i avdelingen rundt pasienter i forbindelse med tverrfaglig rapport ved utreise.

Denne forespørselen gjelder en annen metode som også er vanlig framgangsmåte ut fra en fenomenologisk hermeneutisk posisjon - deltagende observasjon.

Formålet er todelt: 1) Hvordan rehabiliteringstenking - i gitte forum i en gitt tidsperiode - kommer til syne/til uttrykk i samspill fagpersoner i mellom, og blir trukket inn i helsehjelpen som ytes til eldre sykehuspasienter i avdelingen. 2) Utvide prosjektets og avdelingens (30 – 40) fagpersoners mulighet til å påvirke når det gjelder rehabiliteringstenkning i forhold til eldre pasienter i avdelingen.

Det utarbeides en observasjonsguide der ”markører” for rehabiliteringstenking for eksempel kan være omtale av brukerperspektiv, pasientens kontekst (eks. fysisk og sosialt omgivelse hjemme), planlegging av kontakt med pårørende og kommune, tverrfaglig samarbeid, planlegging av utreise jf. ’Forskrift om habilitering og rehabilitering’ hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om spesialisthelsetjenesten.

Jeg ser for meg at sentrale arenaer for rehabiliteringstenkning i avdelingen kan være sykepleierrapporter og previsitter. Jeg ber om å få være til stede på et gitt antall i en gitt tidsperiode.

De etiske implikasjonene i dette er gjort rede for i vedlagte e-post fra Helsedirektoratet v/ Førstekonsulent i Avd. bioteknologi og generelle helselover. Kort kan dette sammenfattes slik, se vedlagte utsnitt av brev av 13.01.07 fra De nasjonale forskningsetiske komiteer til Universitets – og høgskolerådet om etisk vurdering av studentprosjekter innen helsefag på bachelor – og mastergradsnivå.

- 1) Dersom pasienten er anonym for forsker, vil forsker kunne delta på pre-visittmøtet uten at dette er i strid med taushetsplikten
- 2) Dersom identiteten og pasientens helseopplysninger er kjent for forsker i kraft av å være behandlende helsepersonell vil forsker kunne delta på pre-visittmøtet uten at dette er i strid med taushetsplikten

Håper dette kan være en interessant for både divisjonen og avdeling å fokusere og tematisere rehabiliteringstenkning på denne måten. Jeg ser fram til svar. For videre spørsmål – ta kontakt. Min veileder er Professor Jon Lundstøl, telefon 61 13 53 14.

Gjøvik 09.03.09 Med vennlig hilsen Ingrid Nyborg

**Ingrid Nyborg**

Ergoterapeut i Geriatrieteamet SI Gjøvik

og deltidsstudent ved Høgskolen i Gjøvik,

Master i Helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet (MHPCC, 2006 – 2009)

Telefon 57609. Mobil 480 43189

ingrid.nyborg@sykehuset-innlandet.no**SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg samtykker i å delta i gruppearbeid/i kollegabasert veiledning/deltagende observasjon omkring tema: **Hvordan integrere rehabiliteringstenkning i forhold til eldre sykehuspasienter?**

Gruppearbeidet vil vare 1 time hver gang, og jeg samtykker til deltagelse i inntil 7 gruppemøter. Kollegabasert veiledning varer 30 minutter hver gang, og jeg samtykker til deltagelse et antall ganger alt etter turnus. Deltagende observasjon etter nærmere avtale. Tidsrom er fra uke 7 t.o.m. uke 20 våren 2009.

Min deltagelse er basert på et informert samtykke, og jeg kan når som helst trekke meg fra videre deltagelse uten at dette får konsekvenser av noen art for mitt arbeidsforhold. Jeg er informert om at det utarbeides anonymisert skriftlig referat fra gruppearbeid og veiledning, og samtykker til at utdrag av referatene vil inngå som materiale i analyse og rapportering i form av masteroppgave. All informasjon i tilknytning til min deltagelse i gruppesamtalene vil bli konfidensielt behandlet, og ingen uttalelser i gruppesamtalene vil kunne føres tilbake til personer som deltar. Dette gjelder både i selve prosjektperioden og ved publiseringen av undersøkelsesresultater. Når prosjektet er avsluttet vil alle opplysninger som kan bidra til å identifisere deltakere bli slettet.

