

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i Organisasjon og ledelse
-Helse og velferdsledelse

Sykepleiers rolle i tverrfaglig team - En ansvarsfull potet

Av

Hege Storlid

Juni 2016



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

Masteroppgave i:

Organisasjon og ledelse: Helse og velferdsledelse

Tittel:

Sykepleiers rolle I tverrfaglige team – En ansvarsfull potet

Engelsk tittel:

Nurse`s role in interdisciplinary teams – Responsibly potato!

Forfatter:

Hege Storlid

Emnekode og emnenavn:

MR691 Masteroppgave I organisasjon og ledelse

Kandidatnummer:

18

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

JA X Nei__

Dato for innlevering:

10.06.2016

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Sykepleier
Tverrfaglig team
Rolle
Profesjon
Samarbeid

Tittel og sammendrag: Sykepleiers rolle i tverrfaglig team – en ansvarsfull potet!

Bakgrunn: Økende antall eldre og flere personer som overlever traumer og sykdommer medfører økt behov for kompleks rehabilitering. Disse pasientene opplever at de trenger mye hjelp og støtte til selv helt enkle dagligdags gjøremål. Tverrfaglige team på rehabiliteringsenheter hjelper med å finne en vei videre for pasientene, ved å legge til rette for mestring, livskvalitet og integrering i samfunnet. I de aller fleste studiene jeg har lest finner jeg at sykepleiere har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet. Det jeg finner lite av er hvordan sykepleiere og andre opplever rollen sykepleiere har i tverrfaglige team.

Målet: Målet med denne studien er å undersøke sykepleiers rolle i tverrfaglige team. Jeg har undersøkt hvordan det tverrfaglige samarbeidet oppleves og hvordan sykepleierrollen oppleves i tverrfaglige team.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv. Datamateriale har blitt samlet gjennom kvalitative forskningsintervju med seks medlemmer fra tverrfaglig team. Datamaterialet er analysert gjennom tekstkondensering. Jeg fant nye sammenhenger som jeg delte inn i meningsbærende grupper. I disse gruppene var det noen hovedtemaer som skilte seg ut. De kondenserte gruppene ble satt sammen for å få sammenhengende betydning av teksten og relevante svar på problemstillingen min

Resultat: Denne studien presenterer og drøfter tre tema som viser seg å ha betydning for sykepleiers rolle i tverrfaglige team. Kompleks rehabilitering som arena for samarbeid i tverrfaglig team er et tema som handler om å dra lasset sammen og ha noen å bryne seg på. Tverrfaglige team er en viktig arbeidsmetode, og det er viktig at alle medlemmene av teamet jobber mot samme mål, og har fokus på trivsel, læring og likeverdighet. Det bør bli fokus på tverrfaglig samarbeid allerede under utdanningene til fremtidige medlemmer av tverrfaglige team. Man kan da oppnå at medlemmene får innsikt i hverandres kompetanse, utvikler positive holdninger til tverrfaglig samarbeid og styrker egen fagidentitet. Det andre temaet, sykepleie som profesjon i det tverrfaglige teamet, handler om at sykepleierne opplever å være en ansvarsfull potet og at de kjenner pasienten best. Sykepleiere blir oppfattet som nøkkelpersoner i tverrfaglige team som jobber med kompleks rehabilitering, men at det er viktig å avklare sykepleierens rolle. Sykepleier som koordinator handler om å ha oversikt og om uformelle ledere. Funnene viste at sykepleieren gjerne har rollen med koordinering av rehabiliteringsprosessen. Rollen blir likevel i noen tilfeller overtatt av andre, da noen tar rollen som uformelle ledere eller ved at noen "kler" rollen bedre enn andre.

Title and abstract: Nurse`s role in interdisciplinary teams. – Responsibly potato!

Background: Increasing number of elderly and several persons that survive trauma and disease, causes increased need for complex rehabilitation. These patients experience that they need much help and support in daily living. Interdisciplinary teams at rehabilitation units, helps the patients to find a way to live their lives, by facilitate to manage one self, quality of life and integration to the community. Most of the studies I have read, shows that nurse`s has an important role in interdisciplinary teams. What I find little of is how nurses and others experience nurse`s role in interdisciplinary teams.

Aim: The objective of this study is to investigate nursing roles in interdisciplinary teams. I investigated how the members experience the interdisciplinary cooperation and how the nurse`s roles are experienced in interdisciplinary teams.

Methods and analysis: This is a qualitative study with a hermeneutic phenomenological perspective. The data have been collected through qualitative interviews with six members in interdisciplinary teams. The data were analysed using text condensing. I found new contexts I divided into meaningful groups. In these groups there were some main themes that stand out. The condensed groups were assembled to get a coherent importance of the text and relevant answer`s to my issue.

Results: This study presents and discusses three main points that has an effect for the nurse`s role in the interdisciplinary teams. Complex rehabilitation as arena for cooperation for interdisciplinary team`s, is a theme about pulling together and have somethings to master. Interdisciplinary teams are important working method, and it is important that all team members work against the same goals, and have focus on well-being, learning and equivalence. Interdisciplinary teams should be a focus area during education to future members of interdisciplinary teams. One can then achieve that members gain insight for either competence, develop positive attitudes for interdisciplinary cooperation and strengthens their one profession identity. The second theme, nurse as profession in interdisciplinary teams, is about how nurses experience to be a responsibly potato, and that they knows the patients best. Nurses are perceived as key persons in interdisciplinary teams, who work with complex rehabilitation, and it is important to clarify the nurse`s role. Nurses as coordinator is about gaining overview. The findings shows that a coordination role is a role nurses happily take. In some cases the coordination role is overtaken by other members of the team. The become informal leaders. The findings also shows that the coordination role suits some better than others.

Forord

Nå er tiden inne for å avslutte noen lærerike år som masterstudent.

Proessen med å skrive denne masteroppgaven har vært spennende og lærerik. Det har bidratt til stor faglig og personlig vekst.

Dette hadde ikke gått uten hjelp og det er flere som fortjener en stor takk.

Jeg vil rette den største takken til min veileder Anne Marie Sandvoll for god veiledning og inspirasjon gjennom hele oppgaven. Du har vært til stor hjelp og dyttet meg fremover, tusen takk!!

Jeg vil også rette en stor takk til alle informantene som tok seg tid til å snakke med meg i sin travle hverdag. Jeg vet at dere har en hektisk hverdag, så tusen takk for at dere prioriterte tid til å snakke med meg.

Tusen takk til mine medstudenter som har støttet meg underveis. Tusen takk for gode ord, nyttige og lærerike diskusjoner.

Hjertelig takk til Geir Atle, Silje og Magnus verdens beste familie. Dere har oppmuntret meg, trøstet og trodd på meg gjennom hele prosessen. Tusen takk, dere er gode som gull og snart er det sommerferie.

Bergen, juni 2016

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	2
1.2	Begrunnelse for valg av tema.....	4
1.3	Problemstilling og hensikten med studien.....	4
1.4	Søkeprosess etter tidligere forskning.....	5
1.5	Kunnskapsstatus.....	5
1.6	Oppgavens oppbygging.....	8
2	Kontekst.....	10
2.1	Tverrfaglig team.....	10
2.2	Rehabilitering i sykepleien.....	11
2.3	Koordinator.....	12
3	Teoretiske perspektiver.....	14
3.1	Samarbeid.....	14
3.2	Tverrfaglig samarbeid.....	14
3.2.1	Det tverrfaglige teamet har felles problem.....	16
3.2.2	Det tverrfaglige teamet har felles mål.....	16
3.2.3	Gjensidig respekt, ressursorientering og lik formell innflytelse.....	17
3.2.4	Lik tilgang på informasjon i teamet.....	17
3.2.5	Revir tenking hemmer tverrfaglighet.....	18
3.3	Profesjoner.....	19
3.3.1	Historisk utvikling av helseprofesjoner i velferdsstaten.....	19
3.3.2	Jurisdiksjon.....	20
3.4	Rolleteori.....	22
3.4.1	Sykepleier rolle.....	24
3.4.2	Teamroller.....	25
4	Metode og design.....	26
4.1	Min forforståelse.....	26
4.2	Hermeneutisk fenomenologisk perspektiv.....	27
4.3	Kvalitativt design.....	28
4.4	Presentasjon av utvalg.....	29
4.5	Det kvalitative forskningsintervju.....	29
4.6	Valg av informanter.....	31
4.7	Utvalgets størrelse.....	32
4.7	Transkribering.....	32

4.8 Analyse	32
4.9 Forholdet mellom forsker og de det blir forsket på.....	34
4.10 Troverdighet	34
4.11 Overførbarhet.....	35
4.12 Etske overveielser.....	35
5. Presentasjon av hovedfunn.....	37
Tabell 1. Oversikt over tema og kategorier	38
Hovedtemaer med kategorier blir nærmere presentert nedenfor.....	38
5.1 Kompleks rehabilitering som arena for samarbeid i tverrfaglig team	38
5.1.2 Trivsel	38
5.1.2 "Dra lasset sammen"	39
Flere fremhevet at det er viktig for pasientene har faste de kan forholde seg til.	41
5.1.3 Noe å bryne seg på.....	41
5.2 Sykepleie som profesjon i det tverrfaglige teamet	42
Jeg la vekt på alle intervjuobjektens meninger, siden det er viktig for å få frem helheten. ...	42
5.2.2 "Ansvarsfull potet"	43
En annen sykepleier beskriver ansvarsområdet sitt, men nøler litt før hun svarer.....	43
5.2.3 "Å kjenne pasienten best"	45
5.3 Sykepleier som koordinator	46
5.3.1 Koordinator har oversikt	46
<i>"Jeg har overordnet oversikt over rehabiliteringsprosessen til pasienten".</i>	47
<i>"Det er jo en veldig fordel at pasienten har en vis tiltro til den som skal være koordinator".</i>	47
Nølte og sier <i>"kanskje, jeg tror at pasientene like gjerne henvender seg til kontaktsykepleier som til koordinator. Men, jeg tror pasientene opplever at det er koordinator som har kontroll på organisering og veien videre. Pasienten forholder seg på den måten til koordinatorene".</i>	48
.....	48
5.3.2 Hvem er koordinator?	48
<i>"Jeg tror rollen som koordinator kler noen bedre enn andre".</i>	49
5.3.3 Uformelle ledere	50
En sykepleier koordinator forklarte at ved faglige uenigheter er det legene som bestemmer.	50
6 Drøfting.....	53
6.1 Hvordan oppleves det tverrfaglige team?	53
6.1.1 Trivsel, læring og likeverdighet	53
6.1.2 Tverrfaglighet eller særfaglighet?	56
6.3 Sykepleie som profesjon i det tverrfaglige teamet	58
6. 4 Koordinator i tverrfaglige team.....	61

6.4.1 "Rollen som koordinator kler noen bedre enn andre"	64
7 Konklusjon	66
7.1 Konsekvenser for praksis og videre forskning	67
Litteraturliste	68
Intervjuguide	1
Bakgrunn og formål	4
Hva innebærer deltakelse i studien?	4

Tabell 1:

1. Oversikt over tema og kategorier

Liste over vedlegg:

1. Intervjuguide
2. Samtykkeskjema
3. NSD godkjenning

1 Innledning

Denne oppgaven handler om sykepleiers rolle i tverrfaglige team. Tverrfaglige team er en av de mest anvendte og aksepterte arbeidsformene innen for helse og sosialsektoren. Der forskjellige profesjoner samarbeider for å skape et helhetlig tilbud til pasientene (Schofield & Amodeo, 1999, s.210).

Sykepleiere har et stort ansvar, og har mange ulike funksjoner i et tverrfaglig team (Ruud & Heggdal, 2013, s. 31). Sykepleie er en stor faggruppe innen tverrfaglige team som driver med rehabiliteringsarbeid.

Rehabilitering ved hjelp av tverrfaglige team kan gjøre stor suksess. I media kan vi lese om slike historier. Blant annet kunne vi høsten 2015 lese TV kjendis Hallvard Flatland sin historie.

”Jeg trillet inn i rullestol, og gikk ut dørene på egne bein ti uker seinere” (Noer, 2015).

Hallvard Flatland som ble rammet av alvorlig sykdom, opplevde at i løpet av de ti ukene han var på rehabilitering, at han fikk både se og oppleve det utrolig viktige arbeidet som gjøres på en rehabiliteringsenhet.

Økende antall eldre og flere personer som overlever traumer og sykdommer medfører økt behov for kompleks rehabilitering. Å få en alvorlig sykdom eller skade er svært alvorlig, og mange opplever at de trenger mye hjelp og støtte til selv helt enkle dagligdagse gjøremål. Tverrfaglige team på rehabiliteringsenheter hjelper med å finne en vei videre for pasientene, ved å legge til rette for mestring, livskvalitet og integrering i samfunnet.

Rehabilitering er et prioritert område i Norge. I Soria Moria erklæringen heter det at alle som trenger det skal få rehabilitering (Soria-Moria-erklæringen, 2005, s. 40).

I innstilling fra sosialkomiteen (Meld. St. nr 21(1998-1999), kap. 1.2) sluttet sosialkomiteen seg til at målet om å sikre likeverdig tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, og komiteen så det som viktig at det gis rom for både langvarige og kortvarige tiltak ut fra den enkeltes behov og livssituasjon.

Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) sin landsforening Næringslivets Hovedorganisasjon Service (NHO Service) har gjort et forsøk på å tallfeste hvor mange som har behov for spesialisert rehabilitering i Norge, og har funnet ut at det rehabiliteres årlig omkring 60.000 personer i spesialisthelsetjenesten, men at behovet er antakelig enda større (NHO service, 2015, s. 1).

Rehabilitering er avhengig av et tett tverrfaglig samarbeid med felles målsetning. Sykepleiere er tilstede gjennom hele døgnet og hele uken, gjør sykepleieres innsikt, kunnskap og holdninger avgjørende for rehabiliteringsresultatet. Rehabilitering av pasienter med kompleks rehabiliteringsbehov er avhengig av sykepleiere som har fokus på pasientens ressurser, mestring og der samhandling står i sentrum (NSFs Faggruppe av Sykepleiere i rehabilitering, 2010).

1.1 Bakgrunn

Denne studien tar utgangspunkt i tverrfaglige team som jobber med pasientgrupper som krever kompleks rehabilitering. For å vise hva kompleks rehabilitering er tar jeg utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjon (WHO) sitt diagnosekodeverk, ICD-10 (WHO, Classification, 2016). ICD er det første kjente diagnosekodeverket i verden, og ble utviklet allerede rundt 1850. Den gang ble kodeverket bare brukt for registrering av dødsårsaker. Etter hvert ble det utviklet til en verdensomfattende klassifikasjon for morbiditet. WHO overtok eierskapet av ICD i 1946 og har senere gjennomført flere revisjoner. I Norge ble ICD-10 tatt i bruk i psykiatrien i 1997 og i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 1999.

Rehabilitering som er kodet med ICD-10 koden Z50.80 er kompleks rehabilitering. Det er rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjon og minimum 6 spesialiserte helsefagarbeidere i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Arbeidet foregår store deler av døgnet og pasienten trener på funksjonstrening og kompenserende teknikker og tilpassinger av hjelpemidler og miljø. Det skal foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid (Helsedirektoratet, 2013, s. 54).

Pasient grupper dette kan omfatte er blant annet pasienter med spinalskade, kreftpasienter, pasienter med kognitiv svikt, ervervede hjerneskader og rus og psykiske diagnoser og pasienter med CFS (chronic fatigue syndrome) og ME (Myalgic encephalomyelitis)

All rehabilitering har som mål at den rehabiliterte skal kunne mestre dagliglivet bedre og/eller kunne ha en aktiv funksjon i arbeids- og samfunnslivet. Større grad av aktivitet og deltakelse, for dem det gjelder, og mulighet for å bo hjemme og klare seg selv så lenge som mulig (Ruud & Heggdal, 2013, s. 31).

Rehabilitering har en klar sammenheng med å komme tilbake til yrkeslivet, studier og andre aktiviteter. Den som har blitt rehabilitert har også større sjanse for å bli selvhjulpen, selvstendig og kunne bo lengre hjemme i sitt eget hjem. Det er ventet at den rehabiliterte oppnår økt trivsel og livsutfoldelse. Det er også ventet at den rehabiliterte har mindre behov for hjelp fra helsevesenet, velferdstjenester og familie og andre frivillige (Proba samfunnsanalyse, 2012, kap. 2).

Kompleks rehabilitering er kostbart, men dersom resultatet blir at pasienten kan mestre livet sitt selv og kanskje komme i arbeid, vil det gi økt livskvalitet og være en samfunnsøkonomisk god satsing (Janbu, 2007).

Varberg & Henriksen (2004) og Conradi & Rand-Henriksen (2004) hevder:

”Rehabilitering er en sammensatt prosess hvor det er behov for tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenester” (sitert av Brataas og Haugan, 2009, s. 31).

Kvaliteten på rehabilitering vil ofte være avhengig av at samspillet mellom aktørene som skal hjelpe pasientene. Tverrfaglige team i spesialisthelsetjenesten er avhengig av at det oppnevnes koordinator for pasientene der det er behov for komplekse tjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Temaet tverrfaglighet har interessert og preget mitt arbeid i flere år. Jeg er utdannet sykepleier, og har erfaring med tverrfaglig samarbeid over mange år i helsesektoren. Jeg har arbeidet med ryggmargsskadede pasienter som trenger kompleks rehabilitering av tverrfaglige team.

Gjennom mange års arbeid som sykepleier ved en rehabiliteringsenhet for ryggmargsskadede har jeg erfart at å arbeide i tverrfaglige team er spennende. Sykepleiere er en naturlig del av det tverrfaglige teamet. Jeg som sykepleier ser likevel utfordringer med å jobbe i tverrfaglig team. Andre sykepleiere som jobber i tverrfaglige team opplever også det samme som meg. Hvorfor er det slik? Jeg vil gjerne finne ut hva sykepleier rollen er i tverrfaglige team, slik at det kan rettes fokus på dette. Denne studien tar for seg sykepleieres rolle i tverrfaglige team på en rehabiliteringsenhet som utfører kompleks rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

1.3 Problemstilling og hensikten med studien

Målet med denne studien er å beskrive den rollen sykepleierne har i tverrfaglige team, og identifisere faktorer på hvorfor sykepleier rollen er slik.

Jeg har derfor valgt problemstillingen:

Sykepleierens rolle i tverrfaglige team?

Det er mange variabler man kan bruke for å belyse sykepleiers opplevelse i tverrfaglige team. For å prøve å få svar på problemstillingen min, har jeg i dette prosjektet valgt å ta for meg to forskningsspørsmål:

1. Hvordan oppleves det tverrfaglige samarbeidet?
2. Hvordan oppleves sykepleier rollen i tverrfaglige team?

1.4 Søkeprosess etter tidligere forskning

I mine undersøkelser av forskningsfeltet, har jeg søkt etter både nasjonale, nordiske og internasjonale forskningsartikler. Dette har jeg gjort, fordi jeg mener funnene er overførbare til mitt tema og artiklene er fra land vi kan sammenligne oss med. Jeg har hatt god hjelp og veiledning av bibliotekar i arbeidet med søkene. For å finne litteratur og tidligere forskning på mitt tema, har jeg søkt i bl.a. databasene: Oria, Svemed+ og Pubmed. Jeg har også søkt i Google scholar på de artiklene jeg fant i de ulike databasesøkene, og sett på hvem som har sitert dem og antall siteringer. Jeg har bl.a. brukt søkeordene *sykepleie*, *tverrfaglig*, *samarbeid*, *profesjon*, og *rolle*. Jeg benyttet søkeordene alene og i ulike søkekombinasjoner. De engelske søkeordene jeg har brukt er: *nurse*, *profession interdisciplinary* og *role*. Har også søkt via Helsebiblioteket.no, regjeringen.no og lovdata.no etter offentlig informasjon som lover, utredninger, stortingsmeldinger og statistikk. Jeg valgte i utgangspunktet artikler av nyere dato, artiklene er ikke eldre enn 10 år. Likevel har jeg sitert noen eldre artikler fordi, de blir sitert av mange i nyere tid. Jeg har derfor tatt de med, da de oppfattes som relevante i denne studien. Jeg valgte bort flere artikler ut fra tittel, og i noen artikler leste jeg bare sammendraget.

1.5 Kunnskapsstatus

Etter å ha gjort litteratursøk har jeg funnet at både rehabilitering og tverrfaglig samarbeid er satsingsområder i Norsk helsepolitikk og det er utarbeidet St. meld, lover, forskrifter og veileder som underbygger dette.

