



## **Samhandling i Grensefeltet**

-et case-studie av en tverrprofesjonell og  
tverrsektoriell prosjektgruppe sitt arbeid sett i lys av  
moderne aktivitetsteori

**Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap**

Master i Helsefremmende arbeid

**Kandidatens navn:**

Oda Lill Blålid

**Måned/Årstall:**

Mai/2015

**Antall ord: 19566**

## FORORD

Det er flere som fortjener en takk i forbindelse med masteroppgaven.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til mine seks informanter som tok seg tid til å bli intervjuet. Takk for at dere var villige til å dele deres erfaringer.

Videre vil jeg takke veilederen min Grete Eide Rønningen, førstelektor ved institutt for Helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Takk for veiledning på min oppgave i hektiske perioder med tidvis korte tidsfrister å forholde seg til. Takk for støtte og mulighet til frie valg i prosessen.

Takk til Marit Aas og Ruth Jensen ved Universitet i Oslo. Dere svarte raskt på henvendelsene mine, og har bistått med modeller på norsk til oppgavens teori-del.

Takk til min arbeidsgiver og mine fabelaktige kollegaer ved Kysthospitalets avdeling i Skien som har støttet opp i underveis, og ikke minst under siste innspurt.

Mamma, Hilde og Ane tusen takk for at dere tok dere tid til gjennomlesning av oppgaver i deler og helhet i en travel hverdag. Det har vært helt uvurderlig.

Sist, men ikke minst, takk til verdens mest tålmodige mann, Magnus og mine to barn Ylva og Nor. Tusen takk for at dere har latt meg prioritere skrivetid i en til tider hektisk hverdag.

Porsgrunn, mai 2015

Oda Lill Blålid

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Samhandlingsreformen har som formål å bidra til bedre folkehelse og et mer effektivt helsevesen med høyere kvalitet. Reformen er en reorientering i helsevesenet mot mer forebygging og helsefremmende tilnærming, og dette vil påvirke aktørene som arbeider i helsevesenet. Hvordan denne endringen oppleves for aktørene i helsevesenet synes å være et lite utforsket felt, og jeg har derfor hatt ønske om å undersøke hvordan det oppleves for aktørene i helsevesenet å samhandle på tvers av sektorer, organisasjoner og profesjoner om å forbedre folkehelsen. Dette har ført til følgende problemstilling:

*“Hvordan opplever aktørene i en prosjektgruppe å samhandle i et grensefelt?”*

**Formål:** Hensikten er å få kunnskap om hvordan det oppleves å samhandle i et grensefelt for å øke forståelsen for forhold som kan påvirke en slik prosess.

**Metode:** Studien er en kvalitativ case-studie. Data er samlet inn ved hjelp av seks individuelle intervjuer med aktører som har deltatt i en prosjektgruppe over to år. Utvalget består av en rådgiver fra NAV, en fastlege, en kommuneoverlege, og tre fysioterapeuter fra ulike deler av helsetjenesten. Dokumentanalyse av møtereferat er også inkludert i datamaterialet.

**Funn:** Opplevelsen av å samhandle i et grensefelt har blitt belyst i prosjektgruppens ulike faser av arbeidet ved hjelp av en forenklet utgave av Engeströms (2001) ekspansive læringssirkel. Resultatene indikerer at aktørene i prosjektgruppen opplever prosessen med samhandling i et grensefelt for å bedre folkehelsen som meningsfylt. På den annen side, beskriver prosjektdeltakerne utfordringer som kan tyde på at mangel på klare mål i arbeidet kan resultere i at motivasjonen blir påvirket i en negativ retning.

**Konklusjon:** Studien kan være med å belyse kompleksiteten ved helsefremmende arbeid, der mye av arbeidet bør og skal foregå i grensefeltet mellom ulike sektorer og organisasjoner i samfunnet, uten en klar fasit. Ved hjelp av moderne aktivitetsteori belyser studien viktige sider av en prosjektgruppe sitt arbeid. Teorien har bidratt til å sette ord på hvordan arbeidet oppleves i de ulike fasene av prosessen, og det har gitt et bilde av hvor *skoen trykker* med hensyn til videre arbeid.

**Nøkkelord:** Helsefremmende arbeid, reorientering av helsevesenet, ekspansiv læringsteori, grensefelt, samhandlingsreformen, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt, tverrfaglig.

## ABSTRACT

**Background:** The Coordination Reform aims to improve public health and a more efficient healthcare system with higher quality. The reform is a reorientation of health care towards more prevention and health promotion approach, and this will affect the workers in the healthcare system. It seems that little has been done to see how this changes perceived by the different professions. In my thesis I wanted to focus on how the workers in the health care system experienced to collaborate across sectors, organizations and professions to improve public health. This has led to the following research question: "*How does the professions in a project group experience the collaboration within a boundary-zone?*"

**Aim:** The objective of this thesis is to gain knowledge about how collaboration in a boundary-zone is perceived by the participants, so to get a better understanding of the factors that may influence this process.

**Method:** The thesis is a qualitative case-study. Data is collected using six individual interviews with participants who have taken part in a project group for two years. An adviser from NAV, one doctor, one local medical officer, and three physiotherapists from different parts of the health care system were interviewed. Documentary analysis of meeting minutes was also included as empirical inputs.

**Findings:** The experience of collaboration in a boundary-zone has been discussed in the project group's various phases of the work using a simplified version of Engeströms (2001) expansive learning circle. The results indicate that the participants in the project are experiencing the process of collaboration in a boundary-zone to improve public health as meaningful. On the other hand, does the project participant describe challenges that may indicate that a lack of clear objectives in further work may result in motivation being influenced in a negative direction.

**Conclusion:** This study may help to elucidate the complexity of health promotion, where much of the work should and will take place in the boundary-zone between different sectors and organizations in the community, without a clear answer. The use of modern activity theory can show important aspects of a project work. The theory has helped to put into words how work is perceived in the various phases of the process, and it may have given a picture of where the *shoe pinches* for further work.

**Keywords:** health promotion, reorientation health care, expansive learning theory, boundary zone, the coordination reform, cross-professional, intersectoral, interdisciplinary.

# INNHOOLD

1	INNLEDNING .....	9
1.1	Bakgrunn.....	9
1.2	Hvorfor er dette relevant for helsefremmende arbeid? .....	10
1.3	Problemstilling.....	11
1.4	Avklaring av sentrale begrep .....	11
1.4.1	Grensefelt.....	11
1.4.2	Politiske føringer for samhandling .....	12
1.4.3	Moderne aktivitetsteoretisk læringsperspektiv .....	13
1.4.4	Begrepsdefinisjoner; samarbeid og samhandling .....	14
1.5	Kunnskapsbehov som underbygger relevansen i problemstillingen.....	15
1.6	Oppgavens oppbygning .....	16
2	TEORETISK RAMMEVERK .....	17
2.1	Opplevelse av sammenheng.....	17
2.2	Aktivitetsteori .....	18
2.2.1	Aktivitetssystem .....	18
2.2.2	Tredje generasjons aktivitetsteori.....	20
2.2.3	Den ekspansive lærings sirkel .....	22
2.3	Samhandling i grensefelt .....	24
2.4	Oppsummering.....	25
3	METODE .....	26
3.1	Forskningsdesign .....	26
3.2	Case-studie.....	27
3.3	Presentasjon av aktuell case.....	27
3.4	Gjennomføring.....	28
3.4.1	Utvalg og rekruttering .....	28

3.4.2	Intervjuguide.....	29
3.5	Analyse .....	30
3.5.1	Intervju .....	30
3.5.2	Transkripsjon.....	31
3.5.3	Analyse av intervjuene .....	32
3.5.4	Dokumentanalyse .....	34
3.6	Kvalitetsvurdering av forskningsprosessen .....	35
3.6.1	Troverdighet .....	36
3.6.2	Pålitelighet.....	37
3.6.3	Overførbarhet.....	37
3.6.4	Forforståelse .....	37
3.7	Forskningsetiske overveielser.....	39
3.7.1	Anonymitet .....	40
4	PRESENTASJON AV FUNN.....	41
4.1	Casen.....	42
4.2	Fase 1 – Analyse av praksis .....	43
4.2.1	Felles problemforståelse .....	43
4.2.2	Ulike aktivitetssystem .....	44
4.3	Fase 2- Løsningsforslag .....	46
4.3.1	Å bli enige .....	46
4.3.2	Motsetninger i gruppen.....	48
4.3.3	Ting tar tid .....	49
4.4	Fase 3- Implementering .....	50
4.4.1	Overføring av kunnskap til eget aktivitetssystem.....	51
4.4.2	Implementering i egen praksis.....	53
4.5	Fase 4- Konsolidering.....	54
4.5.1	Refleksjoner over arbeidet.....	54

4.5.2	Ny runde? .....	57
4.6	Oppsummering.....	59
5	DRØFTING .....	60
5.1	Utfordringer ved å samhandle i et grensefelt? .....	60
5.1.1	Ulike Aktivitetssystem .....	60
5.1.2	Motsetninger.....	61
5.1.3	Å arbeide i et grensefelt tar tid .....	63
5.1.4	Oppsummering .....	63
5.2	Hvordan har prosjektgruppen arbeidet?.....	64
5.2.1	Felles problemforståelse .....	64
5.2.2	Å bli enige .....	65
5.2.3	Overføring av kunnskap og implementering i egen praksis.....	66
5.2.4	Refleksjoner. Ny runde? .....	68
5.2.5	Oppsummering .....	69
6	AVSLUTNING .....	70
6.1	Oppsummering av funn .....	70
6.2	Implikasjoner for praksis .....	71
6.3	Forslag til videre forskning.....	72
6.4	Metodiske styrker og svakheter ved studien.....	72
	LITTERATUR .....	74
	VEDLEGGSOVERSIKT .....	79
	Vedlegg 1: Intervjuguide .....	80
	Vedlegg 2: Revidert intervjuguide .....	83
	Vedlegg 3: Matrise med oversikt over koder og kategorier .....	85
	Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	87
	Vedlegg 5: Samtykke til deltakelse i studien .....	89
	Vedlegg 6: Tilbakemelding fra NSD.....	90

## Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1- En kompresjon av fasene i Engströms ekspansive læringssirkel.....s 33

Figur 1- Grunnstrukturen i et sosialt aktivitetssystem.....s 19

Figur 2- Interaksjon mellom to aktivitetssystemer.....s 21

Figur 3- Den ekspansive læringssirkel.....s 23

Figur 4- Illustrasjon av gitt case.....s 42



# 1 INNLEDNING

Dette kapitlet presenterer bakgrunn for valg av tema, og hvorfor temaet er aktuelt i et helsefremmende perspektiv. Konteksten for oppgaven introduseres, før det redegjøres for kunnskapsstatus. Deretter følger en presentasjon og begrunnelse for problemstilling og forskningsspørsmål. Videre blir det gjort rede for sentrale begreper, samt en vurdering av studiens relevans. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av oppgavens videre struktur.

## 1.1 Bakgrunn

I Ottowacharteret (1986) presenterer Verdens Helseorganisasjon (WHO) fem innsatsområder for å bedre helse i befolkningen. Et av innsatsområdene går ut på å reorientere helsetjenesten. Helsetjenesten skal ikke bare ha fokus på behandling, men også på forebygging og helsefremmende arbeid. En av strategiene for å oppnå dette nevnes som *mediating, å danne samarbeidsallianser på tvers av sektorer med offentlig virksomhet og befolkningen* (WHO, 1986). 23 år etter Ottowacharteret ble presentert, ble samhandlingsreformen kjent gjennom St. Meld. nr. 47 (2008-2009). I 2012 gikk startskuddet for reformen, som tar sikte på å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, koordinere tjenestetilbudene bedre og tilby befolkningen et helhetlig helsetjeneste. På denne måten skal reformen bidra til å bedre folkehelsen og sikre bærekraftige koordinerte helsetjenester av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen legger føringer for en ny oppgavefordeling i helsevesenet. Kommunene får blant annet utvidet ansvar for å ivareta folkehelsa og individuell pasientoppfølging i samarbeid med sykehusene. Hvordan denne endringen oppleves for aktørene i helsevesenet synes å være et lite utforsket felt, og jeg har derfor hatt ønske om å undersøke hvordan det oppleves for aktørene i helsevesenet å samhandle på tvers av sektorer, organisasjoner og profesjoner om å forbedre folkehelsen. I den følgende studien ønsker jeg å se nærmere på hvilke erfaringer en prosjektgruppe har gjort seg med samhandling i grensefeltet mellom spesialisthelsetjenesten, privat helsetjeneste, kommune og NAV med formål om å påvirke folkehelsa. Utgangspunktet for studien vil være en bredt sammensatt

prosjektgruppe som består av aktører fra kommune, privat sektor, NAV og spesialisthelsetjenesten. Prosjektgruppen har siden 2012 arbeidet for å bli omforent om en felles faglig plattform for å møte utfordringer med uspesifikke muskel- og skjelett plager i en kommune.

## **1.2 Hvorfor er dette relevant for helsefremmende arbeid?**

I et helsefremmende perspektiv er samhandling mellom mennesker fra ulike settinger interessant å belyse av flere grunner. Folkehelse står i dagens samfunn ovenfor nye og komplekse utfordringer som krever nye svar og nye handlinger lokalt og globalt (Axelsson & Axelsson, (2007). Helsen påvirkes av forhold innenfor ulike sektorer og på en rekke livsområder. Denne helhetlige tilnærmingen til helse gjør arbeid med folks helse til et komplekst arbeid som krever samhandling mellom ulike aktører (Helsedirektoratet, 2010, s. 6). Et bredt fler- og tverrsektorielt samarbeid er sentralt for å lykkes med helsefremmende arbeid (Mæland, 2007, s. 71; Fosse, 2007, s. 124). Helsesektoren har et særlig ansvar for helse, dette utfordrer helsesektorens evne til å samhandle med andre aktører og profesjoner, innenfor egen sektor og med andre sektorer. Willumsen & Ødegård mener at samarbeid i helse- og velferdstjenesten er så sentralt at det kan sees som et samfunnsoppdrag (Willumsen & Ødegård, 2014, s. 14).

Helsefremmende arbeid er en flerfaglig disiplin (Bunton & Macdonald, 2002). Det vil si at helsefremmende arbeid er avhengig av erfaringer og bidrag fra mange fag og disipliner (Hauge & Mittelmark, 2006, s. 5). Dette sees som fagets styrke (Green & Tones, 2010). Ingen av fagfeltene sitter med en løsning alene. Samarbeid inngår som en strategi i det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986), men det er også en sentral verdi i faget. Å få kunnskap fra aktørperspektivet om hvordan samhandling i grensefeltet mellom ulike nivåer i helsetjenesten og mellom aktører fra ulike sektorer i samfunnet utarter seg vurderer jeg til å være et aktuelt tema for helsefremmende arbeid som fag.

### **1.3 Problemstilling**

For å belyse hvordan aktører i helsevesenet opplever tverrsektoriell og tverrprofesjonell samhandling har jeg gjennomført en casestudie av en prosjektgruppe bestående av flere faggrupper fra ulike sektorer i helsevesenet og NAV. Formålet er å belyse hvordan aktørene i en prosjektgruppe opplever å samhandle i et grensefelt mellom ulike organisasjoner og profesjoner. Problemstillingen for masteroppgaven er følgende;

*Hvordan opplever aktørene i en prosjektgruppe å samhandle i et grensefelt?*

For å operasjonalisere problemstillingen er følgende forskningsspørsmål valgt:

- Hvilke utfordringer beskriver aktørene ved å samhandle i et grensefelt?
- Hvordan har prosjektgruppen arbeidet?

Studien vil belyse tverrsektorielt og tverrprofesjonell samhandling i et moderne aktivitetsteoretisk læringsperspektiv.

### **1.4 Avklaring av sentrale begrep**

Problemstillingen presenterer begrep med ulike definisjoner og forståelsesrammer. Videre vil det bli redegjort for begrepet grensefelt. Deretter vil begrepet samhandling bli belyst i en politisk kontekst. Før det kort blir gjort rede for moderne aktivitetsteoretisk læringsperspektiv. Til slutt defineres sentrale begreper rundt samarbeid som blir brukt videre i oppgaven.

#### **1.4.1 Grensefelt**

En grense kan være så mangt. Det kan være profesjonelle grenser på tvers av profesjoner, men det kan også være grenser mellom seksjoner i samme organisasjon. Grenser kan skille ulike sosiale enheter, grenser kan også representere ulike kommunikasjonssystem (Akkermann & Bakker, 2011). I aktivitetsteori defineres grenser i og mellom aktivitetssystem som forskjeller

som er individuelt- og kollektivt skapt ved deltakelse i aktiviteter over tid (Kerosuo, 2006, s. 4).

Med grensefelt menes det i denne studien grenser mellom ulike organisasjoner og sektorer, og grenser mellom ulike profesjoner og grenser mellom det private og det offentlige. Felles for alle som møtes i dette grensefeltet som denne oppgaven belyser er at de i sitt arbeid møter utfordringer med hensyn til håndtering av muskel- og skjelettplager. Aktørene fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, privat helsetjeneste og NAV møtes i grensefeltet mellom sine organisasjoner for å sammen bidra til en endring i befolkningens holdninger og behandlerens handling med hensyn til rygg- og nakkeplager.

Wenger (2000) argumenterer for at det er et stort potensial for læring og kunnskapsutvikling i et grensefelt. Grensefelt hvor det er spenning og motsetninger med hensyn til erfaringer og kompetanse synes å være optimalt for å fremme læring. For å samarbeide på tvers av profesjonelle grenser og optimalisere muligheten for læring må fagpersoner være villig til å se utover egne interesser. Gjensidig tillit er en forutsetning, det er også evnen til å gi opp deler av sine områder om det blir nødvendig (Axelsson & Axelsson 2009; Wenger 2000). Det er mye som tyder på at samhandling i et grensefelt kan medføre flere utfordringer. Det kan være ubehagelig for personer å operere mellom grenser. Det kan foregå maktkamper i grensepraksiser, det kan ta mye tid og det kan være vanskelig å bli enige om formål (Akkermann & Bakker, 2011; Edwards, 2010).

Samhandling i et grensefelt kan oppleves som positivt på mange områder, men også utfordrende. Med samhandlingsreformen blir arbeid i grensefelt for alvor satt på agendaen i helsevesenet.

#### 1.4.2 Politiske føringer for samhandling

Dette avsnittet gir et overblikk over noen politiske føringer for samhandling som sees aktuell for denne oppgaven. Hensikten er å gi et innblikk i overordnet kontekst for prosjektgruppen sitt arbeid.

Samhandling og samarbeid er ikke noe nytt i helsesektoren, det som er nytt er den store vekten som blir lagt på samarbeid i helsepolitikken (Melby & Tjora, 2013). St. Meld. nr. 47(2008-2009) sier at *god samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer er vesentlig for å lykkes med målsettingene i samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 36). Gjennom samhandlingsreformen har regjeringen satt fokus på viktigheten av tverrfaglig samarbeid og samhandling innad i helsesektoren, men også mellom sektorer. Med lovgiving har de satt økt trykk på å få sektorer i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen. Lov om folkehelse (2011) vektlegger et tverrsektorielt arbeid for å fremme helse i befolkningen, forebygge mer og bedre. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ble vedtatt juni 2011 viser til at kommunene har plikt til å legge til rette for samhandling innad i kommunen. Loven sier også at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten kan virke som en enhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Med disse virkemidlene er målet å bidra til bedre folkehelse og et mer effektivt helsevesen med høyere kvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 15).

Et gjennomgående trekk ved handlingsforslag i samhandlingsreformen har vært en beskrivelse av å føre faglige bidrag fra kommune- og spesialist helsetjeneste sammen i et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud for brukerne. For at man skal kunne nå dette målet er tverrfaglig samarbeid og koordinering av bidrag fra de ulike yrkesgruppene sentralt.

### 1.4.3 Moderne aktivitetsteoretisk læringsperspektiv

Det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven utgjøres hovedsakelig av moderne aktivitetsteori. Moderne aktivitetsteori belyser et læringssyn som forklarer den læring som skjer mellom organisasjoner og fagmiljøer (ulike aktivitetssystem) (Engeström, 1987; 2001). I denne oppgaven sees et aktivitetssystem som en aktør i prosjektgruppen med sin respektive organisasjon/arbeidsplass.

#### 1.4.4 Begrepsdefinisjoner; samarbeid og samhandling

Når det gjelder samhandling mellom ulike profesjoner, fagområder og organisasjoner så finnes det mange ulike begrep som beskriver dette. Samarbeid, samordning og samhandling blir ofte brukt om hverandre. Det samme gjør tverrfaglig-, interprofesjonelt-, tverretatlig-, tverrsektorielt-, intersektorielt- og tverrprofesjonelt samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004; Axelsson & Axelsson, 2007). Mangfoldet i begrepsbruk har gjort det utfordrende å orientere seg i den store mengden forskning som er gjort på feltet. I tillegg har sprik i begrepsbruk i ulike studier jeg har støttet meg til gjort det vanskelig å være konsistent i begrepsbruken. I det følgende blir det redegjort for begreper knyttet til samarbeid som blir benyttet videre i denne oppgaven.

