

Læring og Samarbejde

Masterspeciale

af

Michaela Lehmann

Studienummer: 20177999

Dato: 22/1-2021

MLP – 4. semester E20

Fleksibel Master

Aalborg Universitet

Vejleder: Mette Buchardt



Antal normalsider: 33,4 (80.107 anslag)

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
Problemfelt.....	5
Problemformulering:	8
Operationaliserings spørgsmål:	8
Videnskabsteoretiske overvejelser	9
Den socialkonstruktivistiske tanke	9
Fænomenologi som metode	9
Forskerens rolle.....	10
Metode	11
Det kvalitative forskningsinterview	11
Det kvalitative semistrukturerede forskningsinterview.....	12
Interviewguide.....	12
Empiri – informanter og udvælgelse	13
Etiske overvejelser.....	14
Interviewene og udførelsen.....	14
Konteksten for sygeplejersker og fysioterapeuter.....	15
Transskription.....	16
Bearbejdelse af interviewerne	16
Kritik og refleksion omkring metode	17
Teori.....	19
Et perspektiv på læring for den enkelte	19
Et socialteoretisk perspektiv	21
Analysestrategi.....	24
Analysen del 1 – Hvad lærer sygeplejersker og fysioterapeuter af og om hinanden?	25
En vigtig brik i et puslespil – Hvad lærer sygeplejersker om fysioterapeuter?	25
Mange forskellige opgaver – Hvad lærer fysioterapeuter om sygeplejersker?.....	27
At kunne gøre det rigtigt - Hvad lærer sygeplejersker af fysioterapeuter?.....	28
Jeg lærer det på sygeplejerskernes måde - Hvad lærer fysioterapeuter af sygeplejersker?	29
Sammenfatning – Hvad lærer sygeplejersker og fysioterapeuter om og af hinanden?	30
Læring om og af hinanden med inddragelse af Illeris teori om læringsprocesser.....	30
Sammenfatning	34
Analyse del 2 - Hvilken effekt har det på samarbejdet om patienter?.....	34
Lysten til at skabe det gode – Sygeplejersker oplevelse af samarbejde og faglighed.....	34

At vise hinanden plads og de bedste tanker - samarbejde og faglighed	36
Kontekstens betydning set af sygeplejersker	37
Kontekstens betydning set af fysioterapeuter	38
Fælles mål og opgaver – at være en del af gruppen som sygeplejerske	38
En stor faglig gruppe med en stor viden – at være en del af gruppen som fysioterapeut	39
Sammenfatning	40
Praksisfællesskaber	41
Konklusion	42
Diskussion og Perspektivering.....	43
Litteraturliste	45
Bilag 1 - Interviewguide	47
Bilag 2 - Interview med fysioterapeut.....	48
Bilag 3 - Interview med fysioterapeut.....	56
Bilag 4 - Interview med sygeplejerske	63
Bilag 5 - Interview med sygeplejerske	69
Bilag 6 – Meningskondensering interview med fysioterapeut.....	75
Bilag 7 – Meningskondensering interview med sygeplejersker	86

Abstract

In Denmark, there is a shortage of nurses, and this can be felt throughout the health care system. The medical departments of the country's hospitals are under pressure. Here the shortage of nurses is greatest. There are problems with high work pressure, poor staffing and high shift workload, which is challenging for retaining and recruiting nurses.

Unfortunately, patients also experience that their hospitalizations are characterised by a lack of staff, overcrowding and inefficient procedures. This is unfortunate as medical patients belong to a particularly vulnerable group.

In the summer of 2019, a new project started in one of these medical departments. Physiotherapists were employed in the wards, in nursing positions, to relieve and handle tasks together with the nursing group. It was intended that there would be a shift in tasks from one professional group to another.

Through a social constructivist perspective and with a phenomenological approach as the method, four qualitative semi-structured interviews were conducted with nurses and physiotherapists. The aim was to illuminate and understand how nurses and physiotherapists experience that they learn from, and about, each other. In addition, it should be analysed how important they consider the collaboration in the treatment of the patient?

Knud Illeri's theory of learning processes in relation to how nurses and physiotherapists experience learning from, and about, each other is included in the analysis. In addition, Etienne Wenger's social theory of communities of practice in relation to illuminating the cooperation between them is included.

It could be concluded that nurses and physiotherapists learned and deepened their knowledge of each other's work tasks and areas, by working together. They also became aware that there were overlaps in their work tasks which they could share.

Nurses and physiotherapists acknowledge that they are different but that they also have overlapping interests. Both groups want to provide the best possible treatment and experience for the patient. By actively using that knowledge, they can together reach more and further.

The collaborative relationships between them are characterized by the fact that they work closely together and know each other well. Also, that they find it valuable to be able to laugh together, and that they see each other as close colleagues.

The new tasks and roles for sectional physiotherapists provide flexibility and continuity in relation to treatment, training and requisitioning of aids.

Problemfelt

Dette masterspeciale udspringer af en nysgerrighed på, hvordan at sygeplejersker og fysioterapeuter oplevede, at blive nære kollegaer i et sengeafsnit pga. rekrutteringsproblemer inden for sygeplejefaget.

De medicinske afdelinger i Danmark er under et stigende pres, da det er svært at rekruttere sygeplejersker, og dermed er der mange ubesatte sygeplejerskestillinger på landets hospitaler. På landsbasis var der i 2019 opslået over 1000 sygeplejersker stillinger som ikke blev besat, og som bl.a. resulterede i dårligere patientforløb og aflyste operationer (Lindberg, 2019).

En undersøgelse lavet for DSR viser, at der ved statistisk fremskrivning i 2025 vil mangle mere end 6600 sygeplejersker i Danmark (Lindberg, 2019).

Dette udløser at man flere steder i landet har måtte lukke sengepladser på de medicinske sengeafsnit (Lindberg, 2019), og problemet er desværre ikke nyt. Allerede tilbage i 2007 blev der bragt flere artikler omkring sygeplejerskemanglen og lukning af sengepladser på hospitalerne i Danmark (Eriksen, 2007).

Men der er brug for de medicinske sengepladser. På baggrund af data fra de nationale sundhedsregistre ved vi, at der i 2017, som er de nyeste tal tilgængelige, blev registreret 1.2 millioner borgere i Danmark som var i kontakt med en medicinsk afdeling. Det er 136.000 mere end i 2014, og en stigning på 13 % (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Mange af disse patienter klarer sig med et ambulante forløb, men i 2017 var 295.500 af disse patienter indlagt i en medicinsk seng, 9 ud af 10 af disse indlæggelser var akutte (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Patienter med flere akutte indlæggelser i medicinsk afdeling udgør ca. 11%, og er samtidig en gruppe med mange forskellige kontakter til primær og sekundær sundhedssektor. De har tre gange så mange indlæggelser og ambulante kontakter end de øvrige medicinske patienter. Samtidig ses det at 2 ud af 3 i gruppen er ældre end 65 år, og at 3 ud af 4 har flere kroniske sygdomme (Sundhedsdatastyrelsen, 2020).

Vi har derfor med en meget sårbar gruppe at gøre, og desværre oplever de medicinske patienter selv, at deres indlæggelser er præget af manglende personale, overbelægning og ineffektive forløb. De kan ikke benytte sig af det frie sygehusvalg eller behandlingsgarantier,

da deres problemstillinger ofte er akutte og komplekse, og derved kan de private hospitaler ikke komme i spil (Danske Patienter, 2015).

Dette er også noget som Regionerne selv genkender. Region Sjælland lavede i marts 2018 en samlet analyse for det medicinske område i regionen.

De fandt at regionens hospitaler var udfordret på fysisk kapacitet (antal sengepladser), og dermed en høj belægningsgrad af de eksisterende senge. Samtidig viste analysen at der var potentiale i at optimere nogle arbejdsgange i de medicinske sengeafsnit (Regions Sjælland, 2018)

Problematikken har stor politisk interesse og bevågenhed. Regeringen, KL og Danske regioner blev i 2019 enige om, at nedsætte en taskforce til at belyse problemet og de mulige løsninger. Regeringen lovede at der ville komme 1000 nye sygeplejersker inden længe til landets hospitaler og kommuner (Finansministeriet, 2020).

I maj 2020 udkom rapporten fra taskforcen, og den pegede på at der skulle uddannes flere sygeplejersker og ses på frafald fra uddannelsen. Senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet ville også løse nogle af problemerne, samt at flere sygeplejersker kunne arbejde fuld tid, da 50 % af de erfarne er på deltid. Derudover viste undersøgelsen også, at kun 72 % af sygeplejerskerne var ansat i den offentlige sektor, og at resten enten arbejdede i den private eller havde forladt faget (Finansministeriet, 2020 a).

DSR formand Grethe Christensen påpegede i et debatindlæg i "Altinget" at ovenstående kan være en del af løsningen, men at man også må se på bedre løn og en styrkelse af arbejdsmiljøet (Christensen, 2020).

Dette løber fint i tråden med en undersøgelse foretaget af DSR, som påpeger at hver femte leder for sygeplejersker, oplever problemer med at fastholde personalet. De angiver højt arbejdspress, dårlige normeringer, mangel på sygeplejersker, lav løn samt høj vagtbelastning som grunde til problemerne (Lindberg, 2019).

På Sjællands Universitets hospital på medicinske afdeling kender man kun problematikken omkring sygeplejerskemangel alt for godt. I foråret 2019 var der 21 ubesatte sygeplejerskestillinger.

I sommeren 2019 valgte afdelingsledelsen for medicinsk afdeling, at indlede et projekt omkring at ansætte fysioterapeuter direkte i sengeafsnittene. Man vurderede at der var en

række opgaver, som sygeplejersker traditionelt varetog, som befandt sig i en gråzone. Opgaverne i denne gråzone, vurderede man kunne løses af fysioterapeuter. Der var fra starten af, ind tænkt en form for opgaveglidning fra sygeplejegruppens opgaveområde over til fysioterapeuternes opgaveområde, for at lette sygeplejerskegruppen.

Traditionelt set er fysioterapeuter ansat i en central terapi, hvorfra at sygeplejersker og læger i sengeafsnittene rekvirerer deres ”ydelse”, når der vurderes behov for det.

Der skulle nu ske en udvidelse af fysioterapeutens arbejdsområde, og de skulle være fast knyttede til afdelingen.

Der blev ansat fire fysioterapeuter i afdelingen, to til hvert sengeafsnit. Alle ugens dage skulle afsnitsterapeuterne på skift møde ind sammen med sygeplejerskerne i dagvagt, for sammen at planlægge dagen og dens opgaver.

Disse fire fysioterapeuter blev kaldt afsnitsfysioterapeuter modsat fysioterapeuter der havde den traditionelle ansættelse i den centrale terapi.

Afsnitsfysioterapeuterne skulle også møde ind i weekenderne og varetage deres opgaver. Men hver 4. weekend skulle fysioterapeuter fra den centrale terapi dække weekendvagterne, og ligeledes hvis der var sygdom eller ferie hos afsnitsfysioterapeuterne.

Alle ansattes kompetencer skulle i spil for at gøre afsnittet til en attraktiv arbejdsplads, samt sikre gode velplanlagte og kvalitetssikre patientforløb.

Projektet var da det startede kun skitseret løseligt, og havde karakter af et eksplorativt design. Der havde været en kort introduktion på et personalemøde til sygeplejerskerne i de to sengeafsnit. Afsnitsfysioterapeuterne der startede i sengeafsnittene var ansat til projektet og kom ude fra, og havde ingen forudsætninger for, at kende patientgruppen eller personalegruppen de skulle være en del af.

Mottoet for projektet, som blev gentaget igen og igen var: ”Vi ligger stenene som vi går dem”. I denne nye hverdag skulle de to faggrupper lærer hinanden at kende, og blive klogere på hinandens ressourcer.

Man antog at sygeplejersker og fysioterapeuter selv fandt ud af, at få hverdagen til at fungere, og at de sammen løste hvad der måtte komme af problemer.