Vi lever i et samfunn hvor vi står overfor mer komplekse og tverrfaglige problemstillinger enn tidligere. Vi er stadig mer avhengig av å skape ny kunnskap, basert på ulike fag. Ulike fagdisipliner må dermed i større grad samarbeide for å løse sine arbeidsoppgaver.

Rehabilitering er å gi nødvendig assistanse til pasienten, som gjennom egeninnsats oppnår best mulig funksjon – og mestringsevne og selvstendighet, slik at pasienten kan delta sosialt

og i samfunnet for øvrig. Nødvendig assistanse skjer gjennom samarbeid mellom flere aktører i målrettede og tidsavgrensede prosesser, ved bruk av klare virkemidler.

I forskrift for habilitering og rehabilitering § 1 (2012) slår fast at personer som har behov for habilitering eller rehabilitering skal tilbys tjenester som stimulerer til læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Forskriftene skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012).

I Meld. St. 29 (2012-2013) står det at det i fremtiden vil bli satset på en bærekraftig omsorgstjeneste. I fremtiden vil det bl.a. satset på å skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig samarbeid (Meld St. 29 (2012-2013), s. 89).

Internasjonal forskning bekrefter at samarbeid gjør helsearbeidere bedre i stand til å håndtere sammensatte helsebehov. Det er ikke lenger nok at de forskjellige yrkesgruppene er profesjonelle på sitt område, de må også være tverrfaglige. Ved å arbeide i tverrfaglige team kan man løse utfordrende helseproblemer, styrke helsesystemene og bedre helsetilbudet til befolkningen (WHO, 2010 s.36). Studiet til Schofield og Amodeo (1999) viser at tverrfaglige team er mest anvendt, og er den mest aksepterte intervensjonen innenfor helse og sosialtjenester, der man samarbeider om et helhetlig tilbud til pasientene. De gjorde en gjennomgang av 2200 abstracts og analyserte over 200 artikler, og fant at det er en forvirring i bruk av begrep og effektivitet i tverrfaglig team. Studien oppfordret til videre forskning på hva tverrfaglige team kan bidra med (Schofield & Amodeo, 1999, s. 217). Dette viser at rehabilitering og tverrfaglig samarbeid er viktige, og at det er viktig med forbedring og avklaring av dette arbeidet.

En studie av Nilsen, Gjellebæk, Brynhildsen, Tjøstolvsen og Johansen (2015) viser at det er behov for mer fagutvikling og forskning på å utvikle pedagogiske metoder som fremmer samarbeid. Studien tyder på at det er store individuelle forskjeller i viljen til å samarbeide med andre yrkesgrupper. De vurderte det til at det ikke vil være mulig å skape tilfredsstillende samhandling kun gjennom politiske vedtak og nye samarbeidsrutiner. Samhandling forutsetter erfaring med andre yrkesgrupper og dette kan læres gjennom utdanningene. Dette er i tråd med Stortingsmelding nr. 13, Utdanning og velferd som anbefaler møteplasser for ulike yrkesgrupper (Nilsen, Gjellebæk, Brynhildsen, Tjøstolvsen og Johansen, 2015, s.63)

En studie av Kalvenes, Storlid, Hjelle, Tuven og Taule (2016) viser at studenter (sykepleier- og ergoterapistudenter) som deltar i tverrprofesjonelt samarbeid under utdanning får økt innsikt i hverandre sin kompetanse, utvikler positive holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid og styrke egen fagidentitet (Kalvenes, Storlid, Hjelle, Tuven og Taule, 2016, s. 65). Det samme viser en amerikansk studie av Bridges, Davidson, Odegard, Maki & Tomkowiak (2011). Jeg forstår ut fra den studien, at studenter som oppfatter sin egen og andres profesjon, har større sjanse for å forstå deres egen rolle i tverrfaglige team. Og at det er viktig å utvikle felles rammer som beskriver den beste praksisen for tverrfaglig samarbeid, tidlig i utdanningene (Bridges, Davidson, Odegard, Maki og Tomkowiak, 2011)

Det er gjort mange studier og skrevet mange artikler om sykepleierne i tverrfaglige team. En interessant artikkel omhandlet sykepleiernes rolle i nevrorehabilitering. Denne artikkelen bygger på en masteroppgave av Tina Skov Hansen fra 2008 som viser at for suksessfull rehabilitering er det viktig, at innsatsen er tverrfaglig og teambasert med felles målsetting. Den viser også og at sykepleierne er en nøkkelperson i forhold til tilrettelegging av rehabiliteringsforløp for pasienter med behov for nevrorehabilitering (Hansen & Lorentzen, 2014, s. 70-74).

Flere studier støtter oppunder denne oppfattelsen av sykepleierne rolle. Sykepleiere har sentrale roller innen det tverrfaglige teamet. De hadde en unik mulighet til å observere og samhandle med pasienten siden de var til stede 24 timer i døgnet. Sykepleierne viste seg å spille en nøkkelrolle innenfor koordinering i teamet. Dette hadde sammenheng med at de hadde hovedansvaret for å gi den grunnleggende pleie, og derfor hadde en unik mulighet til å kartlegge og formidle pasientens situasjon og behov til de andre i teamet. I tillegg til dette viser funnene at å arbeide i tverrfaglige teamet kunne oppleves som svært utfordrende for sykepleieren, og de erfarte tidspress og rollekonflikter (Walters & Luker, 1996, s. 105-114).

Studier viser at sykepleierne har en sentrale i rollen fordi de er til stede hos pasientene 24 timer i døgnet. Det gir sykepleierne en unik mulighet til å kommunisere med pasienter, pårørende og andre profesjoner i det tverrfaglige teamet. De andre i det tverrfaglige teamet møter pasientene kun på dag tid, og i ukedagene, siden de ikke jobber i turnus. Studiet viser at sykepleierne har en betydelig nøkkelrolle innenfor koordinering innad i det tverrfaglige teamet. Deres studie fant at det er viktig at sykepleier rollen i tverrfaglige team må bli

anerkjent av sykepleiere selv, og de andre i teamet rundt pasienten (Long, Kneafsey og Ryan, 2002, s. 77).

Marit Kirkevolds studie fra 2010 tar for seg sykepleieres rolle i rehabilitering av slagpasienter. Kirkevold fremhever at sykepleiere er tilstede under hele forløpet og at sykepleiere derfor har en sentral rolle. Det kommer også frem at det er viktig å bruke ressursene sykepleierne har effektivt, slik at det kommer pasientene og deres familier til gode (Kirkevold, 2010, E38).

Studien til Ruud og Heggdal (2013) viser at sykepleiere opplever at de har et betydningsfullt ansvar for å sikre kvalitet, forsvarlighet og sammenheng i den elders rehabiliteringsprosess. Sykepleierfunksjonen de beskriver innebærer varetaker, relasjonell, tilrettelegger og knutepunktfunksjon. Dette krever høy grad av kompetanse og tilstedeværelse fra sykepleierne. Studien viser at en balansert utøvelse av sykepleierfunksjonene er nødvendig for å sikre et godt resultat av rehabilitering som helhet (Ruud & Heggdal, 2013, s. 40).

I de aller fleste studiene jeg har lest finner jeg at sykepleiere har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet. Det jeg finner lite av er hvordan sykepleiere og andre opplever rollen i tverrfaglige teamet. Ved gjennomgangen av søkene jeg har gjort har det vist seg å være et kunnskaps-gap på dette område. Jeg har derfor sett behov for å gjøre en studie som ser på sykepleierne sine erfaringer og opplevelser av tverrfaglige team.

1.6 Oppgavens oppbygging

I dette kapitlet har jeg gjort rede for bakgrunnen for valg av tema. Jeg har sagt noe om min interesse for temaet, presentert studiets problemstilling, samt redegjort for tidligere forskning som finnes på feltet. I kapittel to presenterer jeg kontekst for det jeg har studert og som jeg vil belyse i med aktuell teori. Videre presenteres aktuelle teorier og begreper som kan bidra til å belyse studiens funn i kapittel tre.

I kapittel fire går jeg gjennom metode og forskningsdesign. Jeg vil her forklare bakgrunnen for utvalg av informanter og gjøre rede for innsamling og analysing av datamateriale. Jeg

vil ta for meg studiens troverdighet og redegjøre for etiske vurderinger. Videre presenteres studiens hovedfunn i kapittel fem. I kapittel seks drøfter jeg hovedfunnene opp mot teoretiske perspektiver. I kapittel syv tar jeg for meg oppsummering og konklusjon av studiet mitt.

2 Kontekst

2.1 Tverrfaglig team

Å jobbe i tverrfaglig team innenfor rehabilitering har vært en sentral arbeidsmetode i en årrekke. Tverrfaglig samarbeid er et begrep som ofte brukes i mange forskjellige sammenhenger, defineres ulikt og ilegges ulike betydninger. Lauvås og Lauvås (2012) viser til at mange bruker begrepet tverrfaglig samarbeid for å synliggjøre at det er flere yrkesgrupper representert i organisasjonen, men uten at man er opptatt av relasjonen mellom dem. Uklar bruk av begreper kan medføre ulike forventninger til samarbeidet og således vil kunne danne grunnlag for uenighet og konflikter i en personalgruppe (Lauvås & Lauvås, 2012, s. 41).

I denne studien her jeg sett det hensiktsmessig å bruke Katzenbach & Smith (1993) definisjon av begrepet team:

”a small number of people with complementary skills who are committed to a common purpose, performance goal, and approach for which they hold themselves mutually accountable (sitert av Lauvås & Lauvås, 2012, s. 211).

Et tverrfagligteam kjennetegnes ved representanter fra ulike fagfelt med ulike profesjonsbakgrunn. Tverrfaglige team kombinerer kunnskaps- og ferdighetsområder, teori og metoder, som ingen enkeltpersoner alene besitter. Det er særlig tre forhold som blir vektlagt i litteraturen når det gjelder fordelene ved teamorganisering.

- Team kan gi økt handlingskapasitet, fordi sammensatte og komplekse oppgaver ikke kan ivaretas av enkeltindivider.
- Ressurser kan fordeles og koordineres mer effektivt gjennom blant annet felles mål og resultatansvar.
- En integrering av medlemmenes kompetanse kan ha et potensial til å gi noe mer enn bare summen av hvert enkelt medlems kompetanse (ibid, s. 208-210).

Tverrfaglighet er karakterisert ved at det er hele gruppen av aktører som sammen skal utføre en oppgave, og at det er en forståelse for at den spesialiserte kunnskapen som de ulike aktørene bidrar med må deles og gjøres tilgjengelig for de andre i samarbeidet (ibid, s. 211).

Glavin og Erdals (2007) definerer idealet om tverrfaglig samarbeid slik:

”Ved tverrfaglighet vil man oppnå engasjement om et felles prosjekt. Deltakerne må ta stiling til prosjektet i fellesskap, og vil forsøke å fatte beslutninger ved konsensus. Medlemmene har overblikk over helheten og representerer den tverrfaglige gruppens synspunkter. Det er en høy grad av faglighet innen hver yrkesgruppe, og faggruppene har kunnskap om hverandre som de integrerer i eget fag. Det oppstår nye holdninger og ny viten som skaper en felles merviten” (Glavin og Erdals, 2007, s. 28-29).

Tverrfaglige samarbeid kan også kjennetegnes ved at det eksisterer en form for rolleopløsning innad i samarbeidet, det vil si at roller og ansvar fordeles innad uten å ta hensyn til profesjonelle tilhørighet.

2.2 Rehabilitering i sykepleien

Rehabilitering defineres som:

”tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltaking sosialt i samfunnet” (Meld. St. 21(1998-99), s. 10).

Målet med rehabilitering er større grad av aktivitet og deltakelse og muligheten for å kunne bo hjemme og klare seg selv så langt det er mulig (Meld. St. 25(2005-2006) og Meld. St. nr. 47(2008-2009)). For å sikre faglig forsvarlighet og god kvalitativsykepleie til pasienten under rehabilitering, anbefales en organisering med pasientansvarlig sykepleier. Det er sykepleieren som er ansvarlig for pleien og oppfølgingen under rehabiliteringsprosessen, og i størst mulig grad er det en bestemt sykepleier som er pasientens faste kontaktpunkt. (NOU 1997:2 kap

8.4.3). Likevel har jeg gjennom mange år som sykepleier i et tverrfaglig team undret meg over om det er ulikheter i erfaringer og opplevelser av sykepleier rollen i tverrfaglig team.

Norsk Sykepleier Forbund (NSF) definerer sykepleie i rehabilitering som:

”en målrettet prosess basert på individets samlede ressurser, der sykepleier i samhandling med andre aktører assisterer personen, familien og nettverket til mestring av eget liv. Gjennom relasjonsarbeid og intervensjoner basert på fortid, nåtid og fremtid, etablerer sykepleieren et gjenoppbyggende miljø, ivaretar grunnleggende behov, fremmer verdighet og bistår personen med erfaring av ulike livsfenomen” (Norsk Sykepleierforbund, 2010).

Sykepleiere som jobber på en rehabiliteringsenhet og i tverrfaglige team har oppgaver, ansvar og roller tilknyttet rollen sin som sykepleier. NSF sin faggruppe av sykepleiere i ReHabilitering har ført opp flere punkter som skal beskrive sykepleierfunksjonen til de som har rehabilitering og habilitering som sitt fagområde. Faggruppen fremhever at det er viktig at sykepleiere håndterer komplekse medisinske tilfeller, slik at det bidrar til trygghet, tillit og velvære for pasientene. Det blir også fremhevet at det er viktig at rehabiliteringssykepleiere er med å setter mål, evaluerer og koordinerer rehabiliteringsprosessen til pasientene. Det blir også lagt vekt på at sykepleiere oppretter behandlingsplaner og bidrar med opplæring av pasienter, pårørende og annet helsepersonell for å bidra til innsikt og mestring av situasjonen pasienten er i (Norsk Sykepleierforbund, 2010).

2.3 Koordinator

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommune og spesialisthelsetjenesten tilby koordinator. Uavhengig om pasienten ønsker individuell plan. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenstilbudet, samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator i spesialisthelsetjenesten skal i tillegg sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og ovenfor andre tjenesteytere (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2012). Medl. St.nr 21(1998-99) understreker at målet er at brukeren opplever rehabiliteringstilbudet som en sammenhengende helhet, og at dette krever samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og etater. Ulike kulturer i ulike faggrupper og etater gir ulikt syn på mål

og virkemiddel, og på potensialet til ulike målgrupper. Rehabiliteringsfeltet er uklart når det gjelder omgrep og ansvarsforhold, og det mangler ei felles kunnskapsplattform (ibid, s. 13).

3 Teoretiske perspektiver

Den teoretiske rammen som presenteres her, brukes til drøfting senere i oppgaven. Jeg har valgt et utvalg av samarbeidsteori, profesjonsteori og rolleteori. Jeg mener at teoriene er relevante å ta med da samarbeidsteori og profesjonsteori går på relasjonen mellom deltakerne i tverrfaglige team, mens rolleteori søker å forstå menneskelige handlinger innenfor sosiale strukturer.

3.1 Samarbeid

Ordet samarbeid er et vanlig begrep i vårt dagligspråk og kan være vanskelig å definere presist. Samarbeid blir ofte definert som samspill, kompaniskap og det og arbeide sammen. Begrepene samordning, samarbeid og samhandling blir ofte brukt om hverandre. For å unngå uklarheter vil jeg i denne studien begrepet samarbeid. Jeg har valgt å bruke definisjonen til Askheim (1988):

”Innsats fra flere aktører og bruk av flere virkemidler innenfor en enhetlig strategi, definert ut fra en felles målsetting” (sitert fra Jakobsen & Thorsvik, 2007, s. 28).

Samarbeid er et positivt ladet begrep, fordi de involverte har blitt enig seg i mellom hvordan vektlegging av de enkelte delene skal være. Samarbeid skjer når det er klart for de involverte partene, at de vil tjene på å koordinere sin virksomhet. Medlemmene stoler på hverandre, føler gjensidig avhengighet av hverandre og ønsker å jobbe for fellesskapet (ibid).

3.2 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er noe mer enn samarbeid. Flere elementer, i dette tilfelle fagpersoners arbeid, sammenføres til en helhet og blir til en gjennomført form for organisert arbeid. Det forutsetter en avhengighet og nærhet i tid og rom mellom samarbeidspartnere enn i samordning (Lauvås & Lauvås, 2012, s. 52-53).

Tverrfaglig samarbeid er interaksjoner mellom representanter fra ulike fag med et dobbelt formål:

- Sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og
- Utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innen bidragende fag (ibid s.53).

Bailey (1984) definerte kanskje den som klareste definisjonen av tverrfaglighet samarbeidet mellom aktører i en organisasjon. Bailey opererer med to nivåer av tverrfaglighet:

- *Tverrfaglighet av første orden (interdisciplinary teams): skiller seg fra flerfaglige team ved at resultatene av deres arbeid bare kan oppnås ved*
”a truly interactive effort and contributions from the disciplines involved”
- *Tverrfaglighet av annen orden (transdisciplinary teams), som er karakterisert ved:*
Total teamunderkastelse, der det er teamet som sammen skal utføre oppgavene (sitert fra Lauvås & Lauvås, 2012, s.48).

Jantsch (1972) definisjon av tverrfaglighet sammenfaller med Baileys første orden, men han mener at Baileys annen orden fremstår som et ideal som vitenskapen bør strekke seg etter (sitert i Lauvås & Lauvås, 2012, s. 48)

En gjennomgående forståelse er at spesialkompetanse hos det enkelte medlemmer i teamet skal gjøres tilgjengelig for andre teammedlemmer. Roller og ansvar deles av flere innen teamet, uten hensyntaking til faglig og/eller profesjonell tilhørighet. Lauvås og Lauvås sier videre at det er en ambisjon om at de som samarbeider, skal utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse, ikke bare bidra med det de representerer fra et fag eller profesjon (ibid s.53).

Tverrfaglig samarbeid er når flere yrkesgrupper på tvers av faggrupper og profesjoner samarbeider om en felles utfordring eller problem, mot et felles mål (Glavin & Erdal, 2007, s. 28). Man tenker seg at helheten er mer enn summen av delene. Ved at man samler informasjon om den som trenger hjelp fra ulike instanser, vil man trolig sitte igjen med best mulig grunnlag for å finne gode løsninger.

3.2.1 Det tverrfaglige teamet har felles problem

Problemstillingene det tverrfaglige teamet arbeider med er sammensatte og ofte kompliserte. Flere problemstillinger griper inn i hverandre, og det er ofte vanskelig å begrense problemet til bestemte forhold eller en bestemt situasjon. Det er et ønske om å få belyst situasjonene fra flere vinkler for å se på samspill og sammenhenger. Medlemmene i teamet påvirker hverandre og forsterker hverandres tiltak. Det samlede resultatet blir noe annet, og man oppnår mer enn om tiltakene ble satt inn uavhengig av hverandre (Bredeland, Linge & Vik, 2002, s. 174-175).

3.2.2 Det tverrfaglige teamet har felles mål

Teamet arbeider etter felles klart definerte mål. Hvert enkelt medlem i teamet har ansvar i forhold til helheten, ikke bare biter av den. Alle er forpliktet til å bidra til at målene blir nådd. Målene til pasientene er ofte utfordrende og overordnede. Teamet må da avveie hvilke mål og tiltak som til enhver tid skal prioriteres, og dele målene opp i mindre delmål for at det skal bli tydeligere og dermed mer oversiktlig å arbeide med. (Bredeland et al., 2002 s. 176). Linge (1995) hevdet at:

” alle beslutninger for å nå målet tas i felleskap fordi, teamet er det øverste kompetansenivået og fordi man er avhengig av informasjon fra hverandre for å ta beslutninger” (sitert av Bredeland et al., 2002, s. 164).

Det er viktig å være lojal mot det som er bestemt i teamet. Alle i teamet har ansvar for å få frem sine synspunkter og argumentere for disse, og alle har ansvar for å skape et samarbeidsklima som gjør det mulig å si det man mener. Lojalitet betyr også at man viser at andres bidrag i prosessen er like viktig som ens eget bidrag. Lojalitet er et gjensidig fenomen, nær beslektet med likeverdighet og gjensidig respekt. Lojalitet er viktig for å bevare tillit og respekt innad i teamet. Hvert enkelt medlem er ansvarlig for at teamet skal fungere (ibid, s. 177).