**Samhandling:** Samhandling kan sees som et overordna begrep som favner både samordning og samarbeid mellom ulike aktører og organisasjoner. Det vil si at samhandling handler om både det som skjer på organisasjonsnivå og individnivå (Axelsson & Axelsson, 2006; Axelsson & Axelsson, 2007).

**Tverrfaglig samarbeid:** Tverrfaglig samarbeid handler om et tett samarbeid mellom profesjoner som har et felles prosjekt eller oppgave, der man må integrere andres kunnskaper med sine egne for å komme frem til felles beslutninger (Willumsen, 2009, s. 21). Lauvås og Lauvås (2004) sier at tverrfaglig samarbeid defineres som samordning, men de mener samarbeid er noe mer enn samordning. Begrepet samarbeid blir benyttet i denne oppgaven. Det blir derfor ikke gått noe videre inn på begrepet samordning.

**Tverrsektorielt samarbeid:** samarbeid mellom organisasjoner fra ulike sektorer (Axelsson & Axelsson, 2006).

**Tverrprofesjonelt samarbeid:** Dreier seg om samarbeid ansikt-til-ansikt mellom representanter for ulike faggrupper (Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein, 2010).

## 1.5 Kunnskapsbehov som underbygger relevansen i problemstillingen

Behovet for tverrfaglig samarbeid i helse og sosialsektoren er stort og beskrevet av mange (Repstad, 2004). Samhandling kan by på utfordringer, men også store muligheter for utvikling av helse og velferd (Axelsson & Axelsson, 2014, s. 205). Det er i dag godt dokumentert at samhandling kan bidra til økt effektivitet, økonomisk gevinst og økt pasienttilfredshet. Internasjonal forskning viser at tverrprofesjonelt samarbeid er av stor betydning for å kunne tilby et kvalitativt godt helsetilbud (WHO, 2010). Selv om økt samhandling har fått et økt fokus i politiske dokumenter som for eksempel Samhandlingsreformen, så er det fortsatt få empiriske studier som har sett nærmere på og identifisert hva som karakteriserer de organisasjonene som er gode på utvikle samarbeid mellom profesjoner (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005). Dette på tross av at god samhandling og bedre samarbeid, særlig på tvers av organisatoriske grenser fremstår som en av helsevesenets største utfordringer. Tverrprofesjonelt samarbeid blir beskrevet som “underteoretisert” på bakgrunn av at det finnes begrenset med forskning og teoretiske bidrag (Willumsen & Ødegård, 2014, s. 13). Akkermann og Bakker (2011) konkluderer i sin review med at det er behov for flere kvalitative studier som undersøker aktør-perspektivet i arbeidet med kryssende grensepraksis.

Forskningsrådet har fått i oppgave fra sosial og helsedirektoratet å evaluere samhandlingsreformen. De påpeker at det er behov for prosjekter som både kan gi en prosess og en resultatorientert evaluering med vekt på samhandlingsreformens tre hovedmål (Forskningsrådet, 2012). I denne oppgaven er det målet om mer helhetlig og koordinerte helse- og omsorgstjenester det blir satt søkelys på. Gjennom flere år har jeg fulgt en bredt sammensatt prosjektgruppe som arbeider med å svare opp til målene i samhandlingsreformen med hensyn til reorientering av helsevesenet mot en større satsing mot helsefremmende- og forebyggende arbeid. Det er mange faktorer som kan sees som betydningsfulle for samhandling. Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby, & Roots, (2013) fremhever blant annet individuelle karakteristika, makt, ledelse, roller, struktur, verdier, kommunikasjon og persepsjon som viktig for tverrfaglig samarbeid. Målet med denne studien er å få et innblikk i aktørene i en prosjektgruppe sine erfaringer og opplevelser med å samhandle i et grensefelt mellom ulike organisasjoner, sektorer og profesjoner. Jeg søker etter å forstå aktørenes

opplevelse og meningsinnhold med deres arbeid med prosesser, praksiser og relasjoner for å oppnå samhandlingsreformens intensjoner.

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

Kapittel to redegjør for oppgavens teoretiske rammeverk. Kapittel tre omhandler oppgavens metodiske tilnærming, der valgene ved planlegging og gjennomføring beskrives og begrunnes. I kapittel fire presenteres funn fra intervjuene og møtereferat fra prosjektgruppemøter analysert opp mot en forenklet utgave av Engströms (2001) ekspansive læringssirkel. Funnene drøftes i lys av oppgavens teoretiske rammeverk i kapittel fem. Kapittel seks avslutter med å oppsummere funn, samt at det gis implikasjoner for praksis og forslag til fremtidig forskning.



## 2 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittel vil det bli gjort rede for tidligere forskning som sees relevant for oppgavens problemstilling og studiens teoretiske rammeverk. Hvordan teoriene har relevans for oppgaven vil også bli belyst.

Denne studien er den avsluttende oppgaven på masterstudiet i Helsefremmende arbeid. Det er derfor naturlig at teoretiske perspektiv fra faget har påvirket de ulike delene av studien. I helsefremmende arbeid står Antonovskys (2012) teorier om opplevelse av sammenheng (OAS) sentralt. Oppgaven omhandler opplevelse og det er derfor naturlig å belyse dette aspektet nærmere. Mennesket har behov for å skape struktur, sammenheng og orden (Antonovsky, 2012). I helsefremmende arbeid må man derfor ta hensyn til helheten, som også inkluderer psykologisk, sosial og kulturell sammenheng (Green & Tones, 2010). Engström (2001) har utviklet en teori hvor sosial og kulturell sammenheng tas i betraktning når det kommer til utvikling av kunnskap. I denne oppgaven er Engströms og Antonovskys teorier benyttet som viktig bidrag for å forstå hvordan en prosjektgruppe har arbeidet i grensefeltet med mål om å komme frem til ny kunnskap, og hvordan dette oppleves for aktørene.

Moderne aktivitetsteori er et komplekst og omfattende teoriperspektiv. På bakgrunn av oppgavens omfang er det bare benyttet deler av teorigrunnet. Utvalgte begreper som sees relevant for oppgaven er; aktivitetssystemet, relasjonen mellom aktivitetssystemer og prosessen som skjer ved samhandling mellom ulike aktivitetssystemer.

### 2.1 Opplevelse av sammenheng

Antonovsky (2012) belyser hvordan helsen vår er nært knyttet til opplevelsen av sammenheng (OAS) i livet. OAS skal gjøre mennesket i stand til å mestre presset som omgivelsene utsetter mennesket for. Man kan snakke om OAS knyttet til generelle livssituasjoner, eller bestemte midlertidige situasjoner. Kjentegn på en sterk OAS er blant annet at man oppfatter arbeidet som meningsfullt, man har tro på at man vil klare å forstå oppgaven, og man har tro på at man har de ressursene som trengs. Antonovskys teori om salutogese (dannelse av helse) er en

teori som kan bidra til å forklare aktørenes positive og mindre positive opplevelser av å samhandle i et grensefelt. OAS består av tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvilke grad man opplever sammenhenger i arbeid og oppgaver som skal gjøres. Begrepet omfatter struktur, tydelig informasjon og forutsigbarhet, samt å kjenne til hvilke funksjon man har i forhold til det. Håndterbarhet handler om evnen og muligheten vi mennesker har til å påvirke situasjonen vår og omgivelsene våre. Meningsfullhet kan sees som motivasjonskomponenten i opplevelsen av sammenheng, Antonovsky (2012) trekker denne frem som den viktigste. Meningsfullhet handler om i hvilken grad man synes at kravene man stilles ovenfor er verdt å bruke tid og krefter på. Opplever vi ikke at det vi gjør har noen mening, kan det påvirke oss til å bli mindre motivert til å håndtere utfordringer.

## **2.2 Aktivitetsteori**

Aktivitetsteori retter fokus mot hvordan mennesker utvikler og endrer seg gjennom samspill og deltakelse i en sosial praksis (aktivitetssystem) som for eksempel på en arbeidsplass (Engeström, 1987). Teorien belyser i tillegg hvordan mennesker over tid bidrar til å forme den sosiale praksisen de er en del av. Engeström har med utgangspunkt i Lev S. Vygotskij og Leontjevs arbeid videreutviklet aktivitetstriangelet som blir presentert under.

Videreutviklingen av trekanten har bestått av å inkludere kollektive aktiviteter som regler, fellesskap og arbeidsdeling. Videre har Engeström utviklet aktivitetsteorien til også å omhandle samhandling mellom flere aktivitetssystem. Det er denne teorien som har fått navnet tredjegerasjons aktivitetsteori eller moderne aktivitetsteori som den også blir kalt (Engström, 2001).

### **2.2.1 Aktivitetssystem**

Aktivitetssystemet er sentralt i aktivitetsteori og i moderne aktivitetsteori. I denne oppgaven sees aktivitetssystemet som arbeidsplassen til den enkelte aktøren som deltar i prosjektgruppen. Tradisjonelt arbeider en aktør i helsevesenet innenfor sitt aktivitetssystem. Innad i aktivitetssystemet er det også vanlig at man lærer og utvikler kunnskap gjennom blant

annet dialoger, observasjon av hverandres praksis og veiledning av hverandre. Engström (1987; 2001) introduserer begrepet *ekspansiv læring* for å beskrive prosessen som fører til ny kunnskap i et aktivitetssystem. Ekspansiv læring belyser hvordan læring blir et resultat av at jevnbyrdige parter utfordrer begreper og forståelse som man har en ulik oppfatning av. Når utfordringer eller dilemmaer løses, og gapet i kunnskap lukkes, kan dette sees som en ekspansjon i en aktivitet. Ekspansjonen kan sees som det utviklende ved aktiviteten. En slik utvikling kan danne muligheter for læring, eller produksjon av kunnskap (Nilsen, 2013, s. 247).

Figur 1 illustrerer grunnstrukturene i et aktivitetssystem.

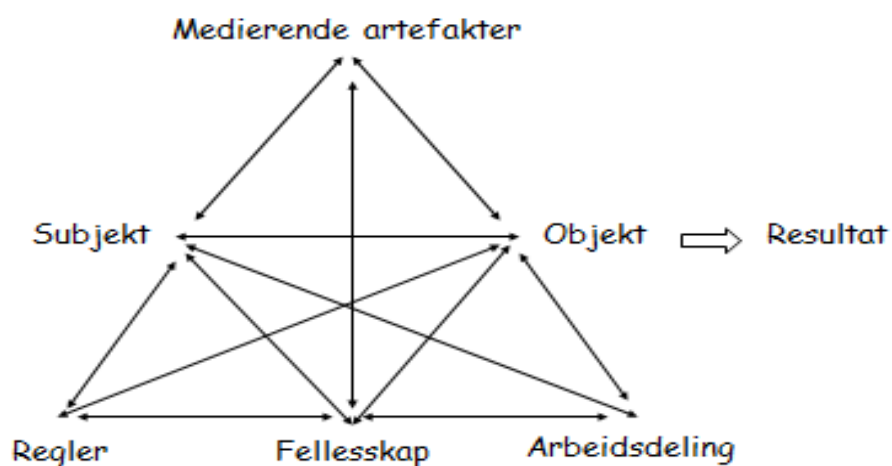


Fig 1. Grunnstrukturen i et sosialt aktivitetssystem (Engeström, 1987, s.78), oversatt til norsk av Jensen & Aas (2012, s. 111). Gjengitt med tillatelse fra forfatterne.

Aktivitetssystemet består av individuelle og kollektive handlinger. Engström kaller den øverste delen av trekanten for individuelle aktiviteter; subjekt, objekt og medierende artefakter. Den nederste delen av trekanten illustrerer de kollektive aktivitetene; regler, fellesskap og arbeidsdeling. Et aktivitetssystem består av *fellesskap*; det vil si alle

yrkesutøvere som inngår i samme aktivitetssystem, -og samfunnet de inngår i. Med *Regler* menes rammene som styrer den spesifikke aktiviteten. *Arbeidsdeling* viser til fordeling av oppgaver i det aktuelle aktivitetssystemet, *subjekt* er den enkelte aktøren som deltar i aktiviteten. *Objektet* er det behovet aktivitetssystemet skal dekke, det kan også sees som problemområdet aktiviteten retter seg mot. *Medierende artefakt* sees som mentale og materielle verktøy som brukes i aktiviteten, som for eksempel faglitteratur som ligger til grunn for handlinger i aktivitetssystemet (Engeström, 1987). Pilene mellom de ulike strukturene illustrerer at aktivitetssystemet er et dynamisk system. De ulike strukturene påvirker hverandre, og det påvirker kunnskapen som en aktør (grensekrysser) har med seg inn i et grensefelt. Kunnskap om selve aktivitetssystemet kan være viktig av flere årsaker. Kunnskap og forståelse om for eksempel et fysikalsk institutt sine tradisjoner og regler for behandling, eller å vite noe om instituttet sin arbeidsfordeling og hierarkiske nivåer gir et utgangspunkt å jobbe etter når man for eksempel skal arbeide mot å endre hvordan man skal møte pasienter med ryggplager.

Videre blir det presentert teori om hva som kan skje når et aktivitetssystem møter et annet.

### 2.2.2 Tredje generasjons aktivitetsteori

I tredje generasjons aktivitetsteori videreutvikler Yrjö Engeström teorien til å belyse hva som skjer når et aktivitetssystem møter et annet. Denne teorien legger til rette for å forstå dialog, nettverk og samhandling (Engeström, 1996, s. 132; Engeström, 2001). Engeström hevder selv at utviklingen av teorien gir mulighet for økt oppmerksomhet rettet mot subjektet i aktivitetssystemet. Dette medfører nye muligheter for å analysere erfaringene og opplevelsene ved utvikling av kunnskap (Engeström & Glâveanu, 2012). I figur 2 ser man to aktivitetssystem som interagerer med hverandre.

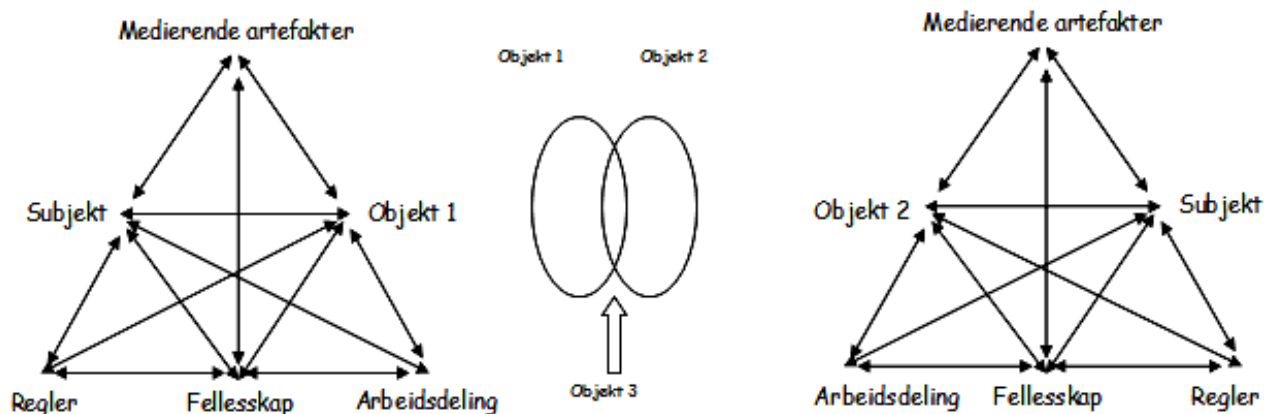


Fig 2. Viser interaksjon mellom to aktivitetssystemer. Figuren illustrerer hvordan ny felles kunnskap, objekt 3, kan skapes i et grensefelt mellom ulike aktører (Engström, 2001, s. 136) oversatt av Jensen & Aas (2012, s. 118). Gjengitt med tillatelse fra forfatterne.

Når ulike profesjonelle praksiser møtes i et grensefelt (kap 1.4.1) mellom aktivitetssystemene (kap 2.3.1), kan ny kunnskap utvikles, denne nye kunnskapen betegnes som grenseobjekter og kan sees som objekt 3 på figuren over.

Et eksempel på en situasjon når ulike aktivitetssystemer møter hverandre slik kan for eksempel være en tverrprofesjonell prosjektgruppe som har kommet sammen for å diskutere hvordan de skal håndtere en felles utfordring. Dette kan være ulike aktører i helsevesenet som møtes for å se nærmere på for eksempel behandling av en sykdom. Man kan tenke seg at de ulike aktivitetssystemene som de ulike aktørene presenterer har sine tradisjoner for håndtering av denne sykdommen (regler). Fellesskapet er de andre behandlerne som jobber for eksempel på en sykehusavdeling, et privat institutt eller på et rehabiliteringssenter. Alle representerer sine fagtradisjoner. Sannsynligvis har de ulike aktivitetssystemene ulik organisert arbeidsdeling. Noen har hjemmebesøk, andre behandlingsrom, andre undervisningslokaler. Når de ulike aktørene (subjektene) møtes i prosjektgruppen kan det tenkes at de har ulike tanker om løsning på problemområdet (objektet). I starten av et samarbeid kan det derfor være at det finnes mange ulike objekt. De ulike tankene om løsning er illustrert i figur 2 som objekt 1 og 2. Ved å snakke sammen og drøfte de ulike løsningene, kan det være prosjektgruppen kommer frem til en felles løsning som innebærer elementer fra de ulike "utgangsobjektene", som alle kan stå inne for. Dette kan da sees som et felles konstruert objekt, også kalt grenseobjekt. Dette illustreres som objekt 3 på figur 2. Å skape et grenseobjekt er avhengig av

at de ulike perspektivene anerkjennes og brukes i samhandlingskonteksten (Edwards, 2010). Det aktivitets teoretiske objektet kan defineres som den kunnskap, forståelse, eller innsikt som aktivitetene i de ulike aktivitetssystemene genererer. Om de to ulike aktivitetssystemene på modellen over illustrerer for eksempel den profesjonsbundne kunnskapen, vil objektet før det dannes til et felles objekt være innom ulike steg på veien mot tilnærming av de andres perspektiv. Dette kan sees som en transformasjonsprosess. Denne transformasjonsprosessen som kan skje innad i et aktivitetssystem eller mellom aktivitetssystem kaller Engström (2001) *ekspansiv læring*.

Det kan oppstå spenninger og motsetninger innad i et aktivitetssystem, eller mellom to eller flere aktivitetssystemer når arbeidet krever at de som samarbeider skal forhandle om forståelse og meninger (Engeström et al., 1995, s. 319). Motsigelser kan oppstå på alle ledd i prosessen, og er i følge Engeström naturlig. Om et aktivitetssystem bryter sammen eller avsluttes vil læring fra en slik prosess kunne bringes videre og inn i nye senere aktivitetssystemer. Slik skjer en form for brobygging, som er en viktig side ved ekspansiv læring, da erfaringer brukes videre inn i nye aktiviteter (Engeström & Sannino, 2010).

I denne oppgaven vil Engströms modeller bli brukt som et utgangspunkt for å prøve å forstå samhandlingen i grensefeltet mellom de ulike aktørene i prosjektgruppen.

### 2.2.3 Den ekspansive læringssirkel

Den ekspansive læringssirkelen illustrerer hvordan læring kan skje innad i et aktivitetssystem, eller mellom aktivitetssystem som beskrevet i tredjegerasjons aktivitetsteori. Ekspansiv læring forstås som en sirkulær prosess. Engeström (2001) beskriver hvordan ekspansiv læring kan foregå illustrert ved en syklus av syv punkter.

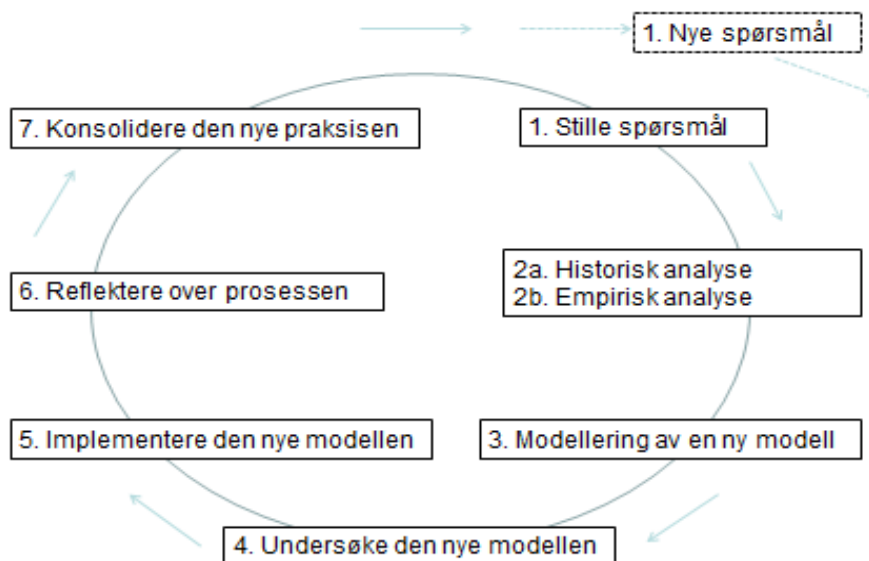


Fig 3: Ekspansiv lærings sirkel etter Engeström, 2001, s. 151, oversatt til norsk av Jensen & Aas (2012, s. 88). Gjengitt med tillatelse av forfatterene.