En litteratursøgning på aub.aau.dk med emneord: samarbejde, fysioterapeuter & sygeplejersker gav 25 resultater. Artiklerne der kom frem handlede primært om studerende inden for de to faggrupper der løste opgaver sammen, samarbejde mellem primær og sekundær sektor, samt afdelinger i sekundær sektor, hvor man havde fokus på det allerede eksisterende samarbejde mellem central terapi og afdelinger.

Ingen artikler omhandlede et set-up, som det der var tænkt her.

Det tværprofessionelle samarbejde bliver ofte beskrevet, som en metode til at kvalificere praksis og sammensætte de rigtige faggrupper, således at patienten derved får et vellykket forløb. At samarbejde handler om at nå et mål i fællesskab, som ikke havde været realistisk alene (Højholdt, 2013).

Samarbejde er samtidig et positivt ladet ord, og det at forskellige faggrupper kan koordinere og yde en helhedsrelateret behandling har stor betydning for brugerne, og i det her tilfælde patienterne. Dårligt samarbejde mellem faggrupper vil påvirke arbejdsmiljøet, og det er ikke muligt at ikke-samarbejde i en social relation, det kan dog være alt imellem konstruktivt og destruktivt (Højholdt, 2013).

Dette fører mig over i min problemformulering, for hvordan oplever sygeplejersker og fysioterapeuterne det?

Problemformulering:

Hvordan oplever sygeplejersker og fysioterapeuter, at de lærer af og om hinanden og hvilken betydning tillægger de samarbejde i behandlingen af patienten?

Operationaliserings spørgsmål:

Hvad lærer sygeplejersker og fysioterapeuter om hinanden?

Hvad lærer sygeplejersker og fysioterapeuter af hinanden?

Hvilken effekt har det på samarbejdet om patienter?

Jeg ønsker at analysere de direkte erfaringer, som sygeplejersker og fysioterapeuter oplever i forhold til min problemformulering. Hvilket bringer os over i næste afsnit omkring videnskabsteoretiske overvejelser.

Videnskabsteoretiske overvejelser

Den socialkonstruktivistiske tanke

Det videnskabsteoretiske ståsted er centralt at få placeret, forståelsen af hvordan viden og virkeligheden forstås er vigtigt at få plads.

Dette projekt bygges op på en grundide om, at viden og virkeligheden skabes i mellem mennesker, deres relationer og den kontekst de er i. Det er med en tro på, at vi ikke kan gøre os fri af miljøet, kulturen og vores erfaringer som mennesker. De fænomener, læring og samarbejde jeg ønsker, at undersøge i min problemformulering, ser jeg som værende betinget af konteksten og kulturen hvori de opleves.

Videnskabsteoretiske ville man derfor kategorisere dette projekt som havende et socialkonstruktivistisk ståsted.

Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretiske tilgang bygger på, at vores erkendelse af virkeligheden som mennesker, ikke kan være en neutral afbildning, men altid må bygge på vores fortolkning, og vores egen involvering. Dertil kommer at menneskets handlinger udspringer af, at det deltager i sociale sammenhænge. Det betyder at man også må have med i sine betragtninger, at viden præges af den sociale og kulturelle kontekst. Mennesket ses som værende i en kontinuerlig og dynamisk proces omkring hvem de er, og ikke en fastlåst identitet (Rasborg, 2014).

Det ontologiske ståsted tager udgangspunkt i at opnå forståelse af verden ud fra fortolkninger af handlinger og oplevelser mellem mennesker, og hvor jeg ser mennesket som en aktør. Det har betydning at forsøge at kigger dybere end det umiddelbare tilgængelige for øjet. Sproget og dialogen ser jeg som vigtige kilder til en forståelse af virkeligheden, og ligeså kultur og historie, dette er helt afgørende for valget af metode til at se på fænomenet og bliver klogere på det.

Fænomenologi som metode

Den fænomenologiske metode bevæger sig i spændingsfeltet mellem eksistensfilosofi og hermeneutisk fortolkning af livsverden. Der er en optagethed af at søge efter viden om mennesket og menneskelige fænomener, ved at studere og udforske fænomenet selv.

Livsverden forstås som den verden det enkelte mennesker erfarer, er i, er fortrolige med og oplever som kun deres egen. Denne livsverden er oftest tavs, med mindre du som forsker ønsker at afdække den (Rendtorff, 2014).

Både menneskets handlinger og menneskets udsagn skal have lov til at komme i spil.

Jeg anvender derfor den fænomenologisk metode, fordi jeg antager, at det samfund vi lever i, er en sammenfletning af tænkning og materialitet. Jeg bestræber mig på, at udviske skellene mellem, hvad der i en mere positivistisk tilgang opleves som modsætninger fx objekt og subjekt, kendsgerning og værdi samt rationel fornuft og sansning af verden gennem følelser.

Man får ikke blik for verden, og dens mangfoldige og nuancerede historie, hvis vi ikke bliver ved med, at arbejde med skellene, og passer på ikke at negligere fortællinger, historier og følelser hvorigennem de narrative og metaforiske udtryk også får lov at få værdi.

I det ligger der en erkendelse om, at mennesket konstruerer sin egen virkelighed, og gennem egne bevidsthedsprocesser opnår forståelse og mening.

Med den fænomenologiske metode opnås viden om fænomenets særpræg, ved hjælp analyse af de individuelle og situationsbetingede beskrivelser, og herfra kan viden om fænomenets mere generelle karakter udledes (Rendtorff, 2014).

Forskerens rolle

Min rolle er vigtig at få beskrevet. Jeg er uddannet sygeplejerske og har 15 års erfaring inden for faget, og har været ansat på flere medicinske sengeafsnit.

Jeg er ansat i det ene af de to sengeafsnit, som har deltaget i projektet med, at ansætte fysioterapeuter i sengeafsnittene. Jeg var ikke en del af ledelsesgruppen der tog beslutninger omkring projektet, og mine opgaver lå heller ikke op af projektet. I løbet af projektet var jeg i en periode udlånt til Covid-19 indsatsen sammen med meget af personalet fra de to sengeafsnit.

I mellemtiden efter at projektet er færdigt, og man har valgt at fastansætte fysioterapeuter i sengeafsnittene, er jeg blevet afdelingssygeplejerske for det ene afsnit.

Jeg har gennem projektet været meget bevidst om, at jeg ikke delte min egen holdning og mening om projektet og fastansættelserne. Jeg har længe vidst, at dette var et område, som jeg gerne ville blive klogere på, og burde forholde mig neutralt til.

Jeg er en del af den verden, som jeg gerne vil undersøge og jeg er i direkte kontakt og interagere med de sygeplejersker og fysioterapeuter, som jeg gerne vil indsamle empiri fra.

Jeg har dermed et stort ansvar og et monopol på, hvordan jeg fortolker empirien.

At være den der forsker er som at rejse, og undervejs kan ens syn på virkeligheden ændre sig. Den nye viden kommer til verden gennem spørgsmål og svar. Den konstrueres gennem relationen mellem forskeren og informanter.

Metode

Jeg er interesseret i at undersøge hvordan sygeplejersker og fysioterapeuter oplever og arbejder med, at være blevet tætte kollegaer og skal indgå i en samarbejdsrelation omkring patienterne.

Jeg ønsker at forstå hvordan sygeplejersker og fysioterapeuter oplever deres nye samarbejde, og hvilken værdi de tillægger det. Har de oplevet en berigende proces eller har den været udfordrende, og hvordan oplever de dette nye tiltag.

Dette problemfelt orientere sig derfor imod en kvalitativ metode.

Det kvalitative forskningsinterview

Det kvalitative forskningsinterviews store styrke er, at det netop kan give adgang til ovenstående, hvilket en kvantitativ metode ikke havde formået. Formålet er netop ikke, at generere en viden som kan måles, vejes og gives en numerisk værdi.

Igennem sproget og samtalen åbner man op for hinandens verdner, vores følelser og syn på tingene, og giver mulighed for at udfolde og nuancere det umiddelbare.

Der kan gennemføres forskellige former for interviews med det til fælles, at du ønsker at få en samtale, hvor du har et bestemt formål og en struktur (Poulsen, 2016).

Formålet med et kvalitativt interview er ikke, at afsløre noget som den interviewede ikke ønskede kom frem, men at få ny viden frem, som vi kan bruge, og at opnå en dybde i

interviewene. Dette kræver fra interviewerens side en grundighed og øje for systematik (Poulsen, 2016).

Du har et ønske om, at informanterne fortæller om hvordan de oplever, føler og handler i forhold til forskellige temaer (Kvale & Brinkmann, 2014).

Denne slags interview kan derfor frembringer viden, som du som forsker ellers ikke havde haft øje for.

Det kvalitative semistrukturerede forskningsinterview

Denne forskningsmetode er inspireret af en fænomenologisk filosofi. Det essentielle er, at man forsøger, at forstå temaer ud fra de beskrivelser som interviewpersonerne deler med dig, og set fra deres perspektiv og livsverden (Kvale & Brinkmann, 2014).

Ved at indsamle empiri via denne metode får jeg en forståelse for temaer og perspektiver set ud fra sygeplejerskernes og fysioterapeuternes levede dagligdagsverden, der har betydning for læringen og samarbejdet imellem dem.

I interviewene vil der være fokus på sygeplejerskernes og fysioterapeuternes oplevelse af læring og samarbejde, og idealet vil være, at de fortæller så frit som muligt, og hvor interviewerens forholder sig neutralt til det sagte (Kvale & Brinkmann, 2014).

Ved det semi-strukturerede interviews kan der spørges ind til deres tanker, værdier, følelser, opfattelser og perspektiver hos de interviewede, og det vil gøre det muligt at opnå en forståelse af deres verden og virkelighed og hvordan den har udfoldet sig i forløbet (Poulsen, 2016).

Interviewguide

At vælge at lave en interviewguide til interviewene har den fordel, at man på forhånd kan forberede forskellige spørgsmål til de temaer man ønsker viden om. Det er ikke tanken at man slavisk følger rækkefølgen på sine spørgsmål, men derimod lader informanten fortælle frit om sine erfaringer og oplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014).

Interviewguiden skal ses som et hjælperedskab, for at få gennemført interviewene således at fænomenerne og temaerne får mulighed for at blive belyst lige nuanceret. Ved at have forberedt sig og inddelt spørgsmålene efter tema, kan man hoppe rundt i temaerne, som

samtalen nu udspiller sig, men samtidig sikre sig, at man har været omkring alt det man ønskede belyst (Kvale & Brinkmann, 2014).

Spørgsmålene formuleres således, at de ligger op til en deskriptiv form, der taler ind i fænomenologiens livsverden, ved sprogligt at bruge ord og vendinger som ligger op til, at informanten beskriver deres oplevelser og følelser. Desuden holdes sproget i et hverdagsprog uden teoretiske begreber (Kvale og Brinkmann, 2014).

Den interviewguiden som blev lavet til dette projekt er vedlagt som bilag nr. 1 (Bilag 1).

Den indeholder en kort introduktion til interviewet og huskenote til interviewer om, at takke for deltagelse, så alle fik den samme start på interviewet. Selve spørgsmålene eller forslag til måder at spørge på, var formuleret under 3 temaer: Samarbejde, relationer og læring, som blev omdrejningspunkter for interviewene.

Empiri – informanter og udvælgelse

Antallet af interviews der skal gennemføres afhænger af flere ting, herunder hvornår oplever jeg at have fået nok materiale til, at få afdækket mine temaer og svaret på problemformuleringen. Hvornår vil flere interviews ikke bidrage med flere nuancer, hvilket jo er vanskeligt at vide på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2014).

Samtidig er der en begrænsning omkring, hvad der er muligt inden for tidsrammen og Covid-19 pandemien. Jeg har vurderet at der bør være en ligevægt mellem interviewede sygeplejersker og fysioterapeuter, selvom der er væsentlig flere sygeplejersker ansat end fysioterapeuter.