3.2.3 Gjensidig respekt, ressursorientering og lik formell innflytelse

For at tverrfaglig samarbeid skal fungere godt må teamet finne felles verdier og normer for å være enige om hva et tverrfaglig team er. Felles ideologi er veien til godt samarbeid. En allmenn oppfatning i teamet, om at mennesker er likeverdige og skal møtes med respekt, har betydning for samarbeidet både innad i teamet og i møte med pasienten. Samarbeid i tverrfaglige team er avhengig av opplevelsen av likeverdighet mellom personene i teamet. Som betingelser for å få til likeverdighet i de tverrfaglige teamene er det flere kriterier som må prege atferden og samarbeidsstrukturen som gjensidig respekt og interesse, ressursorientering og lik formell innflytelse

Gjensidig respekt handler om hvordan vi møter andre mennesker. Det handler om å anerkjenne andre mennesker som vår likemann. Det betyr at teamet må en oppriktig interesse og nysgjerrighet yrkesgrupper har å tilføre teamet. Det er viktig å bruke tid på lytte, spørre og undre oss sammen. Ressursorientering betyr at man fokuserer på hverandres ressurser og de mulighetene som ligger i samarbeidet. Det er positive forventninger til det hvert enkelt medlem kan bidra med i samarbeidet, og gir medlemmene av teamet mulighet til å få frem det beste i seg. Det skal ikke være rangering, ingen overordnet og underordnet i et tverrfaglig team. Pasienten skal ha en hovedkontakt som er med i teamet. Denne personen har et koordineringsansvar, og kan gjerne være møte leder, men aldri gis et faglig overordnet ansvar i teamet. (Bredeland, et al., 2002 s. 172-174). Vi har en tendens til å rangere og verdsette folk ut fra visse kriterier. Formell kompetanse verdsettes som regel høyere enn realkompetanse. Spesialistkunnskap rangeres over allmennkunnskap. Likeverdighet oppnås lettest dersom den som har makt selv ser fordeler i å dele makten eller ansvaret med flere. Man gir fra seg noe, men forventer å få like mye igjen (ibid).

3.2.4 Lik tilgang på informasjon i teamet

Det tverrfaglige teamet skal ha lik informasjon for å gjøre sin del av jobben, for å ta gode avgjørelser og velge riktig metode i arbeidet. Taushetsplikt skal respekteres, men helsepersonell har ganske fri adgang til å videreformidle opplysninger innenfor helsetjenesten

så langt informasjonsformidlingen er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp til en pasient/bruker, i dette tilfellet re-habilitering. Helsepersonell skal i slike tilfeller videreformidle opplysninger til samarbeidene personell med mindre brukeren motsetter seg det. Det krever ikke at brukeren samtykker i utveksling av opplysninger (Helsepersonelloven, 2001).

3.2.5 Revir tenking hemmer tverrfaglighet

Glendinning (2003) og Mann mfl, (2004) har identifisert ulike hindringer som kan skape vanskeligheter for samarbeidet i tverrfaglige team. Det kan for eksempel være i form av eksisterende lovreguleringer, regler/retningslinjer og administrative grenseoppganger, samt hindringer som har å gjøre med kulturelle forskjeller mellom ulike profesjoner. For eksempel ulik språkbruk, holdninger og verdier som vanskeligjør kommunikasjon og samarbeid. (siteret av Willumsen, 2009, s. 104). Denne forskningstilnærmingen har ført til et negativt og ganske pessimistisk syn på mulighetene for et tverrfaglig samarbeid. En spesiell barriere for samarbeid er forekomsten av ulike former for revir tenkning. Begrepet revir kommer fra dyreverden og blir ofte definert som et territorium. Konrad Lorenz (1966) har pekt på at revir tenkning er:

”at mennesker tender å forsvare sine revir på samme måte som dyrene, selv om det for mennesker ofte handler om mer abstrakte revir som kompetanse, profesjoner og organisasjoner” (siteret av Willumsen, 2009, s. 105).

For å få i stand et tverrfaglig samarbeid må profesjonene klare å se utover sine egne interesser og være villig til å gi opp deler av sitt profesjonelle revir under visse omstendigheter. En slik vilje til å ivareta allmenhetens beste og ikke slåss for sine egne interesser, kalles altruisme. Det innebærer en tankegang som er mottatt av revir tankegangen. Det kan ta lang tid å utvikle altruisme i tverrfaglige team. Altruisme utvikles når de ulike profesjonene aksepterer den andres profesjon gjennom en modningsprosess over tid, slik at de ulike egenskapene til profesjonene kan brukes som en ressurs dem imellom (Willumsen, 2009, s. 109).

3.3 Profesjoner

I norsk og nordisk litteratur vises det ofte til Torgersens (1972) definisjon av profesjon:

”Vi har en profesjon når en bestemt langvarig utdanning erverves av personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen” (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 89)

Til tross for at begrepet er flertydig og omstridt, er det bred enighet om at yrker som blir omtalt som en profesjon er yrker som krever teoretisk kunnskap man får igjennom spesialisert utdanning.

Profesjon innebærer en viss utdanning som gir rett til autonom arbeidsutførelse, en politisk anerkjennelse av arbeidsoppgavenes samfunnsmessige verdi, og en tillit til at profesjonene som sammenslutning vil føre til indre kontroll og garantere for standarden på arbeidsoppgavene (Molander og Terum, 2008, s. 13-20).

3.3.1 Historisk utvikling av helseprofesjoner i velferdsstaten

Tradisjonelt har de ulike yrkesgruppene knyttet til den medisinske profesjon vært underordnet legene. Fra 1960 tallet fikk sykepleierfaget en stadig tyngre teoridel, dette ble gjort for å styrke faget og for å oppnå status som en egen profesjon. De siste 15-20 årene har det vært en stadig større spesialisering av de tradisjonelle yrkesgruppene. Det har ført til en tilvekst av nye yrkesgrupper, som er blitt knyttet til diagnostisering og behandling. (psykologer, pedagoger, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre). Innpass av de nye yrkesgruppene gikk ikke uten problemer. Vanskelighetene kom særlig til uttrykk der man forsøkte på tverrfaglig samarbeid. I tverrfaglig samarbeid kom de ulike profesjonenes interesser og ideologier lettere i konflikt med hverandre enn i arbeidsformer som ikke hadde samme preg av avhengighet og nærhet.

Erichsen, (1996) identifiserer tre faser i den historiske utviklingen av helseprofesjonene i velferdsstaten:

1. Etableringen – i denne fasen er det viktig å skille mellom de «gamle» og «nye» yrkene. Legeyrket ble etablert lenge før velferdsstaten og med det kan en tro at de hadde en vesentlig rolle i utformingen av velferdsstaten i etterkrigstiden. Sykepleieryrket er også ett «gammelt» yrke, men har tradisjonelt vært klart underordnet legene. Dermed har legeprofesjonens synspunkter tradisjonelt utgjort sterkere premisser ved utforming og gjennomføring av den offentlige politikken enn premissene for sykepleierne.
2. Vekst og konsolidering – siden 1960 tallet har yrkene i velferdsstaten hatt en voldsom vekst i antall og yrkesutøvere. Helsevesenet blir spesialisert gjennom faglig, teknologisk og vitenskapelig utvikling. Dette dannet grunnlaget for nye arbeidsdelingsmønstre og medisinske hierarkier, som igjen forutsatte samarbeid på et helt annet grunnlag enn innenfor legehierarkier. De «gamle» og «nye» yrkene konsoliderte sine stillinger gjennom to prosesser. A) Statlig styring av profesjonenes yrkesutøvelse for eksempel offentlige godkjenninger. B) Omlegging av utdanningssystemet med større autonomi til for eksempel sykepleierutdannelsen
3. Redefineringen – denne fasen går fra tidlig 80-tallet, der det skapes helt nye betingelser for forholdet mellom profesjonene jmf. tverrfaglighet. Relasjonene og samarbeidet mellom profesjonene har endret seg fra tidligere (Erichsen, 1996, s. 39-43).

3.3.2 Jurisdiksjon

Den amerikanske sosiologen, Andrew Abbott, gav i 1988 ut boken ”The systems and Profession”, der han har bygd opp en analytisk modell der profesjonenes arbeidsoppgaver og kontroll over dem er i sentrum, og hvordan profesjonene forholder seg til hverandre.

A.Abbott gir en løs definisjon:

Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases (Abbott, 1988, s. 8).

Definisjonen kan beskrives ved å si at kjennetegnet på en profesjon er at den enten kontrollerer en teknikk for å utføre en arbeidsoppgave, eller ha kontroll over ett abstrakt kunnskapssystem som genererer den praktiske yrkesteknikken. Yrkesteknikk kan være delegert til andre yrkesgrupper. En høy grad av abstraksjon i kunnskapssystemet er det som klarest definerer en profesjon. Abbott mener at den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Abbott bruker begrepet **jurisdiksjon**. Med det mener han om en profesjons kontroll over kunnskap over ett myndighetsområde (ibid, 1988).

Konkurranse og kamp om myndighetsområde utvikler profesjonene. Uenighet om, jurisdiksjon (kontroll over myndighetsområde), kan ifølge Abbott løses på seks forskjellige måter:

”Full kontroll, underordning, arbeidsdeling, intellektuell kontroll, rådgivning og klient differensiering” (ibid, s. 69-79).

Ved full kontroll har profesjonen kontroll over hele arbeidsfeltet med støtte i lovverk og i det offentlige. Legene har i dag gjennom lov og allmenn oppfatning det totale medisinske ansvaret ved rehabiliteringsenheter. Ved underordning er det en differensiering i arbeidsoppgavene og arbeidsfordelingen blant yrkesutøvere innen samme profesjon med forskjellig utdanningslengde og jobbstatus. Abbott kaller det vertikal differensiering. Det klassiske eksempelet er forholdet mellom lege og sykepleier. Det er vanlig med kompetanse overføring i dette systemet. Arbeidsdeling opptrer på arbeidsplasser der profesjonene baserer seg på hjelp fra hverandre. Overenskomsten intellektuell kontroll har en profesjon full intellektuell kontroll over et domene, men det er andre profesjoner som også praktiserer. Ved rådgivning prøver en profesjon og fortolke og endre handlinger over en jurisdiksjon som en annen profesjon har full kontroll over. Det siste er klientdifferensiering. Denne typen overenskomst oppstår når etterspørsel av en type profesjon er større enn det finnes egnede profesjoner for. Profesjoners arbeid er å tilby eksperttjenester for å behandle eller løse menneskelige problemer. Profesjonens arbeid er under stadig påvirkning fra ny teknologi, medisinsk vitenskapelig utvikling, politiske vedtak og sosiale forhold. Forholdet mellom profesjonene og oppgaver de skal gjøre er under kontinuerlig påvirkning og endring (ibid, s. 35).

De ulike profesjonene i det tverrfaglige teamet på en rehabiliteringsenhet er alle autorisert eller lisensierte og regulerte i Lov om helsepersonell (Helsepersonell loven, 1999). Dette

betyr at de ulike medlemmene, med utgangspunkt i jurisdiksjon, vil ha ulik makt og mulighet til bestemme over sin egen arbeidsprosess.

I følge Lauvås og Lauvås (2012) finnes det tre aspekter ved organiseringen som kan være utfordrende for det tverrfaglige teamet. Det er måten den vertikale organiseringen er utformet, utfordringer på grunn av det byråkratiske systemet og det tredje er at organisasjonene er bygd opp etter fag- og profesjonsgrenser. Det er profesjonsgrensene som er kjernen til de fleste av utfordringene som møter et team, og det aspektet jeg vil ta for meg i denne studien. I et tverrfaglig team på en rehabiliteringsenhet består teamet av ulike grupper helsepersonell med ulike profesjoner. Alle yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet har utdanning med offentlig godkjent yrkestittel. Deres oppgaver og myndighet er regulert i forskjellige lover som, Helsepersonelloven 2001, og fagspesifikke retningslinjer og funksjonsbeskrivelser.

3.4 Rolleteori

En rolle blir gjerne løst definert som det settet av forventninger som knyttes til en bestemt funksjon eller stilling (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66). Som første trinn i å forklare hva som kjennetegner sykepleierne sin rolle i tverrfaglige team, ønsker jeg å benytte meg av P. Repstad (1983) sin forklaring av begrepet rolle.

”rolle er en sosial posisjon som individet er i og som det er knytter seg et sett av forholdsvis stabile normer og forventninger til, eller om man vil, visse formelle og uformelle regler om hvordan man skal oppføre seg” (sitert av Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66).

Rolleforventningen gjelder både rolleatferd i forhold til pasienter og til andre ansatte i organisasjonen. Hensikten med å ta med Repstads (1983) sin forklaring av rolle, er å vise hvordan sykepleiere inntre i en posisjon og at det følger visse forventninger med denne. For å få frem hvordan sykepleiere rollen oppleves sin i tverrfaglig team, vil jeg først forklare at det er et skille mellom formelle og uformelle roller. Sjøvold (2006) skiller mellom disse typer roller ved å si:

”Formelle roller er forventinger knyttet til den stilling eller formelle posisjonen en person har. Uformelle roller er den sosiale funksjonen personen fyller i den spesielle gruppen” (Sjøvold, 2006, s. 101).

Endre Sjøvold (2006) sier videre i sin bok, at enkeltpersoner får eller tar av ulike grunner roller i grupper eller team. Normer former gruppens struktur ved å regulere samspillet mellom rollene enkeltpersoner tar i gruppen(Sjøvold, 2006, s. 118-129).

Normer vil si de regler eller gjensidige forventninger en gruppe kan ha i forhold til hvordan medlemmene oppfører seg ovenfor hverandre eller hva de bør mene i en gitt situasjon. Normer definerer gjerne både hva medlemmene bør gjøre og hva som er ”normalt” (ibid, 118).

Roller er et uttrykk for de forventninger andre har til ens atferd, og i ulike grupper vil det forekomme ulik fordeling av roller. Normene regulerer både det innbyrdes forholdet mellom en gruppes roller, det vi kaller gruppens rollestruktur, og gruppens forhold til omverdenen. Normer er legitimert i gruppens verdigrunnlag og vil være mer eller mindre bevisste (ibid). Den viktigste funksjonen normene tjener er å gjøre gruppen i stand til å svare på omgivelsenes krav med smalet og koordinert innsats. Alle medlemmene i teamet vet hva som forventes og ”bør” gjøres i en gitt situasjon. Roller blir ikke bare styrt av de samlende og integrerende normene. Normene virker også differensierende på funksjonen og statusen man har i en gruppe, og på den måten påvirker det individets individuelle identitet. Sosiale sanksjoner er kraftige verktøy for å sette folk på plass eller fryse dem ut, men de er like kraftfulle verktøy for å gi medlemmer i gruppen positiv bekreftelse og aksept. Forutsetningene for å bli godt likt og innfri gruppens forventninger, ligger i at man har en rolle som man mestrer og følger gruppens normer (Sjøvold, 2006 s.124-126).

West &Wallace (1991), Berteotti & Seibold (1994) og Minzberg & Glouberman (2001) viser til studier fra helsesektoren som viser at:

”profesjongrensener og status temmelig ofte hindrer optimal utnyttelse av ressursene i arbeidsgrupper. Identiteten til profesjonen kan bli sterkere enn til gruppen en skal løse oppgaven sammen med ” (Sjøvold, 2006, s. 128).

Som eksempel nevner Sjøvold at det kan være lett å tenke seg at misforståelser og konflikter oppstår dersom legen betrakter teamets primæroppgave som å få flest mulig pasienter behandlet på kortest mulig tid, mens sykepleieres fokus er å ha god tid til å ta vare på hele menneske. Sharifs studie fra (1961) viser at personer med høy status lettere kan komme unna med ting som andre med lavere status ville blitt tatt hardt for (ibid, s. 126)

Slater (1955) viste i sin studie at:

” det er en klar tendens at personlige egenskaper fører til at vi velger å vise atferd som støtter enten emosjonelle eller oppgaveorienterte sider i sosialt samspill og at det vil prege den sosiale rollen en får eller tar i en gruppe ” (Sjøvold, 2006, s. 126-128).

3.4.1 Sykepleier rolle

Sykepleiere som jobber med rehabilitering og i tverrfaglige team har oppgaver, ansvar og roller tilknyttet rollen sin som sykepleier (Kirkevold 2010, s. 28). Kirkevold identifiserer fire terapeutiske roller sykepleiere har, og sier dermed at sykepleiere har egen selvstendig terapeutisk rolle som har betydning for resultatet av et rehabiliteringsforløp.

De fire rollene er:

- Den fortolkende rolle
- Den trøstende rolle
- En rolle som bevarer og beskytter kroppslige funksjoner
- En integrerende rolle som hjelper pasienten til å lære nye funksjoner for å mestre dagliglivet.

Dette samsvarer med studien til Allen (2014) som viser at sykepleiere først og fremst identifiserer seg pleiefunksjon de har til pasientene. Studien viser også at sykepleiere gjør langt mer enn å pleie. Organisering er et viktig område, og det har sykepleiere drevet med siden 19 hundre tallet, men som studien viser blir ferdigheter med administrative oppgaver utviklet gjennom erfaring sykepleierne. Det er ikke noe som blir lagt stor vekt på under utdanningene. Allen stiller derfor spørsmålsteget med måten utdanningen av sykepleiere blir organisert på (Allen, 2014, s. 131-138).

Orvik (2004) referer til den kliniske sykepleierfunksjonen som sykepleiernes kjernekompetanse. Han mener at organisatorisk kompetanse også er en del av sykepleierens kompetanseområder. Organiseringen kan være avgjørende for den faglige kvaliteten og for pasientenes opplevelse av behandling og omsorg. Organisasjonskompetanse handler om evnen til organisering og ledelse av eget og andres arbeid. Sykepleiere er dyktige og innehar stor grad av organiseringskompetanse, de kan fordele arbeidsoppgaver, fungere som arbeidsleder, beholder overblikk og oversikt, og kan koordinere tiltak og tjenester (Orvik, 2004, s. 31-41).

3.4.2 Teamroller

Dr. Meredith Belbin utviklet et verktøy for å analysere og utvikle team og veiledning av mennesker. I utgangspunktet forsket Belbin på hvordan man kunne beskrive ”den gode lederen”, men hun fant i forskningen sin at team som hadde ”sterke og gode ledere” ikke nødvendigvis var de mest velfungerende teamene. Belbin fant at når teamene inneholdt personer med mer komplementære egenskaper, ble teamene mer velfungerende (sitert av Lauvås og Lauvås, 2004, s. 218).

Teamroller er vi mer eller mindre bevisste og de bestemmes først og fremst ut fra vår medfødte personlighet, våre evner og vår lærte atferd. Slike uformelle roller i team kan romme forventninger og medlemmenes velbefinnende. Sykepleiere utgjør en stor faggruppe innenfor rehabiliteringsfeltet. Det er derfor nærliggende å anta at sykepleiere har et stort ansvar og mange ulike roller og funksjoner i det tverrfaglige teamet (Ruud og Heggdal, 2013, s. 31). Samtidig viser forskning at sykepleierrollen er uklart definert, noe som kan medføre utydelige ansvarsforhold og kan svekke utøvelsen av helsehjelp og at det trengs mer forskning på sykepleier rollen i fremtiden (Kirkevold, 2010, E27-39).

Det jeg vil finne ut i denne oppgavene er hvordan sykepleier rolle oppleves i de tverrfaglige teamene ved å bruke teorien jeg har presentert om profesjon og roller.

4 Metode og design

I dette kapittelet vil jeg presentere forskningsprosessen med valg av metode og forskningsdesign. Jeg ønsker å få frem opplevelser med å jobbe i tverrfaglig team og få fram forståelsen av sykepleieres rolle i tverrfaglige team, som arbeider med kompleks rehabilitering. Jeg har valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode i studien. Kvalitativ metode er forskningsstrategier som beskriver og analyserer karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved det som skal studeres (Malterud, 2011, s. 26). Materialet til denne undersøkelsen ble innhentet ved hjelp av intervju av medlemmer av tverrfaglige team. Målet var og utforske meningsinnholdet slik det opplevdes for informantene i naturlige sammenheng. Dataene fra intervjuene ble tolket i lys av teoretiske referanserammer (ibid).

Videre i denne studien vil jeg beskrive analyseprosessen, utvelgelse av informanter, anonymisering, gjennomføring av intervju, transkribering og analysearbeidet. Til slutt vil jeg si noe om troverdighet og overførbarhet.