Den ekspansive lærings sirkelen beskriver de ulike fasene som skjer når et felles objekt oppstår i grensefeltet mellom flere aktivitetssystemer. Kort oppsummert kan lærings sirkelen beskrives slik;

Startpunktet er ved at noen *stiller spørsmål* ved dagens praksis. Det kan for eksempel være; er tilbudet for personer med rygg og nakkeplager godt nok i dagens samfunn? Videre skjer det en dypere *analyse* av praksis, hvor man setter spørsmålsteget ved dagens aktivitet. Hvorfor gjør vi det vi gjør? Hva har tilbudet vært? I denne fasen handler det om å forstå behov for endring. Engeström (2001) trekker frem viktigheten av at man i denne prosessen ser på de faktiske forholdene, men også på hva som er blitt gjort tidligere. *Modellering av en ny modell* handler om å finne løsningsforslag og nye modeller, hvor skal vi? Videre blir modellen gransket kritisk i fase fire; å *undersøke den nye modellen*. Deretter kommer fasen for *implementering av den nye modellen* eller løsningsforslaget. Modellene prøves ut i praksis – målet er endret praksis. *Refleksjon over prosessen* foregår i implementeringsarbeidet. Disse erfaringene er viktig ved *konsolidering av den nye praksisen* hvor det blir vurdert om det nye løsningsforslaget har blitt en del av varig endring (Jensen & Aas, 2012, s. 88).

I utviklingsprosjektet som prosjektgruppen denne studien følger kan sies å være, kan endringsprosessene sees gjennom ulike faser. Den ekspansive lærings sirkelen og moderne aktivitetsteori blir anvendt for å undersøke om en slik teoretisk innfallsvinkel kan bidra til å gi en forståelse av opplevelsen til aktørene i samhandlingsprosessens ulike faser.

## 2.3 Samhandling i grensefelt

Med samhandlingsreformen er det blitt lagt føringer for at helsevesenet skal være kjent med å forstå hverandres arbeid. For mange aktører i helsevesenet kan dette bety en endring fra en kultur hvor man er vant til å jobbe med faget sitt i sin spesialiserte enhet til at man må arbeide med og forstå andre aktører fra andre deler av helsevesenet. I mange tilfeller vil arbeidet foregå i grensefelt (kap 1.4.1) mellom ulike arbeidsplasser og/eller profesjoner.

De siste årene har det blitt økt oppmerksomhet rettet mot grensepraksiser hovedsakelig på grunn av to ting; økt grad av spesialisering og økt grad av samarbeid og teamarbeid (Akkermann & Bakker, 2011). Dagens arbeidsliv er i endring, og arbeidsplassene er ikke lenger preget av stabilitet og forutsigbarhet, men av dynamikk og bevegelighet (Engeström, Engeström & Kärkkäinen, 1995).

Nilsen (2013, s. 254) skriver i sitt kapittel i boka *Samhandling for Helse*, at tilgang til andres kunnskap og erfaringer kan føre til at nye arbeidsmetoder tas i bruk som en konsekvens av læring. Det synes derimot å være flere utfordringer knyttet til å utvikle og implementere nye tverrfaglige praksiser i helsevesenet. Flere viktige gjennombrudd i kunnskap tas ikke nødvendigvis i bruk som en del av medisinsk praksis (Mørk, Aanestad & Hoholm, 2013). Mørk med flere har undersøkt nærmere hvilke utfordringer en kan møte når praksisfellesskap basert på ulike kulturer må samhandle for å utvikle ny teknologi, kunnskap og behandlingsformer. Deres studie belyser hvordan muligheten for tverrfaglig samhandling og endring kan begrenses dersom den kunnskapen som kreves av nye og annerledes praksiser, ikke er godt nok tilpasset eksisterende praksiser. Edwards (2010) fremhever at tverrfaglige settinger krever ferdigheter og kunnskap i å kunne sette seg inn i hva som betyr noe for de andre partene, hun kaller dette relasjonell ekspertise. På denne måten kan de ta andres perspektiv, å sette seg inn i hva som betyr noe sett fra andres øyner. Om man lykkes med



dette har tverrfaglig samarbeid mulighet til å utvikle seg til felles kunnskap blant deltakerne. Edwards er ikke alene om å påpeke dette, det er mye litteratur som tilsier at kvalitet i samarbeid på tvers av profesjoner og organisasjoner, avhenger sterkt av hvorvidt det oppnås tverrfaglig innsikt og helhetlig forståelse i samhandlingskonteksten (Lauvås & Lauvås, 2004; Magnusson & Lützen, 2009; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Engeströms (2001) tredjegerasjons aktivitetsteori belyser samhandlingskonteksten mellom aktører fra ulike organisasjoner og sektorer. Dette teoretiske rammeverket kan være til hjelp for å forstå konkrete praksissituasjoner ved samhandling i et grensefelt.

## **2.4 Oppsummering**

Kapittelet beskriver kort Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng (OAS). Dette vil bli brukt videre i oppgavens drøftingsdel som et grunnlag for å forsøke å forstå informantene sin opplevelse av å samhandle i et grensefelt mellom ulike profesjoner og sektorer. Videre blir utvalgte begreper fra Engeströms (1987; 2001) moderne aktivitetsteori presentert; aktivitetssystem, relasjonen mellom aktivitetssystemer og prosessen som skjer ved samhandling mellom ulike aktivitetssystemer. Engeströms ekspansive læringssirkel blir tatt med videre i oppgavens metodekapittel, hvor en forenklet utgave danner rammeverk for analyse av empiri. Til slutt har noen aktuelle studier på tverrfaglig-, tverrprofesjonell- og tverrsektoriell samhandling i grensefelt blitt belyst.

## 3 METODE

I denne delen av oppgaven begrunnes de metodiske valg som er tatt underveis i oppgaven. Studiedesign, utvalg av informanter og datainnsamling vil bli belyst. Vitenskapelig ståsted og forforståelse og etiske betraktninger vil også bli gjort rede for.

### 3.1 Forskningsdesign

Mens kvantitative metoder ofte vektlegger utbredelse og antall, søker de kvalitative metoder å gå i dybden, finne sammenheng og betydning og vektlegge den samfunnsmessige kontekst (Thagaard, 2003). Opplevelse ved samhandling som denne oppgaven har som mål å belyse er en faktor som er vanskelig å måle med antall, en kvalitativ studie vil derfor være godt egnet til å belyse et slikt tema.

Studien har som mål å finne ut hvordan deltakerne i en prosjektgruppe har opplevd å samhandle i et grensefelt. Antonovsky (2012) undret seg over hvordan man kan måle opplevelsen av sammenheng for en gruppe? Kan en prosjektgruppe ha en felles oppfatning av verden? I forbindelse med at studien har som formål å undersøke opplevelse i en prosjektgruppe er dette et spørsmål som er relevant å se nærmere på, da det kan ha en påvirkning av valg av metode. Om det er en felles opplevelse av sammenheng (OAS) hvordan skal den eventuelt måles? Antonovsky konkluderer med at den eneste måten man kan få et bilde av en gruppes opplevelse av sammenheng på er å undersøke individet sin oppfatning av sin verden (Antonovsky, 2012, s. 180). For å undersøke individets opplevelse av samhandling i grensefeltet har jeg benyttet meg av individuelle semistrukturerte intervju. Oppgaven har en hermeneutisk tilnærming, hvor det er den enkeltes deltakerens beskrivelser og meningsinnhold som gjøres til gjenstand for fortolkning (Busch, 2013; Thornquist, 2012).

## 3.2 Case-studie

Studien er en case-studie hvor primærdata er hentet fra individuelle intervju av deltakere i en prosjektgruppe. Sekundær data er hentet fra gruppens møtereferat.

Case studie egner seg best til å besvare ”hvordan” og ”hvorfor” spørsmål. Denne studien er et enkeltcasedesign med en analyseenhet; prosjektgruppen. Datamateriale til en casestudie kan komme fra mange ulike kilder, det anbefales å hente data fra to eller flere kilder (Yin, 2009). Det sees som en styrke ved case-studie at man kan bruke flere datainnsamlingsstrategier. Det kan gi et godt grunnlag for kvalitetssikring av data (Postholm, 2010). Denne oppgaven baserer seg hovedsakelig på data fra intervju med deltagere i prosjektgruppen og analyse av møtereferat. Jeg har også hatt en unik mulighet til og benyttet meg av direkte observasjon av prosjektgruppen og gjennomlesning av mailkorespondanser. Av de ti møtene som prosjektgruppen har avholdt har jeg observert fem av møtene. De to første som ble avholdt i 2012 og de fire siste fra august 2014 til mars 2015. Feltnotat fra mine observasjoner inkluderes ikke i datagrunnlaget, men det har bidratt til å påvirke min forforståelse (kap. 3.7.4).

## 3.3 Presentasjon av aktuell case

Caset er et lokalt initiert samhandlings-prosjekt mellom kommune og helseforetak. Prosjektgruppen er bredt sammensatt av ulike profesjoner fra ulike arbeidsplasser; fastlege, kiropraktor, aktør fra NAV lokalt, IA- rådgiver fra NAV, kommunikasjonsansvarlig i kommunen, kommuneoverlege, fysioterapeuter fra kommunehelsetjenesten, privat drift og spesialisthelsetjenesten. Formålet med prosjektet har vært å finne ulike tilnærminger til hvordan man kan få befolkningen i en kommune til å mestre sine ryggplager. Prosjektgruppen har også et mål om å påvirke helsetjenestens handlinger i møte med pasientgruppen. Dette i form av at helsetjenesten skal bruke mer aktive behandlingsformer, sykemelde mindre og rekvirere mindre til MR når det ikke er behov. Prosjektgruppen startet opp i 2012, og er fortsatt aktiv per dags dato. I prosjektplanen kommer det frem at intensjonen med prosjektgruppen er utvikling og utprøving av ulike modeller for å skape økt samarbeid

mellom kommunehelsetjenesten og foretakshelsetjenesten for å bedre tilbudet til denne pasientgruppen med uspesifikke muskelskjelettplager.

Gruppen har siden november 2012 frem til mars 2015 hatt ti prosjektgruppemøter hvor aktørene har fysisk møttes. Hvert møte har hatt en tidsramme på to timer. I dag består gruppen av ti deltagere. Syv av deltagerne har vært med fra start og er fortsatt med. Det har vært noen utskiftninger underveis, alle etter eget ønske. I mai 2014 var prosjektgruppen ferdig med å utarbeide en felles brosjyre med informasjon til befolkningen i kommunen. Denne brosjyren ble sendt ut til alle husstander i kommunen. Gjennom en case-studie vil aktørenes erfaringer bli brukt for å belyse hvordan samhandling i dette grensefeltet oppleves.

### **3.4 Gjennomføring**

Videre beskrives rekruttering og planlegging av datainnsamling.

#### **3.4.1 Utvalg og rekruttering**

Johannessen, Tuft & Christoffersen (2011) presiserer at kvalitative studier bør baseres på et strategisk utvalg. Det vil si at informantene velges ut fordi en mener de kan gi relevant informasjon om temaet. Fokus i oppgaven har vært erfaringer ved å delta i en gitt prosjektgruppe, det var derfor ønskelig med informanter som har vært med i gruppen en stund. Prosjektgruppen var i utgangspunktet liten, så alle som hadde deltatt på mer enn tre møter fikk forespørsler om å delta i studien. I tillegg ble det sendt forespørsel til en som har sluttet i prosjektgruppen, men som har deltatt på syv av ti møter. Mulige informanter var da ti stykker. En person ble ekskludert da hun bare hadde deltatt på et møte. Det ble vurdert til å være for lite til å ha en formening om studiens spørsmål. E-post med informasjon om studien og forespørsel om å delta ble sendt ut til mulige informanter. Syv av de ti mulige informantene svarte, hvor en var usikker på om hun hadde noe å bidra med, og derfor ville være reserve ved behov. De andre seks ble intervjuet. Fem av informantene har vært med i prosjektgruppen fra starten, og er fortsatt med. En informant har vært med fra oppstarten av prosjektet og frem til august 2013.

Problemstillingen baserte seg på samhandling i grensefeltet mellom ulike profesjoner og organisasjoner. Det var derfor viktig å få informanter med ulik yrkesbakgrunn og organisasjonstilhørighet. Informantene representerer to ulike profesjoner, to leger, tre fysioterapeuter i tillegg til en person fra NAV som også er utdannet fysioterapeut. Aktørene kom fra ulike nivå i helsetjenesten, kommune-, spesialist- og privathelsetjeneste, og en person fra NAV. Til sammen er fire ulike organisasjoner representert. Totalt var det tre ulike profesjoner i prosjektgruppen, det er en svakhet ved studien at en profesjon er utelatt. Utvalget består av totalt seks informanter, fire menn og to kvinner.

Som deltagende observatør i prosjektgruppen var alle informantene kjent for meg fra tidligere, og jeg har snakket med de i forbindelse med prosjektgruppemøte. Av de seks deltakerne var det en som jeg jobber tett med i det daglige, og en tidligere kollega. Utenom det har jeg ikke hatt noen privat relasjon til noen av informantene. På tross av kollega relasjon til en av informantene ble vedkommende inkludert i utvalget da det ble vurdert som viktig for studien å få et bredt utvalg fra ulike organisasjoner og nivå i helsetjenesten.

### 3.4.2 Intervjuguide

På bakgrunn av oppgavens problemstilling og forskningsspørsmålene ble intervjuguide utarbeidet (vedlegg 1). Intervjuguiden er inspirert av min daværende kunnskap om Engeströms (2001) moderne aktivitetsteori. I følge Kvale & Brinkmann (2009) skal det semistrukturerte intervjuet inneholde en intervjuguide med oversikt over temaer som skal dekkes og forslag til spørsmål. Jeg hadde formulert støtte - spørsmål knyttet til de ulike temaene som kunne brukes underveis, men guiden var ikke strammere enn at jeg åpnet for at andre viktige temaer kunne belyses om det dukket opp. Selv om målet med studien er å belyse informantenes *opplevelse* ved å samhandle i grensefeltet spør ikke intervjuguiden direkte om dette. Ved å få informanten til å fortelle om prosessen i arbeidet var målet å få frem innbygde og mangfoldige beskrivelser av opplevelsen.

## 3.5 Analyse

Analyseprosessen i denne studien startet tidlig, sannsynligvis allerede da jeg observerte det første prosjektmøtet i november 2012 og bestemte meg for at dette kunne være et aktuelt utgangspunkt for en masteroppgave. Kvalitativ forskning kjennetegnes blant annet av at prosesser som analyse og tolkning er gjennomgående i hele prosessen (Thagaard, 2003). Videre vil det bli gjort rede for materialet sin transformasjonsprosess fra intervjusamtaler til resultat som belyser oppgavens problemstilling.

### 3.5.1 Intervju

Intervjuene ble innledet med og informerer om studiens formål, samt signatur på informasjonsskriv/samtykke. Informantene hadde i forkant av intervjuet fått tilsendt intervjuguide med tema for samtalen per e-post. Ved at informasjon om studiens tema ble formidlet på forhånd ble det generert en tydelig kontekst for samtalen (Malterud, 2011). Diktafon ble brukt under intervjuet for å hindre at data skulle misforstås eller endres ved senere analyse. Intervjuer kan da konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Underveis i intervjuet sjekket jeg ut om jeg hadde forstått intervjupersonen riktig ved å gjenta innhold i uttalelser, eller ved å gjenta spørsmålet på en annen måte.

Intervjuene ble gjennomført i et tidsrom på tre uker fra februar til starten av mars 2015. Informantene fikk selv velge lokalisasjon. To ønsket at jeg skulle komme til deres arbeidsplass. De andre fire kom til min arbeidsplass. I etterkant ser jeg at det kanskje hadde vært fordelaktig og ikke benytte mitt arbeidssted som intervju lokalisasjon da det kan ha gjort det vanskelig for informantene å skille min rolle som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten og masterstudent. I forkant av intervjuet ble det presisert at studien var et privat initiativ, på tross av dette kom det opp situasjoner hvor informantene brukte ord som “*vi fysioterapeuter..*”. Ved gjennomlesning av transkriberte intervju oppleves det likevel ikke som om dette har påvirket datamaterialet som er samlet inn.

Intervjuene hadde en varighet på 25 – 50 min. Det var stort sprik i hvor mye informantene snakket rundt de ulike temaene i intervjuguiden. Det kan være flere grunner til dette, det

korteste intervjuet var det siste. Som intervjuer kan jeg ha fulgt opp med mindre spørsmål da mye av informasjonen virket kjent fra tidligere intervju. En annen forklaring kan være at intervjuguiden som ble brukt på de siste intervjuene var mer spisset mot oppgavens tema. Malterud (2011) påpeker at intervjusamtalen bør justeres underveis slik at man kan få et rikt empirisk materiale. En erfaring jeg gjorde meg i løpet av intervjuene var behovet for å justere intervjuguiden. Under arbeidet med å transkribere det første intervjuet gjorde jeg meg noen tanker om noen temaer og retninger som dukket opp. Dette hadde nok påvirkning på gjennomføring av de neste intervjuene. Interessante temaer i ett intervju ble spunnet videre på i neste. Etter tre intervju opplevde jeg at intervjuet hadde endret så mye retning at jeg lagde en revidert intervjuguide for å belyse andre aspekter som hadde kommet opp underveis (vedlegg 2). Endringene bestod hovedsakelig av å øke fokus på overføring av informasjon til egen arbeidsplass og fokusere mindre på brukere på de ulike arbeidsplassene. Selv om dette var små endringer viser det tydelig at analyse av dataene starter på et tidlig tidspunkt og har betydning for gjennomføringen av kommende intervjuer (Nielsen & Repstad, 2004).

Noen tema i intervjuguiden berører læring og tverrfaglighet. En svakhet med studien er at det ikke ble gjort rede for hva som ble lagt i disse begrepene til informantene. At vi har ulik oppfatning av begrepene kan ha påvirket svarene som kom.

Alle intervjupersonene var positive til å bli intervjuet, og opplevdes som engasjerte i temaet. Generelt hadde jeg en grei opplevelse av at temaene ble berørt og at spørsmålsguiden fungerte retningsgivende for både meg og intervjupersonene.

### 3.5.2 Transkripsjon

Ved å transkribere intervjuene blir empirien strukturert slik at de er bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Når materialet struktureres i tekstform er det lettere å få oversikt, samtidig som dette arbeidet i seg selv vil være en start på analysen. Intervjuene ble transkribert av meg samme dag eller påfølgende dag, for å ha mest mulig nærhet til samtalen og intervjusituasjonen. Transkripsjonen ble utført alene, noe som kan svekke troverdigheten, men samtidig kan det å være to eller flere føre til uenighet om hva som egentlig er sagt på

grunn av ulike avskrivningsstiler. At transkripsjonen ble gjennomført kort tid etter intervjuene, kan sees styrke troverdigheten i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Transkripsjonen var hovedsakelig ordrett med unntak av enkelte deler av intervjuet hvor informanten gjentar samme ordet flere ganger. Pauseord/start ord som ”eh” er også utelatt. Der hvor det var unormalt lange pauser er dette blitt kommentert som (pause). Stemningsleie og emosjonelle aspekter ved samtalen er hovedsakelig ikke notert.

Transkripsjonskonvensjoner er ikke benyttet. Da det er vurdert til å ikke være nyttig transkripsjon for denne forskningen.

I neste steg ble transkripsjonen sammenfattet og sendt tilbake til hver enkelt intervjuperson slik at de kunne se over og komme med spørsmål og kommentarer. Sammenfatningen har hovedsakelig bestått i å gjengi uttalelser på en mer sammenhengende måte. Ingen av informantene benyttet seg av muligheten til å utdype noe mer av innholdet, og alle godkjente sammenfatningene som var gjort for videre bruk

### 3.5.3 Analyse av intervjuene

Denne studien har som nevnt tidligere sin vitenskapelige forankring i hermeneutikken. Det betyr at man i den kvalitative analysen kontinuerlig veksler mellom helhet og delene (Jakobsen, 2005). Analyse av intervjumaterialet ble gjort i flere trinn. Analysen begynte med at hele intervjumaterialet ble lest sammenhengende flere ganger for å bli kjent med innholdet og oppnå en følelse av helhet. Etter dette ble det gjort en reduksjon av datamaterialet med utgangspunkt i intervjuguidens hovedtema; *1. Samhandlingsreformen 2. Hvorfor med i prosjektgruppen 3. Erfaringer fra prosjektarbeidet 5. Betydning for daglig praksis 6. Endring praksis/faglig tilnærming 7. Refleksjon over arbeidet*. Materialet var da gått fra 38 til 23 sider.