Jeg har valgt at stoppe ved 4 interviews, som jeg vurderer passende i situationen, 2 sygeplejersker og 2 fysioterapeuter.

Efterlysningen af informanter skete via et opslag på de fælles tavler i personalestuerne, samt på to morgenmøder, hvor der deltog både fysioterapeuter og sygeplejersker. Flere sygeplejersker og fysioterapeuter tilkendegav at de ønskede at deltage, og de blev valgt ud fra følgende kriterier:

- Var fysisk fremmøde muligt inden for den givne tidsramme i forhold til arbejdsplaner?
- Havde de været ansat i minimum 6 måneder

- For sygeplejerskerne gjaldt det at de fortrinsvis have haft dagvagter de sidste 6 måneder, da det er der at fysioterapeuterne er tilstede
- Erfaring. Jeg ønskede at bruge en forholdsvis nyuddannet sygeplejerske og fysioterapeut samt to mere erfarne sygeplejersker og fysioterapeuter

Etiske overvejelser

Etikken omkring at indsamle empiri ser jeg som tredelt. Der er hensynet til den enkelte interviewperson, som deler sine oplevelser, erfaringer og syn på verden. Så er der etikken omkring, hvad denne nye viden kan bruges eller misbruges til, og til sidst forskerens rolle.

Hensynet til den enkelte interviewperson vejer meget tungt i projektet. Alle interviewpersoner har afgivet informeret samtykke, er lovet fortrolighed og anonymitet. Desuden har jeg gennem hele processen været bevidst om, at de interviewede ikke på nogen måde skulle udstilles eller lide overlast på anden vis.

Formålet med masterspeciale har været, at producere ny viden og forståelse omkring hvad der opleves betydningsfuldt og lærerigt i samarbejdet mellem fysioterapeuter og sygeplejersker, men også hvilke problemstillinger de har set.

Denne viden ville kunne bruges til udvikling, og evt. udbredelse af lignende projekter, fx udvidelse af andre sengeafsnit med faste fysioterapeuter, men også til at undgå at bruge energi og kræfter på unødige udfordringer.

Private ytringer fra interviewpersonerne, som ellers ikke ville have fået offentlig lyd, bliver nu hørbare. I det ser jeg også en respekt for interviewpersonerne i, at de skal kunne genkende dem selv, og ikke føle sig overanalyseret og dermed misbrugt og misforstået.

Den viden der bliver fremlagt og formidlet videre af mig, er jeg derfor som forsker medansvarlig for.

Den indsamlede empiri indsamlet via interviewene vil danne grundlag for min analyse og svar på min problemformulering

Interviewene og udførelsen

Interviewene blev lavet over fire dage, og de blev lavet i det afsnit hvor fysioterapeuterne og sygeplejerskerne har deres dagligdag normalt.

Det var vigtigt af hensyn til informanterne at interviewene foregik i en tryk ramme, men samtidig også i et miljø hvor vi kunne være uforstyrret, hvilket var en udfordring i sengeafsnittene.

Det var derfor svært at finde egnede lokaler, også grundet covid-19-pandemien, som gjorde at alle lokaler hurtigt blev optaget pga. afstandskravene, da det er et gammelt hospital med mange små lokaler.

Valget faldt på to lokaler som er nedlagte sengestuer, som på nuværende tidspunkt er inddraget til nød-kontorer, hvor møblementet er af lidt ældre dato.

Inden interviewet var der gjort klar med saft og kaffe, hvis man skulle have lyst til dette undervejs.

Disse overvejelser omkring omgivelserne og atmosfære var vigtige i forhold til, at informanterne skulle føle sig velkomne og inviterede til, at fortælle lige netop deres spændende historie og perspektiv på det jeg gerne ville undersøge.

Jeg havde inden da sat mig ind i hvad jeg skulle være bevidst om, og havde også lidt erfaring med at lave interviews fra tidligere. Selve det at være interviewer stiller krav til ydmyghed over for, hvad man ikke ved og hvad man tror man forstår. Det kræver en åbenhed i spørgsmålene og en aktivt lyttende tilgang, og små verbale opmuntringer undervejs, for at vise at man er med og tilstede. Den nonverbale kommunikation har stor betydning for tilliden imellem interviewer og den der bliver interviewet (Kvale & Brinkmann, 2014).

[Konteksten for sygeplejersker og fysioterapeuter](#)

De to sengeafsnit i afdelingen havde ved projektets start i sommeren 2019 21 ledige stillinger til sygeplejersker. I mellemtiden har der skulle åbnes flere senge, og i januar 2020 manglede der derfor 35 sygeplejersker mere. Siden hen er det gået bedre og sengeafsnittene har nu 12 ledige sygeplejerskestillinger.

Det har været en turbulent tid for de to sengeafsnit, de har været delvist nedlukkede pga. Covid-19, og har været slået sammen. Meget af personalet har været udlånt til, at passe Covid-19 patienter. Dette har både været sygeplejersker og afsnitsfysioterapeuter. Da empirien bliver indsamlet er de kommet tilbage i hver deres afsnit, men ved, at der er en stor mulighed for, at de skal udlånes igen snart.

Transskription

Interviewene blev optaget, herefter gennemlyttet og herefter transskriberet. Transskriptionen gjorde det muligt at arbejde med empirien som et tekstdokument, hvilket virkede fordelagtigt i forhold til overblik og sammenligning.

I det skriftlige dokument over interviewene blev det talte sprog gengivet så tæt og loyalt på det talte sprog som muligt. Der vil dog være indsat kommaer og punktummer, hvor det vurderes sprogligt vigtigt for læseforståelsens skyld. Enkelte steder er gentagelser slettet, fx har den ene af de interviewede det med, at gentage ordene af flere omgange.

De ekstraverbale ytringer så som latter, host, pauser mm vil bliver noteret i parentes (), ligesom det vil fremgå af teksten, hvis der er passage i interviewene, hvor lyd kvaliteten er for dårlig til at blive gengivet skriftligt.

Hvis der er noget, som er underforstået eller fører tilbage til noget, som nu fremstår uklart i transskriptionen, og hvor det nu vil give mening at sætte meningen ind, så vil den fremgå indsat i [].

Pauser hvor informanten tænker sig om eller leder efter det rigtige ord, er markeret med ...

Ligeledes havde informanterne fået muligheden for, at ønske at noget blev udeladt af interviewene, og i det ene interview har der været et ønske om dette, og det er markeret med /.../ .

Den kropslige holdning, glimt i øjet og andre dele af kropssproget, er kun fanget i min erindring af interviewene, og er ikke transskriberes ned på papiret. Dette fravalg er gjort da jeg ikke kan have opfatte alle træk hos de interviewede, eller have haft øje for mig selv og mit kropsholdning og sprog. Det havde krævet at man have filmet interviewene.

Interviewene er vedlagt i deres transskriberede form som Bilag 2-5. De to første er med fysioterapeuter (Bilag 2+3), og de to næste er med sygeplejersker (Bilag 4+5).

Bearbejdelse af interviewerne

Allerede i interviewsituationen begynder analyse delen af det sagte. Igennem transskriptionen sker der en yderligere bearbejdningen af interviewene.

Efter at interviewene er blevet transskriberet færdige, bliver de gennemlæst af flere omgange, for at blive fortrolig med interviewene som tekst-materialer.

Næste skridt er at opdele interviewene i mindre dele som omhandler de centrale spørgsmål fra problemformuleringen eller på anden vis relaterer sig til den. Dette gøres for at skabe overblik og systematik til hjælp i analysen af interviewene. Denne del er en proces, som udvikler sig gennem flere gennemlæsninger, og nogle dele af interviewet siger noget om flere temaer, og er derfor placeret flere steder, andre omdøbes undervejs, for at blive tænkt anderledes (Poulsen, 2016).

Disse mindre dele af interviewet formuleres nu til korte udsagn med essensen af meningen, som den forstås eller læses af forskeren. Hele denne proces kaldes meningskondensering, og kommer frem gennem refleksion (Kvale & Brinkmann, 2015).

Via denne proces kommer forskeren til at kunne se mønstre, og kan kategorisere steder i teksten der omhandler samme fænomen, oplevelser eller følelser, hvorved at forskellige nuancer og kontekster ses. Ligeledes bliver det også muligt at se, hvordan at temaer relaterer sig til hinanden eller netop ikke gør.

Nedenfor ses et lille udsnit af min meningskondenseringen i skematisk form:

Naturlig enhed	Mening	Tema
”I starten var det lidt mærkeligt at komme så tæt på en anden faggruppe, det skulle man lige vende sig til tanken om at der hver dag var en fysioterapeut. ”	At komme tæt på	Gruppen

Mine skemaer for meningskondenseringen af de fire semi-strukturerede interviews er vedlagt som Bilag.

Meningskondensering af interview med fysioterapeuter (Bilag 6) og Meningskondensering med sygeplejersker (Bilag 7).

Kritik og refleksion omkring metode

Antallet af nødvendige interviews er ikke entydigt givet med et bestemt antal, men afhænger af hvornår du vurderer at yderligere interviews ikke ville bidrage yderligere til din problemformulering.

Interviewene har en asymmetrisk relation i forhold til magt, da det er en professionel samtale, hvor forskeren og informanten er ikke ligestillede. Det er forskeren der definerer

og kontrollerer rammen for samtalen, hvilke spørgsmål stilles og hvilke svar ønsker man at få uddybet, og ikke mindst hvornår er samtalen slut? (Kvale & Brinkmann, 2015).

Sproget er værktøjet, og at gå fra et mundtligt produkt og lave det om til skriftsprog gør, at noget mister sin vægt og betydning. Det er derfor vigtigt, at kunne genlytte interviewene igen, da udsagnene er situeret i den nutid, hvor samtalen fandt sted.

Interviewguiden kan hindre interviewerens i at være aktivt lyttende og skal bruges med overvejelser, omvendt minder den også interviewerens om, at man får stillet de spørgsmål man havde planlagt.

I interviewene bør man have overvejelser om, at man ligger informanternes private tanker og syn frem og bruger dem.

En anden mulighed for undersøgelse havde været, hvis man intet kendskab havde haft til den verden at fysioterapeuter og sygeplejersker bevæger sig rundt i, så kunne man have kombineret feltstudie og interviews.

Forskningsinterviewet er begrænset af interviewerens faglige dygtighed og erfaring. Betonningen af spørgsmål, evnen til at være til stede i rummet og være lyttende samt intuitionen omkring at stille yderligere spørgsmål eller få noget uddybet, når det findes interessant. Disse valg har betydning for kvaliteten af forskningsinterviewet (Kvale & Brinkmann, 2015)

Det kræver viden om emnet, og at interviewerens under interviewene er opmærksom på både indholdet af, hvad der fortælles, men også hvordan det fortælles samt kropssproget undervejs. Det kræver en påtaget naivitet fra interviewerens side og en åbenhed for nye og ikke forudsete fænomener (Kvale & Brinkmann, 2014).

Via interviewene forventes der, at komme viden om deres oplevelser, tanker, vurderinger, synspunkter og perspektiver på læring og samarbejdet. Samtidig vil det være muligt at stille uddybende spørgsmål undervejs, hvis noget ikke står klart frem, eller vurderes væsentligt at forfølge yderligere.

I min analyse vil jeg anvende Etienne Wengers og Knud Illeris forskellige begreber i forhold til læring som analyseredskaber til at se empirien fra forskellige perspektiver.