4.1 Min forforståelse

Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data på (Malterud, 2011, s. 40). Min studie tar utgangspunkt i at jeg selv jobber i tverrfaglig team og har lang erfaring med det. Jeg har jobbet med rehabilitering i snart 20 år. Under denne tiden har jeg jobbet ved flere helseforetak, opplevd forskjeller og utvikling av tverrfaglige team. Jeg mener derfor at jeg sitter med god kunnskap om temaet. Utfordringen min har vært og ikke forske for å få mine egne antakelser bekreftet. Jeg stilte derfor åpne spørsmål og lot intervjuobjektene snakke så fritt som mulig. En god hovedregel er at jo flere overraskelser materiale bringer deg som forsker, desto bedre har du vært til å ta i mot ny kunnskap fra data som følge av studiens åpne og systematiske tilnærming. (ibid, s. 42).

Jeg er bevisst min forforståelse og rolle i forskningsprosessen. Forskernes rolle påvirker hele forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Dette gjelder ved innsamling av data, bearbeiding og tolkning. I følge Andersen bør man være forsiktig der forkunnskapen hovedsakelig er knyttet til egen erfaring (Andersen, 2013, s. 127).

Jeg mener min forforståelse gir meg et kunnskapsrom for å lage en god referanse. Det er også en fordel at det er jeg som har laget intervjuguiden. Ved å ha gode forkunnskaper klargjør man forventninger til typiske svar, og eventuelle hypoteser om sentrale sammenhenger som kan prøves ut. Malterud påpeker at det er umulig å unngå at forskerens egen forforståelse påvirker datamateriale. Forkunnskaper representerer alltid mer eller mindre utviklede tankemodeller (Malterud, 2011, s. 39).

4.2 Hermeneutisk fenomenologisk perspektiv

Jeg har med utgangspunkt i problemstillingen, støttet meg til et hermeneutisk fenomenologisk perspektiv. Jeg ønsker med studien min å samle data om personlige opplevelser og erfaringer av tverrfaglige team. Hermeneutikk og fenomenologi er vitenskapsteoretiske retninger som kan beskrives som fortolkende. Hermeneutikk vil si at en må forstå helheten ut fra delene og delene ut fra helheten. Opprinnelig var hermeneutikken knyttet til fortolkning av tekster. Tolking av intervjutekster kan sees på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forsker studerer på den meningen teksten formidler. Fra et samfunnsvitenskapelig ståsted, som er det jeg gjør i min studie kan hermeneutisk perspektiv knyttet til å ”lese” handling som tekst. Å tolke handlinger som tekst innebærer å tillegge handlinger en spesiell mening.

I følge Fangen (2004) kan handlinger forstås som tegn som gir kunnskap om underliggende struktur (fra Thagaard, 2013, s. 41). Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Fangen fremhever (2004), at en hermeneutisk tilnærming gir grunnlag for tolking på flere plan. *Fortolkning av første grad*, jeg som forsker må fortolke det som hender i kraft av jeg selv deltar. Jeg som forsker fortolker gjennom kommunikasjon med deltakerne. *Fortolkning av andre grad*, som forsker må jeg avdekke handlingers symbolske betydning.

Jeg må fortolke de som blir intervjuet sin fortolkning av situasjonen. Når jeg forsker må jeg fortolke en virkelighet som allerede er fortolket av dem som jeg skal intervju.

Fortolkning av tredje grad jeg som forsker må fortolke handlinger som er skjult eller underliggende. Fortolkning av tredje grad vil si å avdekke skjulte sannheter, som ikke er kjent for deltakerne selv (fra Thagaard, 2013, s. 42).

Fenomenologi blir skildret som en metode der en prøver å forstå det som er utforsket, med å ta utgangspunkt i informantens subjektive opplevelse og søker å forstå en dypere mening i enkelt personers erfaringer. Det jeg forstår med fenomenologi er at jeg som forsker må tolke alt, som noe mer enn det vi ser. Fenomenologien er mer et begrep om peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelsen at den virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 45).

4.3 Kvalitativt design

Jeg har benyttet en kvalitativ design i denne studien. Kvalitativ forskning egner seg best når man søker å forstå intervju objektets situasjon og se virkeligheten ut fra deres virkelighet. Det skilles mellom kvalitative data som uttrykkes i form av tekst og bilder, og kvantitative data som fremstår som tall eller mengdetermer (Thagaad, 2013). I kvalitative studier som denne, som er preget av en nær kontakt mellom forskeren og de personene forskeren studerer gir intervju grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner. Tradisjonelt har kvalitative metode blitt forbundet med forskning som innebærer nær kontakt mellom forsker og de som studeres, som ved deltakelse observasjon og intervju (ibid).

En viktig målsetting med kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener. Fenomenologi blir skildret som en metode der en prøver å forstå det som er utforsket, med å ta utgangspunkt i informantens opplevelse av sin egen livsverden. Det bygger på en underliggende antagelse om at realiteten er slik mennesket oppfatter den. Jeg har latt ansatte i tverrfaglig team fortelle om sine erfaringer, og der min erfaring var utgangspunkt for studien. I min studie velger jeg å se på det sosiale aspektet som skjer i de tverrfaglige teamene, og hvilke rolle sykepleierne har i dette teamet. Den kvalitative metoden gjør meg i

stand til å se mangfold og nyanser i tillegg til å belyse erfaringer, tanker og opplevelse, motiver og holdninger. Jeg kan lete etter levd erfaring i naturlige sammenhenger og få stryket min kunnskap om hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2011, s. 45). Studien ønsker å få frem en forståelse for hvordan sykepleiere rollen er i tverrfaglig team. Jeg som forsker forsøker å få ett innblikk i sykepleiernes rolle ved å tolke informantenes oppfatning og dermed få en mulighet til å tolke den.

4.4 Presentasjon av utvalg

Denne studien tar for seg ansatte ved en rehabiliteringsenhet i Norge, og deres opplevelser av å arbeide i tverrfaglige team og oppfattelsen av sykepleiers rolle i teamet. Studien inkluderer seks deltakere. Fire sykepleiere og to fra andre yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet, en fysioterapeut og en ergoterapeut. Tre av deltakerne har koordineringsansvar i tverrfaglige team, som er en tverrfaglig tittel. Deltakerne hadde ulik ansiennitet på avdelingen, og dermed ulik erfaring med å jobbe i tverrfaglige team. Deltakerne i studien var to menn og fire kvinner. Jeg har valgt å ikke beskrive videre hvilket kjønn intervjuobjektene har, da jeg anser at kjønn ikke har noen betydning i denne studien.

Jeg har valgt å ta med informanter fra andre yrkesgrupper enn sykepleie, for å undersøke opplevelsen av tverrfaglig samarbeid i det tverrfaglige teamet. Jeg spurte også de om opplevelsen de hadde av sykepleier rollen i teamet, og brukte det de uttrykte til å kommentere og understreke det sykepleierne opplevde om rollen sin i teamene.

4.5 Det kvalitative forskningsintervju

Denne studiens design er beskrivende og fortolkende, der jeg har intervjuet flere personer i tverrfaglig team og prøvd å utvikle en mer forståelse av sykepleiers rolle i det tverrfaglige team.

Jeg valgte å gjøre kvalitative forskningsintervjuer fordi det kjennetegnes av et fleksibelt forskningsopplegg. Det innebærer at forskeren kan arbeide parallelt med de ulike delene av

forskningsprosessen (Thagaard, 2013, s. 51). Jeg har utviklet problemstillingen, samt analysert og tolket informasjonen etter hvert som jeg har jobbet med studien. Det ville ikke være mulig i en kvantitativ studie, fordi en der forutsetter en større grad av struktur og ferdig design før datainnsamlingen starter.

De innsamlede data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervju for å få en dypere forståelse for intervjuobjektens arbeid og holdninger. Å gjøre semistrukturerte intervjuer vil si å gjøre intervjuer som har mål og mening, og med mulighet til å få dybde og personlig tilpassing av intervjuet (Malterud, 2011, s. 129-133). Da målet med studien er å få tydeliggjort sykepleiernes rolle i tverrfaglig team opplevde jeg at det var hensiktsmessig å gjøre semistrukturerte intervjuer.

I kvalitative studier er det verken nødvendig eller ønskelig å standardisere intervjusituasjonen, dette for at intervjuet skal kunne tilpasses hvert enkelt intervju objekt. I mine intervju ville jeg undersøke blant annet om informantens opplevelse, beskrivelse og forventninger til det tverrfaglige samarbeidet. Jeg ville derfor benytte meg av intervju med åpne spørsmål. Da ville intervju objektet stå mer fritt, til selv fortelle det de ønsker. Jeg fulgte en intervjuguide med spørsmål for å få frem så mye relevant informasjon som mulig for problemstillingen (vedlegg nr.1). Jeg stilte oppfølgingsspørsmål dersom det er nødvendig i forhold til problemstillingen.

Verken spørsmålene eller svaralternativene var fastlagt på forhånd. En viktig målsetting for meg var at jeg inviterte intervjupersonen til å reflektere over teamet jeg spurte om, og oppmuntret dem til å gi fylldige kommentarer. Jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg bearbeidet mange ganger, slik at den tilslutt var godt gjennomarbeidet, og jeg håpte jeg fikk svar på forskningsspørsmålene mine. Jeg gjennomførte et prøveintervju på en kollega. Hensikten med prøveintervjuet var å se om intervjuet fungerte slik jeg hadde tenkt. Fordelen med å intervju en kollega var at hun var ærlig, og hun sa fra om det hun opplevde burde endres på. Jeg fikk testet både det tekniske utstyret og tidsplanen under prøveintervjuet, det virket bra. Jeg gjorde lydopptak under alle intervjuene, og det samtykket informantene til. Jeg hadde med meg notatblokk, men benyttet den ikke, da jeg følte det ville ta fokuset bort fra intervjusituasjonen. Notater underveis bidrar til å redusere den personlige kontakten som intervjuet gir mulighet til, fordi da kan jeg som intervjuer bli for fokusert på notatene som blir produsert. Etter at hvert intervju var ferdig, skrev jeg ganske umiddelbart notater om opplevelsen fra det enkelte intervjuet, dette var til stor hjelp da jeg skulle tolke og analysere

dataene. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. For meg var det av stor betydning at atmosfæren var god og tillitsfull. Thagaard (2013) sier dette ikke kan overvurderes og hvis ikke forskeren får det til, vil intervjuene få en dårlig kvalitet. Det ble avsatt god tid til intervjuene, og informantene fikk bestemme når det passet best i sin arbeidstid og var avtalt på forhånd. Det ble benyttet et rom der vi fikk sitte uforstyrret. Jeg begynte med en kort presentasjon og informasjon om studiet, før oppstart av selve intervjuet. Jeg beskrev temaet og formålet for oppgaven. Videre gjentok jeg tidligere gitt informasjon om frivillighet, taushetsplikt og anonymitet og om metoder for innhenting, oppbevaring og bearbeiding av data som blir produsert under intervjuet. Jeg spurte om noe var uklart og om respondenten hadde noen spørsmål (Thagaard, 2013, s. 97-114).

Avslutning vis fikk informanten mulighet til å komme med tilleggsopplysninger som kunne være av betydning for studien. Jeg gjorde informantene oppmerksom på at de ville få tilbud om å lese gjennom transkripsjonsnotatene for å sikre at han/hun var korrekt sitert. Jeg spurte om det var mulig å ta kontakt dersom jeg trengte svar på tilleggsspørsmål? Informanten ble takket for at han/hun stilte opp.

4.6 Valg av informanter

Kvalitative studier baserer seg på strategiske valg, det vil si at jeg valgte deltakere som hadde egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen (Thagaard 2013, s. 60). Jeg valgte å intervju personer som har forskjellige roller i det tverrfaglige teamet. Dette for å få svar på forskningsspørsmålene mine. Jeg opprettet kontakt med ledelsen på en rehabiliteringsavdeling, og de hjalp meg slik at jeg fikk opprettet kontakt med aktuelle informanter. Når utvelgingen skjer på denne måten, kalles det tilgjengelighetsutvalg. Problemet med tilgjengelighetsutvalg er at en kan få ”skjevheter” i utvalget, fordi ofte blir motiverte personer som er villig til å delta, gi av seg selv og har kontroll over arbeidssituasjonen, med på studiet.

Jeg gjennomførte intervjuene med personer som arbeider i tverrfaglige team på en rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten. Jeg valgte å intervju fra flere forskjellige yrkesgrupper og personene hadde ulik ansiennitet og erfaring fra tverrfaglig arbeid. Jeg antok at de ville kunne gi meg godt grunnlag for å svare på mine spørsmål.

4.7 Utvalgets størrelse

I min kvalitative studie har jeg utført intensive og dyptgående analyser. En retningslinje for omfanget av kvalitative utvalg er at antallet ikke bør være større enn det er mulig å gjennomføre omfattende analyser. Når intervjuer av flere informanter ikke synes å gi ytterligere forståelse av fenomenet vi studerer, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort (Thagaard, 2011, s. 65). Jeg valgte å intervju seks personer som jobber i tverrfaglige team. Jeg valgte å intervju både sykepleiere og andre yrkesgrupper om sykepleiers rolle i tverrfaglig team. Det første jeg ville undersøke var hvordan det opplevdes å jobbe i tverrfaglige team, det andre var hvordan sykepleier rollen opplevdes. Etter det sjette intervjuet, følte jeg at jeg ikke fikk noe særlig ny informasjon og vurderte datagrunnlaget til å være tilstrekkelig for en kvalitativ analyse. Intervjuene ble gjennomført våren 2016.

4.7 Transkribering

Jeg gjorde transkriberingen personlig og fortløpende. Opptakene ble lyttet til og skrevet ordrett ned. Deretter ble hvert intervju lyttet gjennom og det ble kontrollert opp mot det jeg hadde skrevet, dette for å sikre at intervjuene var transkribert så nøyaktig som mulig. Jeg var oppmerksom på at den transkriberte teksten bare gir et avgrenset bilde av virkeligheten og at det alltid skjer en filtrering der mening går tapt eller forvrenges underveis i prosessen med transkribering. Kvalitativ analyse innebærer alltid en eller annen form for teksttolkning (Malterud, 2011, s. 75).

4.8 Analyse

Det er ulike modeller som kan benyttes når en skal analysere kvalitative intervju. Analysen skal bidra til å utvikle en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold. Temasentrerte og personsentrerte tilnærminger presenterer ulike fremgangsmåter for tolkninger av data, og kan derfor utfylle hverandre. Den temasentrerte tilnærmingen gir en utdypende forståelse av teamene i studien, ved å sammenligne informasjon fra alle informantene. En innvending mot

temasentrerte tilnærminger er imidlertid at informasjon om de enkelte temaene løsriver fra den sammenheng de blir presentert i. Personsentrerte tilnærminger gir helhetlig perspektiv i forhold til de personene dataene representerer. Da kan man finne sammenhengen mellom de ulike temaene for hver av de personene undersøkelsen omfatter. Personsentrerte tilnærminger innebærer inngående studier av de enkelte personene i materialet (Thagaard, 2011, s. 188-189). Da jeg skulle analysere data, var det viktig at jeg tok stilling til hvordan jeg skulle fremstille resultatene. Skulle jeg legge vekt på å presentere temaer som var sentrale i studien, eller skulle jeg konsentrere meg om personene jeg studerte. Jeg valgte en kombinasjonsmodell av både temasentrerte og personsentrerte analytiske tilnærminger. Da studerte jeg informasjon om hvert enkelt tema for alle deltakerne, samtidig som jeg rettet oppmerksomheten mot personene. Sammenligning av informasjon fra alle intervjuobjektene gav meg en oversikt over hvert enkelt tema og samtidig synes jeg det var viktig å få frem det enkelte intervjuobjekts helhetssyn.

Til hjelp i analysearbeidet var jeg inspirert av (Graneheim & Lundemann, 2004, s. 105-112) sin *Qualitative Content Analysis*. Analyseprosedyren er mye brukt i Skandinavia.

Helt praktisk nyttet jeg meg av tekstkondensering (Malterud, 2011) i analyseprosessen. Det første jeg gjorde var å få et helhetsinntrykk av materialet. Det fikk jeg ved å lese igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Deretter laget jeg oppsummeringsnotat hvor jeg noterte refleksjoner av inntrykk jeg satt igjen med etter intervjuene. Deretter gikk jeg systematisk gjennom alt materiale for å identifisere meningsbærende enheter. Etter å ha fått et helhetsinntrykk av intervjuene, skrev jeg ned temaer intervjupersonene hadde snakket om. For å konkretisere temaene lagde jeg grupper for å avklare hva temaene dreide seg om. Jeg brukte farger for og lettere skille mellom temaene. På den måten synes jeg det åpnet seg opp nye sammenhenger i teksten. De nye sammenhengene gjorde at jeg delte innholdet i teksten inn i meningsbærende grupper. Basert på disse gruppene var det noen hovedtemaer som skilte seg ut. De kondenserte gruppene satt sammen for å få sammenhengende betydning av teksten og relevante svar på problemstillingen min (Malterud, 2011).

4.9 Forholdet mellom forsker og de det blir forsket på

Å samle data ved intervjusamtale byr på visse utfordringer. Siden intervjuet var basert på et møte mellom to eller flere mennesker, vil både forsker og deltaker påvirke forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Den personlige kontakten som utvikles i intervjusituasjonen, er i seg selv et metodisk poeng. Utviklingen av tillit og troverdighet i løpet av intervjuet gir grunnlag for at intervjupersonen kan fortelle åpent om sine erfaringer. Jeg forsøkte å fremstå interessert og forståelsesfull. Betydningen av å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen kan ikke overvurderes (Malterud, 2011). Jeg stilte åpne spørsmål, var lyttende og oppmerksom, og jeg prøvde å skape en dialog der informanten fikk frem sine egne erfaringer (Thagaard, 2013).

4.10 Troverdighet

Faglitteraturen representerer ulike synspunkter på hvilke dimensjoner som er relevante for å studere kvalitet. Silverman (2011:360-370) argumenterer for å vurdere forskningens kvalitet på grunnlag av troverdighet. Han hevder at reliabilitet og validitet er sentrale begreper i denne vurderingen (sitert i Thagaard, 2013)

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet. Jeg vil at en kritisk leser skal bli overbevist om at forskningen er utført på en tillitsvekkende måte (ibid). Jeg prøver å gjøre rede for hvordan data utvikles med blant annet ved at jeg skiller mellom informasjon jeg har fått under arbeidet med studiet og mine egne vurderinger av informasjonen. Studien min preges likevel av meg som forsker ettersom det er jeg som har utarbeidet intervjuguiden, gjennomført samtaler og i ettertid analysert innholdet i intervjusamtalene. Reliabilitet er også basert på at jeg som forsker redegjør for relasjonen jeg har til deltakerne og hvilken betydning erfaringer jeg har fra feltet jeg studerer (ibid). Dette har jeg gjort ved at jeg formidler at jeg er sykepleier med erfaring fra tverrfaglig team og arbeider med pasienter i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Validitet handler om gyldighet av de tolkningene undersøkelsen fører til (ibid). Jeg som forsker går kritisk gjennom grunnlaget for egne tolkninger. Er tolkningene gyldige i forhold

til det man har studert? I min studie har jeg samlet data gjennom intervjuer med ansatte i tverrfaglige team som driver med kompleks rehabilitering. For at det ikke skulle bli mine tolkninger av det som ble formidlet, stilte jeg innimellom kontrollspørsmål for å få frem det den ansatte virkelig mente. Dette for å sikre at intervjuobjektets meninger kom tydelig frem. Den forskningen som finnes fra før som viser at sykepleiere har en sentral rolle i tverrfaglige team sammenfaller med funn gjort i studien min. Dette bidrar til å styrke studiens validitet.

4.11 Overførbarhet

Overførbarhet er knyttet til at den forståelsen forsker utvikler innenfor rammen av et enkelt prosjekt, også kan være relevant innenfor i andre situasjoner (Thagaard, 2013).

Studien min omhandler tverrfaglige team og sykepleier rollen, men den har et generelt siktemål. Følgelig kan studien knyttes til undersøkelses opplegg som er spesielt rettet mot å oppnå kunnskap som peker utover den enheten undersøkelsen fokuserer på (ibid).

Jeg studerer rollen til sykepleiere i tverrfaglig team, og håper at resultatet av funnene kan overføres til andre tverrfaglige team som arbeider med andre typer pasienter med lignende arbeidsmetoder. Overførbarhet kan også knyttes til at tolkningen vekker gjenklang hos lesere med kjennskap til de fenomenene som studeres (ibid).

Jeg anser at overføringsverdien til andre som arbeider med kompleks rehabilitering er tilstede og at rollen sykepleierne har kan overføres til andre team som jobber med kompleks rehabilitering.

4.12 Ethiske overveielser

Det er en del prinsipper som forskning må ivareta. Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personalopplysninger, faller inn under Personalopplysningsloven fra 2001. Det vil si at prosjektet er meldepliktig (Thagaard, 2013, s. 25). Det gjelder også min studie. Jeg søkte og fikk godkjent studien min hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg nr.2).