Nærheten til datamaterialet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon, ved at forsker leter etter allerede kjente erfaringer i materialet og ikke ser alternativ (Malterud, 2011). Et intervju ble lest av en kollega, med formål å identifisere tema som hun mente kunne belyse oppgavens problemstilling. På denne måten fikk forsker utfordret hovedinntrykket.



Gjennomlesningen av materialet gav et inntrykk av at opplevelsen av å samhandle i grensefeltet endret seg over tid for informantene. Dette ville jeg undersøke nærmere. En forenklet utgave der de syv opprinnelige fasene i Engeströms (2001) sin ekspansive læringssirkel ble etter inspirasjon fra Lauritsen (2014) komprimert til fire faser for å gjøre rammeverket lettere å håndtere (tabell 1). De fire fasene ble brukt som et utgangspunkt for rammeverk for videre analyse.

*Tabell 1: En kompresjon av fasene i Engeströms ekspansive læringssirkel.*

<b>Fase:</b>	<b>Hva kjennetegner denne fasen:</b>
Analyse av praksis	Startpunkt for den ekspansive læringssirkelen. En eller flere setter spørsmålstegn ved dagens aktivitet/praksis. Hvorfor gjør vi det vi gjør? Hva har man gjort tidligere? Forstå behov for endring.
Løsningsforslag og nye modeller	Hvor skal vi? Her vil aktørenes ulike kunnskaper og erfaringer danne grunnlag for hvilke forslag de kan bli enige om. Forslag til tiltak.
Implementering	Implementering. Løsningsforslagene og modellene prøves ut i praksis– målet er endret praksis.
Konsolidering	Reflektere over praksis, lære andre hva man har lært. Behov for å endre retning?

*Inspirert av Lauritsen (2014).*

Tekst fra de 23 sidene ble først plassert i respektiv fase etter hvor i prosessen det ble tolket at det hørte hjemme. Videre ble intervjuene på nytt lest i sin helhet for å se om aktuelt materialet var utelatt.

Deretter ble hver fase lest for seg. Ved å benytte meg av dette rammeverket fikk jeg åpnet for å få et bilde av opplevelsen til deltakerne i de ulike prosessene i prosjektarbeidet. Det kan tenkes at jeg kan ha mistet andre perspektiv i oppgaven ved å bruke en så teoristyrte analyse. Som uerfaren forsker vurderte jeg det likevel som nyttig å bruke et fast rammeverk. Ved

senere refleksjon opplever jeg også at det å dele materialet opp på denne måten har vært til hjelp for å finne nye moment i datamaterialet.

Neste steg var å finne meningsbærende enheter. Med oppgavens forskningsspørsmål i bakhodet med fokus på utfordringer og arbeidsmetoder ble aktuelle meningsbærende enheter plukket ut. Videre ble det foretatt en meningsfortetning og meningsfortolkning av de ulike meningsbærende enhetene under hver fase slik Kvale & Brinkmann (2009) beskriver. Altså forenkling av sitater til kortere uttalelser med forskningsdeltakernes egne ord. Stikkord om hva jeg tenkte meningsenhetene handlet om ble notert, dette kan også sees som koder. I denne prosessen er målet å tolke datamaterialet mer teoretisk (Kvale & Brinkmann, 2009). I neste steg ble kodene samlet systematisk til kategorier (vedlegg 3). Utsagn som var illustrerende for de ulike kategoriene som oppgavene belyser, ble bevart transkribert ordrett og i sin fargekode slik at jeg lett kunne gå tilbake i datamaterialet og se om de fortsatt stod i sammenheng til det som var blitt sagt.

Som det kommer frem over var analysearbeidet et kontinuerlig skifte mellom tekst i helhet og deler, teori og min forforståelse. Denne prosessen blir i litteraturen kalt den hermeneutiske spiral (Kvale & Brinkmann, 2009). Sett i lys av hermeneutiske perspektiver vil min forforståelse, mine teoretiske antakelser og forskningsspørsmål til datamaterialet som er blitt analysert, være med å påvirke det fortolkede meningsinnholdet (Kvale & Brinkmann 2009, s. 208; Johannessen et al., 2011). Giddens (1984) bruker begrepet *dobbelt hermeneutikk* til å fremheve at samfunnsvitenskapen må forholde seg til å fortolke objekt som allerede er fortolket av samfunnsmedlemmene selv. Samtidig må forskeren forsøke å rekonstruere aktørenes fortolkning med et vitenskapelig språk ved hjelp av teoretiske begreper (Giddens 1976, s. 79). Data er forsøkt analysert i et dobbelt hermeneutisk perspektiv. Det vil si at jeg har forsøkt å fortolke den allerede fortolkede virkeligheten til informantene med helsefremmende briller på.

Underveis i masterprosjektet har jeg henvendt meg til mine informanter for å be dem komme med tilbakemeldinger, både for å øke gyldigheten på tekstvalg og for å sikre at integritet og konfidensialitet blir ivaretatt (Fangen, 2010; Kvale & Brinkmann 2009).

#### 3.5.4 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse ”*skiller seg fra data forskeren har samlet inn i felten ved at dokumentene er skrevet for et annet formål enn det forskeren skal bruke dem til*” (Thagaard, 2003, s. 59). Dokumenter kan omfatte alle typer skriftlige kilder, private som offentlige.

Alle referatene fra prosjektmøtene ble lest og analysert, dette er dokumenter som kan sees som offentlige dokumenter. På bakgrunn av at det ikke medfører endring i personopplysninger har det ikke vært nødvendig å søke NSD om å implementere dette i oppgavens datagrunnlag. Bruk av referatene er avklart og godkjent fra prosjektgruppen sin side.

Dokumentanalyse er en kvalitativ og systematisk måte å lese og vurdere dokumenter på. Analysen krever at dataen blir utforsket og tolket med mål om å finne mening, oppnå forståelse for og videre kunne utvikle empirisk kunnskap (Thagaard, 2003). Ved å lese dokumentene sammenhengende var målet å oppnå et helhetlig bilde. Deretter er det benyttet samme rammeverket som analyse av intervju samtaler. Innhold som gikk på arbeidsmetoder i de ulike fasene var av spesiell interesse, da dette var informasjon som ikke kom like tydelig frem i intervjuene. Dokumentanalyse av møtereferrat inngår i datamaterialet som sekundær data.

### **3.6 Kvalitetsvurdering av forskningsprosessen**

Kvalitetsvurdering av kunnskap handler om å vurdere studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. I følge Kvale & Brinkmann (2009) bør verifiseringsarbeidet være en del av hele forskningsprosessen. Da dette er en kvalitativ oppgave har jeg valgt å bruke kvalitative betegnelser i verifiseringsarbeidet. Thagaard (2003) knytter begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet til vurdering av forskningens kvalitet. Videre vil det bli redegjort for sentrale sider ved verifiseringsarbeidet knyttet til studien.

### 3.6.1 Troverdighet

Et viktig mål i kvalitativ forskning er at studien skal oppfattes som troverdig. Troverdighet handler altså om hvor gyldige og sannferdige undersøkelsens data er (Kvale & Brinkmann, 2009). Er forskningen gjort på en tillitsvekkende måte? I metodekapittelet er de ulike stadiene i prosessen med å hente inn og analysere data beskrevet. Ved å beskrive dette detaljert, å gjøre prosessen gjennomiktig, er målet at det skal bidra til at leseren kan vurdere mine funn er pålitelige og troverdige (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud, 2011; Thagaard, 2003). Jeg gjør også rede for min forforståelse og reflektert over hvordan den kan ha påvirkning på datamaterialet og fortolkning av materialet. På denne måten kan leseren få et bilde av hva som er data fra intervju og møtereferat og hva som er mine fortolkninger (Thagaard, 2003). For å sikre at egen forforståelse ikke preget analyseprosessen i for stor grad har kollega lest gjennom et intervju og kvalitetssikret mitt hovedinntrykk av datamaterialet. I etterkant av individuelle intervju var det ønskelig å gjennomføre en fokusgruppe med bakgrunn i fortolkninger som er blitt gjort av data. Dette ville styrket gyldigheten til data. På bakgrunn av tidsperspektiv har dette ikke blitt gjennomført. Alle informantene har godkjent transkribert materialet, i tillegg har enkelte aktører i prosjektgruppen fått presentert hovedfunn fra analysen. Dette er funn som de synes å kjenne seg godt igjen i. Dette kan igjen sees som en styrke av datamaterialet sin gyldighet.

I forbindelse med denne studien har jeg hatt en unik mulighet til å observere prosjektgruppen, dette vurderer jeg som en styrke for studien da jeg lettere kan forstå og tolke det som sies. På en annen side kan det ha medført at jeg ikke har hatt tilstrekkelig distanse til feltet jeg har forsket på. Ville informantene åpnet seg på samme måte for andre forskere? Har min profesjon og arbeidssted gjort at noe informasjon har blitt holdt tilbake? Dette er noe jeg har reflektert over i løpet av forskningsprosessen, og arbeidet for å ha et bevisst forhold til. Det at jeg reflekterer over egen rolle, benytter meg av flere kilder, intervju og dokumentanalyse, for å støtte funn er også faktorer som kan sees å styrke troverdigheten til studien (Kvale & Brinkmann, 2009). På tross av dette kan det tenkes at mitt etter hvert nære forhold til prosjektgruppen har medført at resultatene er tolket og fremhevet snillere enn noen som ikke hadde en relasjon til gruppen ville gjort.

### 3.6.2 Pålitelighet

Siden mitt forhold til prosjektgruppen kan ha hatt betydning for resultatene, vil det være hensiktsmessig å sammenligne resultatene med annen forskning på feltet. Dette er gjort i oppgavens drøftings del (Kap. 5). Andre tiltak som er blitt gjort for å øke påliteligheten til datamaterialet er det Postholm (2010) omtaler som “member checking”. I etterkant av transkriberingen fikk informantene tilsendt sammenfatningen per e-post slik at de kunne si om de opplevde å ha blitt gjengitt på en troverdig og relevant måte.

En svakhet ved materialet kan være at informantene er blitt spurt om prosesser som var for to år siden, det kan tenkes at de har et annet bilde av dette i dag enn i 2012. At studien inkluderer data fra ulike kilder intervju og dokumentanalyse kan sees som en styrke for studiens pålitelighet (Yin, 2009; Postholm, 2010).

### 3.6.3 Overførbarhet

Ved kvalitative undersøkelser velger Johannessen et al., (2011) å snakke om overføring av kunnskap i stedet for generalisering, fordi det siste gir assosiasjoner til statistisk generalisering og kvantitative studier. En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt man lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige i andre sammenhenger. Overførbarhet har alltid sine begrensninger. Det kan være vanskelig å vite hvem denne kunnskapen er gyldig for. Virkeligheten er omfattende og kompleks, og empiriske funn vil være mer eller mindre vellykkede representasjoner av virkeligheten (Johannessen et al., 2011). Studien har vektlagt å få mye informasjon om et begrenset tema, sett i lys av annen forskning og teorier. Om funnene har overføringsverdi til en annen kontekst vil være opp til den enkelte leser å vurdere (Thagaard, 2003; Kvale & Brinkmann, 2009).

### 3.6.4 Forforståelse

Aadland (1997) påpeker at en vesentlig forutsetning for å benytte en hermeneutisk innfallsvinkel for å tolke og forstå, er at forskeren har selvinnsett i sin egen forforståelse. Det

er åpenbart at det ligger en del forforståelse i mitt arbeid. I det følgende avsnittet vil jeg gjøre rede for min forforståelse og reflektere over hvilke betydning dette kan ha hatt i forskningsprosessen.

Ved arbeid med denne masteroppgaven har jeg forsøkt å gå ut av rollen som fysioterapeut og inn i rollen som forsker. Jeg har snakket med informanter om deres erfaringer med samhandling i et grensefelt jeg selv er en del av. Jeg har vært ansatt som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten siden 2009, og er det fortsatt. Ved å fokusere på prosessen og opplevelse med samhandling er min opplevelse at det er mer distansert i forhold til min profesjon.

Jeg har fulgt prosjektgruppen siden oppstart i 2012 som en deltagende observatør. Jeg har hatt plass rundt møtebordet og fått tilsendt alle referat og kunne se mail korrespondanse. Min rolle kan sees som passiv deltagende med tanke på at det har vært tydelig fra dag en at jeg er med i gruppen for å skrive en masteroppgave. På møtene har jeg ikke gjort noen aktive tilnærminger for å påvirke prosessen, heller ikke kommentert noe faglig. Jeg har vært der som masterstudent. Jeg har ikke deltatt i diskusjoner og ikke hatt oppgaver knyttet mot arbeidet i gruppen. Jeg har vært tydelig ovenfor informantene at oppgaven er et privat initiativ.

Flere forfattere peker på at forforståelse kan sees som en fordel, da forskeren er bedre egnet til å tolke non-verbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk, stemningsleie og kropps-språk, man kjenner til kodene, språket og rutiner (Wadel, 1991). På en annen side er det vel så krevende fordi forskeren må forsøke å se sin egen kultur utenfra. Det er en fare for rolleblanding i studien, ved at jeg har et for nært forhold, og ikke utviser tilstrekkelig avstand, til det feltet som jeg utforsker. Jeg må ha et bevisst forhold til at det er informantenes opplevelser og erfaringer som blir tolket. Ikke mine egne.

Det at jeg kjenner konteksten og settingen som jeg spurte om informantenes opplevelse rundt, gjorde at jeg i intervjusituasjon nikkete gjenkjennende til beskrivelser. Dette kan ha medført at jeg har gått glipp av informasjon til datagrunnlaget. På en annen side kan nærheten og kjennskapet til konteksten og settingen jeg spør etter også ha en styrke ved at informanten deler annen informasjon når de slipper å beskrive selvsagte ting. Jeg kunne stille relevante

spørsmål og senere når data er bearbeidet, har en innenfra kunnskap som bidrar til videre forståelse.

Jeg har jeg vekslet mellom å ha nærhet og distanse til materialet et eksempel på dette er under analysen av datamaterialet hvor jeg har gått mange runder med utgangspunkt i ulike teorier. På denne måten ønsket jeg å skape distanse til datamaterialet og se det med nye øyner og finne andre måter å se materialet på. Jeg har hele tiden vært åpen for, og på let etter nye moment i oppgaven.

### **3.7 Forskningsetiske overveielser**

Kvale & Brinkmann (2009) viser til fire etiske regler som man bør ta hensyn til når man utfører forskning som involverer mennesker. Konfidensialitet, informert samtykke og informasjon om hvilke konsekvenser forskningsprosessen kan få for informanten. Samt forskerens rolle. Disse punktene har blitt sikret gjennom bruk av frivillig informert samtykke og anonymisering av datamaterialet. Når prosjektet er ferdig vil lydbånd bli slettet (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien er meldt inn til NSD. Det vil ikke være nødvendig med videre godkjenning fra etisk komite da studien ikke skal innhente sensitive personopplysninger (vedlegg 6).

I forbindelse med forskerrollen er det også noen etiske perspektiver som må tas hensyn til. Jeg har vært aktiv deltagende observatør i prosjektgruppen som er grunnlag for datamaterialet. Min rolle i gruppen har vært avklart fra første møte. Jeg har ingen forpliktelser til gruppen angående valg av tema eller lignende. I forhold til tema og problemstilling presiserte jeg for mine informanter at jeg ikke var ute etter å vurdere om prosjektarbeidet har vært vellykket eller ikke. Dette kan ha vært med på å regulere balansen mellom den nærheten og distansen som oppstod mellom meg og intervjupersonene.

Når det gjelder min tilknytning til deltakerne, hadde jeg kjennskap til noen av de fra før, men min oppfatning er at dette ikke har påvirket hva jeg har vurdert som meningsinnhold. I forhold til prosjektets økonomiske rammer er det heller ingen jeg står til ansvar for, analyse og funn er ikke påvirket av slike elementer.

Et annet perspektiv jeg må ta hensyn til er at jeg til daglig arbeider som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten. Dette er noen jeg må være bevisst på kanskje spesielt ved analyse og tolkning av datamaterialet. Det kan være fare for å avgrense bort kritisk eller avslørende analyser (Krogstrup & Kristiansen, 1999). På en annen side skal alltid feltforskeren håndtere det aktørene avslører på en respektfull måte (Fangen, 2004).

Den hermeneutiske tilnærmingen er også en etisk utfordring som må tas hensyn til. Å analysere/tolke data i et dobbelt hermeneutisk perspektiv kan skape etiske utfordringer i de tilfellene der informantene ikke kjenner seg igjen i forskerens fortolkninger (Fangen, 2004). Da kan det bli spørsmål om hvem som "eier" sannheten om ens sosiale verden. Som forsker har jeg vært bevisst på å unngå ubegrunnede oppfatninger. Jeg har heller ikke latt informantene få en sensorrolle i forhold til tolkningene. Dette vil i så fall bryte med kravet om forskningens frihet og uavhengighet (Fangen, 2004).

Det må også nevnes at studiet er et privat initiativ fra min side, noe som trolig kan ha bidratt og ivaretatt tillit både fra respondenter og integritet til studiet. Målet med studien har for meg vært å fremskaffe kunnskap som kan ha verdi for samfunnet. Studiet berører ingen problematikk knyttet til pasienter.

Selv om det kan synes å være flere forskningsetiske implikasjoner med mitt ansettelsesforhold, har jeg hatt en bevissthet om dette da jeg startet studien, underveis i studien og ved bearbeidelse av data og analyse. På bakgrunn av dette håper jeg at jeg har lykket med en slik tilnærming tross de nevnte implikasjoner.

### 3.7.1 Anonymitet

Etiske vurderinger med hensyn til å forske på mennesker jeg har fulgt over tid er et viktig moment i denne oppgaven. Det vil være mulig å resonnerer seg frem til hvilke prosjektgruppe det er snakk om i oppgaven selv om dette ikke blir navngitt i oppgaven. Dette har blitt klargjort ovenfor respondentene i studien slik at det ikke blir lovet mer anonymitet enn jeg kan holde (Nielsen & Repstad, 2004).



## 4 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenteres funn som har til hensikt å belyse problemstillingen;

*Hvordan opplever en prosjektgruppe og samhandle i et grensefelt?*

Materialet baserer seg på analyse av intervjuene fra vedlagte intervjuguider (vedlegg 1 og 2) og analyse av møtereferater. Som det er gjort rede for i metode kapittelet dreier det seg om intervjuer gjort med seks respondenter, to leger, tre fysioterapeuter fra ulike nivå i helsetjenesten og en IA rådgiver fra NAV.

Oppgaven har som mål å belyse opplevelsen aktørene har ved å samhandle i et grensefelt mellom ulike sektorer og profesjoner i helse- og arbeidsliv. I analysen hadde jeg fokus på meningsbærende enheter som belyste nettopp opplevelsen til aktørene i de ulike fasene av arbeidsprosessen. Ved å bruke et rammeverk inspirert av Engeströms (2001) sin ekspansive læringssirkel (kap 2.3.3) har jeg fått et bilde av prosessen prosjektgruppen har vært gjennom.

Resultatene vil bli presentert under de ulike fasene som ble brukt som rammeverk for analysen, respektive kategorier belyser funn i hver fase. Før resultatene blir lagt frem, vil aktuell data knyttet til selve prosjektgruppen bli presentert.