Teori

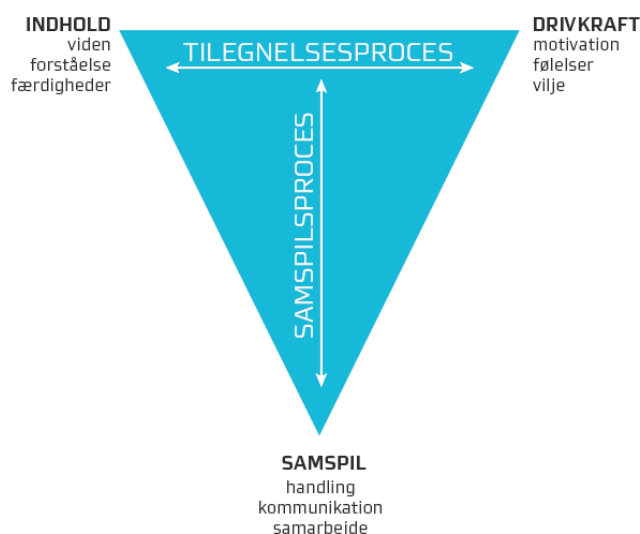
Knud Illeris teori vil jeg bruge i analysen til, at få perspektiver frem om læringsprocesser hos sygeplejersker og fysioterapeuter.

Et perspektiv på læring for den enkelte

Knud Illeris er optaget af læringens processer og dimensioner.

Hans tilgang og definition af læring er bred, og han definerer læring som: *”en hver proces, der hos levende organismer fører til en varig kapacitetsændring, som ikke kun skyldes glemsel, biologisk modning eller aldring”* (Illeris, 2006, s. 15).

Illeris har også udfærdiget en model for læring, som kaldes læringstrekanten. I hans model opererer han med 2 processer og 3 dimensioner som er illustreret nedenunder.



Illeris Læringsmodel fra bogen ”Læring” (Illeris, 2015)

Den første proces er tilegnelsesprocessen, som er tegnet som en vandret dobbelt pil øverst i figuren. Den repræsenterer den individuelle proces som er i den lærende, og den har altid to forskellige elementer (dimensioner) i spil: Indhold – det man lærer og Drivkraft, den psykiske energi det at lære bruger.

Kriterierne for denne proces er både biologiske og psykologiske, dvs. hvad mennesket gennem tiderne har udviklet sig til, samt den enkeltes tidligere erfaringer og læring (Illeris, 2015).

Den anden proces er samspilsprocessen som er selve samspillet med omgivelserne, både mellemmenneskelige og samfundsmæssige. Den enkelte kommer med sine erfaringer og viden, og bringer dem ind i samspillet. Denne proces er illustreret med en lodret dobbelt pil i figuren ovenover.

For at læring skal finde sted, skal begge processer være i spil samtidig. Der skal være et samspil mellem den der lærer og de sociale og materielle omgivelser, og der udover så skal der ske en bearbejdelse og tilegnelse af de modtagne impulser fra samspillet. Det tidligere erfarede eller lærte forbindes med de nye impulser og herved opstår ny læring. Normalt ville disse processer forløbe samtidig, men når der er tale om refleksion, så kan der være en tidsforskydning.

Udover disse processer er læringen også afhængig af de tre dimensioner: Indhold, Drivkraft og Samspil.

Indholdsdimensionen indeholder den tavse eller eksplicitte viden, der forsøges at opnå mening, forståelse og mestring.

Drivkraftdimension bringer vores følelser, motivation og vilje til at lære selv og om andre. Vi arbejder med os selv for at opretholde psykisk balance og deraf udvikles vores følsomhed. Her kan der også ligge en modstand mod at lære grundet følelserne og evt. fornemmelse af ubalance.

Samspilsdimensionen er det at mennesket handler, kommunikerer og samarbejder for at interagere med fællesskabet (Illeris, 2015).

Øverst i modellen bevæger man sig rundt i den individuelle del af læringen og nederst finder man omgivelser og miljøet.

Yderligere relaterer Illeris 3 hovedformer for læringsbarriere til dimensionerne som indbydes er i et komplekst spind, altså der hvor læring bliver svært.

I indholdsdimensionen kan det være, at det betragtes som fejllæring, man lærer noget forkert eller uhensigtsmæssigt.

I drivkraftdimensionen er der til den knyttet, det han kalder læringsforsvar. I vores hverdag bombarderes vi med informationer, tilbud og muligheder, så meget at det ikke psykisk er muligt at være lige åben for det hele. Uden disse forsvarsmekanismer ville vi bryde sammen, så denne mekanisme er uundværligt.

Den sidste barriere er læring modstand, som relaterer sig til samspilsdimensionen. Det kan være svært at skelne mellem om det er modstand eller forsvarsmekanismer læringen er oppe i mod eller begge (Illeris, 2015).

Modstand vil som regel gro ud af noget som opleves som uacceptabelt, men det er også her at den læring der måtte ske, gør størst indtryk på den lærende.

Læringens ydre betingelser har også betydning, og kan være det konkrete sted læringen finder sted, eller en mere generel betegnelse for i hvilke sammenhænge læringen sker. Illeris beskriver det som læringsrummene, det kan fx være skoler, uddannelser, hverdagssituationer, arbejdspladser eller i fritidsaktiviteter. Disse læringsrum har indflydelse på karakteren, betydningen og kvaliteten af det lærte (Illeris, 2008).

Fra Illeris læringsperspektiv ses topstyring i organisationer og bureaukrati ikke som hensigtsmæssigt. Læring er afhængig af kvalitative menneskelige forhold, såsom netop før beskrevet med motivation, følelser, modstand mm (Illeris, 2008).

I læringssammenhæng peger han på, at drivkraftdimensionen bør have stor opmærksomhed, da fokus desværre ofte bliver på det ønskede resultat, jævnfør ovenstående (Illeris, 2015).

Et socialteoretisk perspektiv

Etienne Wenger beskriver sig selv som en social-teoretiker, og har sit fokus i den retning i forhold til sin teori om læring.

Han definerer læring som: *"læring er en interaktion mellem, hvad jeg vil kalde socialt defineret kompetence og personlig oplevelse"* (Wenger, s. 69, 2007).

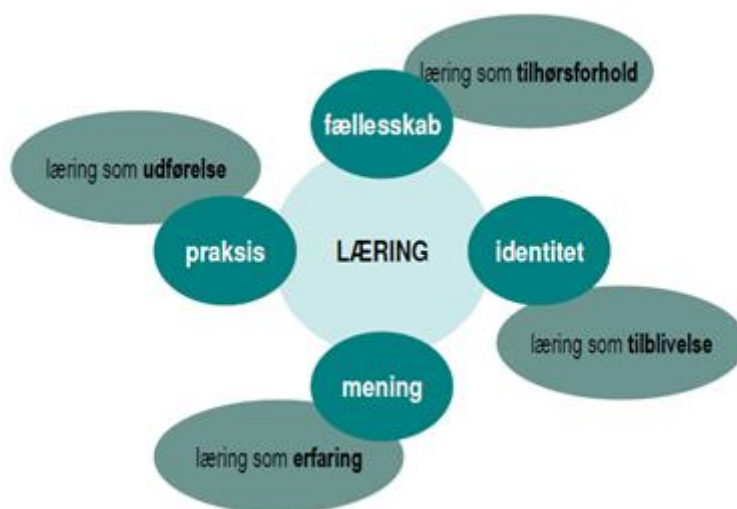
Hans grundantagelse som han bygger sin teori om læring på er: *"at menneskelig eksistens er en relation mellem menneskets handlinger, således som de kommer til udtryk i identiteten, og de sociale strukturer.* (Wenger, s. 71, 2007).

Han opstiller fire præmisser der har betydning for læring:

- Mennesket er et socialt væsen
- Viden omfatter mange forskelligartede kompetencer, fx at kunne synge rent eller at være en pige
- Indsigt kræver deltagelse og dermed aktivt engagement i verden
- Mening forstået som det at kunne opleve noget som meningsfuldt gennem oplevelse og engagement i verden.

Han sandsynliggøre og eksemplificerer hvordan læring sker i skæringspunktet mellem hans begreber: fællesskab, identitet, mening og praksis, og det er den enkeltes forhold mellem identitet og fællesskab, der danner det grundlag, hvori vi til stadighed udvikler os (Wenger, 1998).

Grafisk fremstiller Wenger sin sociale teori om læring således:



Wengers læringsmodel. Fra bogen *Praksis fællesskaber* (Wenger, 1998)

Disse grundlæggende principper der har betydning for læring skal forstås som:

- Fællesskab – læring som tilhørsforhold og dermed en betegnelse for de sociale konfigurationer, som har betydning for de handlinger vi vælger at udføre og hvor

deltagelse genkendes som en kompetence. I gennem vores liv og hverdag er vi en del af mange forskellige fællesskaber, og det gør vores historie unik.

- Identitet - læring som tilblivelse og dermed hvordan, at det vi lærer ændre os og skaber en tilblivelseshistorie som er unik for os, men har forbindelse med vores fællesskaber. Læring forandre os, det kan ikke kun ses som et kar hvori vi fylder færdigheder og informationer, læring er med til, at danne vores identitet og indeholder både vores fortid og fremtid på samme tid.
- Mening – læring som erfaring, og vores evne til både som individer og som gruppe at opleve og forstå livet og verdenen som meningsfulde. Vi er i evig forhandling med os selv omkring at få ting til at give mening, dvs. at vi til stadighed omfortolker, udvider eller bekræfter det lærte så det giver mening, et begreb som Wenger også kalder meningsforhandling.
- Praksis – læring som udførelse, som betegner vores fælles historie og sociale ressourcer, rammer og perspektiver som muliggøre et gensidigt engagement i vores handlinger. Det danner rammen for vores forståelse og opfattelse af en given situation eller handling. Det har betydning om man er accepteret i fællesskabet, for at ens mening og påvirkning får værdi, og giver læring.

Praksisfællesskaber er et begreb som Wenger bruger om de formelle og uformelle grupper man i gennem livet er medlem af, bevidst og ubevidst. Fælles for dem er, at det handler om at høre til, have en relation og et gensidigt engagement i gruppen. Derudover er det ikke en gruppe, som nødvendigvis er enige om alt ting. Men der sker en kontinuerlig forhandling om mening og ansvarlighed overfor gruppen. Et andet fællestræk for praksisfællesskaberne er, at de indeholder bl.a. gruppens rutiner, symboler og begreber, som er med til at give gruppen sin sammenhængskraft. Fællesskaber er der i alle virksomheder, og hvor du som ansat kan være med i flere forskellige praksisfællesskaber af forskellige karakterer, og som en hel naturlig del af din hverdag. Vores læring er involveret i disse fællesskaber og de er med til at udvikle os, og vi får nye erfaringer og viden, når vi er deltagende i dem.

Når der kommer nye ansatte til en organisation, så skal de finde deres forskellige fællesskaber og lærer af dem, men de bringer også ny energi og erfaringer med sig.

Læringen har dermed mange nuancer, hvor man kan betragte læring ud fra sociale struktur, magt, identitet, subjektivitet, situeret erfaringer, mening, praksis og kollektivet. På denne måde er læring med til at udvikle praksis og kan være et virkemiddel til, at inddrage nye kollegaer, men samtidig kan læring også være et middel til udvikling og forandring af identiteter.

Etienne Wengers sociale teori om læring og praksisfællesskaber, hvori ovenstående inddrages som pejlemærker vurderer jeg ville kunne give et spændende perspektiv for empirien.

Et spændingsfelt mellem kompetencer og oplevelser, der gensidigt påvirker hinanden. Denne betragtning er interessant, da jeg tror der ligger meget under overfladen som kan identificeres ud fra, hvad der har betydning for læringen og samarbejdet som forhåbentlig vil få liv, når jeg laver mine interviews.

Analysestrategi

Min empiri til dette projekt indeholder 4 interviews, som bidrager med 26 siders transskriberet materiale. Interviewene er blevet lyttet igennem samt gennemlæst af flere omgange, samt været igennem meningskondensering. I denne proces har mønstre og informanternes oplevelser kunne markeres til brug til besvarelse af operationaliseringsspørgsmålene og min problemformulering

Analysen er delt i to. I den først del gør jeg rede for hvad sygeplejersker og fysioterapeuter har lært om og af hinanden. Derefter har jeg inddraget Knud Illeris teori om læringsprocesser hos den enkelte.