Jeg måtte hindre at informasjonen jeg fikk inn, kunne skade de personene jeg forsket på og jeg tok hensyn til konfidensialitets prinsippet. Prinsippet om konfidensialitet innebærer at man som forsker ikke skal publisere og spre sine resultater på en slik måte at enkelt individer kan identifiseres gjennom resultatene. Jeg anonymiserte informasjonen jeg fikk og personopplysningene ble behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som har hatt tilgang på personopplysningene. Alt datamateriale ble oppbevart forsvarlig og innelåst, uten tilgang for andre enn undertegnede. Navneliste over deltakerne i studien ble oppbevart separat fra det øvrige datamateriale. Ingen enkelt person vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Innhentet data fra intervjuene vil bli slettet når studien er ferdig og oppgaven er levert.

For å kunne foreta intervju av deltakerne til studien måtte et informert samtykke fra deltakerne innhentes. Det er viktig at deltakerne kjenner prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om hun/han ønsker å bidra med sin kunnskap/erfaring. Signert samtykke ble levert til med på intervjudagen. (Vedlegg nr.3) All deltakelse i studiet var frivillig og deltakerne fikk opplyst både skriftlig og muntlig at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at de måtte oppgi grunn. Da ville alle opplysningene de har gitt bli slettet. I studien min er det ingen av deltakerne som har trukket seg fra studiet. Jeg omtaler intervjuobjektene som hun eller informant videre i studien min. Hvor og hvilken avdeling jeg har gjort undersøkelsen min ved, vil ikke komme frem. Fagfeltet jeg har gjort undersøkelsen min ved er relativt lite i Norge, og faren for gjenkjenning er derfor relativ stor, og det har jeg derfor tatt hensyn til ved å anonymisere informantene.

5. Presentasjon av hovedfunn

I dette kapitlet presenteres studiens hovedfunn. Etter nøye gjennomgang av alt skriftlig materiale, har data blitt systematisert og kondensert. Analysen skal bygge en bro mellom data og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stilte jeg spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som jeg gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenkjenne. Jeg har også vært inspirert av Graneheim og Lundemann (2004) sin analyse av kvalitative data. De fremhever at data i intervjuene må bli kortet ned. Dette gjorde jeg ved at jeg fortetter, samtidig som jeg bevarer kjernen i teksten. Intervjuene ble lest gjennom flere ganger før meningsenheter ble funnet og markert i teksten. En meningsenhet er konstellasjoner av ord og uttrykk som fremhever den samme mening i teksten. Meningsenhetene ble så kondensert og kategorisert under ulike tema (Graneheim og Lundemann, 2004, s.106)

Jeg har gjort funn som preges av hvordan jeg som forsker fortolker hovedpoengene i informantenes fortellinger. Ved å kartlegge felles mønstre og opplevelse blir funnene presentert sammen med sitater som understøtter hovedpoenger. Utsagn og direkte sitater vil bli presentert i den konteksten de opprinnelig var ment (Thagaard, 2013).

Hovedfunnene i studien min blir presentert med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og intervjuguiden min, jf. vedlegg. Etter å ha lest gjennom det skriftlige materiale flere ganger, og sett på notatene jeg gjorde underveis ble det tydelig for meg at rollen som koordinator var en rolle som sykepleierne oppfattet som forskjellig fra å være ”vanlig” sykepleier i det tverrfaglige teamet.

Jeg har derfor valgt å dele funnene inn i de tema og kategorier som fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 1. Oversikt over tema og kategorier

Tema:	Kompleks rehabilitering som arena for samarbeid i tverrfaglig team	Sykepleie som profesjon i det tverrfaglige teamet	Sykepleier som koordinator
Kategorier:	Trivsel	”Ansvarsfull potet”	Koordinator har oversikt
	”Dra lasset sammen”	Kjenne pasienten best	Hvem er koordinator?
	Noen å bryne seg på		Uformelle ledere

Hovedtemaer med kategorier blir nærmere presentert nedenfor.

5.1 Kompleks rehabilitering som arena for samarbeid i tverrfaglig team

I dette

kapittelet presenterer jeg det første temaet som tar for seg funn som kan påvirke opplevelsen av å arbeide i tverrfaglige team. Jeg ville finne ut om det var forskjeller og sammenhenger med de ansattes erfaring, og oppfattelse av begrepet tverrfaglig team. Dessuten ville jeg undersøke om informantene opplevde at pasientene fikk nytte av det tverrfaglige teamet da de var på rehabiliteringsopphold. Gjennom analysen kom det frem følgende kategorier; trivsel og dra lasset sammen. Disse beskrives nærmere nedenfor.

5.1.2 Trivsel

Alle informantene likte å jobbe i tverrfaglige team. Dette blir beskrevet på forskjellig vis og jeg vil her trekke frem noen eksempler. En satte ett spørsmål ved hvor stor grad av tverrfaglighet det er til en hver tid. Hun viste til at det er mange arbeidsoppgaver som blir gjort særskilt, og som de andre yrkesgruppene ikke tar del i. Informantene beskriver det slik:

”Ja, jeg synes det er givnes. Men, jeg synes det varier en del hvor stor grad av tverrfaglighet det er og hvor stor grad det er av sær faglighet”.

«Jeg liker veldig godt å jobbe i tverrfaglige team, fordi da har jeg veldig mange å rådføre meg med og få ulike råd og synspunkt på ting”.

«Jeg liker å jobbe i tverrfaglige for man får forskjellige innfallsvinkler fra forskjellige yrkesgrupper. Alle jobber i samme retning. Jeg holder på med et prosjekt, sammen med en fra en annen yrkesgruppe. Det er spennende og jobbe med andre yrkesgrupper, få deres vinkling på ting”.

Som sitatene sier trives informantene med å arbeide i tverrfaglige team. Det gir en følelse av å være flere om oppgavene, og dermed opplever informantene å lære og samarbeide med hverandre.

Informantene hadde ulik ansenitet på avdelingen. Den som hadde jobbet der lengst hadde vært ved avdelingen i syv år og den med kortest ansenitet hadde jobbet ved avdelingen noen måneder. Flere hadde begynt ved avdelingen etter å ha vært der som student. De synes det virket som en spennende måte å jobbe og at det var en viktig måte å jobbe på for å løse komplekse problemer som pasientene har.

Tre av informantene hadde tidligere jobbet andre steder og en beskrev det slik:

”Jeg hadde litt erfaring med å jobbe i tverrfaglige team, men ikke i like stor grad som her. Her er det satt i system”.

5.1.2 ”Dra lasset sammen”

På spørsmål på hva de legger i begrepet tverrfaglig team, og hva som er viktig i tverrfaglige team hadde alle klare meninger. God kommunikasjon og respekt er begreper informantene mener er viktig i gode tverrfaglige team. Videre beskriver de hvordan de samarbeider for å nå samme mål og å dra lasset sammen.

En av informantene sa:

”Det er viktig at alle drar hverandre i riktig retning og at vi har fokus på pasienten. At vi stiller opp om hverandre og spiller hverandre gode. Vi må passe på at det er et helhetlig ansvar, og at ansvaret ikke bare ligger hos en person”.

En annen var opptatt av at tverrfaglighet også er viktig når pasientene ikke er tilstede. På møter uten pasientene er det viktig at alle yrkesgruppene er representert, for da får man ulike synspunkt på ting og da kan man utfylle hverandre.

Hvis intervjuobjektene skulle gi råd til andre som skulle starte med tverrfaglig samarbeid, var det flere som synes det var vanskelig å svare og flere ble sittende å tenke en stund.

Tre av intervjuobjektene fremhevet at det var viktig å være faglig dyktig og ha gode kommunikasjonssevner. En av informantene forklarte det slik:

”Det var et stort spørsmål... men, jeg vil si at en kombinasjon av å være gode på sitt fagområde og i tillegg ha god kommunikasjon med andre som skal jobbe i teamet er viktig. Det er ofte essensen i det å jobbe sammen med andre mennesker”.

En ville lagt vekt på at man som medlem av ett tverrfaglig team får mye ut av det personlig og stimulerte til læring mellom de ulike profesjonene.

”Du kan selv bli mye bedre av å jobbe i team. Lære mye og få hjelp til og dra lasset sammen”.

På spørsmål om tverrfaglige team har betydning for pasienten svarer alle klart, tydelig og uten betenkningsstid at det er de sikker på at det har det. En av informantene svarte:

”Det er en fordel at vi i teamet har samme målet for pasientene og jobber sammen rundt pasientene. Ellers måtte pasientene informere mellom oss og det synes jeg ikke pasientene trenger. Det tror jeg hadde blitt for mye for pasientene som er i sin kanskje livs største krise”.

Den som hadde jobbet lengst på avdelingen, hadde en annen tilnærming til spørsmålet. Hun fremhevet at den faglige kompetansen er noe man tilegner seg på sikt, og at det å jobbe med pasienter som trenger kompleks rehabilitering er en komplisert og omfattende prosess. Hun sa at det er veldig få som kan mye om denne spesielle pasientgruppen før de har jobbet med det en god stund. Hun hevdet at det er viktig at man er lærevillig og ydmyk, empatisk og viser forståelse. Samarbeid er viktig, både med kollegaer og med pasienten og dens pårørende.

Flere fremhevet at det er viktig for pasientene har faste de kan forholde seg til.

Et annet intervjuobjekt fremhever at hun mener det gir pasientene tydelige rammer. Hun fremhevet at hun tror et er positivt for pasientene, at alle i hele teamet vet om alle problemstillingene pasienten har.

5.1.3 Noe å bryne seg på

Hva som er den største utfordringen med å jobbe i tverrfaglige team, synes også informantene det er vanskelig å svare på. Flere klarer ikke se noen utfordringer med å jobbe i tverrfaglige team.

To av de som hadde klare meninger om utfordringene, var to intervjuobjekter som hadde jobbet ved avdelingen ett par år og dermed hadde noe erfaring med teamarbeid.

En sa: ” den største utfordringen synes jeg noen ganger er å få startet tidlig med rehabiliteringsprosessen. Slik at pasienten er godt rustet til å møte hverdagen sin når han blir utskrevet fra avdelingen. Jeg synes for eksempel at av og til blir hjelpemidler bestilt litt seint. Jeg synes det går litt tregt i starten. Jeg skjønner at det sikkert er grunner til at det er slik, men for meg føles det som det går litt tregt. Ofte føler jeg at det er mange som har meninger om alt”.

Den andre som hadde meninger om utfordringer til å jobbe i tverrfaglige team hevdet:

”Det er jo ofte slik at ”alle” synes sitt fagområde er viktigst. Det kan være vanskelig å ha fokus på alt samtidig”.

Slik jeg forstår dette opplever informantene at de får noen å bryne seg på når de arbeider i tverrfaglige team. Det kan være utfordrende å samarbeide og bli enige om hvilke oppgaver som er viktigst.

5.2 Sykepleie som profesjon i det tverrfaglige teamet

I dette kapittelet vil jeg ta for meg temaet sykepleiers rolle i det tverrfaglige teamet. For å få frem funnene vil jeg ta for meg informantene sin opplevelse av oppgavene og autonomien sykepleierne har i de tverrfaglige møtene. Deretter vil jeg ta for opplevelsen av likestilthet mellom profesjonene i de tverrfaglige teamene. Jeg vil også vise gjennom funnene jeg gjorde hvordan faglige uenigheter blir løst i det tverrfaglige teamet, og hva det har å si for sykepleiernes rolle i samarbeid.

Jeg har valgt å ta med informanter fra flere profesjoner for å få frem om sykepleiere har kjennskap til andres yrkesgruppers kompetanse, og få frem opplevelsen av samarbeid mellom yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet. Jeg vil trekke frem funn jeg har gjort i studien ved å vise om det er likestilthet blant profesjonene i de tverrfaglige teamene, og prøve å få frem sykepleiernes opplevelse av samarbeidet. Jeg prøver også å få frem hvem som kjenner pasientene best og om det har det noe å si for samarbeidet i teamet. Jeg viser også hvordan samarbeidet oppleves ved profesjonelle motsetninger.

Jeg la vekt på alle intervjuobjektens meninger, siden det er viktig for å få frem helheten.

Alle informantene hadde kjennskap til hvilke yrkesgrupper som er med i de tverrfaglige teamene. Det tverrfaglige teamet formelle møter sammen med pasientene og deres pårørende, er ca. hver tredje-fjerde uke. Dette for at problemstillingene som blir diskutert på møtene skal være aktuelle i rehabiliteringsfasen til pasientene. Koordinator skal lede møtene pasientene har, og lede det tverrfaglige teamet gjennom hele rehabiliteringsprosessen til pasientene.

Gjennom analysen kom det frem følgende kategorier; ansvarsfull potet, å kjenne pasienten best, profesjonelle motsetninger og å stille på like fot. Disse beskrives nedenfor.

5.2.2 "Ansvarsfull potet"

Arbeidsoppgavene til informantene blir oppfattet forskjellig. Det kom tydelig frem at de som var koordinatorene hadde en annen funksjon, enn de som var på møte i kraft av yrkestittelen sin. Jeg vil derfor i neste underkapittel ta for meg opplevelsen informantene har av å være koordinator.

Tre av informantene hadde koordineringsansvar og tre hadde det ikke. Av de tre som ikke hadde koordineringsansvar var det to sykepleiere og en fra en annen yrkesgruppe.

Sykepleierne som er med på møtene er kontaktsykepleier for pasienten. Det er i tillegg til koordinator, som også kan være sykepleier. Kontaktsykepleiere skal ha oversikt og et hovedansvar for den aktuelle pasienten under oppholdet på avdelingen, når det gjelder sykepleier faglige oppgaver. Hvem som er kontaktsykepleier til den enkelte pasient blir bestemt når pasientene innlegges ved rehabiliteringsavdelingen av avdelingssykepleier. Alle sykepleiere kan være kontaktsykepleiere, og man er kontakt for ett vist antall pasienter om gangen. Kontaktsykepleiere beskriver ansvaret sitt på møtene slik:

"På målmøtene er det å gjennomgå det jeg har gjort de siste ukene. Gå igjennom sykepleiemål som er satt opp. Man går igjennom status og hvordan man ligger an de siste ukene. Jeg svarer på spørsmål fra pasienten og pårørende. Viderefører det som ikke er oppnådd og kommer med forslag til nye mål for pasienten".

En annen sykepleier beskriver ansvarsområdet sitt, men nøler litt før hun svarer.

"Det er min jobb og få frem problemstillingen som er aktuelle for pasienten i mitt fagområde. Informere om det om det jeg kan bidra med. Hjelp pasienten med å se hva som kan være mål".

Å ha en profesjon, kan ha flere betydninger. For sykepleiere betyr det blant annet å ha autonomi over egne arbeidsoppgaver. Det vil si at sykepleiere oppfatter at de har en mer eller mindre eksklusiv fagkunnskap i utføringen av sine arbeidsoppgaver. Sykepleierne kom med eksempler på hvordan de opplever autonomien de har i tverrfaglige team.

”I det tverrfaglige teamet vet jeg godt hva som er mine oppgaver, det finnes en oppgavebeskrivelse for hva jeg skal gjøre for pasienten i teamet. Men, inne på rommet til en pasient gjør jeg jo alt mulig. Jeg føler meg litt som en potet, som kan brukes til alt mulig. For eksempel når det er helg og fysioterapeuter ikke er der, er det vi som sykepleiere som trener med pasientene, det er vi som styrer med håndskinner og alle mulige tilpasninger som ergoterapeuten har laget. Det er vi som utfører dette inne hos pasienten. Vi utfører også oppgavene som legen gir oss, samtidig så har vi våre egne oppgaver som er kartlegging og observasjoner. Vi utfører også prosedyrer som bare vi sykepleiere gjør. For eksempel utfører vi prosedyrer med blære og tarm. Så jeg vil si at vi ofte er litt sånn over alt”.

En annen sykepleier opplevde også at hun har autonomi på arbeidsoppgavene sine på denne måten.

”Jeg føler at vi som sykepleiere har autonomi på oppgavene vi har i det tverrfaglige teamet. Jeg vet at alle kunne ikke gjort det som vi gjør. Jeg føler at vi som sykepleiere har det overordnede blikket uansett om vi er koordinator eller ikke. Det er vi sykepleiere som går og etterspør, og sjekker at ”ting” har blitt gjort”.

De to som ikke er sykepleier fikk også spørsmål om de trodde sykepleiere følte de hadde autonomi over oppgavene de utførte i de tverrfaglige teamene, og om sykepleierne har en tydelig rolle i det tverrfaglige teamet. De svarte:

”Ja det vil jeg påstå. Til en vis grad føler jeg at vi som har andre yrker ser hva som er sykepleiernes oppgaver i avdelingen. På tider av døgnet der det ikke er andre yrkesgrupper enn sykepleiere på avdelingen må nødvendigvis sykepleiere gjøre forskjellige oppgaver. Det må jo bli gjort!”.

Disse funnene viser at sykepleierne og deres kollegaer ser på sykepleieren som en ansvarsfull potet. Med det forstår jeg en som må gjøre forskjellige oppgaver og kan brukes til mange oppgaver. Sykepleierne har en viktig og sentral oppgave i de tverrfaglige teamene.

5.2.3 "Å kjenne pasienten best"

Flere av intervjuobjektene føler sykepleierne kjenner pasienten best, blant annet fordi de er der når de andre yrkesgruppene ikke er der, som på kvelder, netter og helger. Sykepleiere møter dessuten pårørende oftere, da de er tilstede på kvelder når pårørende er der og det er uformelle settinger. Andre yrkesgrupper møter dem i mer formelle settinger som møter og lignende på dagtid. Jeg fant i undersøkelsen min at sykepleierne opplever at de har stor erfaring om pasientenes behov og kan dele kunnskapene i det tverrfaglige teamet. Dette er positivt for det tverrfaglige samarbeidet.

En fra de andre yrkesgruppene uttrykte seg slik:

"Jeg tror helt sikkert at sykepleierne kjenner pasienten best! Sykepleierne kjenner i hvert fall pasientene på en annen måte. Det tror jeg har med at sykepleierne går i turnus. Jeg ser for meg at man har bedre tid til å sette seg ned å ha åpne samtaler på ettermiddag, kveldstid og i helgene. Spesielt sykepleiere må stå med pasienten i tøffe situasjoner. Jeg tror likevel at å bli godt kjent med noen har med kjemi å gjøre. Dette gjelder jo pasientene også. Noen av oss er mer nysgjerrig på folk, det handler om kjemi. Noen liker man bedre enn andre".

Likevel fremhever alle at det viktig med god kjemi mellom pasientene og de ansatte Det er personavhengig hvem som får best kontakt med pasienten.

En sykepleier uttrykte:

"Veldig ofte tror jeg sykepleiere kjenner pasienten best. Likevel tror jeg at fysioterapeuten ofte får et helt annet forhold til pasientene enn oss sykepleiere. Fordi pasientene ikke trenger være like ydmyk ovenfor dem som de må til oss sykepleiere. Vi gjør mange "ting" med pasientene som er privat og på den måten kan pasientene få ett kameratslig forhold til fysioterapeutene. Pasientene får en annen type forhold til sykepleierne, det er ofte mer privat. Det kan gjøre at de forteller oss "alt" eller at de velger og ikke snakke så mye med oss fordi vi vet så mye fra før".

Funnene viser at opplevelsen av å kjenne pasienten godt hadde betydning for samarbeidet i teamet. Det å ha nærhet, tillit, trygghet og tid er viktig for pasientene i rehabiliteringsfasen. Det å ha innsikt i pasientens utfordringer, gjør at teamet rundt kan samarbeide bedre.

5.3 Sykepleier som koordinator

Etter at jeg kondenserte materiale fra intervjuene fant jeg at sykepleiere som var koordinator opplevde rollen sin annerledes enn rollen som kontaktsykepleier i tverrfaglige team på rehabiliteringsenheten. Jeg vil i dette kapittelet ta for meg hva jeg fant om denne opplevelsen. For å gjøre det har jeg delt inn i forskjellige kategorier; koordinator har oversikt, hvem er koordinator og uformelle leder.

Dette kapittelet tar for seg det temaet som så ut til å være veldig viktig del av å jobbe i tverrfaglig team på en rehabiliteringsenhet. Dette kapittelet tar for seg koordinator rollen i det tverrfaglige teamet. Det tverrfaglige teamet har en koordinator som sammen med pasienten har ansvar for å styre og blant annet å planlegge møter og opprette og holde kontakt med hjemkommunen.