## 4.1 Casen

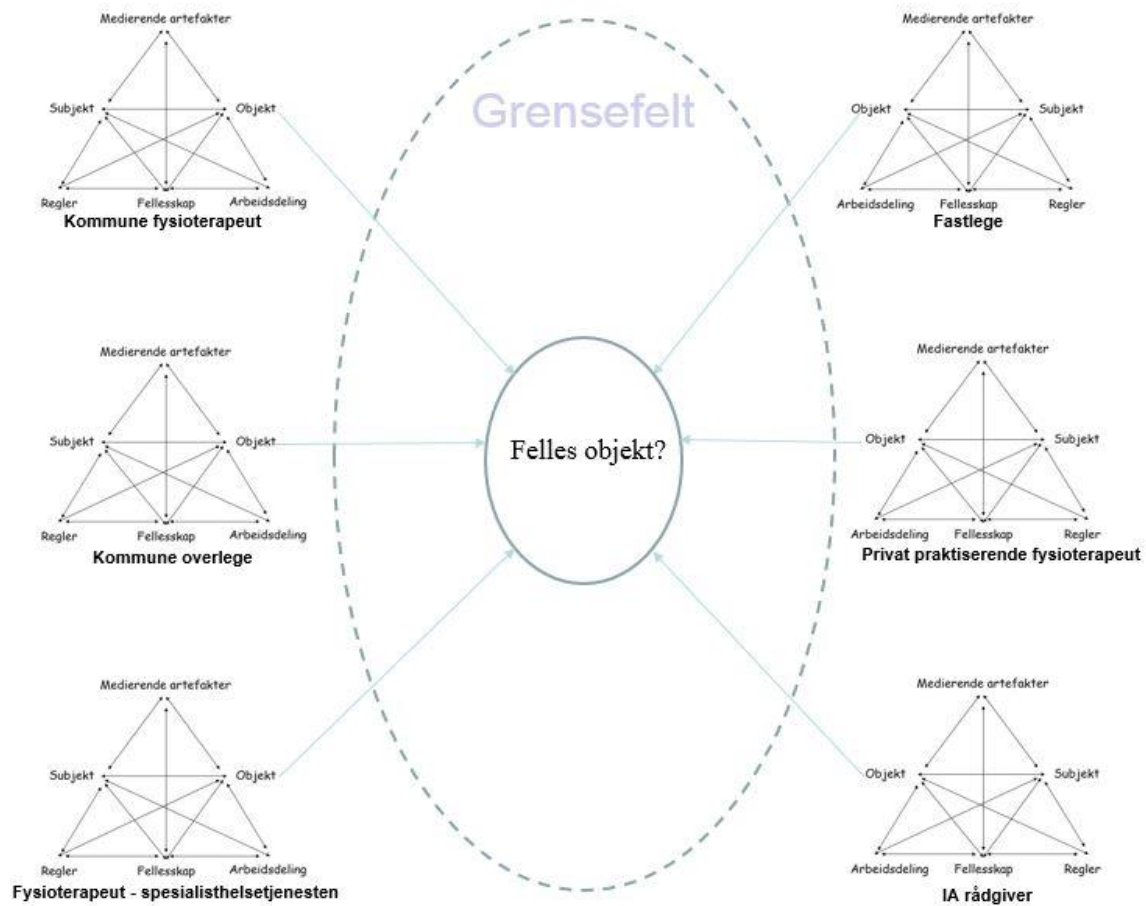


Fig 4 Illustrerer de seks informantene som hver representerer sitt aktivitetssystem som samhandler i grensefeltet med å finne en løsning på et felles problemområde (objekt).

Figuren over illustrerer studiens seks informanter som møtes for å diskutere et felles problemområde (*objekt*); hvordan skape en holdning- og handlingsendring i befolkning og hos fagpersoner med hensyn till rygg- og nakkeplager. Hver informant fra prosjektgruppen representerer et tenkt *aktivitetssystem* (Kap.2.3.1). I denne oppgaven sees aktivitetssystemet hovedsakelig som aktørens arbeidssted. Aktørene defineres som *subjektet* i aktivitetssystemet. *Objektet* et felles problem som alle aktørene (subjektene) fra de ulike aktivitetssystemene har et forhold til. Objektet de skal samhandle om er klart formidlet i prosjektplanen. I samarbeidet

mellom informantene er samtaler på prosjektgruppemøter og korrespondanse på e-post *medierende artefakter* som gjør samarbeidet mulig. Subjektene i prosjektgruppen må alle forholde seg til *regler, fellesskap og arbeidsdeling* i sine respektive aktivitetssystem.

Det er aktøren fra hvert aktivitetssystem sin opplevelse av å samhandle i dette *grensefeltet* (kap 1.4.1) mot et potensielt felles objekt (grenseobjekt) som vil bli belyst videre i dette kapitlet.

## **4.2 Fase 1 – Analyse av praksis**

Den første fasen i Engströms ekspansive læringssirkel handler om å stille spørsmål til eksisterende praksis. I dette tilfellet kommer det overordna spørsmålet fra et eksternt styringsdokument; samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen var også den overordna årsaken til at prosjektet i sin tid ble initiert, og prosjektet er finansiert via samhandlingsmidler. Prosjektplanen som ble utarbeidet i samarbeid mellom sykehuset og kommunen spisset problemstillingen ytterligere til at prosjektgruppen skulle ha fokus på å skape en holdningsendring i befolkningen i aktuell kommune med hensyn til håndtering av rygg- og nakkeplager.

### **4.2.1 Felles problemforståelse**

I intervjuene fikk informantene spørsmål om hva intensjonen med prosjektgruppen var. Årsaken til det er at det kan være interessant å undersøke om de ulike aktørene i gruppen arbeider med lik eller ulik intensjon.

Gruppen av informanter er ganske entydig når det kommer til selve intensjonen med prosjektgruppen. Flere nevnte spesielt at intensjonen er å lande felles faglig plattform for å kunne felles gå ut å gi lik informasjon. Informanten under formidler tydelig hva han mener intensjonen er;

*Intensjonen med prosjektet har vært å finne et felles språk å formidle til pasientene.*

En annen sier;

*Intensjonen med prosjektet i mine øyner har vært å jobbe med å få fagfolk med ulikt faglig ståsted til å fremstå med en entydig informasjon til folk om alminnelige ryggplager.*

At respondentene er så entydige på intensjonen med prosjektet tolker jeg som at prosjektgruppen har en felles forståelse av behovet for endring. Det fremkommer tydelig i datamaterialet at informantene er omforent om viktigheten av å danne en felles faglig plattform og felles strategi for håndtering av denne type plager.

#### 4.2.2 Ulike aktivitetssystem

Som det kommer frem i presentasjon av casen er det i denne oppgaven tenkt at hver aktør i prosjektgruppen representerer sitt *aktivitetssystem*. Det kommer frem av intervjuene og av analyse av møterefelatene at det har vært et fokus på å få innsikt i hverandres arbeidsmåter og faglige ståsted, med andre ord; i hverandres *aktivitetssystem*. Dette ble gjort blant annet ved at de ulike aktørene presenterte dette for hverandre.

Fra møterefelat 28.11.2014;

*Nytt medlem presenterte seg selv og sin faglige håndtering av rygg- og nakkepasienter som (profesjon).*

I denne fasen ble det avdekket og tydeliggjort flere motsetninger mellom aktørene som omhandlet næringsinteresser, økonomi og fagtradisjoner. Når det gjelder næringsinteresser ble det fremhevet at de ulike deltakerne i gruppen har ulikt ståsted og at det trolig er forskjell på hvordan man behandler pasienter på bakgrunn av å få levedyktig økonomi i privat og offentlig drift. Flere av informantene setter søkelys på at privatpraktiserende er avhengig av en jevn pasienttilstrømning for å sikre økonomisk drift og at mindre behandling av pasienter med rygg- og nakkesmerter vil gi mindre penger da takstplakatene ikke verdsetter informasjon som behandling. Denne motsetningen blir belyst i sitatet under;

*Fastlegene synes det bare er positivt at de ser færre av disse pasientene og at de ser de sjeldnere. Mens andre faggrupper som livnærer seg på disse pasientene vil se dette motsatt, de vil se de ofte og mye visst det er den greina de sitter på.*

en annen sier;

*nei, for eksempel å jobbe som privatpraktiserende hvor dette faktisk er kundegruppen din, og det og da skulle fortelle pasienten at de skal holde seg i gang og at de ikke trenger så mye behandling, det blir ikke så mye penger i kassa av det. Man får jo ikke betalt for å snakke med pasientene visst man ser på takstplakaten..*

At aktørene i prosjektgruppen reflekterer over disse motsetningene tolker jeg som at gruppen ser på de faktiske forholdene som aktørene arbeider under i sine organisasjoner.

En annen motsetning som ble avdekket i denne fasen var at det er stor variasjon i praksis og synspunkter både mellom profesjonene, men også innad i de ulike faggruppene. Flere av informantene trekker frem kompleksiteten ved tema og det at det berører så mange ulike profesjoner. En informant uttrykker det slik;

*Dette er jo et felt hvor meningene og oppfatningene er veldig breie, og det er vel fortsatt ingen som har 100 % rett eller 100 % feil, det blir sjatteringer innenfor dette. Så var det spennende og samle gruppen bredt fordi det handler jo om å forholde seg til realiteten.*

Selv om kompleksiteten i oppgaven blir fremhevet av flere informanter kommer det også frem at aktørene i prosjektgruppen opplevde det som viktig og nødvendig for prosjektet at flest mulig berørte aktivitetssystem var representert i prosjektgruppen.

### 4.3 Fase 2- Løsningsforslag

Denne fasen handler om å finne løsningsforslag til problemområdet som prosjektgruppen står ovenfor; *hvordan endre holdninger i befolkning og helsevesenet mot å mestre rygg- og nakkeplager?*

#### 4.3.1 Å bli enige

Informasjonsbrosjyren var noe prosjektgruppen begynte å se nærmere på fra et av de første møtene i 2012. En informant forklarer dette slik;

*Prosjektleder hadde en klar formening om hva vi skulle gjøre. Prosjektleder initierte arbeidet om det. Så ble det jo prosessert på møter og arbeidsfordelingen ble gjort.*

En annen informant forteller at han opplevde det som positivt å begynne med en konkret ting, sammenlignet med å prøve å starte ut større omfattende modeller. En annen informant trekker frem at dette var den minst vanskelige av de vanskelige tingene og at det derfor er en ting som har fått mye fokus. Det kommer tydelig frem i materialet at det er et ønske og et mål for prosjektgruppen om å bli enige om en felles faglig plattform alle kan stå inne for. Under intervjuene ble alle informantene spurt om å fortelle hvordan prosessen med å lage brosjyren hadde vært. Samtlige fremhevet at dette hadde vært en tidkrevende prosess. Flere peker tilbake på at de ulike aktivitetssystemene man representerte gjordet arbeidet med å komme frem til en felles faglig plattform kompleks. På tross av dette komplekse utgangspunktet så synes det som at gruppen har hatt et felles ønske om at prosjektet skal kunne eies av alle, og at alle må kunne stå inne for innholdet i brosjyren. Dette kommer også frem i dokumentanalysen. Det at alle aktivt må bidra for å komme nærmere en felles løsning er noe som går igjen. Utdragene under er hentet fra møtereferat etter første møte nov 2012;

*Ønske om at prosjektdeltakere gir beskjed om man ikke deler samme forståelse.*

I det samme referatet står det også;

*Ber om at dere leser korrektur på dette og gir meg tilbakemelding dersom det er noe som ikke samsvarer med deres oppfatning av hva vi ble enige om.*

Det er gjennomgående i intervjumaterialet og i dokumentene at enighet er noe som er satt høyt i gruppen. Men det kommer også frem at det er greit å ikke være enige på alle punkter. Informantene legger ikke skjul på at det har vært noen kamper innad i prosjektgruppen hvor man har blitt enig, men også de der man har landet på at man er enig om å være uenig. Sitatet under belyser dette;

*Jeg synes det har vært mye bra diskusjoner, men jeg tror nok vi fortsatt kan være enig om at vi fortsatt er litt uenig om en del ting. Selv om man har kommet frem til en brosjyre og man har kommet frem til at dette kan vi stå inne for alle sammen, så blir det på en måte kompromiss.*

En annen sier;

*Man prøve å bli enig om noe faglig, så har man kanskje litt ulikt ståsted. Det har jo blitt en brosjyre som jeg tror vi alle kan stå inne for, selv om skulle jeg laget en brosjyre så ville den sannsynligvis sett litt annerledes ut.*

En annen sier;

*Det er fortsatt ulike syn innad i arbeidsgruppen i forhold til dette! Selvfølgelig er et det. det er ikke slik at nå er vi helt enig om alt mulig, men litt større grad av felles forståelse er det nok.*

Dette kan tolkes som at aktørene har innfunnet seg med at man har ulike bakgrunn og forståelse av temaet de arbeider med, og at det derfor ikke er et mål at man skal oppnå fullstendig enighet på alle punkter. Det at aktørene likevel fremhever viktigheten av å bli enige i så stor grad tolker jeg som at det er et ønske i gruppen om å forstå hverandres fagområder å prøve å nærme seg en felles forståelse. Informantene under er ikke alene om å uttrykke at denne prosessen har vært vanskelig for prosjektgruppen.

*Jeg trodde ikke at det skulle være så vanskelig å finne noe å være enige om!*

en annen sier;

*Det ble en sånn tilleggs greie med dette her å se hva er vårt felles minste multiplum, hva er vi enige om alle disse faggruppene. Det ble en sånn spennende tilleggs dimensjon i dette prosjektet her.*

Informantene ble spurt om hvordan de arbeidet for å komme frem til en enighet. Sitatet under belyser hvordan gruppen måtte kommunisere både på felles møter, men også på e-post mellom møtene. En informant beskriver hvordan de arbeidet for å komme frem til enighet med hensyn til brosjyren;

*Vi måtte møtes å prate sammen og høre hva vi faktisk var enige om og ikke minst hva vi var uenige om. Og det er jo klart dette var en brosjyre som skulle være et felles produkt. Det er klart da blir det mye diskusjon, fordi man skal på en måte formulere noe med ganske få ord. Da krever det at man formulerer seg på en måte som gjør at alle kan stå inne for det. Vi hadde ikke noen annen måte å gjøre det på enn å treffes regelmessig, men også kommunisere via e-post og hele tiden sende utkast ut til høringer, så det var jo en kombinasjon av de to tingene*

I referatene fra møtene kommer det tydelig frem at alle oppfordres til å svare raskt på felles mailer slik at man sammen kan komme frem til en entydighet. Tidsfrister og deadlines for når ting skal være klart kommer også frem.

#### 4.3.2 Motsetninger i gruppen

Under intervjuene og dokumentanalysen av møtereferat kom det frem ulike motsetninger i gruppen, både når det gjaldt motivasjon, faglig ståsted, behandlingstradisjoner og næringsinteresser. Det kan synes som at gruppen synes det har vært interessant og berikende med motsetningene som har oppstått på tvers og innad av faggruppene, men også utfordrende og tidkrevende. Sitatet under belyser dette;



*Her sitter vi med en pasientgruppe som veldig mange mener veldig mye om. Og alle mener at det de synes er de berettiga til å mene. Det gjør jo prosjektet veldig stort og veldig ambisiøst, men det synes jeg bare er spennende jeg da på en positiv måte.*

Flere av informantene legger vekt på at denne prosessen har vært verdifull og nyttig med tanke på det å komme frem til en felles faglig plattform.

*Det mest spennende er å diskutere ting man er faglig uenige om. Det er også det som driver oss fremover. Faglig enighet er veldig lite spennende og veldig lite nyskapende.*

Det synes også som at aktørene i gruppen er villig til å inngå kompromiss for å oppnå en felles enighet;

*Når det gjelder pasientinformasjon er det stor grad av enighet tror jeg, når det gjelder fagtekniske deler så er det kanskje litt mer grunnlag for å være uenig, på grunnlag av nyere forskning osv.. men meningen er at den skal gå ut til befolkning for å fremme atferdsendring, og da synes jeg de små tapene man tar på detaljer overgår voldsomt av det positive beskjeden til 90% av befolkningen. Mer kan vi ikke forlange av brosjyren.*

Sitat over gir et inntrykk av at aktørene er villig til å ofre litt for å enes om en felles tilnærming.

#### 4.3.3 Ting tar tid

Flere informantene påpeker at det har vært frustrerende at ting har tatt så lang tid, men det kommer også frem at tid har vært et nødvendig aspekt for å komme frem til noe man kunne enes om.

*Det tar lang tid, men kanskje det var nødvendig at det tar lang tid? at det var viktige prosesser som skjedde som tok lang tid?*

En annen sier;

*Når man har møter hvor folk står i ulike behandlingstradisjoner og forskjellige praksiser og næringsinteresser og mye greier, så må det være en lenger prosess visst alle skal være ærlige med seg selv.. Det er komplekst!*

Informanten som var prosjektleder for gruppen i oppstartperioden synes å være bevisst på tidsbruken med hensyn til at de felles må finne veien de skal gå, og at det er noe som krever tid. Han beskriver det slik;

*Utfordringen med et sånt prosjekt er at vi bruker litt tid på å bli enige om hva vi vil frem til og det vet man sånn aldri helt klart til å begynne med, det kommer litt sånn etter hvert.*

Sitatet ovenfor viser at det å ta seg tid til å bli enige om hva de ønsker å gå videre med er noe som bevisst er blitt prioritert av prosjektleder.

Informantene begrunner den lange tidsbruken med ulike ting. Det overordna var at det tok tid å bli enige, men også mangel på fremdrift og agenda for møtene blir nevnt som en tidstyv.

*Det var en periode hvor jeg syntes det tok litt tid. Og enkelte ting drøyd litt, fra det ble sagt at det skulle være ferdigstilt til det faktisk blei det, blant annet brosjyren. Men det er vel ikke noe vi aleine kunne noe for, det ytre faktorer som virker inn på akkurat når vi blir ferdig med ting.*

Møtereferatene bekrefter forsinkelser knyttet til layout og trykk av brosjyre.

#### **4.4 Fase 3- Implementering**

Implementeringsfasen handler om å prøve ut løsningsforslag og modeller i praksis. Målet i denne fasen er endret praksis. Videre vil ulike kategorier som kom frem i denne fasen bli presentert.

#### 4.4.1 Overføring av kunnskap til eget aktivitetssystem

Intensjonen med prosjektet kommer tydelig frem i prosjektplanen, også hvordan det er tenkt at informasjonen skal spres til andre gjennom blant annet kurs, brosjyre og sosiale medier. Det kommer derimot ikke frem verken i prosjektplan eller møtereferat hvordan informasjonen skal spres til egen organisasjon/eget aktivitetssystem. Informantene ble spurt hvordan de har informert sin arbeidsplass om prosjektarbeidet. Materialet fra intervjuene viser at det er ulikt hvordan deltakerne i prosjektgruppen har ført informasjon, kunnskap og arbeidsmetoder tilbake på sine arbeidsplasser. Alle oppgir at brosjyren og arbeidet i gruppen har vært oppe som et tema, men det er i ulik grad. De fleste av informantene har brosjyren tilgjengelig i det daglige på sin arbeidsplass. Noen av deltakerne fortalte om at de har informert om prosjektet og brosjyren på egen arbeidsplass, men også i andre aktuelle fora.

På spørsmålet om hvordan det har vært og formidle informasjon fra prosjektgruppen på sin arbeidsplass henviser alle informantene til brosjyren.

En informant sier;

*Vi har den liggende her på venterommet, og jeg har lagt den frem og tatt den opp på et møte og sagt at det er dette vi har blitt enige om.*

En annen forteller

*Jeg har tatt det opp på fellesmøte vi har hatt, og informert om brosjyren. Jeg har også hatt eksemplarer av brosjyren tilgjengelig. Delt ut til de som ville ha det, og hatt liggende på kontoret for de som har ønsket det.*

Flere av informantene formidler at det ikke har vært så mye entusiasme og spore hos sine kollegaer med hensyn til prosjektgruppen og brosjyren som er blitt utarbeidet. Dette forklarer de med at alle har mye å gjøre, at kollegaer arbeider innenfor annet arbeidsområdet, eller at man allerede arbeider på denne måten etter denne filosofien.

*.. jeg tror nok de synes det har vært greit, men de har ikke brukt mye krefter på det innad her altså..*

En annen sier;

*De har jo fått brosjyren utdelt. Men jeg har ikke hatt noe sånn at jeg har samlet kollegaene mine og informert om brosjyren, det har jeg ikke gjort. Så mye rundt prosessen og rundt arbeidet og filosofien det har jeg ikke gått i detalj på å forklare videre.*

En tredje sier;

*nei, vi har vel egentlig ikke snakket så mye om den brosjyren, men det er jo ting vi står for her uansett, og det formidler vi ut uavhengig av en brosjyre eller ikke.*

At aktørene ikke har fortalt mer inngående om prosjektet på sin arbeidsplass kan muligens forklares med en antagelse om at dette er kjent stoff for sine kollegaer.

Dialogen under belyser dette;

*Intervjuer: dere har ikke diskutert innholdet?*

*Informant: Nei*

*Intervjuer: Hvordan tror du det hadde vært om du skulle diskutere innholdet på arbeidsplassen din da?*

*Informant: Jeg tenker at de jeg jobber med kjøper vårt budskap med brosjyren. Og filosofien bak budskapet tror jeg de deler.*

Det kommer også frem under intervjuene at videreformidling av informasjon til andre organisasjoner kan være vanskelig. Spesielt det å få andre fagpersoner til å eie resultatet på samme måte som de som har arbeidet i prosjektgruppen. En av grunnene som flere av informantene nevner er ulike næringsinteresser og arbeidsmetoder.