I del to har jeg gjort rede for hvordan at sygeplejersker og fysioterapeuter oplever samarbejdet? Herefter har jeg inddraget Etienne Wengers teori om praksisfællesskaber og analyseret med de briller på.

I interviewene så jeg mange forskellige mønstre i sygeplejersker og fysioterapeuters udsagn, både fælles oplevelser og individuelle erkendelser om læring og samarbejde.

Andre fænomener og problematikker tittede også frem af empirien, bl.a. Ledelsesstruktur og implementeringens betydning. Jeg var bevidst om, at det nok ville ske, da jeg valgte de semi-strukturerede interviews som metode. Nu er de nævnt for at være tro mod empirien, men er ikke direkte i fokus i min analyse, men er selvfølgelig at betragte, som en del af den sociale kontekst som interviewpersonerne er en del af.

Analysen er delt op med udgangspunkt i de tre operationaliseringsspørgsmål under problemformuleringen. Første del af analysen følger nedenunder og indeholder at lære om og af hinanden, den er for overblikket skyld delt ud på henholdsvis sygeplejersker og fysioterapeuter. Analysens anden del behandler spørgsmålet om samarbejdet om patienterne.

Analysen del 1 – Hvad lærer sygeplejersker og fysioterapeuter af og om hinanden?

En vigtig brik i et puslespil – Hvad lærer sygeplejersker om fysioterapeuter?

Sygeplejersker har igennem deres nye kollegaer lært om fysioterapeuters arbejdsområder og fagområde. Det ses tydeligt i interviewene hvordan, at deres syn på fysioterapeuter har udviklet sig.

En sygeplejerske beskriver det således:

”... vi lærte rigtig meget i starten, både om hvad kan fysioterapeuter og hvad er de særligt gode til at tage sig af, og hvad er forskellen på ”fys” og ”ergo””
(Sygeplejerske, Bilag 5, s.71)

Sygeplejersker har på forhånd haft et vidst kendskab til fysioterapeuters arbejde, men i den nye konstellation føler de, at have fået væsentligt læring om de andres arbejdsområde, og der er sket en afgrænsning i forhold til ergoterapeuters arbejdsområde. Sygeplejersker har også lært, hvor fysioterapeuter er særlig fagligt stærke og kan gøre god brug af deres viden.

Sygeplejersker oplever at fysioterapeuter er meget kompetente inden for øvelser og mobilisering af patienter, og overgår sygeplejerskers basisviden om det.

”Fysioterapeuternes viden og kendskab omkring øvelser og teknikker er på et helt andet niveau, end det vi har lært på skolen” (Sygeplejersker, Bilag 4, s.65).

Og

”Vi kalder jo så på dem, som er ekstra specialister på et punkt, fx fysioterapeuterne” (Sygeplejerske, Bilag 5, s. 74).

Derved opleves fysioterapeuter af sygeplejersker som specialister inden for deres arbejdsområde, og de bruger dem aktivt i forhold til opgaver hos patienter.

Det står også klart for sygeplejersker, at der er overlap i opgaver omkring patienter for dem, og at det ikke nødvendigvis er et område, som alle sygeplejersker helt har haft lyst til at give fra sig.

”Men altså, det er jo ikke kun dem der går med folk eller flytter dem, eller mobiliserer dem. Det gør vi jo også. Og så kan det så være at den mere intensive træning som trappetræning og sengetræning, er noget vi overlader til fysioterapeuterne. Og så kan jeg jo godt se at vi jo også overlapper hinanden.” (Sygeplejerske, Bilag 5, s. 74).

Sygeplejersker oplever sig selv som dem med overblikket i forhold til opgaver omkring patienter. Opgaver bliver overladt til fysioterapeuter fordi de er mere kompetente til udførslen end sygeplejersker, men sygeplejersker er også bevidste om, at det er en opgave som de stadig tager ansvar for, og deltager i.

En sygeplejerske formulerer det således:

”Men vi uddelegerer jo en opgave, der er set og vurderet bedre egnet til, at blive løst af en anden faggruppe” (Sygeplejerske, Bilag 4, s.64).

Opgaven opleves ikke som værende mindre værd af, at blive uddelegeret. Den er bare bedre løst ved, at blive uddelegeret til fysioterapeuter. Igennem alle interviewene er der en respektfuld tone i forhold til den anden faggruppe. Sygeplejersker oplever at fysioterapeuter udfylder en anden rolle end dem hos patienterne, også selvom opgaven der skal løses nogle gange er den samme.

Fysioterapeuter er rigtig gode til at komme ind på livet af deres patienter gennem træningen med dem. Sygeplejersker anerkender, at fysioterapeuter ser ting hos patienter, som de ikke selv havde set, og tager ansvar for opgaver.

Der er sket læring om faglighed og opgaver, men der også sket læring i forhold til, at den enkelte sygeplejerske har skulle arbejde tæt sammen med en anden faggruppe.

En sygeplejerske beskriver det at lære om hinanden således:

”Jeg ser nu hvor vigtig en brik vi alle sammen er hver især, i det her puslespil”
(Sygeplejerske, Bilag 4, s.65).

Sygeplejersker har fået en erkendelse af, at være en del af en større helhed, hvor alle har betydning for opgaveløsningen.

Mange forskellige opgaver – Hvad lærer fysioterapeuter om sygeplejersker?

Fysioterapeuter har lært om sygeplejersker gennem deres arbejde sammen, at deres opgaver og arbejdsområde er mange. De kan være meget forskellige, og der kan være store forskelle fra afdeling til afdeling omkring opgavefordeling.

”Jeg havde forventet at der var flere assistenter på afdelingen, udelukkende på grund min kone arbejder på sygehus og der er mange flere assistenter (Social- og sundhedsassistenter), der varetager plejeopgaver. Men her, der er lige så meget sygeplejersker, som deltager og er ind over plejeopgaver”
(Fysioterapeut, Bilag 2, s.55).

Fysioterapeuter oplever sygeplejersker som kompetente inden for deres område, og som dem der har overblikket.

”Jeg er blevet opmærksom på, at de (underforstået sygeplejersker) kan have mange forskellige opgaver, og er meget kompetente i forhold til, at se hvad patienten har brug for i situationen” (Fysioterapeut, Bilag 2, s.55).

Selvom fysioterapeuter har arbejdet samme med sygeplejersker før, så oplever de alligevel at deres syn bliver bredere på, hvad sygeplejerskers arbejdsområde er, og hvordan de håndterer deres opgaver samt inddrager patienten.

Sygeplejersker opleves som åbne over for, at inddrage fysioterapeuters viden i deres beslutninger og behandlinger af patienter, de henvender sig ofte med spørgsmål.

Derudover så fortæller fysioterapeuter at sygeplejersker er meget hjælpsomme og imødekomne.

”... det bedste er, at de er åbne over for at hjælpe en, ..., der er en imødekommenhed jeg ikke har mødt før” (Fysioterapeut, Bilag 3, s.54)

Sygeplejersker opleves som faglig dygtige, og med en vilje til at gøre det bedst muligt i behandlingen af patienter, hvilket også indebærer at inddrage andres viden.

En fysioterapeut formulerer det således:

”Her oplever jeg stor faglighed, glæde ved at arbejde sammen med andre og en vilje til hele tiden at få det bedste frem i og til patienten, det driver mange sygeplejersker her. Det giver respekt” (Fysioterapeut, Bilag 3, s. 62).

Fysioterapeuter oplever at sygeplejerskerne er engagerede i deres arbejde med patienter, og dette giver respekt, da også fysioterapeuter har deres patienter i centrum for alle de planer og træninger de laver.

At kunne gøre det rigtigt - Hvad lærer sygeplejersker af fysioterapeuter?

Sygeplejersker oplevede at de lærte mange faglige ting af deres nye fysioterapeut kollegaer. Der kom et andet fokus på, at få patienter mobiliseret, og hvordan at patienterne rent praktisk blev forflyttet.

”Vi har talt meget om de lave forflytninger, at kunne gøre dem rigtigt, altså fra seng til stol. Hvordan gør vi det nemmest uden at vi eller patienten kommer til skade. Der er man i jo i høj risiko for at lave et vrid i ryggen, så det er trygt” (Sygeplejerske, Bilag 5, s.72)

Der kom nu fokus på ergonomi og sikkerhed omkring forflytninger, og fysioterapeuter lærte fra sig.

Patienter blev oftere mobiliseret, og mobilisering af alle patienter blev hurtigt et fælles mål for begge faggrupper. Sygeplejersker så det som meningsfuldt og som en hjælpende hånd. Derudover lærte sygeplejersker, at fysioterapeuter har en stor viden om forskellige forflytningsredskaber, som lettede arbejdet. En viden som sygeplejerskerne ikke vidste, at de manglede, før end de blev gjort opmærksom på den.

Fysioterapeuter var med inde hos de angste patienter der havde respirationsproblemer. De var ofte bange for at miste ”pusten”, eller kontrollen over vejrtrækningen. Her havde det både betydning, at være sammen om opgaven, men også at fysioterapeuter bar på en anden og i nogle tilfælde nyere viden omkring angst og respirationsteknikker.

”... vi takler måske også patienter anderledes, når vi er to inde hos angste mennesker. Hvor en kan tage sig helt af mennesket bag den behandling som skal udføres. Fysioterapeuter er måske også mere opdateret end jeg er på lungefysioterapi, og har nogle værktøjer til håndtering af angsten for ikke at kunne få luft” (Sygeplejerske, Bilag 4, s. 67)

Sygeplejersker fik altså udvidet og opdateret deres viden omkring lungefysioterapi af fysioterapeuter.

Jeg lærer det på sygeplejerskernes måde - Hvad lærer fysioterapeuter af sygeplejersker?

Fysioterapeuter har på afsnittet lært om diagnoser og fagtermer af sygeplejersker. De havde intet kendskab til de forskellige specialer da de startede. Derfor havde de også mange spørgsmål, og det var nærliggende, at det var deres nye sygeplejerske kollegaer der hjalp dem.

Fysioterapeuter lærte ved at deltage i plejesituationer sammen med sygeplejersker og følte selv, at de også kunne bidrage i de situationer.

”... så synes jeg også at det var lærerigt, at være med i plejesituationer. Her kunne vi støtte hinanden i vores fagligheder, og patienten får en hel anden oplevelse end de nok havde fået før. Det har været meget lærerigt, og i hvert fald for min fysioterapi (Fysioterapeut, Bilag 3, s.59).

Fysioterapeuter er bevidste om, at de har lært af sygeplejersker, og anerkender det i interviewene flere gange og føler ikke det har betydning for indholdet af det lærte.

Noget af det fysioterapeuter tager med ind i deres egen behandling af patienter er sygeplejerskers skelnen mellem det objektive og det subjektive når de er hos patienter.

Fx så kan en fysioterapeut nu finde på at måle vitale værdier undervejs i en mobilisering, for at understøtte det hun ser hos patienten.

”I min behandling som fysioterapeut, hvor jeg er tæt på patienten. Der er jeg blevet mere opmærksom på EWS (Vitale værdier). Jeg kan godt finde på at lave den under træningen. Det sker ikke ofte, men før kunne jeg aldrig have drømt om det” (Fysioterapeut, Bilag 3, s. 59).

EWS-scoren er en række målinger af puls, blodtryk, respiration, saturation og kognitiv tilstand, som man måler hos patienter, da man ved, at der sker ændringer i patientens værdier 12-24 timer før at de evt. bliver dårligere (hjertestop, lunge-emboli mm).

Det er et redskab som giver nogle værdier, som kan dokumenteres og som ellers primært bruges af sygeplejersker og læger, til at understøtte hvad de kan se, føle og mærke hos patienter.

Sammenfatning – Hvad lærer sygeplejersker og fysioterapeuter om og af hinanden?

Sygeplejersker og fysioterapeuter har begge fået afgrænset den andens arbejdsområde, og de oplever at der netop er et overlap i opgaver, som de kan være fælles om.