Masteroppgaven vil være praksisnær og åpen, tid – og stedfestet for eksempel slik: SI Gjøvik 2009, Medisinsk avdeling, geriatrisk utredningssenger, tverrfaglig utredning med benevnelse av yrkesgrupper. Veileder er Professor Jon Lundstøl, Høgskolen i Gjøvik tlf. 61 13 53 14.

BEKREFTELSE PÅ INFORMERT FRIVILLIG SAMTYKKE

Jeg har lest samt fått muntlig informasjon ovenfor, og samtykker til deltagelse i gruppearbeid og kollegabasert veiledning om integrering av rehabiliteringstenkning ved behandling av eldre sykehuspasienter. Jeg samtykker til deltagelse i (antall) gruppearbeid / kollegabasert veiledning / deltagende observasjon i løpet av første halvår 2009. Jeg vil motta et underskrevet eksemplar av min samtykkeerklæring. Gjøvik den.....

.....

Underskrift, gruppedeltager

.....

Underskrift, prosjektleder

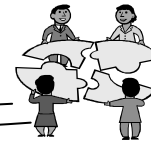


Kollegabasert veiledning. Referat dato Antall personer til stede:

| Kl | | Tema |
|----|--|------|
| | | |

Meny på rullerende kollegabasert veiledning 2008 – 2009 med fokus på geriatri. Onsdager 11.30 - 1200:

| TEMA | Etter Fase 1 i 2008 Uke | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | |
|--|-------------------------|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|
| | 2009 Uke | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| ”Det er få som har positiv effekt av sengeleie, og er god behandling kun til 2-3 diagnoser.” | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komparentopplysninger. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inntakskriterier i geriatrisk utredingsseng | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geriatrisk sykepleie i forhold til ”vanlig” sykepleie – hva er det? | | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergoterapi – hva er det? | | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dagsplan – når, hvem og hvordan | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | |
| Fysioterapi – hva er det? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geriatrisk utredning og tverrfaglig tilnærming. Hva er forskjell? Henvvisning til fysio/ ergo ved eks. kronikere og KOLS. Individuell Pl. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Individuell plan til eldre pasienter. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hva er geriatri? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tverrf. rapport. Hva og hvordan? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brukermedvirkning. Paternalisme og autonomi / Overstyring og selvråderett. | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eldre mennesker har andre symptomer enn yngre ved samme sykdom/diagnose. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annet: Geriater, alderspsykiater, prest, fysioterapeut, rusmiddelteam, rapportskrivning, tvangsmidler, skjerming, hygiene, dagsaktuelle hendelser. | | X | X | X | X | X | | X | | | X | | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | | X | |
| Antall personer til stede 2008 | | ? | 9 | 9 | 9 | ? | ? | ? | - | ? | 6 | 5 | 15 | 15 | 13 | 13 | 10 | 10 | 12 | 9 | 9 | 9 | 10 | - | 10 | 10 | - | 9 | 11 | |
| Antall personer til stede 2009 | | 8 | 12 | 9 | - | 8 | Fase 2 | | | | | | | | | | 10 | 12 | 11 | 8 | 8 | 7 | Innsparing i Avd. fysio/ergoterapi | | | | | | | |
| | | | | | | | 8 | 15 | 5 | 9 | 10 | 8 | 9 | - | 7 | 8 | 10 | - | 20 | | | | | | | | | | | |



Deltagende observasjon

Formålet er todelt: 1) Hvordan rehabiliteringstenking - i gitte forum i en gitt tidsperiode - kommer til syne/til uttrykk i samspill fagpersoner i mellom, og blir trukket inn i helsehjelpen som ytes til eldre sykehuspasienter i avdelingen. 2) Utvide prosjektets og avdelingens (30 – 40) fagpersoners mulighet til å påvirke når det gjelder rehabiliteringstenkning i forhold til eldre pasienter i avdelingen.