*Vi skulle nok hatt en strategi for å få dette mer ut i alle, men det er jo en kamp da. Dette er jo næringsinteresser.. Hvertfall hos fysioterapeuter og kiropraktorer er det næringsinteresser som taler mot en del av det vi har forkynt i dette prosjektet. Det er klart da får man sterke motkrefter også.. Det kan jo hende noen ganger at det da ikke er lurt å fronte for mye, men bare tenke at dette skal være salt som sprer seg sakte.. surdeigsmodellen.. Jeg tror likevel at alle monner drar og at vi drar i riktig retning.*

#### 4.4.2 Implementering i egen praksis

Et av temaene i intervjuguiden omhandlet hvordan prosjektarbeidet har påvirket informantenes daglig praksis.

Flere av informantene oppgir at nettverket og kjennskapet de har til hverandre har hatt betydning med hensyn til at det har ført til økt kommunikasjon mellom arbeidsplassene og at man lettere kan spille på hverandre.

En informant sier;

*Det er lettere å anbefale nettverket i prosjektgruppen siden man har sammenfallende ideologisk og faglig grunnmur.*

Dette kan tolkes som at prosjektgruppen er blitt trygge på hverandre ved at de er kjent med hverandres aktivitetssystem.

Flere av informantene oppgir at arbeidet i prosjektgruppen har gjort de mer bevisst på sin tilnærming til pasientene de møter. En informant har testet ut hvordan det vil være å arbeide med denne tilnærmingen i praksis:

*Jeg som fastlege har hatt pasienter som har kommet og bedt om sykemelding for vond rygg, så har jeg satt som et krav at sykemeldingen er begrenset i tid. For at du skal få forlenget den så skal du vurderes av en fysioterapeut også. Så jeg prøvde på den måten ut den arbeidsmodellen som vi ble enige om her. Da kontaktet vi fysioterapeuten og fikk en rask time og fikk en vurdering på det.*

En annen forteller;

*I daglig praksis merker jeg forskjell ved at jeg har blitt mer spesifisert og målrettet på diagnoser jeg er trygg på. Jeg gir da råd som sammenfaller med det gruppen har kommet frem til. Jeg er også tryggere på at andre faggrupper arbeider med samme tilnærming.*

En beskriver at han har opplevd faglig utvikling som terapeut;

*Så jeg tror jeg oppleves som en mye tydeligere og klarere rådgiver/veileder egentlig. Det synes jeg er bra.*

Flere av informantene begrunner at endringen har vært relativt liten med at de allerede arbeider slik prosjektgruppen har kommet frem til at skal, og at det er noe som er blitt gjort uavhengig av prosjektet.

## **4.5 Fase 4- Konsolidering**

Engström (2001) kaller den siste fasen i den ekspansive læringssirkelen for konsolidering. Denne fasen kjennetegnes ved kritisk refleksjon av endret praksis, og den gir grunnlag for ny analyse. Noe som kan bety å begynne på en ny runde i den ekspansive læringssirkelen.

### **4.5.1 Refleksjoner over arbeidet**

Ut i fra datamaterialet fra intervjuene kan det se ut som om det har skjedd en endring i motsetninger i gruppen i løpet av de to årene prosjektet har vart. Flere av informantene peker på at de ulike aktørene har nærmet seg hverandre i en felles forståelse av håndtering av denne gruppen pasienter. Informanten under beskriver denne endringen slik;

*Synes jeg kanskje at jeg opplevde en endring, hvor jeg på de første møtene opplevde det var litt mer sånn stillingskrig hvor man var enig om at man hadde en felles interesse, samtidig som den enkeltes særinteresse var ganske tydelig... Jeg synes det har vært en endring, og jeg tenkte på det når vi hadde det siste møte i gruppa, da synes jeg at det var en mer senket garde.*

Flere av informantene oppgir at arbeidet i prosjektgruppen også har ført til større faglig innsikt i hvordan de andre aktørene og profesjonene arbeider. Det kan tenkes at denne innsikten har ført til en endring i hvordan motsetningene i gruppen oppleves.

*.. det jeg kanskje sitter igjen med er at den faglige enigheten er relativt stor og kanskje mindre konfliktfylt enn jeg hadde forventet på forhånd..*

Det blir også uttrykt at selv om man har en større grad av felles forståelse så står man fortsatt et stykke fra hverandre faglig sett, blant annet på bakgrunn av kompleksiteten rundt fagområdet som gruppen har arbeidet med. Det er flere som formidler at tema har vært vanskelig å arbeide med da det er så mange ulike faglige ståsted, samtidig som man ikke har en fasit å gå etter.

*I begynnelsen så var folk sikkert litt usikre på hva det ville si å være med i prosjektet og hva prosjektet ville bety for en selv, så tror jeg underveis at dette jo er faglig sammenfallende med det de fleste står for og at man ikke utfordrer egen business ved å være med. Folk har nok sikkert litt ulikt ståsted, men at man har en faglig enighet.*

Mange av informantene trekker frem viktigheten kommunikasjon og samhandling mellom aktørene som et viktig bidrag for styrket faglighet. En informant beskriver dette slik:

*Jeg har kanskje ikke lært så mye nytt, men prosjektarbeidet har gjort meg mer bevisst. Jeg har fått bekreftet mine tanker om at samhandling med andre aktører vil gange pasienten [...] jeg har fått større tro på at andre faggrupper har interesse for mine vurderinger. Det har økt min kompetansefølelse og tyngde i systemet.*

Gjennomgående i datamaterialet var at informantene mente at arbeidet med å komme frem til en felles faglig plattform er et viktig arbeid på vei i riktig retning. Prosjektgruppen er også fornøyd med resultatet av brosjyren som de har laget i fellesskap som har blitt sendt ut til alle husstander i kommunen. Sitatene under belyser at aktørene har tro på det de arbeider med;

*Det har vært interessant å jobbe frem til den brosjyren som jeg synes ble bra og dekkende og relativt enkelt budskap som alle kan stå for i arbeidsgruppen. Det var alright.*

Flere av informantene gir uttrykk for at prosjektgruppens oppgave med å skape endring i hvordan mennesker skal håndtere sine muskel- skjelettplager er en utfordrende oppgave;

*Det er en kamp. Det er ikke gjort med et knips. Det er en langvarig greie. Det er så sterke motkrefter mot dette at vi må regne med at det tar lang tid. Vi gir ikke opp og sier at det er helt umulig, det er faktisk mulig å endre, men vi vet det er mange motkrefter. Det er uansett veldig vanskelig å gjøre endringer i atferd, men her er det veldig mange ting som taler i mot.*

I datamaterialet skinner det tydelig gjennom at informantene ikke har så stor tro på at det de til nå har gjort har hatt så stor effekt.

*Prosjektet har gode intensjoner. Spørsmålet er jo hva man har klart å oppnå, og hvordan man har gjort det, om det faktisk har noen effekt i det hele tatt.*

Flere av informantene gir uttrykk for at de er skuffet over dette.

*Dette i seg selv har gitt mye mindre effekt enn jeg hadde tenkt meg på denne tiden vi har holdt på. Sånn er det... Jeg hadde jo tenkt at vi kanskje skulle få til noe som kunne måle effekt, men jeg tror ikke noe på det lenger. Ikke med det nivået vi har hatt på dette.*

En annen sier;



*Intensjonen med prosjektet var jo egentlig ganske bra. Poenget er om det faktisk skjer noe med det som blir gjort i gruppa.. og det er jo på en måte litt synd da, for det har gått med mye tid for veldig mange og det koster jo en del penger. Visst man ikke klarer å få mer ut av det enn det her, så er jo det fryktelig trist..*

En tredje sier;

*Når det kommer til stykke om de forskjellige faggruppene faktisk vil tenke sånn? det er jeg usikker på, om det blir en arbeidsledetråd også. Jeg tror vel kanskje at det blir mer enn folkeopplysning enn at det blir noe fagpersonene tar helt 100 % til seg.*

#### 4.5.2 Ny runde?

I datamaterialet kommer det frem mange forslag til hvordan prosjektgruppen kunne ha jobbet eller kanskje bør jobbe fremover for å nå bredere ut i befolkningen med sitt budskap. Dette kan tolkes som at prosjektgruppen kanskje er i gang med en ny runde i den ekspansive læringssirkelen.

*Jeg tror at for å få effekt på befolkningen generelt så må man jobbe lenge og man må favne bredt, ikke bare sitte å ha prosjektmøter og så gå tilbake til sitt virke hvor man gjør det man alltid har gjort, da skjer det ingenting..*

Sitatet over belyser at problemområdet som gruppen arbeider med krever en omfattende tilnærming. Flere av informantene savner trøkk og dynamikk inn i prosjektgruppen. Og tror at det vil være med å bidra til at det skjer mer. Det kommer frem at selve møtene har vært bra, men at det mellom møtene har vært veldig stille. Flere av informantene tar selvkritikk for at de ikke har vært aktive nok.

*Jeg hadde ønsket at vi kunne ha litt større trykk på dette. Jeg har vært ganske oppgitt over at ting går så seint og at vi ikke får til ting, og at det går mye langsommere enn tenkt.*

En annen sier;

*Jeg synes det har vært bra på møtene, da er folk med, de kommer med ideer og ting, men lite dynamikk ellers utenom møtene.*

En tredje sier;

*Så i forhold til fremdriften så kunne det kanskje vært mer trøkk, sikkert fra min side og sikkert fra andre deltagere sin sider også.. sånn at det blir mer enn møtepunkter og noen utsendelser. Kanskje vi skulle vært mer synlige og mer aktive underveis..*

På tross av dette kommer det tydelig frem at gruppen som helhet er fornøyd med brosjyren som kunnskapen deres har blitt formidlet i.

*Det som var bra var at det ble noe konkret utført i stedet for å prøve å lage en avansert modell hvor en ikke får ut noe, verken prosess eller resultat.. Jeg synes det var bra at det ble så konkretisert, for du må starte et sted.*

En annen sier,

*Det var lite progresjon. Jeg syntes det har tatt tid, men brosjyren ble jo bra, jeg syntes det.*

Analyse av møtereferatene viser et skifte i etterkant av brosjyren er sendt ut ved at det er en mer åpen tilnærming til hvordan man skal arbeide videre.

Fra møtereferat 27.08.14 står det blant annet;

*Veien videre: Idemyldring på hva/hvordan vi kan drive prosjektet videre fremover.*

En informant uttrykker opplevelsen av denne fasen slik;

*Når brosjyren var ferdig noe som var tanken som lå der fra starten av så, er det sånn hva kan vi finne på nå? Kan vi gå ut på andre arenaer? Så skjer det ikke noe så konkret som en brosjyre da.. Det blir bare prat rundt det.*

Eksempelen ovenfor fra intervjuet og fra møtereferatet kan gi et inntrykk av at prosjektgruppen er i gang med en ny syklus i den ekspansive læringssirkelen. At de på nytt er i fase 3 hvor man arbeider med å finne ut hva og hvordan man skal gå frem videre (Engeström, 2001). Det fremkommer av intervjumaterialet at dette er en tung og tidkrevende prosess som foreløpig ikke har gitt så mye resultat. Det er også tydelig i materialet at informantene savner en håndfast ramme på hva som skal skje.

Sitatet under belyser dette;

*Det er på en måte ingen klare mål for hva vil holder på med på møtene, og dermed blir det mye tid som går bort i ingenting føler jeg.*

## **4.6 Oppsummering**

En forenklet versjon av den ekspansive læringssirkelen har blitt brukt som rammeverk for analyse av intervju og møtereferat. Målet har vært å belyse aktørenes opplevelse av å samhandle i de ulike fasene.

Det har tatt tid og enes og komme frem til en felles faglig plattform, men prosjektgruppen synes fornøyd med resultatet og beskriver prosessen som interessant, tidkrevende, fylt med gode diskusjoner. Gruppen har hatt en tydelig strategi når det gjelder overføring av felles kunnskap ut til befolkningen i kommunen, men det fremkommer ingen tydelig strategi for å dele informasjon og kunnskap på egen arbeidsplass. Informantene beskriver den delen av implementeringen som et området som har hatt mindre fokus.

I prosjektets konsolideringsfase kommer det frem at de er usikker på effekten så langt og at det er behov for å nå bredere ut i befolkningen. Da intervjuene ble gjennomført synes det som at prosjektgruppen er usikker på hvor veien går videre og at dette er tema på møtene. Dette kan tolkes som om prosjektgruppen er i starten av en runde i den ekspansive læringssirkelen. Datamaterialet gir et inntrykk av at fasen når man ikke har landet på veien videre er en krevende fase å arbeide i og at dette sammen med lite tydelige mål påvirker prosjektgruppens motivasjon i negativ retning.

## 5 DRØFTING

Presentasjon av funn illustrerer ulike faser i prosjektgruppens arbeidsprosess. Å bruke rammeverk med ulike arbeidsfaser har vært til hjelp å strukturere prosessen og gi et bilde av opplevelsen aktørene har hatt i de ulike fasene av arbeidet. I drøftingskapittelet vil hovedfunn fra foregående kapittel bli drøftet i lys av tidligere forskning og teori for å besvare oppgavens problemstilling. Kategoriene fra de ulike fasene presentert i forrige kapittel vil bli belyst under oppgavens to forskningsspørsmål. Hvilke utfordringer beskriver aktørene ved å samhandle i et grensefelt? Og hvordan har prosjektgruppen arbeidet?

### 5.1 Utfordringer ved å samhandle i et grensefelt?

Koder fra kategorien; *ulike aktivitetssystem, motsetninger, ting tar tid* vil bli drøftet opp mot Antonovskys (2012) begrep om begriplighet og meningsfullhet. Perspektiv fra moderne aktivitetsteori og annen aktuell forskning som belyser samhandling i grensefelt mellom fag, profesjoner og sektorer er også tatt med for å belyse aktørenes opplevelse av utfordringer ved å samhandle i grensefeltet.

#### 5.1.1 Ulike Aktivitetssystem

Når man samhandler i et grensefelt slik som denne prosjektgruppen har gjort kommer det frem at det oppleves som utfordrende av flere grunner. Flere av informantene gir uttrykk for at kompleksiteten i oppgaven, å danne en felles faglig plattform, fremstod som særlig utfordrende da prosjektgruppen består av så mange ulike aktører fra ulike organisasjoner og profesjoner. Engeström fremhever i flere av sine artikler at samhandling mellom ulike aktivitetssystem hvor aktørene representerer ulik organisatorisk og kulturell bakgrunn kan bidra til å skape motsetninger i gruppen (Engeström et al., 1995; Engeström & Sannino, 2010). Motsetningene i prosjektgruppen beskrives av informantene som både organisatoriske og kulturelle. Organisatorisk så fremheves ulike økonomisk avhengighet med hensyn til behandling av pasienter i privat og offentlig drift, og kulturelt fremheves ulike profesjoner og faglige tradisjoner i de ulike aktivitetssystemene. En stor internasjonal litteratur gjennomgang

viser at organisatoriske og kulturelle ulikheter som nevnt over er utfordringer som oftest oppleves som vanskelig å håndtere ved tverrprofesjonelt og tverrsektorielt samarbeid (Andersson, Ahgren, Axelsson, Eriksson & Axelsson, 2011). Prosjektgruppen legger ikke skjul på at motsetningene har gjort arbeidet komplekst, men på en annen side kommer det frem at det å forholde seg til realiteten, de faktiske utfordringene man står ovenfor i samfunnet, med hensyn til ulike behandlingstradisjoner er spennende. Dette kan tolkes som at prosjektgruppen opplever oppgaven de står ovenfor som meningsfylt. Antonovsky (2012) peker på denne komponenten som den viktigste motivasjonskomponenten i opplevelse av sammenheng. Motivasjonskomponenten tolker jeg har vært til stede i oppstarten av prosjektet. At alle deltakerne i prosjektgruppen deltok frivillig i prosjektgruppen, og uttrykte at de opplevde arbeidet som viktig og spennende kan sees å styrke denne tolkningen. San Martín-Rodríguez et al., (2005) konkluderer i sitt review at villighet til å samarbeide er et viktig element for at samarbeid skal lykkes. Det er tross alt personene som avgjør om samarbeidet skal skje.

### 5.1.2 Motsetninger

Motsetninger har fått mye plass i denne studien. Kanskje ikke så rart da motsetninger er en viktig komponent i moderne aktivitetsteori som er benyttet for å belyse funnene (Engeström, 2001). Motsetninger har også blitt fokusert på av informantene når de har delt sine erfaringer med å samhandle i et grensefelt. Engeström & Sannino (2010) fremhever at det kan oppstå motsetninger og spenninger innad i et aktivitetssystem, men også mellom to eller flere aktivitetssystemer. Det kommer frem i datamaterialet både fra dokumentanalysen av møtereferatene og fra intervjuene at prosjektgruppen har brukt tid på å belyse motsetningene. Dette kan tolkes som at prosjektgruppen ønsker å få kunnskap om hverandres aktivitetssystem og dermed en økt forståelse. Antonovsky (2012) introduserer begrepet begriplighet i sin teori om opplevelse av sammenheng. Begriplighet handler om å se sammenhenger i arbeid og oppgaver som skal gjøres, samt å kjenne til hvilke funksjon man har i forhold til det. Ved at prosjektgruppen har brukt tid på prosessen med å lære hverandre å kjenne, så kan det tenkes at det har bidratt til økt forståelse for blant annet hverandres arbeidssituasjoner. På denne måten kan det ha blitt mer synlig hvordan man sammen kan arbeide ut en felles tilnærming med hensyn til prosjektets problemstilling. Flere studier peker på at kjennskap til hverandres faglige bidrag og erfaringer er en forutsetning for å løse komplekse utfordringer sammen (San

Martín-Rodríguez et al., 2005; Axelsson & Axelsson, 2014; Nilsen, 2013; Engeström, 2001). Flere av informantene gir uttrykk for en forståelse for hverandres arbeidsmetoder med hensyn til blant annet hvordan systemet påvirker økonomiske forutsetninger ved ulik organisatorisk drift.

Informantene legger ikke skjul på at det har foregått flere diskusjoner og kamper innad i gruppen. På tross av dette fremhever informantene diskusjonene som interessante og ikke minst at det har vært ok å lande på at man er enige om å være uenige. Dette kan sees som at det i gruppen har vært stor takhøyde og åpenhet for å ta en diskusjon, samtidig som at aktørene har en aksepterende holdning og vilje til kompromiss. Axelsson og Axelsson (2009) understreker at det å gi avkall på noe også kan gagne helheten. Det kommer frem i datamaterialet at informanter i prosjektgruppen viser vilje til å ivareta det de tenker er best for allmenheten, fremfor å hele tiden kjempe for egne interesser. Axelsson & Axelsson (2009) har skrevet en artikkel hvor de drøfter hvordan revirtenkning blant profesjoner i helsevesenet kan skape barrierer for tverrfaglig samhandling. Å kunne gi avkall på egne interesser kan sees som nødvendig for å bryte utviklingen med fragmenterte tjenester i helsevesenet. I artikkelen fremheves det også at dette er egenskaper det tar tid å utvikle. Samhandlingsreformen gir føringer for reorientering av helsevesenet på systemnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Om man skal lykkes med målet om en mer helhetlig helsetjeneste synes det å kreve endringer på alle nivå i helsetjenesten, også på individnivå som avsnittet over belyser.

Datamaterialet fra intervjuene gir et inntrykk av at det har skjedd en endring i motsetninger i gruppen i løpet av de to årene prosjektet har vart. Flere av informantene peker på at de ulike aktørene har nærmet seg hverandre i en felles forståelse av denne gruppen pasienter. Dette samsvarer med andre studier som har sett på samhandling, deriblant Elisabeth Fosse sin Dr. grad; *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Der kommer det frem at læringsprosessen som har skjedd underveis har bidratt til at aktørene tilpasset seg hverandre (Fosse, 2000). Det kan tenkes at aktørene har nærmet seg hverandre og fått en økt forståelse for hverandres arbeid. Nilsen (2013) beskriver dette som at gap i kunnskap har blitt lukket. Det vil i tilfelle være et viktig bidrag for at ekspansiv læring kan skje (Engeström, 2001). Flere studier peker på at det at aktørene kjenner hverandre kan føre til at samarbeid går lettere (Lauvås & Lauvås, 2004; Magnusson & Lützen, 2009; San Martín-Rodríguez et al., 2005).

### 5.1.3 Å arbeide i et grensefelt tar tid

Prosjektleder gir uttrykk for at han bevisst har ønsket at prosjektgruppen skal bruke tid på å bli enige om hva de vil frem til. Han fremhever også at det ikke er en fasit klar fra starten av prosjektet. Sett fra et moderne aktivitetsteoretisk læringsperspektiv (Engeström, 2001) er dette et eksempel på at prosjektleder fra starten av prosessen tilrettelegger for at felles løsninger (felles objekt) må komme til i selve samhandlingskonteksten.