Fysioterapeuter opleves og respekteres som specialister inden for træning og forflytninger, og sygeplejersker lærer gerne om korrekte ergonomiske forflytninger, brug af redskaber og respirationsteknikker.

Fysioterapeuter lærte af sygeplejersker om diagnoser og fagtermer.

Fysioterapeuter og sygeplejersker anerkender at de begge er gode til at få tætte professionelle relationer til deres patienter. De ser begge sygeplejersker som dem med overblikket over patienterne.

Fysioterapeuter oplever sygeplejersker som fagligt dygtige og åbne for at samarbejde.

Nedenunder inddrages Knud Illeris teori om læringsprocesser i forhold til det at lære hos den enkelte.

Læring om og af hinanden med inddragelse af Illeris teori om læringsprocesser.

Læring er et omfattende og kompliceret sæt af processer, som Illeris har simplificeret til en model. Her kan man fokusere på dele af, hvad der har betydning for, at man lærer.

Vi ved at sygeplejersker og fysioterapeuter har lært nye ting om hinanden, det har de kunne sætte ord på, så noget har ændret sig eller flyttet sig hos den enkelte.

Med det som udgangspunkt, kan vi gå ind og se nærmere på de to processer, som altid er i spil i Illeris model, tilegnelsesprocessen og samspilsprocessen.

Samspilsprocessen forløber hele tiden, bevidst eller ubevidst imellem sygeplejersker, fysioterapeuter, deres omgivelser og den kontekst de befinder sig i.

Tilegnelsesprocessen forbinder de nye impulser fra samspilsprocessen med læring fra tidligere, altså Indholds dimensionen. Her tilegner vi os mening og mestring, som gør at vi forstår omverdenen og udvikler os.

Forholder vi os til tilegnelsesprocessen, så forløber den mellem indhold og drivkraft.

Sygeplejersker og fysioterapeuter har alle haft en viden, da projektet startede om den anden faggruppe. De er ikke gået ind i projektet som værende helt uden viden eller erfaringer om de andre. Denne viden eller læring ligger i deres "Indholdsdimension", noget der allerede har sin plads og giver mening.

De har i deres læringsprocesser bevæget sig mellem Indhold og drivkraft. Hvad er det jeg "tilbydes" at lære og hvordan passer det ind, i det jeg tidligere har lært? Hvad gør det ved mig? De sidste spørgsmål får væsentlig betydning for motivationen for, at lære det der "tilbydes", med andre ord drivkraften i Illeris model.

I interviewene kan vi finde tegn på, hvad der har motiveret eller hæmmet læringen om og af hinanden.

Den enkeltes sygeplejerskes drivkraftdimension har sandsynligvis været præget af, at de manglede kollegaer og havde brug for hjælp. De var pressede som de selv fortæller, så noget skulle gøres. Der var et behov som skulle dækkes.

"Vi var for et par år siden, et afsnit der var presset. Vi manglede sygeplejersker og kompetencer i afsnittet, og vi havde svært ved at komme omkring alle de arbejdsopgaver der var forventet af os, altså stuegang, mobilisering og der var et stort behov for at få tilført hjælp til at få løst alle opgaver"
(Sygeplejerske, Bilag 4, s. 64).

Det har været motiverende for sygeplejersker, at få nye kollegaer til at hjælpe med at løse opgaver. Det har påvirket hvordan, at de har taget imod fysioterapeuterne, og deres vilje til at lære om dem.

Fysioterapeuters motivation har været en anden. Det har fra starten af været fysioterapeuter der havde lyst til nye udfordringer, og målrettet havde søgt en stilling, hvor sygeplejersker blev deres tætte kollegaer.

De har fra starten af vurderet, at det kunne give mening for dem, at være i en anden slags ansættelse og involvere sig på en anden måde.

Netop det at kunne se mening har stor betydning og er motiviverende for begge parter, så bliver det knapt så betydningsfuldt at udgangspunktet har været forskelligt.

Dette forklarer måske også den åbenhed og nysgerrighed, der har været over for hinanden. Det har på forhånd givet mening hos den enkelte sygeplejerske og fysioterapeut, at være lige netop der, og tage imod læringen om hinanden.

Den viden der på forhånd var indeholdt i indholdsdimensionen er der blevet bygget videre på, evt. småting som var fejllært er blevet korrigeret. De har lært om hinanden, hvem de er, hvad de fagligt står for og hvilke opgaver de forskellige kan løse.

Men der har også være små bump på vejen, som de selv kalder det.

Det at opgaverne, rollerne og rammen ikke var defineret på forhånd for dem, beskriver de som værende irriterende og frustrerende.

Både hos sygeplejersker og fysioterapeuter kan man se, at identiteten har stor betydning for dem.

Det har stor betydning ikke at føle sig truet i sin rolle eller identitet. Denne følelse er også en del af drivkraft-dimensionen, som har betydning for om der sker læring og udvikling.

Den ”tilbudte” læring kan ses som forstyrrelser i forhold til indholds og drivkraftdimension.

Opleves en forstyrrelse som værende udfordrende uden, at det bliver overvældende, så medfører det en form for motivation, og man bliver nysgerrig.

Man kan forklare det med, at den ”tilbudte” læring måske ikke passer ind, men man kan godt ane, at det kunne give mening.

Men bliver udfordringen for stor, så møder den læring der ”tilbydes” modstand.

Dette kan vi se eksempler på i interviewene. En sygeplejerske beskriver at nogle af hendes kollegaer har svært ved at give opgaver fra sig.

” I stedet for at have nej-hatten på fra starten. Nogle af mine kollegaer, kunne jeg godt opleve, at de havde det svært med at skulle give nogle af de opgaver fra sig, som vi jo per automatik altid havde gjort. Man kan sige, at hvis man

nu har et åbent sind, og tænker fordele og succes ind hele tiden i forhold til den enkelte patient” (Sygeplejerske, Bilag 4, s. 66)

Der beskrives en modstand mod det ”nye”, modstand mod at ændre på opgavefordelingen, og ikke at kunne se fordelene.

Forstyrrelse af den personlige og sociale balance hos den enkelte sygeplejerske laver ubalance. Deres forestilling om deres egen selvforståelse og rolle er i spil, og fysioterapeuter risikerer, at udgøre en trussel mod deres selvbillede af, hvad en ”rigtig” sygeplejerske laver.

Ligeledes er det også på spil hos fysioterapeuter hvad en ”rigtig” fysioterapeut laver af opgaver. Det selvbillede får ligeledes betydning for deres motivation for at lære andre opgaver at kende.

”at jeg som fysioterapeuterne kunne tage opgaver til mig eller give dem fra mig og samtidig bibeholde min faglighed” (Fysioterapeut, Bilag 3, s. 58)

For både sygeplejersker og fysioterapeuter opleves der ikke modstand mod at lære af hinanden. Her fungerer flere ting som motivationsfaktorer. De nævner selv at stolthed over udførelsen af arbejdet har betydning, og at man kan se, at det er til fordel for patienterne. En anden motivationsfaktor er, at det optimerer forløbene generelt, eller at det gør noget godt for en selv, fx at minimere risikoen for forflytningskader.

Derudover er der lysten til, at udvikle sig fagligt, det er også en del af drivkraft dimensionen og tilegnelsesprocessen.

”... når man har en vis basis af sin viden, så har man lyst til at udvikle den. Fordi man bliver ligesom motiveret for ikke at gå i stå. Det med at lære, det er ikke at gå i stå i sin faglighed” (Fysioterapeut, Bilag 3, s. 60)

Der er mange faktorer der har indflydelse på om man bliver motiveret for at lære, og hvad der motiverer den ene, er ikke nødvendigvis en drivkraft for den anden.

Det handler bl.a. også om mentalt overskud og om man føler at man har tid til at lære noget nu?

Endelig skal man huske på at tilegnelsesprocessen ikke fungerer alene, men sammen med samspilsprocessen. Her indgår jo også din personlige relation til den anden og de andre i gruppen, og hvordan du oplever den omkring liggende verden, og de rammer der er.

Læringen om og af hinanden er sket på grund af, at det var nødvendigt for nogle, og en udfordring for andre, forskellige ting har været motiverende.

Læringens indhold hos sygeplejersker og fysioterapeuter har i høj grad været tilfældig og er vokset ud af behovet hos den enkelte.

Der har ikke været tilrettelagt undervisning med overvejelser omkring, hvad der kunne være af læringsmål for de forskellige faggrupper, ej heller har det været et krav, at noget bestemt skulle læres.

Sammenfatning

Sygeplejersker og fysioterapeuter er motiverede for at lære om og af hinanden, og det forklarer den åbenhed og nysgerrighed der har været for hinanden.

Stolthed og at det er til nytte for patienten eller én selv er også motivationsfaktorer vi kan se i interviewene.

Ikke at føle sig truet på sin identitet og selvbillede har stor betydning for hvor modtagelig man er for at lære, det gælder både sygeplejersker og fysioterapeuter.

Nedenfor følger analysens anden del, hvor betydningen af samarbejdet analyseres.

Analyse del 2 - Hvilken effekt har det på samarbejdet om patienter?

Denne anden del af analysen behandler først samarbejde og faglighed for sygeplejersker og fysioterapeuter.

Herefter kommer sygeplejerskers og fysioterapeuters oplevelser om kontekstens betydning for samarbejdet.

Til sidst inddrages Etienne Wengers sociale teori om praksisfællesskaber i forhold til samarbejde og at være en del af en gruppe.

Lysten til at skabe det gode – Sygeplejersker oplevelse af samarbejde og faglighed

Sygeplejersker oplever en stor tilfredshed med det nye samarbejde. Men de fortæller også om, at de oplevede, at der i starten var stor usikkerhed omkring, hvem der kunne varetage hvilke opgaver og rollefordelingen imellem dem og fysioterapeuter.

Det kunne være svært at give opgaver fra sig, da det jo var opgaver som traditionelt set havde ligget hos sygeplejersker i afsnittene.

Men man kunne samtidig også se en gevinst ved at afgive opgaver

”Vi får mere tid til andet, og får et nuanceret syn, og kommer rundt om hele patienten. Det er jo noget meget essentielt for sygeplejen. Vi vil jo gerne komme rundt om det hele. Vi vil gerne opfylde alle behovene de enkelte patienter har, og det kan jo være svært, enten pga. tiden, kompetencer til rådighed eller simpelthen bare hænder. Det oplever jeg, at vi gør i høj grad nu, og ikke dermed sagt, at vi kommer i mål med alt det vi gerne vil” (Sygeplejerske, Bilag 4, s. 67).

Sygeplejersker italesatte flere gange, at det havde stor betydning for dem, at komme hele vejen rundt om patienten. De ønsker at have en holistisk tilgang til patienter og deres behandling, og det gav dem tilfredshed og arbejdsglæde.

Sygeplejerskerne beskrev også konkrete tiltag og udvikling i afsnittene, som de havde udviklet i samarbejde med fysioterapeuterne. Der var fx blevet indrettet en senge-stue, hvor alle nye patienter blev modtaget og vurderet af dem i fællesskab, inden de blev flyttet videre ud i afsnittene.

Ligeledes oplevede sygeplejersker at deres planer og rapporter til kommuner om udskrivelse blev skarpere og mere detaljerede, da man nu kunne sparre om patienten, afprøve flere ting og havde to forskellige fagligheder ind over, hvor det før kun var sygeplejerskens vurdering der blev sendt videre.

Samarbejdet fungerede ikke perfekt fra starten af, der var flere opgaver der skulle diskuteres igennem, og man skulle også se hinanden lidt an.

Med tiden blev der aftalt rutiner og arbejdsgange sammen med de faste fysioterapeuter i sengeafsnittene, men der var stadig udfordringer i forhold til nogle af de fysioterapeuter, der kommer fra den centrale terapi.

Sygeplejerskerne oplevede at det ikke var alle fra den centrale terapi, der kan se fordelene ved at have et tæt samarbejde.