Observasjonsguide med ”markører” for rehabiliteringstenking; person & kontekst

| Dato: Kl: Antall til stede: | Situasjon: | Personer kommer inn | Tlf ringer |
|--|------------|---------------------------|---------------|
| Omtale av / handlinger i forhold til | | | |
| Brukerperspektiv – Er pasienten spurt om hva hun/han ønsker | | | |
| Dagsplan | | | |
| ADLskjema | | | |
| Fysisk omgivelse – tilrettelegging før utreise | | | |
| Sosial omgivelse. Nettverk. | | | |
| Kontakt/samarb. med pårørende | | | |
| Samarbeid kommune | | | |
| Hvilke notater leses (DIPS) | | | |
| Henvisning til andre faggrupper | | | |
| Tverrfaglig/tverr- etatlig samarbeid | | | |
| Tverrfaglig rapport | | | |
| Individuell plan | | | |
| Planlegging utreise | | | |
| Kommentarer på selve tema | | | |



Ingrid Nyborg
Ergoterapeut i Geriatrieamet SI Gjøvik /
student ved Høgskolen i Gjøvik,
Master of Health Promotion and Community Care (MHPCC, 2006 – 2009)
Telefon 57609. Mobil 480 43189
ingrid.nyborg@sykehuset-innlandet.no

Tema og spørsmålsstillinger til sykepleiere

- Fortell historien om kollegabasert veiledning slik den ble til på avdelingen (ta gjerne med referanse til litteratur, artikler)
 - Formell opplæring?
 - Når i tid?
 - Hvordan prosessen om å innføre
 - Hvorfor
 - Målsetting

- Rehabiliteringstenkning
 - Når opplevde du i din tid som sykepleier at dette ble et tema?
 - Erfaringer diagnosefokus i previsitt.
 - Har dere felles undervisning med leger?
 - Hva vil du si har skjedd i forhold til rehabiliteringstenkning på avdelingen etter at geriatrien kom dit?

Tema og spørsmålsstillinger til leger

Premiss: Det som kjennetegner rehabiliteringstenkning er å se pasienten i sammenheng med kontekst (og ikke bare diagnose). "Diagnose er en ting, funksjon er noe annet" ble det sagt en dag i previsitt.

- Når kommer pasientens kontekst (hjemmeforhold, kontakt kommune etc.) opp som relevant tema?
- Når, hvor og med hvem drøftes utreise?
- Forhold til rehabiliteringstenkning?
- Diagnoseperspektiv – er det en fordom at leger tenker diagnose?
- Geriatri kom inn på avd. for en 3-4 år siden
 - Gjorde det en forskjell for dere?
 - Hva gjorde det med avdelingen?
 - Var det ønsket?
 - Geriatri – er det lavstatus hos leger som det kan være hos andre faggrupper?
 - Hvor mange "tverrfaglige" / "rehabiliteringspasienter" pasienter opplever dere å ha på avd.?
 - Leser dere Tverrfaglige rapport geriatri?
 - Er det realistisk at også legen kunne ha skrevet i den i stedet for i epikrise?
 - Hvor ligger de geriatiske pasientene på huset om ikke på denne avdelingen?

Fra: Kari Steig [mailto:Kari.Steig@helsedir.no]

Sendt: 6. mars 2009 14:43

Til: Nyborg, Ingrid

Emne: VS: Deltagende observasjon (av fagpersoner) på egen arbeidsplass (sykehusavdeling)

Hei,

Viser til nedenstående e-post og telefonsamtale tidligere i dag og vil med dette komme med en oppsummering av vår samtale og sakens problemstillinger.

For det første er hovedregelen innen all helsehjelp at den som opplysningene gjelder har krav på hemmelighold. Dersom helseopplysninger om en person skal brukes til annet formål enn det de er samlet inn for, kreves det også en egen hjemmel for dette. Det viktigste unntaket fra taushetsplikten, er at pasienten samtykker til at andre skal kunne få tilgang til opplysninger om en selv.

Slik jeg har forstått dette konkrete prosjektet, er formålet med studien å vurdere i hvilken grad og hvordan rehabiliteringstenkingen kommer til uttrykk og blir trukket inn i helsehjelpen som ytes til eldre i sykehus. Metoden man vil benytte seg av er å delta på pre-visittmøtene i forkant av pasientkonsultasjonene. Det skal ikke være noen pasientkontakt utover den ordinære behandlingene som ytes i kraft av å være helsepersonell ved institusjonen. Resultat av egne arbeidsoppgaver og behandling av enkeltpasienter er ikke en del av studien.

For på en enklest måte å gjennomføre denne studien uten å komme i konflikt med pasienters rett til vern av helseopplysninger, er at informasjonen forsker får er anonym. Etter hva jeg har forstått er en mulig vei å gå at den enkelte pasients navn ikke blir nevnt på pre-visittmøtet hvor forsker deltar.