Prosjektet har brukt lang tid på å komme frem til en felles faglig enighet og et innhold i brosjyren som alle kan stå inne for. Flere av deltakerne fremhever at tidsbruken etter hvert opplevdes som en stor frustrasjon. En utfordring med prosesser som denne, hvor man bruker tid på å få økt forståelse for hverandres arbeid og danne en felles plattform er at det er en prosess som tar tid, i tillegg er det en prosess med lite synlig arbeid som blir utrettet underveis. Reeves et al., (2010) peker på at tid er sett på som nødvendig for å utvikle gjensidig forståelse, respekt og tillit mellom profesjonene. Dette er igjen faktorer som er sett på som viktige faktorer for å lykkes med samhandling (Nancarrow et al., 2013).

Samhandlingsreformen legger føringer for et mer effektivt helsevesen (Helsedirektoratet, 2014). Arbeidet i prosjektgruppen har tatt lang tid. Dette kan stå i motsetning til kravet om økt effektivitet som ligger i samhandlingsreformen. Det kan tenkes at aktørene opplever økt frustrasjon da effektiviteten i arbeidet ikke samsvarer med overordna føringer for arbeidet. Frustrasjon over tidsbruken kan også være et uttrykk for at det ikke har vært avklart tydelige rammer for hvor lang tid det var tenkt å bruke på de ulike fasene av arbeidet. I slike tilfeller er det kanskje særlig viktig å avklare ved oppstart hva som er tenkt og hvorfor, slik at man også har en felles forståelse for arbeidsmetode. Informantene peker på lite fremdrift som hovedårsaken til lang tidsbruk, og flere peker på dette som den største frustrasjonen.

### 5.1.4 Oppsummering

Prosjektgruppen opplever oppgaven de skal løse som utfordrende. At oppgaven skal løses på tvers av ulike organisasjoner og profesjoner med ulike organisatoriske og kulturelle motsetninger gjør den enda mer kompleks. På tross av dette gir informantene inntrykk av at

det oppleves som meningsfylt å forholde seg til realitetene. Ved å bruke tid på å belyse motsetninger i prosjektgruppen synes det som at informantene har kommet frem til en felles forståelse. Informantene gir inntrykk av en vilje til å inngå kompromiss for å ivareta det som synes best for allmenheten. Å komme frem til en felles forståelse har vært en tidkrevende prosess, noe som flere i prosjektgruppen har opplevd som frustrerende.

## 5.2 Hvordan har prosjektgruppen arbeidet?

Koder fra kategorien; *Felles problemforståelse, Å bli enige, Overføring av kunnskap, implementering i egen praksis, Refleksjon over arbeidet og Ny runde?* blir drøftet opp mot Antonovskys begrep om håndterbarhet og perspektiver fra moderne aktivitetsteori. Annen forskning som belyser samhandling i et grensefelt mellom fag, profesjoner og sektorer er også tatt med for å belyse prosjektgruppens arbeidsmetoder. I noen tilfeller har det vært naturlig å drøfte to kategorier under ett. Det kommer tydelig frem i overskriftene hvor dette er blitt gjort.

### 5.2.1 Felles problemforståelse

Prosjektgruppen har som overordna problemstilling at de skal arbeide for å endre befolkningens- og helsevesenets holdninger og handlinger i forhold til rygg- og nakkesmerter. Med utgangspunkt i denne problemstillingen blir prosjektgruppens arbeidsområde betegnet som ambisiøst, stort og komplekst. Dette er et problemområde som det ikke finnes en klar fasit på. Med dette utgangspunktet vil det ikke være nok og bare dele kunnskapen de har, de må sammen skape en ny innsikt forståelse og kunnskap for å svare på prosjektplanens utfordringer. Det er dette ekspansiv læring handler om. Å lære ting som ikke er der enda, det kan for eksempel være å lære å mestre en ny måte å arbeide på samtidig som denne nye arbeidsmåten er under utvikling (Engeström & Glâveanu, 2012). Det kommer frem av intervjuene at flere av informantene har tro på at et steg i riktig retning er at profesjoner klarer å bli omforent om et felles faglig ståsted med hensyn til rygg og nakke smerter.

Prosjektgruppen begynte arbeidet med å utarbeide en felles brosjyre. Dette var en konkret oppgave som det var lagt føringer for i prosjektplanen og fra prosjektleder om at skulle gjøres.



Det kommer frem at informantene synes det var greit å forholde seg til en slik konkret oppgave. Det kan tolkes som at det har vært et behov for å finne noe håndterbart i en problemstilling som kan fremstå som svært kompleks og utfordrende. Antonovsky (2012) snakker om håndterbarhet i forbindelse med teorien om opplevelse av sammenheng (OAS). Håndterbarhet handler om evnen og muligheten vi mennesker har til å påvirke situasjonen vår og omgivelsene våre. Ved å begynne å arbeide med noe konkret som en brosjyre kan det tenkes at det har bidratt til en opplevelse av håndterbarhet for aktørene i prosjektgruppen. En informant beskriver det som å begynne med det minst vanskelig av det vanskelig. Med dette så uttrykker han hvor utfordrende oppgaven oppleves som.

### 5.2.2 Å bli enige

Et spørsmål som er naturlig å stille seg i en case-studie som denne er om læring faktisk har skjedd? Har det fremkommet ny kunnskap i grensefeltet i form av et felles objekt? Brosjyren har fått mye plass i prosjektgruppens arbeid. Mange vil hevde at en felles brosjyre som aktørene fra de ulike aktivitetssystemene har kommet frem til i fellesskap kan sees som et slikt felles objekt. Jeg vil videre argumentere for at den ikke nødvendigvis kan sees som det. For det første betegner Engström (2001) et felles objekt som ny kunnskap. Brosjyren som er blitt laget inneholder mye kunnskap, men kunnskapen er ikke ny. Informasjonen i brosjyren er, som flere av informantene uttrykker, et felles minste multiplum av hva de kunne bli enige om. Det vil si at prosessen med å lage selve brosjyren ikke kan sees som en transformasjonsprosess av et problemområde (objekt) som aktørene har sett nye løsninger på, men mer som en prosess med erfaringsutvekslinger og meningsutvekslinger. Enighet med tanke på innholdet i brosjyren blir fremhevet som viktig i møtereferatene og fra informantene sin side. Dette understreker at selve prosessen med å lage brosjyren kan beskrives mer som en meningsutveksling enn en utviklende læringsprosess.

Selv om jeg mener at brosjyren ikke kan betegnes som et felles objekt, mener jeg at prosessen med å lage den kan sees som nyttig. Engeström (2001) påpeker viktigheten av å bli kjent med hverandres aktivitetssystem både historiske, organisatoriske og kulturelle sider. Arbeidet med å lage brosjyren kan kanskje sees som en del av fase 1 i den ekspansive læringssirkelen, som handler om å blant annet se på de faktiske forholdene. Edwards (2010) fremhever at ved samhandling i et grensefelt vil det være avgjørende at man møtes og får innsikt i hverandres

ferdigheter og kunnskap. På denne måten kan en ta andres perspektiv, og prøve å se hva som betyr noe sett med andres øyner. Om man lykkes med dette, har samarbeid mellom aktører fra ulike aktivitetssystem mulighet til å utvikle seg til felles kunnskap. Slik jeg tolker Engströms moderne aktivitetsteori er ikke målet at en aktør fra et aktivitetssystem skal overbevise et annet om at det de mener er fasiten, men at man i felleskap skal oppnå forståelse for hverandres synspunkt på problemområdet (objektet) og dermed se nye løsninger i fellesskap.

### 5.2.3 Overføring av kunnskap og implementering i egen praksis

På spørsmål om hvordan aktørene har videreformidlet informasjon om arbeidet tilbake til sine aktivitetssystem er det stor variasjon i gruppen. Flere av informantene peker på at informasjonen fra brosjyren ikke har vært aktuell for dem på bakgrunn av at de ikke arbeider med denne type pasienter. Andre forteller at informasjonen allerede er godt innarbeidet på arbeidsstedet. Den sistnevnte begrunnelsen understreker mine tanker om at brosjyren ikke kan sees som et grenseobjekt da det ikke er ny kunnskap. Argumentet med at brosjyren ikke er aktuell på arbeidsplassen kan kanskje bidra til å kaste lys over prosjektgruppens dalende motivasjon. Opplevelse av at det man driver med er nyttig og meningsfullt for daglig praksis kan være avgjørende for motivasjon til å drive arbeidet (Antonovsky, 2012).

Funn fra intervjuene som er gjennomført gir et inntrykk av dalende motivasjon i prosjektgruppen. Det kan se ut som at det har skjedd en endring i engasjement i gruppen utover i prosjektarbeidet. Flere av informantene peker på lite dynamikk og trøkk i arbeidet. Møtereferatene gir også et inntrykk av at det er færre deltakere som møter opp. Eriksson, Lindencrona, Olsson og Puskeppeleit (2007, s. 110) beskriver tre ulike case hvor tverrsektorielt samarbeid er utgangspunkt for å komme med innovative løsninger på komplekse utfordringer. Funn fra deres studier peker på at motivasjon synes å endre seg i løpet av prosjektet. Innledningsvis er alle prosjektene preget av entusiasme, aktørene ser muligheter og det er rom for å skape noe nytt. Implementeringsfasen derimot synes mer utfordrende med treghet, vanskeligheter og problem. Dette samsvarer med funn i denne studien. Ulike profesjoner, kulturer, arbeidsmåter og normer i de ulike aktivitetssystemene illustrert i figur 4 synes å gjøre endringsarbeidet som denne prosjektgruppen står ovenfor komplekst (Engeström, 2001).

En annen forklaring på at prosjektgruppen opplever dalende motivasjon kan være, som flere informanter påpeker, at målet de arbeider mot er stort og komplekst. Det blir gitt uttrykk for at de savner noe konkret å arbeide med, slik som arbeidet med brosjyren. I materialet kommer det frem at i etterkant av distribusjon av brosjyren har det vært mer usikkert hvordan prosjektgruppen skulle arbeide videre. Flere av informantene gir uttrykk for at dette kan komme av mangel på målsetting for videre arbeid. Det er vanskelig å si eksakt hva årsaker til dalende motivasjon kan være, men litteratur peker på at målrettet arbeid kan være en viktig motivasjonsfaktor (Antonovsky, 2012). Med tanke på videreføring av prosjektet kan det tenkes at tydeligere hensikt og mål for veien videre kan bidra til at engasjementet og motivasjonen stiger. Flere av informantene trekker frem at de har tro på denne måten å arbeide på og at de opplever arbeidet som viktig. Dette kan tolkes som at de opplever arbeidet som meningsfylt. At motivasjonen likevel sees som dalende hos flere av informantene tolker jeg som at oppgaven sees på som vanskelig å håndtere uten klare rammer og mål.

En bekymring som fremkommer hos flere av informantene er hvordan man skal få andre aktører til å eie tilnærmingen og filosofien på samme måte? Mørk et al., (2013) belyser i sin studie at overføring av informasjon til eget aktivitetssystem kan være utfordrende. Dette er også noe som Wenger (2000) fremhever i sin artikkel *Communities of Practice and Social Learning Systems*. En ting er å gi informasjon på et møte, en annen ting er å implementere med varig endring. Denne utfordringen er ikke prosjektgruppen er alene om å møte. Ser man på politisk nivå så går de drastisk til verks med reformer, lovgivning og økonomiske intensiver for å fremme endring (Kassah, Kassah & Johansen, 2014). Dette er trolig ikke virkemiddel aktørene i prosjektgruppen har mulighet til å ta i bruk, men et viktig poeng som aktørene i prosjektgruppen peker på er at resultatene må bli mer enn samhandling mellom enkeltpersoner. Hvordan få samhandling til å bli noe mer enn et innkapslet samarbeid i prosjektgruppen? Elisabeth Fosse (2002) peker på at forankring i tverrsektorielt arbeid ikke har blitt tatt alvorlig nok. Det kan synes som at manglende forankring er gjeldende også i dette prosjektet. Det fremkommer ikke noen klar strategi for hvordan aktørene i prosjektgruppen skal viderefremme informasjon og kunnskap til sine aktivitetssystem i prosjektplan eller møtereferat. Det fremkommer heller ikke under intervjuene.

Hovedmålet med prosjektet har vært å formidle kunnskap til befolkningen og til helsepersonell for å skape en endring i holdninger og håndtering av rygg- og nakkeplager.

Prosjektgruppen har hatt en klar strategi for å få ut informasjon til befolkningen, men det fremkommer ingen klar strategi for hvordan egne aktivitetssystemer skal bli involvert. Litteraturen er tydelig på at involvering er viktig for å lykkes med endringsarbeid (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Det synes som at prosjektgruppen har lykkes med forankring og involvering innad i gruppen, men at det fortsatt er en vei å gå i egne aktivitetssystem.

#### 5.2.4 Refleksjoner. Ny runde?

Et spørsmål alle informantene fikk var om hva de hadde lært i løpet av prosessen. Flere av informantene var tydelige på at de ikke hadde lært noe nytt. Som forsker er det utfordrende å få et bilde av hva aktørene har lært i prosjektgruppen. En grunn er at prosessen og selve prosjektet fremstår som komplekst, en annen grunn er, som jeg har diskutert tidligere i oppgaven, at jeg og informantene kan ha ulikt bilde av hva læring innebærer. Ut i fra samtalene med respondentene vil jeg hevde at det fremstår som de har lært mye. Flere av informantene forteller om at de opplever faglig utvikling, andre peker på at de opplever at felles forståelse bidrar til trygghet i deres daglige arbeid. Andre peker på nye erfaringer både når det gjelder samarbeid, men også når det gjelder tilnærming til pasientene. Slik jeg oppfatter det kan disse erfaringene sees som ervervet kunnskap. Det at samarbeidet har bidratt til mer kjennskap mellom profesjonene og på den måten styrket relasjonene mellom dem er i tråd med samhandlingsreformens intensjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Selv om samhandling blir fokusert på i politiske dokumenter er ikke samhandling et mål i seg selv. Målet er de eventuelle konsekvenser samhandling kan føre til for brukere, pasienter og samfunnet (Aanderaa & Tveiten, 1994; Knudsen, 2004). Flere av informantene forteller om situasjoner som har skjedd på bakgrunn av prosjektarbeidet som kan synes og gnagne brukere og pasienter.

Flere av informantene uttrykker frustrasjon og skuffelse over at de ikke har oppnådd mer i prosjektperioden. Samtidig blir det fremhevet at de egentlig ikke vet hva de eventuelt har oppnådd, og at det er vanskelig å vite effekten av arbeidet. I oppstarten har det vært planlagt evaluering av effekt på ulike parameter, men dette har ikke blitt gjort.

Hauge & Ausland skriver i boken *Fra Monolog til dialog* at refleksjon kan gjøre vondt, da vi kan bli oppmerksom på hva vi ikke får til (Hauge & Ausland, 2006, s. 230). Flere av informantene peker på ting de kunne eller burde gjort annerledes i prosjektperioden. På en

annen side kan refleksjon bidra til økt innsikt både når det gjelder til verden rundt oss og hvordan man handler i den (Hauge & Ausland, 2006). Når informantene blir spurt om hva de tenker skal til for å løse oppgaven prosjektet står ovenfor har alle flere ulike forslag og tilnærminger. Green & Tones (2010) peker på viktigheten av å evaluere prosjektarbeid. De fremhever nytten av evaluering av prosessen underveis, og ikke bare om prosjektet har lyktes i ettertid. Studier på tverrprofesjonelt samarbeid i helse sektoren peker på at fokus på gruppens prosesser er viktig, men at det også, som i denne gruppen, ofte blir oversett (Williams & Laungani, 1999). Dersom man innad i prosjektgruppen hadde hatt mulighet til å reflektere over hva som har bidratt til for eksempel synkende motivasjon så kunne det tenkes at dette ville bidratt til at man stod sterkere i neste runde. Green & Tones (2010) kaller dette *nyttfokusert* evaluering. Dette støttes av Engeström (2001) som fremhever at et arbeid i grensefeltet ikke trenger å sees på som mislykket fordi om man ikke har lyktes med å oppnå et grenseobjekt, da prosessen i seg selv kan sees som læringsrik. Hauge & Ausland (2006) påpeker at refleksjon av arbeidsprosesser kan bidra til at den enkelte opplever arbeidet som meningsfullt, i tillegg til at det kan bidra til økt kvalitet på arbeidet som blir utrettet. Det kan tenkes at evaluering av prosessen underveis kunne bidratt til at motivasjonen ikke fikk en så negativ utvikling.

### 5.2.5 Oppsummering

Prosjektgruppen har brukt mye tid på å utarbeide en felles brosjyre med informasjon om rygg- og nakkeplager til befolkningen i en kommune. Arbeidet med brosjyren har trolig vært med å bidra til økt forståelse mellom aktørene i prosjektgruppen, da arbeidet har gitt innblikk i organisatoriske, kulturelle og historiske aspekter med hverandres profesjoner og arbeidsplasser. Det synes som at prosjektgruppen har blitt trygg på hverandre og har forståelse for hverandres arbeidssituasjon og faglig ståsted. Dette er i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Refleksjonsfasen gir et inntrykk av at informantene er kritisk til hva de har fått til. Dette på tross av at det synes som at informantene har tilegnet seg mye kunnskap og erfaringer i arbeidet. I etterkant av ferdigstilling av brosjyre kan det se ut som arbeidet har gått trått uten klare mål og rammer, dette synes å prege motivasjonen til aktørene jeg har snakket med i negativ retning. Prosjektgruppen gir uttrykk for å ha god forståelse for arbeidet seg i mellom, men det er usikkert hvor godt de har klart å forankre arbeidet utenfor selve prosjektgruppe.

## 6 AVSLUTNING

Temaet for masteroppgaven har vært aktørene i en prosjektgruppe sin opplevelse av å samhandle i et grensefelt mellom ulike organisasjoner, profesjoner og sektorer. For å belyse problemstillingen har jeg i presentasjon av funn og i oppgavens drøftings del hatt som mål å belyse oppgavens forskningsspørsmål; Hvilke utfordringer beskriver aktørene ved å samhandle i grensefeltet? Og hvordan har prosjektgruppen jobbet? I dette kapittelet vil jeg trekke funn fra de foregående kapitlene for å besvare oppgavens problemstilling;

*Hvordan opplever aktørene i en prosjektgruppe å samhandle i et grensefelt?*

Videre presenteres oppsummering av funn, implikasjoner for praksis, forslag til videre forskning og metodiske styrker og svakheter ved studien.

### 6.1 Oppsummering av funn

Opplevelsen av å samhandle i et grensefelt har blitt belyst i prosjektgruppens ulike faser av arbeidet. Denne fremstillingen gir et bilde av at opplevelsen har endret seg i de ulike fasene, hvorpå fasen hvor man skal gi et prosjekt retning synes som den mest krevende.

Det kan synes som at opplevelsen av å samhandle i grensefeltet er avhengig av flere faktorer. Denne studien gir et bilde av en motivert prosjektgruppe som begynte på en oppgave som opplevdes meningsfylt og viktig. Underveis i prosessen har gruppen imidlertid opplevde en synkende motivasjon. Dette kan tyde på at en meningsfull oppgave i seg selv ikke er nok. Funn fra studien tyder på at manglende forankring og lite tydelige mål for prosjektgruppens arbeid kan ha bidratt til en opplevelse av at arbeidet er utfordrende å håndtere.

Oppgaven innledet med å belyse statlige reformer og lovgivninger som setter økt trykk på samhandling i helsevesenet og andre sektorer. Målet er en reorientering mot mer forebyggende og helsefremmende arbeid. Måten prosjektgruppen har arbeidet på og tema som de arbeider med er i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen. En utfordring som sees er derimot å få til samhandling utover den enkelte prosjektgruppen. Funn fra studien belyser at

samhandling kan være utfordrende og komplekst for aktørene som skal gjennomføre jobben i praksis. Samhandling tar tid, det krever motivasjon, evnene til å sette seg inn i andres situasjon, evnen til å gi og ta, forankring på alle nivå i samfunnet og ikke minst villighet på individnivå.

Samhandling handler om både det som skjer på organisasjonsnivå og på individnivå (Axelsson & Axelsson, 2006; Axelsson & Axelsson, 2007). Denne case-studien belyser ved hjelp av Engeströms moderne aktivitetsteori (2001) viktige sider av en tverrprofesjonell og tverrsektoriell prosjektgruppe sitt arbeid. Teorien har bidratt til å sette ord på hvordan samhandling i et grensefelt oppleves for aktørene på individnivå i de ulike fasene av prosessen, og den kan ha gitt et bilde av hvor *skoen trykker* med hensyn til videre arbeid.

## 6.2 Implikasjoner for praksis

Funn fra studien kan være med å belyse kompleksiteten ved helsefremmende arbeid, der mye av arbeidet bør og skal foregå i grensefeltet mellom ulike sektorer og organisasjoner i samfunnet uten en klar fasit.