”Nogle af dem der kommer her, kan man godt fornemme at de har ikke forstået det fede i denne løsning. De holder meget fast i traditionelle fysioterapeut opgaver, og ønsker måske reelt ikke vores input. Der kan godt være et miskam i forhold til forventninger og opgaver, og mener ikke de skal hjælpe

på mange måder, så kan der godt opstå lidt dårlig stemning og konflikter”
(Sygeplejerske, Bilag 4, s. 66).

På grund af denne manglende indsigt, viden eller måske vilje til at indgå i samarbejdet, opstod der dårlig stemning. Nogle gange når fysioterapeuter fra central terapien afløste de faste fysioterapeuter i afsnittene.

Sygeplejersker peger på, at man skal være åben over for det nye og fordomsfri. Man skal turde give det en chance, og netop det peger de på, at have haft den største betydning for samarbejdet.

”Man skal tage det nye ind og de nye, og se hvad og hvordan fungerer det hele i stedet for, at være sig selv nærmest. Nogle gange falder brikkerne jo bare på plads, og så bliver man positivt overrasket, og det er næsten den bedste følelse at gå hjem med...” (Sygeplejerske, Bilag 4, s. 66).

De anerkender at de er forskellige, men at de også har sammenfaldende interesser, som ønsket i at yde den bedst mulige behandling og oplevelse til patienten. Ved at bruge det aktivt, så kan de sammen nå mere og længere.

At vise hinanden plads og de bedste tanker - samarbejde og faglighed

Fysioterapeuter oplever at samarbejdet er godt og givende for dem. I starten kunne det godt være lidt svært, da rammen og opgaverne ikke var defineret, og at man var ene fysioterapeut på arbejde i gruppen.

Der var mange af sygeplejerskerne som gerne ville have hjælp til forskellige ting, og samtidig havde fysioterapeuterne også nogle faglige opgaver, som de gerne ville løse, og fandt relevante i forhold til patienterne.

Det kunne godt være overvældende, at skulle forholde sig til så mange mennesker på en gang, når de var på arbejde, og kun havde deres egen faglighed at bruge.

Den fysioterapeutiske sparring måtte hentes uden for afsnittet hos de andre afsnits-terapeuter, så det krævede en bevidsthed om ens viden og hvor langt den rakte.

Fysioterapeuter oplevede at de blev lyttet til, og at der var en forståelse for hinanden og at man kan noget forskelligt.

”Det er samarbejdet, der er rigtigt godt, når vi diskuterer om nogle ting, eller vurderer forskelligt, så bliver det spændende. Men vi forstår hinanden og vores særlige ting” (Fysioterapeut, Bilag 3, s. 58).

Fysioterapeuter oplever respekt omkring deres viden og opgaver. Ligesom de også italesætter, at det er vigtigt for samarbejdet, at man viser hinanden plads og tænker det bedste om den anden.

Det tætte samarbejde om patienterne og opgaverne i afsnittet gør indtryk på dem.

En fysioterapeut forklarer det således

”... selvom vi respekterer hinanden og har forståelse for hinanden. Men det at mærke hinandens opgaver, hinandens byrder eller travlhed, det gør os tættere” (Fysioterapeut, Bilag 3, s. 59)

De kommer til at føle en sammenhørighed og det gør en stor forskel for dem, at være i afsnittet hele dagen, og ikke kun komme på besøg.

Kontekstens betydning set af sygeplejersker

Selve konstruktionen af fysioterapeuternes ansættelse har også betydning for samarbejdet.

Den store fordel som sygeplejersker peger på er, at tingene er smidigere og forløber hurtigere.

Hjælpemidler kommer væsentlig hurtigere i afsnittet, for fysioterapeuten vurderer behovet straks ved indlæggelsen, og henter hjælpemidlet frem fra kælderen.

Før hen var det enten sygeplejerskerne selv der skulle bedømme patientens behov, og så sende en anmodning om det til central terapien. Her så en fysioterapeut på det, og bedømte om behovet var reelt via patientens journal og diagnoser. Herefter blev hjælpemidlet sendt op med en portør, denne proces kunne tage op til 48 timer og længere hvis det var weekend.

Sygeplejersker oplever helt generelt, at der hurtigere er en mobiliserings plan for patienterne, og at patienter tilses af de samme få terapeuter gennem hele indlæggelsen, hvor det før hen sjældent, var den samme der kom to gange. Dette giver også kontinuitet for sygeplejerskerne, og de har en oplevelse af, at der er sket et gevaldigt løft i forhold til deres fælles patienter.

De oplever dog også problematisk når der er afløsning af deres "egne" afsnitsterapeuter, så glider tingene ikke, og de føler at dem der kommer fra centralen ikke har nok viden om hvad afsnits fysioterapeuterne laver.

" ... hver gang starter man forfra på at forklare hvad er det vi gerne vil her hos os, hvilke opgaver er der, hvordan er vores rutiner "

(Sygeplejerske, Bilag 4, s.65).

Kontekstens betydning set af fysioterapeuter

For fysioterapeuter har denne anderledes måde at være ansat en særlig betydning. De sammenligner sig ofte med fysioterapeuter ansat i den centrale terapi, og føler at dette er en bedre løsning end den traditionelle.

De føler at de har en større fleksibilitet i forhold til planlægning af deres dag, de kan tage særlige hensyn til deres patienter i forhold til undersøgelser, besøg og hvile.

Fysioterapeuterne i sengeafsnittene føler også, at de har en større viden om deres patienter qua at de er i afsnittet hele dagen, og ikke skal sprede deres arbejde ud på flere afsnit. Dermed oplever de også, at de kommer bedre rundt om patienternes behov.

"Vi taler jo allerede fra dag et eller to, hvad de skal hjem til. Altså vi tager udgangspunkt i det vi oplever med patienten og ikke kun det patienten fortæller" (Fysioterapeut, Bilag 2, s. 50).

Dette har fysioterapeuter fra den centrale terapi jo ikke mulighed for. Fysioterapeuterne føler at de kan bidrage med mere, og at deres opgaver selvfølgelig heller ikke er helt de samme, som hvis de kun var ansat i central terapien.

De beskriver at de har en mere funktionel tilgang, hvor de deltager mere i forflytninger i samarbejde med sygeplejersker, og kan se at det rent faktisk går fremad, i stedet for at kun være dem der laver forslag til mobiliseringsplaner.

Fælles mål og opgaver – at være en del af gruppen som sygeplejerske

Sygeplejerskerne har skulle lukke fysioterapeuterne ind i gruppen, de føler at de er kommet tæt på hinanden. Det har selvfølgelig krævet lidt tilvænning, men nu er de accepterede.

Det kollegiale vurderes af sygeplejersker til at have stor betydning for samarbejdet, og de ser de nye kollegaer, som muligheder for nye spændende relationer.

Fysioterapeuter bruges nu også aktivt til at sparre med i forskellige situationer, både pga. at de nu kender hinanden, men også pga. at de har en anden faglighed bag sig, og nogle gange ser tingene på en anden måde.

”og jeg står jo ikke alene her, med den her opgave, jeg har en at sparre med”
(Sygeplejerske, Bilag 4, s. 64).

I samarbejdet er man kommet tæt på hinanden, og den nye gruppe kan lide at være sammen og vurdere opgaver og problemer sammen.

Det at gruppen er blevet tilført en ny faggruppe ses som noget positivt.

”Nogle gange er det også godt at få nye mennesker ind, de stiller gode dumme spørgsmål, som vi andre har glemt eller overset. De ser alt som det nye når de starter ud” (Sygeplejerske, Bilag 5, s. 73).

Fysioterapeuter bringer nye perspektiver ind i gruppen og deres viden ses som værdifuld i behandlingen af patienten.

Sygeplejersker vurderer at det betyder meget at være en del af en gruppe og være med til at arbejde mod et fælles mål.

Relationerne imellem dem er præget af, at de arbejder tæt sammen, kender hinanden godt, at de finder det værdifuldt at kunne grine sammen og at de ser hinanden som gode kollegaer.

En stor faglig gruppe med en stor viden – at være en del af gruppen som fysioterapeut

Fysioterapeuterne har skulle finde deres vej ind i en allerede defineret gruppe af sygeplejersker. De har skulle lære hinanden at kende, men føler sig nu accepteret i gruppen.

”... jeg kan ligesom godt lide at have fundet min plads på den her afdeling”
(Fysioterapeut, Bilag 2, s. 50)

Det at kende hinanden udtrykker fysioterapeuterne også gør, at man kan se hvornår de andre har travlt eller er pressede, og så træder man naturligt til og hjælper. Men det gør også samarbejdet nemmere

”Jeg synes at det har betydning for samarbejdet at man kender hinanden, man kan selvfølgelig godt køre det på det rent professionelle. Men det er altså nemmere hvis man kender den anden person, altså at man snakker med den

person, ud over det faglige at man tænker omkring patienterne, så kommer der sådan en lidt mere løshed” (Fysioterapeut, Bilag 2, s. 53)

Den personlige relation får betydning for fysioterapeuter, og giver et mere afslappet arbejdsmiljø og det gør også arbejdsdagen sjovere. Fysioterapeuterne beskriver, at de kender sygeplejerskerne bedre end de andre fysioterapeuter i central terapien, og derfor ser dem som deres nærmeste kollegaer.

Det er vigtigt for dem at have følelsen af, at være en del af en gruppe, som arbejder sammen og samtidig at føle sig forstået og respekteret, det finder man motiverende.

”... vi er en faglig stor gruppe, med en stor viden”

(Fysioterapeut, Bilag 3, s. 61)

Sammenfatning

Det spændte ben for samarbejdet i starten at opgaver og roller ikke var fordelt. Rutiner og arbejdsgange blev derfor diskuteret og fastlagt. Samarbejdet frigav dermed tid til andre opgaver for sygeplejerskerne – ikke nye opgaver, men opgaver der fik mere opmærksomhed.

Sygeplejersker og fysioterapeuter anerkender, at de er forskellige men, at de også har sammenfaldende interesser. De ønsker begge at yde den bedst mulige behandling og oplevelse til patienten, og ved at bruge det aktivt, så kan de sammen nå mere og længere.

Planer og rapporter til patienter og primær sektor blev mere detaljerede og præcise

Det kollegiale vurderer de til at have stor betydning for samarbejdet, og det at være åben og fordomsfri, og at turde give samarbejdet en chance har også betydning

Samarbejdsrelationerne imellem dem er præget af, at de arbejder tæt sammen, kender hinanden godt, at de finder det værdifuldt at kunne grine sammen og at de ser hinanden som gode kollegaer. I samarbejdet kan de lide at være sammen, vurdere sammen og arbejde sammen. Dette giver et afslappe arbejdsmiljø.

De nye opgaver og roller for afsnitsfysioterapeuter giver fleksibilitet i forhold til behandling, træning og rekvirering af hjælpemidler. Det giver også kontinuitet for patienter. Sygeplejersker og fysioterapeuter lærer gennem at lytte, observere og stille spørgsmål for at komme tættere på hinanden. De beskriver netop dialogen og at have mange spørgsmål som det, der har hjulpet dem til at blive klogere på hinanden.

Praksisfællesskaber

Vi flytter fokuset fra, hvad lærer den enkelte til, det at lære gennem at deltage.

Praksisfællesskaber er karakteriseret ved altid, at indeholde gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire. Der er sandsynligvis flere praksisfællesskaber i spil, i det sygeplejersker og fysioterapeuter betegner som gruppen, og gruppen i sig selv, kan også være et stort praksisfællesskab.

I starten af projektet oplevede sygeplejersker og fysioterapeuter, at den uafklarede opgave- og rollefordeling spændte ben for samarbejdet.

Fælles for praksisfællesskaberne er, at det er vigtigt at føle at man hører til, og at man har en relation og et gensidigt engagement i gruppen. Gruppen er ikke forpligtiget til, at være enige om rollefordelingen eller opgaverne. Men i gruppen sker der en forhandling om mening, identitet og ansvarlighed overfor gruppen.