5.3.1 Koordinator har oversikt

De tre informantene som er koordinator hadde alle opplevelse av å forstå hva det innebærer å være koordinator.

Sykepleierne fortalte at turnusen deres var laget ut fra deres rolle som koordinator. Det er satt av tid i turnusen til at koordinator arbeid. Dette opplever sykepleierne som positivt, slik at det ikke kommer på ”toppen av alt annet”.

Når koordinator er sykepleier føler de at det likevel er viktig å ha med kontaktsykepleier på møtene de har med pasientene, slik at kontaktsykepleier også har oversikt. Men, det er ikke alltid det er slik på grunn av turnus til kontakt sykepleierne. Alle informantene var enige om at det viktigste var at koordinator var tilstede på møtene.

Informantene beskriver det slik:

”Jeg har overordnet oversikt over rehabiliteringsprosessen til pasienten”.

”Det er jo en veldig fordel at pasienten har en vis tiltro til den som skal være koordinator”.

Funn i intervjuene viser at koordinator opplever at de skal:

Planlegge tidspunkt for møte og lede møtene. Det er koordinator som går igjennom referat fra forrige møte og skrive referat fra møtene. Tar kontakt med kommunene dersom det er opplysninger som de har behov for. Det kan for eksempel gjelde bolig eller hjemmesykepleie.

Den som ikke er sykepleier men, koordinator opplevde at dersom pasienten har et stort pleiebehov, delegerte hun bort til kontaktsykepleier å holde kontakten med kommunen og da særlig hjemmesykepleien. Det er flere oppgaver de som ikke er sykepleiere må delegere bort. Opprette og holde kontakt med de kommunene som har innført elektroniske meldingssystem må gjøres av sykepleier. De andre yrkesgruppene har ikke tilgang å kunne utveksle informasjon med kommunene gjennom det elektroniske systemet.

For koordinator som er sykepleier følte det å opprette elektronisk kontakt med hjemkommunen til pasientene som en veldig naturlig del av arbeidet man har som koordinator. For kontaktsykepleier som ikke har koordineringsansvar føles det som om de er ”mini” koordinatore, de opplever at de må ha full oversikt over den pasienten de er kontakt for. Flere opplevde at de kunne like gjerne vært koordinator selv. Dette gjelder spesielt de pasientene der det er stort pleie behov og hyppig kontakt med hjemmesykepleien. I elektroniske meldingene skal det planlegges for eksempel permisjon, planlegge utskrivelse og planlegge utstyr som pasienten trenger i hjemmet.

Funnen i undersøkelsen min viser at de som er sykepleierkoordinator føler de har fått satt av tid til koordineringsarbeidet. De vet hva rollen går ut på og føler seg trygg og komfortabel i rollen som koordinator. Det er utarbeidet skriftlige prosedyrer om hva som er forventet av de som er koordinatore i de tverrfaglige teamene, dette gjør at sykepleiere opplever at forstår rollen som koordinator.

Sykepleiere uttalte seg slik:

Nølte og sier "kanskje, jeg tror at pasientene like gjerne henvender seg til kontaktsykepleier som til koordinator. Men, jeg tror pasientene opplever at det er koordinator som har kontroll på organisering og veien videre. Pasienten forholder seg på den måten til koordinatorene".

Ingen av sykepleierne som ble intervjuet følte noen rollekonflikt i de tverrfaglige teamene når de var koordinator. Sykepleiere som ikke er koordinator følte at hadde god oversikt over pasienten de var kontaktsykepleier for, og i de teamene der det ikke var sykepleier som var koordinator, hjalp de koordinatoren med det de fikk delegert. Det kom ikke frem direkte men, jeg følte at flere så mellom linjene at sykepleierne kunne godt ha vært koordinator i fleste teamene.

En koordineringssykepleier uttalte:

"Som koordinator føler jeg det kanskje litt andreledes enn de som bare er kontaktsykepleier, vanskelig å si. Jeg håper de føler at de så involvert som jeg vil de skal være. Likevel er det jo jeg som bestemmer møtene og som har kontakt med kommunene. Jeg har oversikt over bestemmelser og sånne "ting". Det er det praktiske som er annerledes og som jeg tar mer ansvar for. Når det gjelder målsettinger til pasienten er vi et samarbeid alle i teamet".

5.3.2 Hvem er koordinator?

Funn i denne undersøkelsen viser at det er forskjellig hvordan de enkelte har blitt koordinator. Noen har valgt å ta på seg rollen selv, mens andre igjen ble satt til å være det:

"Jeg ble valgt til å være koordinator, etter at jeg var en av flere som sa meg villig til å være det".

"Jeg har valgt å ta på meg rollen som koordinator. Jeg har vært med fra det ble startet med å ha koordinator på avdelingen".

Alle intervjuobjektene oppfatter at det er ledelsen bestemmer hvem som blir koordinator. Slik har det blitt, etter hvert som koordinator rollen har blitt godt etablert som en viktig funksjon i avdelingen. Flere har oppfattet at ledelsen sendte ut spørsmål om hvem som kunne tenke seg å være koordinator til hele det tverrfaglige teamet da koordinator rollen ble innført.

Alle har oppfattelse av at ledelsen velger hvem som skal være koordinator.

Flere opplevde at det var viktig at ledelsen avgjorde hvem som skulle være koordinator. En av informantene sier:

”Jeg tror det er ledelsen som velger ut koordinator ut fra hvem som er engasjert og interessert i oppgaven”.

Funn jeg gjorde i undersøkelsen viser at et av intervjuobjektene er veldig klar på at alle sykepleiere kan være koordinator. Hun mener det kan man klare ut fra å være sykepleier.

De andre fem intervjuobjektene hadde klare meninger om hva de opplever er viktige egenskaper hos en koordinator. En av informantene sier det slik:

”Jeg tror rollen som koordinator kler noen bedre enn andre”.

”Jeg mener man helst bør ha jobbet her noen år og jeg tror man bør ønske selv, det å være koordinator. Det er viktig at man har de egenskapene som skal til for å lede et team her på denne avdelingen”.

Andre egenskaper intervjuobjektene synes er viktig er, det å ha erfaring og det å se helhet i pasientforløp. Det er også viktig at koordinator har erfaring fra å jobbe i team, forholde seg til andre yrkesgrupper og ta ansvar i team arbeid.

Det handler om hvor strukturert man er som person og hvor mye ansvar man tar.

”Jeg mener man må kunne sette seg inn i de andre yrkesgruppernes oppgaver, og at man forstår hele kompleksiteten ved det å ha en ryggmargsskade. Det mener jeg er en absolutt fordel. Jeg mener også at man må være trygg på seg selv, det viser man med kroppsspråket. Man klarer heller ikke skjule ovenfor pasientene hvis man ikke er trygg på rollen som koordinator. Det er jo en veldig fordel at pasienten opplever en vis tiltro

til den som skal være koordinator. Jeg mener at man trenger ikke være autoritær for å være koordinator, men man må ha en viss form for kontroll”.

5.3.3 Uformelle ledere

Det tverrfaglige teamet på en rehabiliteringsenhet har ulik utdannelse og har forskjellige arbeidsfelt og ansvarsområder innad i enheten. Legene har det øverste medisinske ansvaret, men, koordinator er leder av teamet rundt pasienten.

Når det oppstår faglige uenigheter i behandlingen av pasienter var alle klar på hvordan det ble løst og hvem som hadde siste ordet.

”Hvis vi er uenig i noe kan vi ha et lite møte på ca.10 minutter før vi møter pasienten. Der kan vi gå igjennom det vi ikke er enige om og komme til en løsning. Det er viktig at vi kommer ut med samme ansikt til pasientene”.

Dette utsagnet viser hvordan man løser faglige uenigheter på avdelingen. Ett typisk eksempel på noe man kan være uenig i er når pasienten er utskrivningsklar. Noen yrkesgrupper hevder gjerne at pasientene har mer å hente på å trene på å være selvstendig i påkledning før han blir utskrevet.

En sykepleier koordinator forklarte at ved faglige uenigheter er det legene som bestemmer.

”Ved diskusjoner hører legene på oss, men det er de som tar den endelige avgjørelsen. Selv om jeg er koordinator har ikke det noe å si i denne sammenhengen”.

Flere av intervjuobjektene ville fremheve at alle får komme med meningene sine når man er faglige uenige, og at det er viktig at det er slik i tverrfaglige team.

”Legene er nå leger.. jeg tror og opplever at legene ofte har siste ordet. Så jeg føler ikke vi har helt flat struktur, der alle har like mye de skulle ha sagt. Jeg mener det er negativt for alle burde ha like stor tyngde i ett tverrfaglig samarbeid. Jeg tenker da på vurderinger og beslutninger som skal fattes ovenfor pasientene”.

Den andre som ikke er sykepleier uttalte seg også om sykepleiers autonomi over oppgavene de utfører:

”Ja, det synes jeg. Jeg kjenner veldig godt til hva som er sykepleiernes rolle og oppgaver. Men, jeg jobber sånn sett lite sammen med sykepleierne. Jeg er av og til å hjelper til med praktiske oppgaver inne på pasientrom. Jeg er aldri med i pleiesituasjoner. Når jeg ser det slik ser jeg at vi ikke jobber så veldig tverrfaglig. Når jeg hjelper pasienten med praktiske ”ting”, observerer sykepleier hvordan jeg løser dette. Vi løser ikke oppgavene sammen”.

Tre av intervjuobjektene har koordineringsansvar og føler at yrkesgruppene er likestilte i det tverrfaglige samarbeidet og at alle yrkesgruppene har like muligheter og rettigheter.

En av informantene uttrykte:

”Ja, jeg føler vi er likestilte og da spesielt i møte situasjoner. Jeg føler nok at vi er mer likestilte etter at jeg ble koordinator. Jeg vil gjerne at alle sier så mye de kan... siden det er jeg som leder møtene, vil jeg gjerne ha innspill”.

Alle tre som koordinører fremhevet at de som ledere av teamet, gjorde en innsats for at alle yrkesgruppene skulle være likestilte og ha like mye de skulle ha sagt.

Likevel fant jeg også i undersøkelsen min at ikke alle opplevde at teamet er likestilt, og at selv om sykepleier er koordinator på papiret, er det gjerne legene som er uformelle ledere i praksis.

Historisk har det vært tradisjon for at det har vært leger ved sykehusene som har ledet.

Funnen i min undersøkelse viser at selv om koordinator er leder i de tverrfaglige teamene, så har legene en viktig og fremtredende rolle i de tverrfaglige teamene. Informantene opplevde det som naturlig, og jeg antar at det er mye tradisjon som ligger bak disse opplevelsene.

”Fortsatt er det slik at legene styrer mye. Blant annet er det legene som bestemmer om det er nødvendig med pedagog med i teamet. Det sier jo veldig mye, de bestemmer jo mye. De legger opp behandlingen, og på den måten avgjør mye av våre oppgaver. De har fortsatt en ledende rolle”.

”Jeg føler det er legen som leder. Legene har det siste ordet, men koordinator styrer det praktiske rundt”.

Flere fremhever at koordinator er ordstyrer og leder møtene. Legene kommer på banen når det er noe medisinsk. I teorien skiller man mellom formelle og uformelle roller. De formelle rollene i denne undersøkelsen er beskrevet som yrker som forteller hvilke oppgaver som hører til rollen. Det kan for eksempel være at koordinator skal lede de tverrfaglige teamene på en rehabiliteringsenhet. I disse teamene, vil det lett oppstå noen uformelle roller som ikke er avtalt eller nedskrevet. De bare kommer og er der. Disse rollene er det ingen som fordeler. Intervjuobjektene i denne studien forteller at selv om koordinator på papiret er leder i teamet, er det alltid noen som har de skulle sagt enn andre. Det trenger ikke ha så mye med tittelen til personen å gjøre.

De som hadde kortest ansenitet på avdelingen og dermed ikke vært med i så mange tverrfaglige team, mente de ikke hadde opplevd noen som hadde tatt uformelle roller. En annen hadde som var kontaktsykepleier til en pasient hadde opplevd å få bedre kontakt med pasienten enn koordinator, og ble på den måten en slags leder. Det følte rart for hun hadde ikke den formelle rollen. Flere andre forteller at de opplever at legene kan lett ta litt over i kraft av sin tittel, og i spesielle situasjoner tar mer ansvar. Flere omtaler at det er i legers natur å lede, men at teamene fort blir opptatt av det medisinske i rehabiliteringen av pasientene.

De fleste som ble intervjuet synes det er bra at man avtaler på forhånd hvem som skal lede møtene, koordinatorne hadde delegerte gjerne det å lede møtene til legene hvis det var nødvendig.

”Da kan vi ha avklart det på forhånd, hvis det er ønskelig at andre skal lede møtene”.

Eksempler der den formelle koordinatoren ikke leder møter med pasienter, er det første møte pasienten har på rehabiliteringsenheten. Da synes koordinator det er naturlig at legen leder møter fordi det ofte handler om medisinske hendelsesforløpet, og hva som forventes i forhold til varighet på oppholdet. I tillegg synes koordinator det er greit at leger tar ansvar i møter med for eksempel hjemkommuner. Da oppleves det best for koordinator når det er avklart på forhånd.

6 Drøfting

Hensikten med denne studien har vært å belyse problemstillingen min, som om handler sykepleiers rolle i tverrfaglige team. I forrige kapittel presenterte jeg funnene, og i dette kapitlet vil disse funnene settes inn i en større kontekst. Jeg har valgt å fokusere på de temaene jeg identifiserte i analysen min, og som jeg mener har høyest relevans i forhold til problemstillingen. Jeg vil drøfte funnene opp mot tidligere forskning og eksisterende teori, for å besvare forskningsspørsmålene til studien min.

Først drøfter jeg hvordan det tverrfaglige samarbeidet oppleves. Deretter sykepleie som profesjon i tverrfaglige team. Til slutt drøfter jeg koordinatorrollen i tverrfaglige team, da det er en rolle sykepleiere gjerne har. Jeg presenterer også egne tanker og erfaringer, gjennom drøftingen i dette kapitlet.

I kapittel 7 vil jeg presentere en kort konklusjon og beskrive konsekvenser for praksis og behov for videre forskning.

6.1 Hvordan oppleves det tverrfaglige team?

6.1.1 Trivsel, læring og likeverdighet

Informantene i denne studien påpekte at de trivdes i tverrfaglige team som arbeider med pasienter som trenger kompleks rehabilitering. Informantene fremhevet at de synes det er en spennende måte å jobbe på, der man får råd og ideer fra andre yrkesgrupper. Sinclair, Lingard, Mohabeer (2009) antyder at medlemmene i tverrfaglige team bør bli oppmuntret til å dele kunnskap og ferdigheter, fordi det kan gjøre at team fungerer bedre, enn om hvert enkelt medlem skulle jobbet alene (Sinclair, et al., 2009, s.1200). Dette understøttes av blant annet Lauvås & Lauvås (2012) som sier at de som samarbeider i tverrfaglige team, skal bidra med sin kunnskap, og på den måten utvikle tverrfaglig kunnskap og kompetanse. Det er viktig at medlemmene i teamene ikke tviholder på sin spesialkompetanse, men deler den med de andre i teamet. Det blir også hevdet at tverrfaglige team kan stimulere til læring mellom medlemmer fra ulike profesjoner.

Informantene uttrykte at de stort sett følte seg likestilte i teamene, og at alle hadde viktige roller. Dette blir støttet av Bredland, Linge & Vik (2002) som hevder at det ikke skal være noen rangering i tverrfaglige team, det vil si at strukturen skal være flat, og at alle yrkesgruppene skal være likeverdige. Det skal ikke være noen overordnet eller underordnet i de tverrfaglige teamene, og de fremhever også at en konsekvens av likeverdighet og gjensidighet er at ingen kan rekvirere tjenester (bestemme hva andre skal gjøre og hvordan) (Bredland, et al., 2002, s.171). Videre hevder informantene i min studie at hver fagperson kan sitt eget fag best, og da kan ikke andre bestemme hvordan man skal utøve faget sitt. Dette betyr ikke at man ikke kan be andre om bistand, men at man kontakter andre som likeverdige partere uten å gi ordre. Dette sammenfaller med at opplevelsen av likeverdighet er en kvalitet som fremmer tverrfaglig samarbeid. Dette støttes av (Bredland, et al., 2002 s. 171) som hevder at i tverrfaglige team kan alle gripe inn men, alle team medlemmer med ulik kompetanse skal behandles med likeverd. Det er viktig og ikke å bli seg selv nok og sole seg i sin egen faggruppes fortrefelighet. Formell kompetanse må derfor ikke verdsettes høyere enn realkompetanse. Det er vanskelig å si på forhånd hvilken kompetanse som blir utslagsgivende for resultatet. Det er viktig at man viser at man ønsker å samarbeide og at man er åpen for løsninger. Ingen kan bestemme hva andre skal gjøre og hvordan det skal gjøres. Likeverdighet oppnås lettest dersom de med makt fordeler makt og ansvar på flere. Man gir fra seg noe, men forventer å få like mye igjen. Å sette sammen team med av ulike personer, vil kreve at samarbeidet er tuftet på likeverdighet.

Informantene i min studie fremhevet blant annet at ved å være empatisk, lærevillig, å ha gode kommunikasjonsevner og ydmyk, er viktige forhold for samarbeid i team. Det å like og jobbe i team og ha gode samhandlingsegenskaper fremstår som viktig for å fremme opplevelsen av å arbeide i tverrfaglige team. De sa videre at atferden til de som skal samarbeide må preges av gjensidig respekt og interesse, og at det er viktig å fokusere på hverandres ressurser og muligheter. Det er ikke snakk om faggruppens ressurser, men det hele teamet kan få til sammen. For at det tverrfaglige teamet skal få til dette, må blant annet medlemmene av det tverrfaglige teamet få samme informasjon for å gjøre jobben sin. Det betyr ikke at man skal dele alt pasienten betror seg til hver enkelt, men det må komme frem nok opplysninger til at teamet kan ta gode avgjørelser og velge riktig metode for arbeidet sitt. Taushetsplikten skal respekteres, og det står skrevet i Helsepersonell loven § 25:

”med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis samarbeidene personell, når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp”
(Helsepersonell loven, 1999)

Det er viktig at pasienten gjøres kjent med at det utleveres opplysninger innad i det tverrfaglige teamet.

Informantene hevdet også at høy faglig kompetanse og erfaring er noe man tilegner seg i arbeidet med pasienter som trenger kompleks rehabilitering. De begrunnet dette med at pasientgruppen er liten, og det tar derfor lang tid å opparbeide seg kompetanse og erfaring. Hansen & Lorentzen, (2014) konkluderte i sin studie at det er viktig for suksessfull rehabilitering at innsatsen er tverrfaglig med en felles målsetting.

Av egen erfaring vil jeg også fremheve at tverrfaglige team er positivt for det enkelte medlem. Oppgavene teamene skal løse blir satt i system. Når man løser pasientenes problemer i tverrfaglige team, kommer det fram nye og spennende synspunkter, og man kan lære av andre profesjoner måter å løse problemer på. For eksempel ved påkledningstrening til ryggmargsskadde pasienter, kan fysioterapeuten for eksempel se på hvordan pasienten kan øke bevegelighet i kroppen, ergoterapeuten har kunnskap om hjelpemidler, og sykepleieren har kunnskap om pasientenes begrensninger i forhold til selvstendighet og kroppslige funksjoner, som setter begrensninger i påkledningstreningen.

Informantene la videre vekt på at det å gi pasientene tydelige rammer, med faste personer i teamet de kan forholde seg til. Ved å ha et fast team, får hele teamet kjennskap til pasientens utfordringer. Det kan ha positiv betydning for samarbeidet mellom det tverrfaglige teamet og pasienten og deres pårørende. Det blir understreket i Meld. St.nr.21(1998-99), som sier at målet med tverrfaglige team er at brukeren opplever at rehabiliteringstilbudet er en sammenhengende enhet. Dette samsvarer med funnene til Schofield & Amodeo (1999), der de fremhever at tverrfaglige team er mest anvendt, og er den mest aksepterte intervensjonen innenfor helse og sosialtjenester, der man samarbeider om et helhetlig tilbud til pasientene.

Det kom frem i studien min at informantene opplevde at det tverrfaglige teamet må like å være fleksible og ha den enkelte pasient i sentrum. Tverrfaglige team har behov for ulik

kompetanse for å få bred samordnet vurdering. Medlemmene av teamet må ha samarbeidskompetanse og kompetanse i å vurdere helhet, sammenheng og dynamikk. Meld. St nr.21(1998-99) sier, at dersom pasientene skal få et helhetlig tilbud, må samarbeid være avgjørende. Det er viktig at de ulike medlemmene av teamene kan leve side om side og likevel ha nytte av hverandre (Bredeland et al, 2002).