Denne studien er en liten kvalitativ studie og den gir et inntrykk av opplevelsen fra seks informanter fra en prosjektgruppe. Resultatene fra en kvalitativ studie som denne, vil være avhengig av konteksten og det kan derfor tenkes at det er lite overførbart til andre kontekster (Busch, 2013; Thornquist, 2012). På en annen side kan det tenkes at kunnskap rundt samhandling i et grensefelt som blir belyst gjennom denne studien, kan være gjeldene for lignende enheter (Wadel, 1991, s. 117). Den største praktiske relevansen studien kan ha, slik jeg ser det, er økt refleksjon i den aktuelle prosjektgruppen med tanke på arbeidsmåter og overføringsverdi av arbeidet de gjør.

Evalueringer og refleksjon over samhandling som foregår i et grensefelt kan bidra til økt kunnskap om arbeidsmetoder som etterspørres i samhandlingsreformen. Dette kan være nyttig i arbeidet med å reorientere helsetjenesten mot mer forebygging og helsefremming.

### **6.3 Forslag til videre forskning**

Helsefremmende arbeid er et fagområde hvor mange av svarene ligger i grensefeltet mellom ulike disipliner, profesjoner og aktører i samfunnet. Det er et fagområde som preges av få eksperter, og hvor samhandling trolig kan bidra til løsninger.

Hvordan man kan tilrettelegge for gode samhandlingsprosesser mellom aktører fra ulike deler av helse- og arbeidsliv, og hvilke betydning det kan ha for en reorientering av helsevesenet er interessante felt å undersøke nærmere. Samhandling skjer hele tiden, det er trolig mye læring av å undersøke eksisterende praksiser.

### **6.4 Metodiske styrker og svakheter ved studien**

En styrke ved oppgaven er at den aktuelle metoden i kombinasjon med det teoretiske perspektivet som er benyttet kan sees å ha bidratt til å gi et tilfredsstillende svar på problemstillingen.

En annen styrke ved studien er at jeg har fulgt prosjektgruppen over tid og at det har gitt mulighet for å gå i dybden i dette aktuelle prosjektarbeidet. Studien har hatt fokus på opplevelse av samhandling i et grensefelt. Prosjektet har pågått siden 2012, det har vært en lang arbeidsprosess for aktørene i gruppen. Det kan tenkes at ved å intervju aktørene i starten av prosjektet kunne tilført materialet et større prosessperspektiv. En kunne imidlertid valgt å gjennomføre en gruppesamtale i etterkant av intervjuene for å se om det kunne belyst andre aspekter ved samarbeidet i dette grensefeltet. Av hensyn til oppgavens tidsmessige rammer har dette ikke vært mulig.

En av de største svakhetene ved oppgaven er at bare to av tre profesjoner har deltatt i studien. Dette kan ha medført at materialet har gått glipp av viktige synspunkt og perspektiver.

Ved å benytte en teoretisk modell, har gjort det det mulig å reflektere systematisk over et utsnitt av virkeligheten. Det finnes mange teoretiske perspektiver som kunne vært relevant for denne oppgaven. Og hvilke perspektiver og teorier man legger til grunn for å studere praksis legger føringer for hva man ser etter. Det er imidlertid valgt å ta utgangspunkt i en avgrenset



del av aktivitetsteori. En slik begrensning har gitt mulighet til å gå mer i dybden innenfor et begrenset område.

## LITTERATUR

- Akkermann, S. F., & Bakker, A. (2011). Boundary crossing and boundary objects. *Review of Educational Research*, 81(2), 132-169. doi: 10.3102/0034654311404435
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation- An International literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11, November 2011. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Axelsson, R., & Axelsson, B. S., (2014). Organisering av samverkan- modeller, svårigheter och muligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag*. (s. 205-216). Oslo: Universitetsforlaget.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320-330.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B., (2007). Samverkan och folkhälsa- Begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I R. Axelsson, & S. B. Axelsson (Red.), *Folkhälsa i samverkan- mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. (3utg., s.11-27). Lund: Studentlitteratur.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health- a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). Health promotion: Disciplinary developments. I R. Bunton & G. Macdonald (Red.), *Health promotion: Disciplines, diversity and developments* (s. 9-28). London: Routledge.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skrivning for bachelor og masterstudenter*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Edwards, A. (2010). *Being an expert professional practitioner: The relational turn in expertise*. Nederland: Springer.
- Engeström, Y., & Glâveanu, V. (2012). On Third Generation Activity Theory: Interview With Yrjö Engeström. *Europe's Journal of Psychology*, 8(4), 515–518. doi:10.5964/ejop.v8i4.555
- Engström, Y., & Sannino, A. (2010) Studies of Expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review*, 5, 1-24.

- Engeström, Y. (2001). Expanding Learning at work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133-156.
- Engeström, Y. (1996). Developmental work research as educational research: looking ten years back and into the zone of proximal development. *Nordisk pedagogikk*, 16(3), 131-43.
- Engeström, Y., Engeström, R., & Kärkkäinen, M. (1995). Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition: Learning and problem solving in complex work activities. *Learning and Instruction*, 5(4), 319–336.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta - Konsultit.
- Eriksson, A., Lindencrona, F., Olsson, I., & Puskeppeleit, M. (2007). Intersektoriell samverkan i utveclingsprosjekt- en jämförande analys. I R. Axelsson, & S. B. Axelsson (Red.), *Folkhälsa i samverkan- mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. (3utg., s.87-119). Lund: Studentlitteratur.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Hentet 12. januar 2015, fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Forskningsrådet. (2012). *Mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen*. Hentet 21.oktober, 2014. fra, <http://www.forskningsradet.no>
- Fosse, E. (2007). Interprofessionell och intersektoriell samverkan i helsefrämjande arbete. I R. Axelsson, & S. B. Axelsson (Red.), *Folkhälsa i samverkan- mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. (3utg., s.123-140). Lund: Studentlitteratur.
- Fosse, E. (2002). *Forankring og samarbeid*. Hentet 4. mai, 2015, fra [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Fosse, E. (2000). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid* (Doktoravhandling). Universitet i Bergen.
- Giddens, A. (1976). *New Rules of Sociological Method. A Positive Critique of Interpretative Sociologies*. London: Macmillan.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society. Outline of the Theory of structuration*. Cambridge: Polity.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health Promotion planning and strategies*. Los Angeles: Sage publications.
- Hauge, H. S., & Ausland, L., H. (2006). Frihet og ansvar i forebyggende og helsefremmende arbeid- synliggjøring av handlingsrom med HENÆR-modellen. I H. A. Hauge & M.

- B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid- fra monolog til dialog?*(2. utg., s. 229-248). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet- veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste m.m (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 14. August 2014, fra [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted- til rett tid*. (St. meld. nr 47(2008- 2009)). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Status for samhandlingsreformen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jensen, R., & Aas, M. (2012). *Å utforske praksis- videregående*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk forlag.
- Johannessen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode*.(4.utg.). Oslo: Abstrakt forslag.
- Kassah, B. L., Kassah A. K. & Johansen L. I. (2014). Makt- et viktig begrep for å forstå utfordringer som følger av samhandlingsreformen. I Kassah, B. L., Tingvoll, W. & Kassah, A. K (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen*. (s. 33-48). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kerosuo, H. (2006). *Boundaries in Action: an Activity-theoretical study of Development, Learning and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic illnesses*. Department of Education. University of Helsinki: Helsinki.
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretalig samarbeid i teori og praksis* (2. utg., s. 19-70). Oslo: Universitetsforlaget.
- Krogstrup H. K., & Kristiansen, S. (1999) *Deltagende observation. Introduksjon til en samfunnsvidenskabelig metode*. Danmark: Academica.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Lauritsen, V. (2014). *Ledelse, utvikling og endring av praksis, med prosjektarbeid som metode. Et case studie av en mellomstor bynær skoles toårige utviklingsorienterte prosjektarbeid* (Masteroppgave). Høgskolen i Telemark, Porsgrunn.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Magnusson, A., & Lützen, K. (2009). Factors that influence collaboration between psychiatric care and community social services: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 140-145. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00600
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2007). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørk, B. E., Hoholm, T. Maaninen-Olsson, E. Og Aanestad, M. (2013). Changing Practice through boundary organizing: a case from medical R&D. *Human Relations* 65(2), 263-288.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19), 1-11.
- Nielsen, J. R., & Repstad, P. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretalig samarbeid i teori og praksis* (2. utg., s. 234-252). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilsen, L. L. (2013). Medisinsk Kunnskap gjennom medierte samtaler. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for Helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s. 243-255). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Repstad, P. (2004). Introduksjon til 2. utgave. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretalig samarbeid i teori og praksis* (2. utg., s. 19-70). Oslo: Universitetsforlaget.

- San Martín-Rodríguez L., Beaulieu M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional care* 19(1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A., & Melby, L. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I A. Tjora & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse- kunnskap kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (s.13-27). Oslo: Gyldendal akademisk
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek AS.
- Wenger, E. (2000). Communities of Practice and Social Learning Systems. *Organization* May, 7 (2), 225-246.
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Hentet 14. august 2014, fra <http://www.who.int>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 15. august 2014, fra <http://www.who.int>
- Williams, G., & Laungani, P. (1999). Analysis of teamwork in an NHS community trust: an empirical study. *Journal of Interprofessional Care*, 13 19-28.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2014). Tverrprofesjonelt samarbeid. En fortsettelse. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (s. 13-18). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse og sosialsektoren. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s 16-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Yin, R. (2009). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Aadland, E. (1997). "Og eg ser på deg..." *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Aschenhoug.
- Aanderaa, B., & Tveiten, G. (1994). *Kommuner for barn. Politikk, forvaltning og organisering for bedre oppvekstkår*. Oslo: Kommuneforlaget.

Aarø, L., E. (2006). Forord. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid- fra monolog til dialog?*(2. utg., s.5-8). Bergen: Fagbokforlaget.

## **VEDLEGGSOVERSIKT**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Revidert Intervjuguide

Vedlegg 3: Matrise med oversikt over koder og kategorier

Vedlegg 4 Informasjonsskriv

Vedlegg 5 Samtykke

Vedlegg 6 Tilbakemelding fra NSD

## Vedlegg 1: Intervjuguide

<i>Introduksjon</i>	<p>Jeg vil se nærmere på erfaringer fra prosjektet. Er en del av en mastergrad. Dataene vil presenteres anonymt- informasjonen skal ikke føres tilbake til enkeltpersoner. Du kan la være å svare på spørsmål og velger selv hvor mye du vil fortelle. Du kan når som helst trekke deg helt til dataene er ferdig analysert. Du har rett til innsyn og kan se på materialet, rette det opp eller kreve det slettet. Dette gjelder det transkriberte intervjuet og min analyse og fortolkning.</p>
<i>Deg</i>	<p>Hva slags stilling har du? Hvor arbeider du? Hvor lenge har du vært med i prosjektgruppen? Hva har din rolle vært i prosjektet?</p>
<i>Kontekst: Samhandlingsreformen</i>	<p>Kan du innledningsvis kort si litt om hvilke erfaringer du har med samhandlingsreformen?</p> <p>Angår reformen deg i ditt daglige virke?</p>
<i>Setting: Erfaringer fra prosjektarbeidet</i>	<p>Hva er/har vært intensjonen med prosjektet?</p> <p>På hvilken måte har du og de andre deltakerne/profesjonene samarbeidet?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan opplever du at det tverrfaglige samarbeidet har fungert?</li><li>- Har du inntrykk av at de andre deltakerne mener det samme som deg om dette?</li></ul> <p>I løpet av prosjektperioden har prosjektgruppen laget en informasjonsbrosjyre. Kan du fortelle litt om hvordan du har opplevd denne prosessen?</p>



	<p>Hva mener du om denne måten å jobbe faglig på? Er dette veien å gå for å endre befolkningens holdninger og handlinger i forhold til rygg- og nakkesmerter?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser du noen utfordringer i forhold til dette?</li> <li>- Hva tror du skal til for at prosjektet skal føre til endring på hvordan man håndterer muskel/skjelett plager?</li> </ul>
<p><i>Hvilke betydning har samhandling i grensefeltet for daglig praksis..</i></p>	<p>-Har deltakelse i prosjektet ført til at din rolle/måte å jobbe på ble endret i forhold til hvordan du jobber ellers? På hvilke måte? Evt. Hvorfor ikke?</p> <p>- Hvordan opplever du at prosjektet har bidratt til samhandling på tvers av helse-arbeidsliv og mellom ulike profesjoner i helsevesenet?</p> <p>-I løpet av prosjektperioden har prosjektgruppen laget en informasjonsbrosjyre. Husker du et tilfelle der denne brosjyren har vært et tema på din arbeidsplass? Kan du fortelle litt om dette? Hvordan har det vært å formidle informasjonen fra denne brosjyren videre til dine kollegaer ved din arbeidsplass?</p>
<p><i>Faglig tilnærming</i></p>	<p>Hvordan opplever du ditt fagfelt/kommunens satsing på forebyggende/helsefremmende arbeid etter samhandlingsreformen? Opplever du noen endring? I så fall hvordan? Opplever du noen endring i måten du arbeider på?</p> <p>Har prosjektet hatt konsekvenser for deg utover selve teamarbeidet? Evt på hvilken måte? ( Kan gjelde tiltak/behandlingsmodeller, nye kommunikasjonskanaler, nye samarbeidsformer og lignende).</p>

	<p>Kan du beskrive en situasjon hvor du benyttet deg av erfaringer fra arbeidet med?</p>
<i>Brukerne</i>	<p>Hvordan mener du prosjektet virket i forhold til innbyggerne i kommunen?</p> <p>Er det andre måter du tror ville ha vært bedre for å få til samhandling over den aktuelle gruppen av brukere? På hvilken måte evt?</p> <p>Er det noe du vil si om prosjektet, eller i sammenheng med prosjektet, som ikke har kommet frem?</p> <p>Hvordan synes du spørsmålene har vært?</p>

## Vedlegg 2: Revidert intervjuguide

<i>Introduksjon</i>	Jeg vil se nærmere på erfaringer fra prosjektet. Er en del av en mastergrad. Dataene vil presenteres anonymt- informasjonen skal ikke føres tilbake til enkeltpersoner. Du kan la være å svare på spørsmål og velger selv hvor mye du vil fortelle. Du kan når som helst trekke deg helt til dataene er ferdig analysert. Du har rett til innsyn og kan se på materialet, rette det opp eller kreve det slettet. Dette gjelder det transkriberte intervjuet og min analyse og fortolkning.
<i>Deg</i>	Hva slags stilling har du? Hvor arbeider du? Hvor lenge har du vært med i prosjektgruppen?Hva har din rolle vært i prosjektet ?
<i>Samhandlingsreformen</i>	Kan du innledningsvis kort si litt om hvilke erfaringer du har med samhandlingsreformen? Angår reformen deg i ditt daglige virke?
<i>Erfaringer fra prosjektarbeidet</i>	Hva er/har vært intensjonen med prosjektet?  I løpet av prosjektperioden har prosjektgruppen laget en informasjonsbrosjyre. Kan du fortelle litt om hvordan denne prosessen har vært?  - På hvilken måte har du og de andre deltakerne kommet frem til innholdet i brosjyren?  - Hvordan opplever du at det tverrfaglige samarbeidet har fungert?  - Har du inntrykk av at de andre deltakerne mener det samme som deg om dette?

	<p>- Hva tror du skal til for at prosjektet skal føre til endring/ større endring på hvordan man håndterer muskel/skjelett plager i befolkningen?</p>
<p><i>Implementering;</i></p> <p><i>Hvilke betydning har samhandling i grensefeltet for daglig praksis..</i></p>	<p>- Har deltakelse i prosjektet ført til at din rolle/måte å jobbe på ble endret i forhold til hvordan du jobber ellers? På hvilke måte? Evt. Hvorfor ikke?</p> <p>-I løpet av prosjektperioden har prosjektgruppen laget en informasjonsbrosjyre. Husker du et tilfelle der denne brosjyren har vært et tema på din arbeidsplass? Kan du fortelle litt om dette?</p> <p>På hvilke måter har du formidlet informasjon om ditt arbeid i prosjektgruppen til dine kollegaer?</p> <p>Hvordan har det vært å formidle informasjonen fra denne brosjyren videre til dine kollegaer ved din arbeidsplass?</p>
<p><i>Faglig tilnærming</i></p>	<p>Har prosjektet hatt konsekvenser for deg utover selve teamarbeidet? Evt på hvilken måte? ( Kan gjelde tiltak/behandlingsmodeller, nye kommunikasjonskanaler, nye samarbeidsformer og lignende).</p> <p>Kan du beskrive en situasjon hvor du benyttet deg av erfaringer fra prosjektarbeidet?</p>
<p><i>Refleksjon over arbeidet</i></p>	<p>Er det andre måter du tror ville ha vært bedre for å få til samhandling over den aktuelle gruppen av brukere? På hvilken måte evt?</p> <p>Er det noe du vil si om prosjektet, eller i sammenheng med prosjektet, som ikke har kommet frem?</p>

	Hvordan synes du spørsmålene har vært?
--	--

### Vedlegg 3: Matrise med oversikt over koder og kategorier

<b>Fase:</b>	<b>Koder:</b>	<b>Kategorier</b>
Fase 1: Analyse av praksis.	Samhandlingsreformen Utfordrende Lite konkret Samarbeid Objekt	Felles problemforståelse
	Innsikt Komplekst Motsetninger Empirisk analyse Historisk analyse	Ulike aktivitetssystem
Fase 2: Løsningsforslag	Forståelse Arbeidsmetoder Komplekst	Å bli enige
	Kamper Motivasjon Motsetninger Nyttig	Motsetninger
	Nødvendig Frustrasjon Ytre faktorer Prosess	Ting tar tid
Fase 3: Implementering	Brosjyren Manglende strategi Antagelser Kjennskap	Overføring av kunnskap

	Trygghet Bevissthet	Implementering i egen praksis
Fase 4:Konsolidering	Felles forståelse Nettverk Viktig arbeid Trøkk Selvkritikk Skuffelse	Refleksjoner over arbeidet
	Kommunikasjon Idemyldring Rammer og Mål	Ny runde?

## **Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:**

*“Samhandling i grensefeltet mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenesten”*

#### **Bakgrunn og formål**

I forbindelse med masterstudiet i Helsefremmende arbeid ved Høyskolen Vestfold og Buskerud søker jeg informanter til avsluttende masteroppgave. Målet med forskningsprosjektet er å få et innblikk i aktørene i en prosjektgruppe sine erfaringer med samhandling i grensefeltet mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenesten. Oppgavens problemstilling: *Hvordan opplever aktørene i en prosjektgruppe å samhandle i grensefeltet?* Utvalget/informanter er deltagere i prosjektgruppen (...). Deltakere til studien vil bli rekruttert direkte via e-post fra undertegnede. Informasjon om prosjektet vil formidles muntlig (på prosjektmøte) og skriftlig (via e-post) til eventuelle deltakere.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien vil innebære et intervju på ca en time. Jeg vil bruke diktafon og notater mens vi snakker sammen. For at det skal være praktisk for deltakerne, kan intervjuet gjennomføres i nærheten av der deltakeren bor/arbeider, vi blir enige om tid å sted. Spørsmålene vil dreie seg om dine opplevelser, tanker og erfaringer rundt deltakelse i prosjektet. Det vil bli gitt økonomisk godtgjørelse for eventuell tapt arbeidsinntekt.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Prosjektansvarlig/veileder, Grete Eide Rønningen v/HBV og undertegnede er de som har tilgang på data og vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 13.05.2015. Resultatene vil bli publisert i masteroppgave.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å være med i studien og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Oda Lill Blålid, [odalill@gmail.com](mailto:odalill@gmail.com) eller på tlf 92044817, eller min veileder ved seksjon for Helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold, Grete Eide Rønningen, [ger@hbv.no](mailto:ger@hbv.no) tlf 31008539

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.



## Vedlegg 5: Samtykke til deltakelse i studien



## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg 6: Tilbakemelding fra NSD**



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel +47 55 58 21 17  
Fax +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr 985 321 884

Grete Eide Rønningen  
Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Buskerud og Vestfold  
Postboks 2243  
3103 TØNSBERG

Vår dato: 29.01.2015

Vår ref: 41677 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

41677	<i>Samhandling i grensefeltet mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Grete Eide Rønningen</i>
<i>Student</i>	<i>Oda Lill Blålid</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Oda Lill Blålid [odalill@gmail.com](mailto:odalill@gmail.com)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

*OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo Tel +47 22 85 52 11 [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim Tel +47 73 59 19 07 [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø Tel +47 77 64 43 36 [nsdmaa@sv.uib.no](mailto:nsdmaa@sv.uib.no)*

---

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 41677

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.