Efter noget er tid er opgave- og rollefordelingen faldet på plads, og viser den kontinuerlige forhandling om mening der finder sted i praksisgrupper.

I denne proces er der sket læring, der har været dialog, der er blevet lyttet, og der er blevet forhandlet mening og identitet hos den enkelte i gruppen. Ved at lære, så deltager du også i praksisfællesskabet, du engagerer dig, og igennem læringen så flytter du dig.

Det handler ikke om, at du som sygeplejerske eller fysioterapeut ved alt, for at kunne være med i praksisfællesskabet, du må gerne være uvidende og have et ønske om at lære mere.

At praksisfællesskaberne er dynamiske vises også igennem vekselvirkningen mellem medlemmernes deltagelse og indbyrdes relationer i forhold til skiftevis at være: den der lærer, og den der lærer fra sig.

Sygeplejersker lærer om forflytninger og ergonomi gennem, at stå ved siden af fysioterapeuten i situationen, hun er aktivt deltagende for at lære.

Fysioterapeuter lærer om diagnoser og fagtermer ved aktivt deltagelse i praksisfællesskabet, ved at lytte og efterligne og holde det op mod, hvad de tidligere har lært (mening), den viden kom ikke af sig selv.

De har alle en relation til hinanden ved at skulle arbejde sammen. Praksisfællesskaber er netop ikke stabile grupper, men i konstant forandring. Beskrivelsen af at man har skulle

vænne sig til hinanden, og at det har krævet tid, kan også beskrive den forhandling af mening og identitet der finder sted.

Vi er som mennesker sociale individer, og vi søger fællesskabet, derfor har det også stor betydning for den enkelte, at være en del af fællesskabet.

Både sygeplejersker og fysioterapeuter sætter ord på, at de respekterer den anden, og i spændingsfeltet mellem egen identitet og fællesskabet, der udvikler de sig også. Vi lærer, vi tager nye opgaver på os og vi lærer fra os.

Praksisfællesskaber giver sygeplejersker og fysioterapeuter rammer for deres forståelse og opfattelse af en givne situation, og dermed også for samarbejdet i mellem dem.

Læreprocesserne er rette mod, at kunne blive en del af praksisfællesskabet. Ved at den enkelte sygeplejersker eller fysioterapeut byder ind med sin viden, og deltager mere og mere, og for dermed igen at lære mere.

Konklusion

"Hvordan oplever sygeplejersker og fysioterapeuter, at de lærer af og om hinanden og hvilken betydning tillægger de samarbejde i behandlingen af patienten?"

Sygeplejersker og fysioterapeuter lærer og uddyber deres viden om hinandens arbejdsopgaver og områder gennem at arbejde sammen. De er bevidste om, at der er overlap i deres opgaver, som de nu kan være fælles om. Men det har også haft betydning for begge faggrupper, om de har set deres fagidentitet som truet af, at skulle dele opgaver.

Sygeplejersker og fysioterapeuter lærer gennem at lytte, observere og stille spørgsmål, og kommer dermed tættere på hinanden.

Fysioterapeuter opleves og respekteres som specialister inden for træning og forflytninger, og sygeplejersker har gennem samarbejdet lært og fået opdateret deres viden om korrekte ergonomiske forflytninger, brug af redskaber og respirationsteknikker.

Fysioterapeuter og sygeplejersker anerkender, at de begge er gode til at få tætte professionelle relationer til deres patienter. De ser begge sygeplejersker som dem med overblikket over opgaverne og patienterne.

Vigtige motivationsfaktorer hos begge faggrupper har været stolthed i arbejdet og at det er til nytte for patienter.

Det spændte ben for samarbejdet i starten, at opgaver og roller ikke var fordelt. Rutiner og arbejdsgange blev derfor diskuteret og fastlagt. Samarbejdet frigav dermed tid til andre opgaver for sygeplejerskerne, som de så kunne bruge mere tid på

Sygeplejersker og fysioterapeuter anerkender at de er forskellige men, at de også har sammenfaldende interesser. De ønsker begge at yde den bedst mulige behandling og oplevelse til patienten, og ved at bruge det aktivt, så kan de sammen nå mere og længere.

Planer og rapporter til patienter og primær sektor er nu mere detaljerede og præcise.

Det kollegiale vurderer de til, at have stor betydning for samarbejdet, og det at være åben og fordomsfri, og at turde give samarbejdet en chance har også haft stor betydning.

Samarbejdsrelationerne imellem dem er præget af, at de arbejder tæt sammen, kender hinanden godt, at de finder det værdifuldt at kunne grine sammen, og at de ser hinanden som nære kollegaer.

De nye opgaver og roller for afsnitsfysioterapeuter giver fleksibilitet og kontinuitet i forhold til behandling, træning og rekvirering af hjælpemidler.

Diskussion og Perspektivering

Projektet med at ansætte fysioterapeuter i sengeafsnittene har skabt en række forandringer for de ansatte i afdelingen og gør det stadig, hvilket er forventeligt.

Implementering af et nyt tiltag, vil altid skabe forandringer som ringe i vandet. At implementere en forandring tager tid og planlægning, og det er lige meget om beslutningen om forandringen er en sundhedspolitisk Top-Down beslutning eller en beslutning taget lokalt i en afdeling på et hospital som en Bottom-Up beslutning.

Måden hvorpå at man implementerede, at nu skulle der ansættes fysioterapeuter i sengeafsnittene, virker på sygeplejersker og fysioterapeuter tilfældig og uden planlægning. Ligesom sloganet "Vi ligger stenene som vi går dem", giver en fornemmelse af, at nogle af trinene er knapt som gennemarbejdet eller, at de helt mangler i overvejelserne omkring implementeringen.

Man kunne have skelet til fx John P. Kotters procesmodel omkring ledelse af en forandring. Her beskriver han og argumentere for, at der er flere trin en implementering skal gennemgå for, at en forandring bliver så vellykket som mulig, med mindst mulig modstand, og ikke mindst kan fastholdes (Kotter, 1995).

Den manglende planlægning og evaluering passer dårligt ind i den New Public Management kultur der dominerer sundhedsvæsenet, da der politisk normalt er et krav om at evaluere og vurdere om ting eller tiltag er ”rentable” økonomisk (Kroløkke & Madsen, 2016).

Hospitaler er organisationer som har en stram hierarkisk opbygning, omkring faggrupperne og deres opgaver indbyrdes. Risikoen i sådanne organisationer er, at andre faggrupper som kommer ind, ikke får en klar defineret plads i hierarkiet, og derfor kommer til at svæve som isolerede øer, som byder ind med viden hvis den efterspørges (Lauvås & Lauvås, 2006).

Den oprindelige tanke med resultaterne fra dette masterspeciale var, at have muligheden for, at formidle ny viden og forståelse omkring, hvad der opleves betydningsfuldt og lærerigt i samarbejdet mellem fysioterapeuter og sygeplejersker, men også at få belyst hvilke problemstillinger der kunne være, udover de overfor nævnte.

Tanken var, at det kunne udbredes til andre dele af hospitalet eller andre hospitaler, som en mulig løsning på det rekrutteringsproblem vi står i, og som er landsdækkende.

Men rent etisk burde man måske også som samfund forholde sig til, hvorfor man har en tydelig problemstilling med fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker, som virker uløselig.

Et problem som både har økonomiske, politiske og samfundsmæssige konsekvenser og som vi nu trækker en ny faggruppe med ind i, og hvilken betydning får det for dem?

Vi havde et presset sundhedssystem allerede inden, at vi som samfund blev introduceret for Covid-19 pandemien, som på alle måder har udfordret os alle.

Nu er sygeplejerskemanglen så alvorlig at læger og tandtekniker sættes i sygeplejevagter for, at vi kan få tingene til at hænge sammen, og at patienter får den nødvendige pleje og omsorg. Ikke ideelt hvis du spørger sygeplejersken, men en nødvendighed.

Litteraturliste

Andersen, Anne Bendix & Beedholm, Kirsten & Kolbæk, Raymond (2019).

Nursing Inquiry, Volume 26, artikel nr. 12310 The role of 'mediators' of communication in health professionals' intersectoral collaboration: An ethnographically inspired study

Christensen, Grethe (2020). DSR: Højere løn og bedre arbejdsmiljø får sygeplejersker i ældreplejen på fuld tid, <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/dsr-hoejere-loen-og-bedre-arbejdsmiljoe-faar-sygeplejersker-i-aeldreplejen>

Danske patienter (2015). Medicinske patienter, <https://danskepatienter.dk/politik-presse/politiske-emner/medicinske-patienter>

Eriksen, Ole (2007). Afdelinger lukker senge, mens hjertepatienter venter, <https://dagensmedicin.dk/afdelinger-lukker-senge-mens-hjertepatienter-venter/>

Finansministeriet (2020). Aftale om flere sygeplejersker mellem Regeringen og Danske Regioner,

[https://fm.dk/media/18006/aftale om flere sygeplejersker mellem regeringen og danske regioner a.pdf](https://fm.dk/media/18006/aftale_om_flere_sygeplejersker_mellem_regeringen_og_danske_regioner_a.pdf)

Finansministeriet (2020a). <https://www.regeringen.dk/media/7640/kommissorium-for-taskforce-for-flere-social-og-sundhedsmedarbejdere.pdf>

Højholdt, Andy (2013). Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, s. 7 - 82

Illeris, Knud (2008). Læringsteorier – 6 aktuelle forståelser, 1. udgave, Roskilde Universitetsforlag, s. 11-38.

Illeris, Knud (2015). Læring, 3. udgave, Samfundslitteratur, s. 17-49, 73-200, 229-300.

Kotter, John P. (1995). Leading change. Why transformation efforts fail. Harv Bus Rev; 73(2), s. 59-67.

Kristensen, Catharine Juul & Hussain M. Azhar (2016). Metoder i samfundsvidenskaberne, 1. udgave, Samfundslitteratur, s. 75-122

Kroløkke, Charlotte og Madsen, Karen Hvidtfeldt (2016). Sundt, sundere, helt sygt – kultur analytiske tilgange, 1. udgave, Samfundslitteratur, s. 175 – 210

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2014). Interview – det kvalitative forskningsinterview som håndværk, 3. udgave, Hans Reitzels Forlag, s. 11- 197, 219 - 285

Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per (2006). Tværfagligt samarbejde – Perspektiv og strategi ,2, udgave, KLIM, s. 111 - 130

Lindberg, Helle (2019). Sygeplejersken, Den globale sygeplejerskemangel rammer nu, nr. 6, s. 52-53

Poulsen, Birgitte (2016). Semistrukturerede interviews, I: Metoder i samfundsvidenskaberne, Red. Af Catharina Juul Kristensen og M. Azhar Hussain, 1. udgave, Samfundslitteratur, s. 75 - 95

Rasborg, Klaus (2014). Socialkonstruktivisme i klassisk og moderne sociologi, I: Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne, Red. Af Lars Fuglsang, Poul Bitsch og Klaus Rasborg, 3. udgave, Samfundslitteratur, s. 403 437

Region Sjælland (2018). Samlet analyse af det medicinske område i Region Sjælland, <https://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2018/Documents/3860/3805478.PDF>

Rendtorff, Jacob D. (2014). Fænomenologien og dens betydning, I: Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne, Red. Af Lars Fuglsang, Poul Bitsch og Klaus Rasborg, 3. udgave, Samfundslitteratur, s. 259 - 287

Sundhedsdatastyrelsen (2020). <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sundhedsvaesenet/medicinske-afdelinger>

Wenger, Etienne (2004). Praxis fællesskaber. Læring, mening og identitet, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag s. 13- 169

Wenger, Etienne (2007). Social læringsteori – aktuelle temaer og udfordringer, I: Læringsteorier – 6 aktuelle forståelser, 1. udgave, Roskilde Universitetsforlag, Learning Lab Denmark, s. 7- 39, 61 -81