Bredeland, et al, (2002 s.172) hevder at det er en betingelse for tverrfaglighet, ved at man er åpen for alles synspunkter. Det handler om å få frem nyanser i helheten og undersøke saken fra flere vinkler, for å få et mest nyansert bilde. I tverrfaglig samarbeid forventer man at andre mener eller forstår noe på en annen måte enn man gjør selv.

6.1.2 Tverrfaglighet eller særfaglighet?

Et sentralt funn i studien min var at det ble satt spørsmåltegn med hvor stor grad arbeidsoppgavene ble gjort tverrfaglig. En informant opplevde at arbeidsoppgavene ble utført av en yrkesgruppe, og at de andre yrkesgruppene «bare» observerte når hun utførte oppgavene. Dermed opplevde informanten at graden av særfaglighet var ganske stor. Oppgavene som det tverrfaglige team skal løse er ofte sammensatte, og hvert medlem i teamet ser saken fra sin synsvinkel, og legger frem sin tolkning. Samarbeid innen ulike fagområder er krevende, og det krever kompetanse blant medlemmene, både på å være åpen for andres meninger, å ha evnen til å se en sak fra flere sider og føle en forpliktelse for det tverrfaglige teamets resultater.

Glendinning (2003), Mann mfl, (2004) har identifisert ulike hindringer som skaper vanskeligheter for samarbeidet i tverrfaglig profesjonelt samarbeid, som revir tankegangen (fra Willumsen, 2009). For å få i stand et tverrfaglig samarbeid må medlemmene i tverrfaglige team, klare å se utover sine egne interesser, og til og med å være villig til å gi opp deler av sitt profesjonelle revir under visse omstendigheter. En slik vilje til å ivareta allmenhetens beste og ikke slåss for sine egne interesser, kalles altruisme. Krebs & Miller (1985) fremhever at det innebærer en tankegang som er mottatt av revir tankegangen og at det kan ta lang tid å utvikle altruisme i tverrfaglige team (siteret i Willumsen, 2009, s. 109). Katzenbach & Smith (1993) hevder at åpen kommunikasjon gjennom et trygt og avslappet miljø, er viktig for teamarbeid. Gjennom kommunikasjon skapes det mening og felles virkelighet. Det bidrar også til å fremme de mellommenneskelige relasjonene i teamet (Lauvås & Lauvås, 2012). God

kommunikasjon og respekt er begreper informantene mener er viktig for å oppnå gode tverrfaglige team.

Det fordres til økt og mer utstrakt bruk av tverrfaglig samarbeid i samfunnet. Noe som medfører et behov for kunnskapsheving innenfor fagfeltet som omhandler tverrfaglig samarbeid og hva som fremmer denne måten å arbeide på (Schofield & Amodeo, 1999) og (Kalvenes et al., 2016). Det er en modningsprosess å utvikle et tverrfaglig team, og det tar tid å lære seg og akseptere ulikheter mellom profesjonene som en ressurs. Kalvenes et al., (2016) gjorde en tverrfaglig studie der studenter jobbet tverrfaglig under praksis. De fremhevet at studentene opplevde en felles forpliktelse når de hadde ansvar sammen. De konkluderte med at praksis under studiene var et velegnet sted å lære tverrfaglig samarbeid. Studentene utviklet positive holdninger til tverrfaglig samarbeid, og samtidig styrket de sin egen fagidentitet. Dette vil de ta med seg inn i sine fremtidige yrker.

Willumsen (2009) mener at tverrfaglig samarbeid kan sammenlignes med et symfoniorkester. I et symfoniorkester har hvert instrument sin særegne tone og sin egen kvalitet. De ulike instrumentenes bidrag i orkesteret skal integreres og til sammen bli en symfoni. Tilsvarende skal de ulike yrkesgruppenes bidrag integreres i en helhetlig tjeneste, sammen med brukernes bidrag. Dette illustrerer viktigheten av at bidragene er forskjellig, samtidig som hensikten er at de ulike delene skal henge sammen. Tverrfaglige samarbeid blir ofte omtalt nærmest som noe utopisk og umulig. Dette fordi et slikt arbeidsmiljø skal både være likeverdig, dynamisk og kreativt, og samtidig bygge på ulikheter. For å få slike tverrfaglige team til å fungere, er det viktig at man er bevisst denne arbeidsformen og at diskusjoner rundt verdigrunnlag og oppgaver må gjentas igjen og igjen. Jantsch (1972) beskrev av tverrfaglige samarbeid med første og annen orden. Han beskrev at tverrfaglig samarbeid av første orden er sammenfallende med begrepet tverrfaglighet, som sier at resultater oppnås ved «*truly interactive effort and contributions from the disciplines involved*». Han hevder videre at i tverrfaglige team, som er sammensatt av forskjellige profesjoner innenfor for eksempel kompleks rehabilitering, er tverrfaglighet av annen orden vanskelig å oppnå, fordi det kreves total underkastelse (sitert i Lauvås & Lauvås, 2012 s.49).

6.3 Sykepleie som profesjon i det tverrfaglige teamet

Informantene i denne studien oppfattet at sykepleiers ansvar er å gi pleie, omsorgsfull hjelp, behandling, og at det er en del av det sykepleierprofesjonen utfører i tverrfaglige team. Dette står i samsvar med de terapeutiske rollene som Kirkevold (2010) beskriver: en fortolkende rolle, en trøstende rolle, en rolle som bevarer og beskytter kroppslige funksjoner, og en integrerende rolle som hjelper pasienten til å lære nye funksjoner for å mestre dagliglivet. Sykepleiere har egen selvstendig terapeutisk rolle som har betydning for resultatet av et rehabiliteringsforløp (Kirkevold 2010, s. 28). Dette samsvarer også med studien til Allen (2014) som viser at sykepleiere først og fremst identifiserer seg pleiefunksjon de har til pasientene.

Med utgangspunkt i Torgersens definisjon av profesjon fra 1972, kan en si at en profesjon er når en bestemt langvarig utdanning erverves av personer, som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker, og som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen (fra Lauvås & Lauvås, 2004, s.89). Dette samsvarer med det informantene oppfatter av tittelen sin i tverrfaglige team. Sykepleierne oppfatter at de har autonomi over oppgaver de har i de tverrfaglige teamene, og at sykepleiere er en viktig profesjon i tverrfaglige team. Sykepleiere som jobber på en rehabiliteringsenhet og i tverrfaglige team har oppgaver, ansvar og roller tilknyttet rollen sin som sykepleier (Norsk Sykepleierforbund, 2010).

Jeg vil likevel fremheve at sykepleiere har en opplevelse av å være en **ansvarsfull potet**, og å være over alt. Mine funn viser at sykepleiere har det overordnede blikket og ser til at ting blir gjort. Også informanter fra andre yrkesgrupper opplever å kjenne sykepleiers autonomi og oppgaver i det tverrfaglige teamet. Det er «ting» bare sykepleiere gjør, men likevel må sykepleiere nødvendigvis gjøre forskjellige ting, fordi de er der hele døgnet.

Jeg vil derfor drøfte om den juridiksjonelle konflikten påvirker likestilthet medlemmene i tverrfaglige team ut fra Abbott (1988) sin profesjonsteori. Abbott (1988) bruker begrepet juridiksjon, om en profesjons kontroll over ett myndighetsområde (Abbott, 1988).

Arbeidsdeling opptrer på arbeidsplasser der profesjoner baserer seg på hjelp fra hverandre, som i tverrfaglige team der man skal samarbeide om ulike oppgaver. Alle i teamet er

avhengig av hverandre og må samarbeide for å løse de utfordringene de står ovenfor. Det kom frem i undersøkelsen at både sykepleiere og de andre yrkesgruppene, opplever at sykepleiere har autonomi over arbeidsoppgavene de har i det tverrfaglige teamet, men at det er arbeidsoppgaver som bare sykepleiere gjør, som for eksempel stell, pleie og gjøre diverse observasjoner. Funnene viser at sykepleierne opplevde ett press fra de andre i teamet om å utføre andre oppgaver, som i utgangspunktet blir utført av andre profesjoner. ”Ting må jo gjøres”. Håndskinner må for eksempel på hendene til pasientene om natten, selv om ergoterapeuten ikke jobber på natten. Pasientene må kunne ha forflytningstrening sammen med sykepleiere, selv om fysioterapeutene ikke er tilstede.

Funnene i denne studien viser at sykepleierne opplever det slik, og at det er viktig med god kommunikasjon og samarbeid. På den måten kan det bli besluttet gode løsninger sammen i det tverrfaglige teamet, og det blir avklart hvem som skal gjøre hva. Sykepleiere opplever at de er en ansvarsfull potet, som gjør alt mulig. Når rollen som ansvarsfull potet blir diskutert i felleskap i det tverrfaglige teamet, kaller Abbott (1988) det for rådgivning. Rådgivning er en av seks måter en kan bruke for å finne en løsning, dersom det oppstår uenigheter om et myndighetsområde. Det blir på den måten klarhet i hva sykepleier rollen innebærer i tverrfaglige team.

Informantene i denne studien opplever at sykepleierne kjenner pasienten best, og at sykepleiere gjør mange ”ting” med pasienten som er privat. Sykepleiere er til stede hele døgnet, noe som åpner for tid til gode samtaler med pasientene og pårørende. Funnene viser at sykepleiere opplevde å ha ansvar for å samhandle og koordinere tjenestetilbudene til pasientene, og at det har betydning å ha nærhet, tillit, trygghet og tid. Det å ha god kjennskap til pasientenes utfordringer, gjør at det tverrfaglige teamet kan samarbeide godt, og den komplekse rehabiliteringen blir vellykket. Sykepleierne er en viktig del av dette samarbeidet. Hansen & Lorentzen (2014) hevder at sykepleiere er en nøkkelperson i forhold til tilrettelegging av rehabiliteringsforløp til pasienter med nevrorehabilitering, på grunn av oversikt og nærhet til pasientene.

Kvaliteten på helsetjenestene til pasientene vil ofte være avhengig av hvor godt samspillet er mellom de forskjellige helsetjenestene (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Den amerikanske studien til Bridges et al., (2011) viser at for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid, er det viktig å begynne i grunnutdanningen til de forskjellige profesjonene. Studien deres viser at

studenter forstår sin egen profesjonsrolle og andre profesjonsroller, ved å lære tverrfaglighet. De fremhevet at det er viktig at det blir utviklet et felles rammeverk for tverrfaglig læring i utdanningene, og at dette vil bidra til at hver profesjon forstå sin egen og andres rolle i tverrfaglige team bedre. Nilsen et al., (2015, s.63) fremhever gjennom sin studie at det er viktig at fremtidens sykepleiere lærer å samarbeide med andre yrkesgrupper, og at dette må gjøres gjennom blant annet praktisk samspill gjennom tverrfaglige grupper i utdanningene.

Funnene mine viser også at informantene opplever at det er tydelige arbeidsoppgaver og naturlig arbeidsfordeling i det tverrfaglige teamet. Jeg antar at det ligger mye tradisjon bak disse opplevelsene. Det kom frem at de opplever at legene ofte leder de tverrfaglige teamene i avdelingen. Tradisjonelt har de ulike yrkesgruppene knyttet til den medisinske profesjon vært underordnet legene. Fra 1960 tallet fikk sykepleierfaget en stadig tyngre teoridel. Dette ble gjort for å styrke faget og for å oppnå status som en egen profesjon. Dette er i tråd med Erichsen (1996) som identifiserer tre faser i den historiske utviklingen av helseprofesjonene i velferdsstaten. Etablering, vekst og konsolidering forteller at lege yrket er gammelt, og at det har vært tradisjon for at legene er overordnet som faggruppe i helsevesenet. Fra 1960-årene ble sykepleieryrket mer teoretisk og yrket fikk egen autonomi, med blant offentlige godkjenninger. Fra tidlig 80-tallet, skaptet det nye betingelser for forholdet mellom profesjonene og tverrfaglighet (Erichsen 1996, s 39-43). Fra myndighetene sin side ble man mer opptatt av å få til bedre samarbeid i helsetjenestene, som for eksempel med (Meld.St.21 og Meld St.47). Dette er i tråd med det Bredeland (et al., 2002) hevder om at forholdet mellom yrkesgruppene har forandret seg, og at tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid i helsetjenesten, som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Personalet som jobber med rehabilitering, må være interessert i tverrfaglig samarbeid, og ha tro på at andre har noe å tilføre helheten. Arbeidsformen krever at man har ansvar for sitt eget fagområde og er villig til å gi av kunnskapen sin til andre (ibid., s. 221). Dette viser at forholdet mellom yrkesgrupper i helsetjenesten har forandre seg. Sykepleierrollen har også utviklet seg. I dag skal NSF ivareta sykepleieres interesser og rettigheter. De arbeider for sykepleierfaget og har i dag 34 faggrupper. Faggruppene skal bidra til å fremme fag og helsepolitikk, og er med på å utvikle sykepleie som profesjon.

Hansen & Lorentzen (2014) hevder at sykepleieres profesjonelle stolthet kanskje ikke er like stor som terapeuters, fordi sykepleiere gjør en masse ting som man ikke kan beskrives. Terapeutene derimot er flinke til å beskrive hva de er gode til. Studiet til Kalvenes (et al.,

2016, s. 65) viser at det er viktig at de ulike helseprofesjonene lærer å samarbeide med hverandre under utdanningene. Dette fordi de da opplevde en felles forpliktelse til å bidra i det tverrfaglige samarbeidet. På den måten får studentene innsikt i hverandres kompetanse, de utviklet positive holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid, og det styrket dere egen fagidentitet. En kan anta at når en får erfaring med tverrfaglig samarbeid under studiene, vil det bli en naturlig måte å jobbe på i fremtiden. Dette blir også støttet av den amerikanske studien til Bridges (et al., 2004) som hevder at det er viktig at studenter lærer tverrfaglig samarbeid under utdanningene.

6. 4 Koordinator i tverrfaglige team

Funnene mine viste at informantene som hadde koordinatoransvar, oppfattet rollen som koordinator slik den er beskrevet i lov og forskriftene. Forskriftene beskriver koordinatoren som en rolle som helsepersonell har for pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.), lovdata og Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012).

Informantene i denne studien uttrykte at de skulle ha den overordnede oversikt over rehabiliteringsprosessen til den enkelte pasient, lede møter i teamet og holde kontakt med kommunen til pasienten. På den måten vil pasienten få bedre og lettere oversikt over den komplekse rehabiliteringen han/hun gjennomfører. Som det kommer frem i Bredeland (et al., 2002) skal det ikke være noen overordnet eller underordnet leder i tverrfaglige team, men pasienten skal ha en hovedkontakt som deltar i teamet. Denne personen skal ha et koordineringsansvar, og kan gjerne være møteleder, men må aldri gis et faglig overordnet ansvar i teamet.

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient. Hun skal sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold, og ovenfor andre tjenesteytere, og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan (ibid.).

Gjennom min studie kom det også frem at informantene opplever rehabilitering som en prosess som strekker seg over en viss periode. Informantene ønsker at pasientene og deres

pårørende skal oppleve at det er ett team rundt dem. Teamet skal hjelpe pasientene med å nå målene om best mulig funksjon. Dette er i tråd med Meld St. 21, som beskriver at rehabilitering er tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel. Videre sier den at flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til pasientene, for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltaking sosialt i samfunnet.

Informantene i studien oppfattet videre at de som er koordinatorene har ansvar for at de hjelper den enkelte pasienten i denne prosessen. De opplevde at pasientene som trenger kompleks rehabilitering, er i stor krise og ofte trenger hjelp til å koordinere og planlegge rehabiliteringsprosessen, slik at de oppnår best mulig funksjons-mestring, selvstendighet og deltaking i samfunnet. Dette krevde at pasienten har tiltro til den som er koordinator. Jeg vil hevde at en av hovedarbeidsoppgavene til koordinator er å gi pasientene og deres pårørende oversikt over rehabiliteringsprosessen. Det er viktig med dialog med pasienten, innad i de tverrfaglige teamene, og ut til kommunene.

Dette er i tråd med Meld St. nr. 47, som vektlegger rehabilitering som et satsingsområde i Norge. Det er derfor viktig med koordinator i tverrfaglige team, som kan hjelpe pasienten i denne komplekse prosessen. Det er viktig at ledelsen i de forskjellige rehabiliteringsenhetene satser på, og utvikler rollen som koordinator, da dette er en krevende rolle. Det er viktig med god opplæring og at koordinator blir tatt vare på av sine overordnede, og at resten av det tverrfaglige teamet tar sin del av ansvaret av samarbeidet i teamet.

Informantene i denne studien opplevde at det var knyttet forventninger til rollen som koordinator. Det var utarbeidet et sett med formelle regler om hva det innebærer å være koordinator på rehabiliteringsenheten. Rollen gjelder både i forhold til pasienter og til andre ansatte i organisasjonen (Repstad, 1983). Rolle er en sosial posisjon som individet er i, og som det knytter seg et sett av forholdsvis stabile normer og forventninger til, eller om man vil, visse formelle og uformelle regler om hvordan man skal oppføre seg (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66). Dette kom tydelig frem hos informantene, som tydelig kunne definere rollen sin som koordinator ved å vise til formelle regler om hvilke oppgaver koordinatoren har i tverrfaglige team. Det er viktig at det er satt av tid til koordineringsarbeid og at det er utarbeidet prosedyrer om hva som er forventet av koordinator, slik at informantene opplevde at rollen er tydelig. Funnene mine viser at koordinatoren er den som skal ha oversikt og styre det praktiske rundt pasientene. Videre at hun også skal planlegge møter, lede møtene og

skrive referat etter møtene. Koordinatoren skal også være kontakt person ut til pasientenes hjemkommuner. Koordinatoren bør ha god erfaring fra arbeid med kompleks rehabilitering, før man blir koordinator og at den ansatte ønsker det selv. Informantene opplevde at sykepleier har stor oversikt over rehabiliteringsprosessen til pasientene, og fremhevet at sykepleiere er en ansvarsfull potet som kjenner pasienten best. Det er også bare sykepleiere og leger som kan kontakte kommunene elektronisk, som er en viktig del av koordinator rollen. Dette må koordinatorene med annen yrkes bakgrunn delegere til sykepleiere.

Funnene mine viser at selv om koordinator har en formell rolle i tverrfaglige team med stillingsbeskrivelse av funksjonen sin, opplever informantene at uformelle normer danner et grunnlag for hvordan rollen blir oppfattet og utøvd. Flere av informantene uttrykte for eksempel at selv om de er leder av teamet, så er det likevel legen som bestemmer når alt kom til alt. Koordinator opplever også at legen leder møter i rehabiliteringsprosessen. Dette kan for eksempel være det første møte pasienten har på avdelingen, og møter som hele det tverrfaglige teamet har med hjemkommunen til pasienten.

En skiller mellom typer roller ved å si at formelle roller er forventinger knyttet til den stilling, eller formelle posisjon, stillingsinstruksen en person har (Sjøvold, 2006, s. 101). Uformelle roller er den sosiale funksjonen personen fyller i den spesielle gruppen. Det vil si de reelle samhandlingene som oppstår innad i en gruppe. Videre sier (ibid.) at enkeltpersoner får eller tar av ulike grunner roller i grupper eller team på grunn av gruppens normer og forventninger. Informantene i undersøkelsen fant det helt naturlig at legene leder noen av møtene pasientene har med det tverrfaglige teamet. Dette fordi det tradisjonelt har vært slik, og medlemmene i teamet fant dette helt naturlig. Sjøvold (2006) hevder at normer former gruppens struktur ved å regulere samspillet mellom rollene enkeltpersoner tar i gruppen. Normer definerer både hva som er ”normalt” og hva medlemmene ”bør” gjøre. De forteller oss hvordan vi bør oppføre oss, og hvordan vi ikke bør oppføre oss i teamene. Normer er legitimert i gruppens verdigrunnlag og vil være mer eller mindre bevisste. Den viktigste funksjonen normene tjener er å gjøre gruppen i stand til å svare på omgivelsenes krav med samlet koordinert innsats. Alle medlemmene i teamet vet hva som forventes og ”bør” gjøres i en gitt situasjon.