Hvis kravet til anonymitet ikke er oppfylt, er vi tilbake til hovedregelen om samtykke. Dersom den enkelte pasient er kjent av forsker i kraft av å være behandlende helsepersonell, vil problemstillingen rundt samtykke kunne være annerledes. I dette tilfellet vil forsker allerede kjenne til de taushetsbelagte helseopplysningene for eksempel at vedkommende er pasient. Siden det ikke er pasientopplysninger som skal brukes i studien, men kun observasjon av andre behandlende helsepersonell, vil man heller ikke i dette tilfellet komme i konflikt med taushetsplikten. I forlengelsen av dette nevner jeg at bruk av taushetsbelagte opplysninger til et annet formål enn det de er innhentet for (for eksempel helsehjelp) ikke kan gjøres med mindre man har et hjemmelsgrunnlag for dette. Man kan med andre ord ikke bruke pasientopplysninger man selv kjenner til i kraft av å være behandlende helsepersonell til forskning uten samtykke.

Hvis jeg skal oppsummere kort, vil problemstillingen og konklusjonene bli som følgende:

1. Dersom pasienten er anonym for forsker, vil forsker kunne delta på pre-visittmøtet uten at dette er i strid med taushetsplikten
2. Dersom identiteten og pasientens helseopplysninger er kjent for forsker i kraft av å være behandlende helsepersonell vil forsker kunne delta på pre-visittmøtet uten at dette er i strid med taushetsplikten
3. Dersom pasienten ikke er anonym og har samtykkekompetanse, skal pasienten informeres og samtykke til at forsker deltar på pre-visittmøtene
4. Dersom pasienten ikke er anonym og pasienten mangler samtykke kompetanse må det eventuelt søkes om dispensasjon fra taushetsplikten

Ved gjennomføringen av prosjektet forutsettes det at ingen helseopplysninger om pasienter blir nedtegnet. Til sist vil jeg repetere at REK som hovedregel skal godkjenne alle forskningsprosjekter innen medisinsk og helsefaglig forskning. Jeg vil anbefale at du selv sjekker opp med REK om det faktisk er slik at dette forskningsprosjektet ikke skal vurderes av REK.

Dersom det er noe mer du lurer på eller noe er uklart, er det bare å ta kontakt igjen. Lykke til med prosjektet! Mvh Kari Steig

Vedlegg "Eksempler på prosjektarbeid der prøving for etisk komité anses unødvendig" til brev av 13.01.07 til Universitets- og høgskolerådet fra De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH): Etisk vurdering av studentprosjekter innen helsefag på bachelor- og mastergradsnivå.

Eksempler på prosjektarbeid som kan gjøres uten at prøving for etisk komité anses nødvendig

1. Bruke tilgjengelig informasjon i den praksissituasjonen studenten arbeider i til vanlig: Pasientjournal, pleieplaner, fysioterapeutens notater etc kan brukes med formål å studere

- a. Fenomener i en pasient/klientsituasjon
- b. Tiltak/behandlingsformer
- c. Effekt av tiltak/behandling
- d. Dokumentasjonspraksis/arbeidsform

Tillatelse til tilgang til data må gis etter gjeldende regler.

2. Arbeide teoretisk og analytisk med pasientsituasjoner – pleie eller behandlingssituasjoner – som studenten deltar i selv i sin vanlige kliniske praksis (ingen ekstraordinær datainnsamling eller forsøk i pleie- eller behandlingssituasjonen)

3. Samle og systematisere eksisterende kunnskaper i forhold til en bestemt problemstilling eller innenfor et spesielt område med tanke på klinisk anvendelse

Sette i verk metoder og teknikker som er velprøvd og veldokumentert andre steder der studenten selv arbeider eller er invitert til å gjennomføre prosjektet.

Evaluerer.

Formål: Bidra til faglig utvikling og forbedring av praksis innenfor studentens fagområde. Et prosjektarbeid kan omfatte alle tre delene under pkt. 3, eller deler av det.

Utvikle metoder for nye anvendelsesområder på grunnlag av veletablerte prinsipper, eller overføre anerkjente metoder fra ett bruksområde til et annet med påfølgende evaluering vil ligge i grenselandet mot forskning.

4. Kartlegge og beskrive eksisterende praksis, de systemer behandling og pleie skjer innenfor osv. Studiene retter seg ikke mot pasienter og pårørende, men mot metoder, systemer, personell osv.

Formål: For eksempel kartlegge her-og-nå-situasjonen med tanke på endring.