6.4.1 "Rollen som koordinator kler noen bedre enn andre"

I undersøkelsen min opplevde informantene at legene tar mye lederansvar til tross for at det er innført tverrfaglige team, der andre enn legene er koordinator. Det er tradisjon for at leder av tverrfaglig team, er legen på avdelingen. Dette er holdninger som både pasienter og medlemmene av det tverrfaglige teamet bærer med seg. Informantene opplevde at det er naturlig at legene bestemmer mer. Det antar jeg er på grunn av tradisjon og respekt for formell kompetanse. Som en informant uttrykte:

"Ved diskusjoner hører legene på oss, men det er legene som tar den endelige avgjørelsen. Selv om jeg er koordinator har ikke det noe å si i denne sammenheng".

I (Forskrift for Habilitering og rehabilitering, 2011 § 22) står det blant annet at koordinator bør være lege, men at annet helsepersonell kan være koordinator når det anses som hensiktsmessig og forsvarlig. Bredeland et al., (2002) sier at personene med koordineringsansvar må aldri gis et faglig overordnet ansvar i teamet.

Studien min viser at vi har en tendens til å rangere og verdsette folk ut fra visse kriterier, og dermed gjøre dem til ledere. Formell kompetanse verdsettes som regel høyere en real kompetanse. Bredeland et al., (2002) hevder at makttrappen i tverrfaglige team må bort. Å gi fra seg makt er lettere enn det å ta makt fra noen. Informantene understreket også at den som er koordinator bør tildeles denne rollen fra ledelsen. Ledelsesforankring av koordinatorrollen gir legitimitet til koordinator og det er dermed med å redusere "makttrappen", og gjør koordinatorne til den virkelige leder av de tverrfaglige teamene (ibid.).

Alle som arbeider i team stiller forventninger til hverandres roller. En sykepleier som er koordinator i tverrfaglige team vil møte forventninger fra egen profesjon, fra de andre yrkesgruppene, og fra pasienten og deres pårørende. Forventningene som koordinatoren utsettes for, vil bli gjort til en del av sykepleiernes egne forventninger, men ikke alltid. Det avhenger blant annet i hvor stor grad forventningene samsvarer med egen rolleoppfatning. Til tross for at sykepleier har en viss frihet i utformingen av sin rolle i team, vil forventningene danne et press til å utføre rollen i samsvar med ytre forventninger, som samarbeidspartnere retter mot rolleinnhaveren i følge Rommetveit (1953) (fra Lauvås & Lauvås, 2012, s. 67).

Informantene i denne studien uttrykte at alle sykepleiere kan være koordinator, men at rollen som koordinator "kler" noen bedre enn andre. Det ble fremhevet at det er viktig at den som er koordinator må ville det selv, og at man må handle strukturert og ta ansvar.

Belbin (1993) forsket på teamstrukturer. Hun sa at i tillegg til de funksjonelle rollene som bør være i tverrfaglige team, bør deltakerne kunne fylle spesifikke teamroller. Teamroller er vi mer eller mindre bevisste og de bestemmes først og fremst ut fra vår medfødte personlighet, våre evner og vår lærte atferd. Beldin (1990,1993) hevder at det i et team er behov for flere forskjellige egenskaper, og hvis alle disse er representert i teamet vil det fungere bedre. Dette sammenfaller med det som kom fra i min undersøkelse, hvor det også var stor enighet i å være koordinator ikke var for alle sykepleiere. Det ble også fremhevet at man må utvise en vis tiltro og vise at man har full oversikt over rehabiliteringsfasen til pasientene (fra Lauvås & Lauvås, 2012, s. 218-226).

Belbin (1993) omtaler alt åtte roller som skal ivareta de funksjonene som må være tilstede i team. Det er usannsynlig at man arbeider i et team der åtte personer passer perfekt til hver av rollene. En av rollene Belbin (1993) omtaler er koordinatorrollen. Hvis sykepleier skal ha koordinator rollen, må hun få de andre i teamet med. Hun må være pådriveren. Hun bør være disiplinert, behersket og opptre med en viss autoritet. Sykepleieren som koordinator må sørge for fremdrift i arbeidet og at målene blir nådd. Koordinatoren bør ha en selvsikkerhet, ro og kommuniserer godt med andre. Det kom frem i undersøkelsen min at sykepleiere ofte hadde en slik rolle, der de har oversikt og sørget for fremdrift i teamene. Dette blir støttet av Ruud og Heggdal (2013) som hevder at sykepleiere opplever at de har en knutepunktfunksjon i det tverrfaglige teamet. Knutepunktfunksjonen innebærer å ha ansvar for å være oppdatert og informert om pasientens situasjon, og hva alle faggruppene jobber med i relasjon til pasienten. Sykepleiere begrunner knutepunktfunksjonen med sin fagspesifikke kompetanse og dels i det faktum at de er tilstede 24 timer i døgnet. Det krever en høy grad av kompetanse og tilstedeværelse fra sykepleiernes side å være koordinator for rehabiliterings pasienter, som forholder seg til tverrfaglige team.

7 Konklusjon

Studien viser at informantene i de tverrfaglige teamene opplever trivsel, læring og likeverdighet som viktige faktorer. Videre kom det frem at oppgavene det tverrfaglige teamet skal løse, krever en balansering mellom selvstendighet og støtte fra de andre teammedlemmene. Hvis teamene klarer å formulere gode mål for pasientene, bidrar det til at teammedlemmene drar i samme retning og teamene oppleves som effektive.

Informantene vektla også det å være empatisk, lærevillig, å ha gode kommunikasjonsevner og være ydmyk er viktige forhold for samarbeid i tverrfaglige team. Når team medlemmene har god kommunikasjon gir det gode rehabiliteringsprosesser for pasientene.. Tverrfaglige team er en god arbeidsmetode og, dersom medlemmene av teamet jobber mot samme mål.

Studien viser videre at sykepleiere har en sentral rolle i tverrfaglige team, særlig når det gjelder å gi pleie, omsorg og behandling til pasientene. Sykepleiere opplever at de har autonomi over arbeidsoppgavene sine. Likevel opplever sykepleiere press fra andre medlemmer av det tverrfaglige teamet. Sykepleiere er kontinuerlig i avdelingen som en naturlig kontaktperson for pasienten og deres pårørende. De blir derfor oppfattet som nøkkelpersoner i tverrfaglige team.

I det tverrfaglige teamet er koordinering av rehabiliteringsprosessen til pasientene en rolle sykepleiere gjerne har.. De opplever å ha en formell leder oppgave i teamet. Koordinator skal lede og organisere rehabiliteringsprosessen til pasientene,

Det kom frem i studien at legene ofte tar på seg å lede det tverrfaglige teamet, selv om de ikke har koordinatorer ansvar. Dette blir av de andre i teamet oppfattet som naturlig, og er nok dette ofte tuftet på tradisjon og historie.. Det ble påpekt at det ”kler” noen bedre enn andre å ha koordinator rollen.

7.1 Konsekvenser for praksis og videre forskning

I denne studien har jeg prøvd å få frem at tverrfaglig samarbeid er viktig og et satsingsområde innenfor norsk helsepolitikk. Stadig flere får behov for kompleks rehabilitering og dermed øker behovet for samarbeid i tverrfaglige team. Ulike profesjoner må samarbeide og er avhengig av hverandre. Studien min og teori sier at sykepleiers rolle i tverrfaglige team oppleves som viktig. Sykepleiere har et betydningsfullt ansvar for koordinering rundt pasienten, og det er viktig at ledelsen er positiv og forankrer denne rollen i avdelingen. Det var formelle retningslinjer for hvordan rollen skal fylles, på avdelingen jeg har undersøkt. Jeg vil oppfordre andre avdelinger og institusjoner til å utarbeide slike retningslinjer. Informantene opplever at koordinatorrollen er i samsvar med den forskrift og lover sier den skal være.

Jeg håper med denne oppgaven å rette fokus på tverrfaglige samarbeid og da spesielt sykepleiers rolle i teamene og inspirere til mer forskning på området. Dette fordi jeg tror at gode tverrfaglige team har stor betydning både for de ansatte i teamene og for pasientene. Funnene viser at det er viktig at sykepleiers rolle blir diskutert og avklart. For at en skal oppnå dette bør en ha fokus på tverrfaglig samarbeid allerede under utdanningene til fremtidige medlemmer av tverrfaglige team. Man kan da oppnå at medlemmene får innsikt i hverandres kompetanse, utvikler positive holdninger til tverrfaglig samarbeid og styrker egen fagidentitet.

Det er også viktig at rollen som koordinator blir studert videre. Dette for å utvikle de tverrfaglige teamene og for at utviklingen i helsevesenet ikke blir for farget av tradisjon og historie.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The system of Professions. An Essay on the Division of Labour*. Chicago. The University of Chicago Press, Chicago.
- Andersen, S.S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Fagbokforlaget 2 utgave, 1 opplag.
- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: from individual to organizational relationships. *Social Sciens & Medicine*, 2014 (119), 131-138.
- Begun, J.W., White, K.R., & Mosser, G. (2011). Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator. *Journal of interprofessional Care*, (2011, 25), 119-123
- Brataas, H., V. & Haugan, N. (2009). Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet I ny sykehusavdeling. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2009(nr. 2, 5. årgang) s. 30-45
- Bridges, D. R., Davidson, R.A., Odegard, P.S., Maki. I. V., & Tomkowiak, J. (2011) *Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education*. Medical Education Online
- Bredland, E.L., Linge, O.A., & Vik, K. (2002) *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) Forskrift om rehabilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Erichsen, V (red). (1996) *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitikk tradisjon*. Oslo: Tano Aschehoug forlag
- Glavin, K., & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: kommuneforlaget.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. (24.), 105-112.

Hansen, T.S., & Lorentzen, V. (2014). Sygeplejerskens rolle i neurorehabilitering. *Sygeplejersken* 9.2014, 70-75

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell. Hentete fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsedirektoratet (2013) *habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2013*. rapport IS- 2334. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/962/Habilitering%20og%20rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202013.pdf>

Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*.4.utgave. Bergen: fagbokforlaget.

Janbu, T.(2007) *Rehabilitering- fra plan til handling* (127:1975) tidsskrift for Den norske legeforening(nr.15, 2007). Hentet fra
<http://tidsskriftet.no/article/1566103/http://tidsskriftet.no/article/1566103/>

Kalvenes, M., Storlid, H., Hjelle, K., & Tuven, K. (2016) Tverrfagleg praksis gjev auka innsikt. *Sykepleien* (nr.3),62-65.

Kirkevold, M.(2010). The Role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors. *Advances in Nursing Science*, 2010 (vol.33 No 1), E27-E40.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utgave, 2.opplag 2010

Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid-perspektiv og strategi*.(2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

- Long, A.F., Kneafsey, R., Ryan, J., & Berry, J.(2002) The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing* (2002)37(1).
- Nilsen, S.R., Gjellebæk, C., Brynhildsen, S., Tjøstolvsen, I., & Johansen, S.G. (2015) Studenter trenger å lære organisering. *Sykepleien*,(nr.11), 60-63.
- NHO service. (2015) *Hvor mange har behov for spesialisert rehabilitering?* Oslo, Næringslivets Hovedorganisasjon. Hentet fra <http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Publikasjoner/Rehabilitering%20landsdekkende%20behov%202015%20RI-konferansen.pdf>
- Noer, S.M.L. (2015, 05.08). Hallvard Flatland tilbake til Sunnas sykehus-med TV-kameraer. *Tv2. Underholdning*. Hentet fra <http://www.tv2.no/a/7221536>
- Norsk Sykepleierforbund. (2010). NSF's faggruppe for sykepleiere i rehabilitering. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/775717/NSF-RH_brosjyre_blue_101011.pdf
- NOU 1997: 2 (1997) *Pasienten først! — Ledelse og organisering i sykehus* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*.Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 13 (2011-2012). (2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/?ch=1&q=>
- Meld. St. 21(1998-1999). (1998) *Ansvar og meistring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-21-1998-99-/id431037>
- Meld. St. 25 (2005-2006).(2006) *Mestring, muligheter og mening*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013) *Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St.47 (2008-2009). (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Mintzberg, H (1983). *Structure in Fives. Designing effective organizations*. Prentice-Hall Inc, New Jersey.
- Molander, A & Terum, L.I (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget
- Orvik, A.(2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Regjeringen Stoltenberg II, Statsministerens kontor, Soria Moria-erklæringen (2005 s.40)
Hentet fra http://www.regjeringen.no/globalassets7upload/smk/vedlegg/2005/regjeringsplattform_soriamoria.pdf
- Repstad, Pål (red.) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, M.B., & Heggdal, K. (2013) Sykepleie- en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. *Klinisk sykepleje*, 27(3), 31-41.
- Personopplysningsloven (2001) Lov om behandling av personopplysninger Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Proba samfunnsanalyse. (2012) *Behovet for og lønnsomhet av rehabilitering av synshemmede*. Utarbeidet for blindeforbundet. Rapport 2012-05. Hentet fra <http://proba.no/app/uploads/sites/17/rapport-2012-05-rehabilitering-av-synshemmede.pdf>

- Pryor, J., & Smith, C. (2002) A framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, (2002) 39(3) 249-257
- Schofield, R.F., Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human service settings: Are they effective? *Nasional Association of Sosial workers*. (vol 24 nr 3) 210-219
- Sinclair, L.B., Lingard, L.A., Mohabeer, R.N. (2009). What's So Great About Rehabilitation Teams? An Ethnographic Study of Interprofessional Collaboration in a Rehabilitation Unit. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (2009 Vol90 July) 1196-1201
- Sjøvold, E. (2006) *Teamet. utvikling, effektivitet og endring i grupper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001) Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Vigmostad & Bjørke A/S: Fagbokforlaget. 4.utg.
- Walters, K.R., & Luker, K.A. (1996) Staff perspective on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. *Journal of clinical nursing* Vol.5(2), 105-114
- World Health Organization, (2016) *Classification*. Hentet fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- World Health Organization, (2010) *Framework for Action on interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva, Switzerland.: WHO press. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Intervjuguide

Jeg begynner med en kort presentasjon og informasjon om studiet før oppstart av intervjuet. Jeg vil beskrive temaet og formålet for denne oppgaven. Videre vil jeg gjenta tidligere gitt informasjon om frivillighet, taushetsplikt og anonymitet og om metoder for innhenting, oppbevaring og bearbeiding av data som blir produsert under intervjuet. Jeg vil spørre om noe er uklart og respondenten har noen spørsmål.

Innledende spørsmål:

Jeg vil ta utgangspunkt i deltakerens erfaring med temaet.

- Hvilken utdanning har du?
- Hvor lenge har du jobbet ved enheten?
- Har du erfaring med tverrfaglige team fra før?

Tverrfaglig samarbeid

- Liker du å jobbe i tverrfaglig team?
- Hvordan er teamet organisert?
- Hvilke yrkesgrupper deltar på målmøtene til pasientene?
- Hvilken kjennskap har du til de andre profesjonenes kompetanse?
- Hva er dine arbeids-/ ansvarsoppgaver i teamet?
- Hvilke betydning tror du det tverrfaglige teamet har for arbeidet med ryggmargsskadde pasienter?
- Hvilke faktorer mener du kan styrke det tverrfaglige samarbeidet?
- Hva legger du i begrepet tverrfaglig team?
- Kan du gi noen eksempler der det tverrfaglige teamet har fungert godt?
- Hva mener du er den største utfordringen knyttet til det tverrfaglige samarbeidet? Har du noen eksempler der dette har vært vanskelig?
- På hvilken måte er tverrfaglig samarbeid et teama i det daglige arbeidet?
- Hva er de viktigste kriteriene for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere?

- Opplever du at alle yrkesgrupper er likestilt i enheten? Hvordan kommer dette til uttrykk?
- I hvilke grad tror du de enkelte profesjonene kjenner til hverandres kompetanse og metodiske tilnærminger?
- Hvordan forholder enheten seg til faglig uenighet?
- Hvilke råd vil du gi til andre som ønsker å starte tverrfaglige enheter?

Profesjon - sykepleier rollen:

- Hvordan opplever du sykepleierens rolle?
- Hvordan tror du sykepleiere opplever rollen sin?
- Å ha en profesjon betyr blant annet å ha autonomi over arbeidsoppgavene profesjonen utfører. Føler du at sykepleierne har det i tverrfaglige team?
- Historisk er det legene som har ledet på sykehus, hvordan er det tradisjonelt i de tverrfaglige teamene? Hva tenker du om det?
- Hvem leder de tverrfaglige teamene rundt pasienten?
- Uformelle roller. Hvem tar hvilke roller? Er det personavhengig eller er det profesjonsavhengig?
- Hvilke yrkes gruppe "kjenner" pasienten best? Har du noen tanker rundt dette?
- Identitet til profesjon, hvordan synes du det påvirker oppgaven som skal løses? mer å si enn oppgaven som skal løses?
- Er profesjonsstatus til hinder for oppgaven?
- Hvem tar ansvar for at alle yrkesgrupper deltar på målmøtene? Er dette ledelsesforankret?

Jeg vil etter stille oppfølgingsspørsmål. Og til oppsummere med å stille spørsmål som: har jeg forstått deg riktig og har du noe å legge til?

Avslutning:

Informanten får mulighet til å komme med tilleggsopplysninger som kan være av betydning for studien. Jeg gjør oppmerksom på at vedkommende vil få tilbud om å lese

gjennom transkripsjonsnotatene for å sikre at han/hun er korrekt sitert. Jeg spør om det er mulig å ta kontakt dersom jeg trenger svar på tilleggsspørsmål? Informanten takkes for at han/hun stilte opp.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Hvordan oppleves kontaktsykepleieres rolle i tverrfaglige team"

Bakgrunn og formål

Kvalitativ studie av kontaktsykepleiers rolle i tverrfaglige team.

Jeg inviterer deg til å være informant i studien jeg skal gjennomføre. Temaet for studien er: profesjon, rolle og tverrfaglig team.

Jeg ønsker å samle erfaringer fra tverrfaglige team som jobber med pasienter som trenger kompleks rehabilitering. For å finne ut av dette ønsker jeg å gjennomføre intervjuer. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning(NSD)

Navnet mitt er Hege Storlid og jeg er student ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, der jeg holder på med masteroppgave i Organisasjon og ledelse. Formålet med studien er beskrive den opplevelsen kontaktsykepleierne har av å jobbe i tverrfaglige team og identifisere faktorer på hvorfor det er slik.

Jeg inviterer deg til å være informant i studien jeg skal gjennomføre. Temaet for studien er: profesjon, rolle og tverrfaglig team.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du er villig til å la deg intervju av undertegnede. Intervjuet vil vare cirka 1 time, vil fortrinnsvis bli avviklet på din arbeidsplass, og er planlagt gjennomført i løpet av desember -15 – januar 16. Det er ønskelig at du samtykker til at det blir gjort lydopptak av intervjuet. Jeg håper du har anledning til å snakke med meg. Det vil bli innhentet godkjennelse fra din leder om å gjennomføre prosjektet ved din avdeling.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til personopplysninger. Alt datamateriale vil bli oppbevart forsvarlig og innelåst, uten tilgang for andre enn undertegnede. Navneliste over deltakere i prosjektet vil bli oppbevart separat fra det øvrige datamaterialet. Ved offentliggjøring av oppgaven, vil deltakerne og datamateriale bli behandlet anonymt. Ingen enkelt person vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven, da all informasjon vil bli anonymisert. Innhentet data fra intervjuene vil bli slettet i midten av juni 2016, da studien og den ferdige oppgaven er levert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg på telefon 93051019 eller send en e-post til hege.storlid@hotmail.com

Metode og fremgangsmåte er gjennomgått med veileder Anne Marie Sandvoll, ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. anne.marie.sandvoll@hisf.no

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

Dersom du ønsker å delta i ett intervju, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Jeg håper du har anledning til å delta.

Med vennlig hilsen

Hege Storlid

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg ønsker å delta på intervju og har mottatt informasjon om prosjektet, og er kjent med den hensikt. Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet uten å oppgi grunn. All innhentet data vil bli behandlet og oppbevart konfidensielt, samt anonymisert. Innhentet data vil bli slettet ved prosjektets slutt i midten av juni 2016.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Anne Marie Sandvoll

Institutt for økonomi og administrasjon Høgskulen i Sogn og Fjordane

Postboks 133

6851 SOGNDAL

Vår dato: 01.03.2016

Vår ref: 46996 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46996	<i>Hvordan opplever kontaktsykepleier tverrfaglige team?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Marie Sandvoll</i>
Student	<i>Hege Storlid</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Sjekk gjeldende NSD's rutiner

NSD: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0616 Oslo, tlf: +47 22 85 52 11, nsd@nsd.uib.no
NSD: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7040 Trondheim, tlf: +47 73 28 15 10, kare.vanathene@ntnu.no
NSD: NSD, NTU, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø, tlf: +47 77 51 43 50, nsd@rektor.uib.no