



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

Hvordan står det til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger i en sykehusavdeling?

How do nurses and doctors cooperate in hospital?

Siv Marian Årdal

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse og velferdsleiing og utdanningsleiing

Avdeling for samfunnsfag/Institutt for samfunnsvitenskap

9. juni 2017

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

FORORD

Hurra – endelig i mål!

I 2010 startet jeg videreutdanningen i organisasjon og ledelse i offentlig sektor i Førde. At jeg skulle skrive masteroppgaven var absolutt ikke i tankene mine da jeg startet – ett semester i slengen var min innstilling. Sammen med kollegaer reiste vi til Førde hver tredje helg, det var ikke slitsomt da undervisningen var spennende og lærerik. Siste året av undervisningen gikk i Bergen. Etter spennende undervisningssamlinger tegnet det seg et tema som jeg har brent for lenge, dermed måtte det bli skriving av masteroppgave også. Pga ulike omstendigheter som jeg ikke skal komme inn på her måtte oppgaven ligge på vent et par år og usikkerheten om den kom til å bli ferdig var absolutt tilstede. Men så ble det mulighet for å ta fatt igjen. Det har vært en lang og hard prosess, det har vært tungt å komme inn i materialet og finne den røde tråden igjen – men veldig lærerikt og kjekt, jeg angret ikke på at jeg tok fatt igjen.

En stor takk til alle velvillige informanter på begge sykehus – jeg er utrolig takknemlig for at dere tok dere tid til å bli intervjuet i en så hektisk hverdag som dere har! TAKK!

En stor takk til veileder Olina Kolbotn som ikke har gitt meg opp etter alle disse årene. Takk for tålmodighet, oppmuntring og tilstedeværelse. Takk for strenge og konstruktive tilbakemeldinger. Dette hadde jeg aldri klart uten din veiledning!

Takk til mine kjære gode gutter Simen og Sindre for forståelse og oppmuntring i disse årene, og som synes jeg har holdt på veldig lenge med oppgaven, de har ikke mistet troen på at jeg skal klare å bli ferdig. Takk til min kjære svigerdatter Anja for korrekturlesing og gode kommentarer nå på tampen før innlevering. Takk til min kjære tålmodige samboer John Asle som oppmuntrer når jeg synes det har vært tungt å komme videre, og pushet på når han synes jeg har glidd inn i en litt for lang pause..

Og takk til Anne, assisterende seksjonsleder, som har måttet ta støyten på jobb når jeg har måtte holde meg hjemme for å bli ferdig. Takk for at du alltid er positiv og velvillig, og ingenting er noe problem, det har vært umåtelig viktig! Takk til Paula for god hjelp med å oversette sammendraget til god engelsk. Og ellers takk til alle gode kollegaer for oppmuntring og forståelse. Å ha slike flotte kollegaer betyr også mye i en slik prosess.

Jeg må også takke min sjef Olav for positiv innstilling og mulighet til å få ta fri når det har passet seg slik.

Liv og Gunnar på Jølster må også takkes, for å ha gitt meg husly og fantastisk forpleining det året jeg reiste til Førde på samlinger. Det ble en glede å reise når jeg fikk en slik mottakelse hos dere. Det ble nesten en nedtur og ikke skulle reise til Førde da undervisningen starter i Bergen siste året.

Gode venner og familie må også takkes for oppmuntring og heiarop.

Siv Marian Årdal

Bergen 9. juni 2017

«Overfor legen har sykepleiersken en underordnet, avhengig stilling. Hun skal være høflig, hensynsfull, imøtekommende og strengt disiplinert. Dette siste selv om legen viser usedvanlig mye vennlighet og fortrolighet.

Selv om sykepleiersken har mange års erfaring må hun likevel aldri øve noen kritikk eller komme med innvendinger overfor legen, for hun er med sine iakttagelser ikke voksen nok til å følge hans arbeid og kjenne sjelen i hans handlingssett».

(Introduksjonssykepleierske Walborg, Sophiahjemmet, 1920)

SAMMENDRAG

Tittel: Hvordan står det til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger i sykehus?

Bakgrunn: I en helsesektor hvor behandling og pasientsituasjoner blir mer og mer komplekse, kombinert med høyt pasientbelegg på avdelingene er det viktig med et velfungerende samarbeid mellom sykepleiere og leger.

Hensikt: Å beskrive sykepleiere og legers erfaring med samarbeidet, og finne faktorer som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom disse yrkesgruppene i sykehus.

Design, metode og analyse: Studien er gjennomført som en kvalitativ casestudie, med sammenligning av to sykehus av ulik størrelse i to ulike regioner. Datainnsamling er gjort som kvalitative forskningsintervju, hvor jeg har hatt 14 intervjuer fordelt på sykepleiere og leger, og en avdelingssjef. Temasentrert analyse er blitt brukt til å analysere datamaterialet.

Resultat: I studien peker resultatet mot at det i all hovedsak står bra til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger, men at det likevel finnes noen utfordringer i samarbeidet i en kompleks sykehushverdag. Funnene viser at hvordan man organiserer legetjenesten og sykepleietjenesten har betydning for samarbeidet mellom yrkesgruppene ved å ha et mer helhetlig fokus og se at alt henger sammen med alt. Alle legene og sykepleierne er enige om at de er avhengige av hverandre, og opplever hverandre som likeverdige. Men trenger å vite mer om hverandres fagområde og oppgaver for å få en større forståelse av hverandres hverdag. Funn viser også at lederskapet i avdelingene er viktig for begge yrkesgruppene, men at det er liten integrasjon mellom legeleder og sykepleieleder i planleggingen av drift. Funn viser at det å ha fastsatte møter mellom leger og sykepleiere hvor det er mulig å diskutere driftsutfordringer og komplekse pasientsituasjoner er en fremmede faktor for samarbeidet. Andre fremmede faktorer er kontinuitet på lege og sykepleiersiden, at alle innehar rett kompetanse, god og åpen kommunikasjon, ydmykhet, og at det blir tilrettelagt for sosiale tiltak. Faktorer som virker hemmende på samarbeidet er mangel på systematisk opplæring, travelhet/mangel på tid, mangel på koordinering av driftsoppgaver. Ledere og ansatte som ikke ser helheten og viktigheten av tverrfaglighet, og manglende formelle møtearenaer

Title: How do nurses and doctors cooperate in hospital?

Background: In a health sector in which treatment and patient cases are becoming more and more complex, combined with a high number of beds filled on the hospital unit, a well-functioning cooperation between nurses and doctors is important.

Purpose: To describe the nurses and doctors experience with cooperation and find factors that promote or restrain cooperation between these two professions in the hospital.

Design, method and analysis: The study is done as a qualitative case study, with the comparison of two hospitals of different sizes in two different regions. The data collection was done as a qualitative research interview whereby I have had 14 interviews spread among doctors and nurses and one department head. Theme centered analysis has been used to analyze the data.

Results: In the study the results show that the cooperation between nurses and doctors mainly is good but that there some cooperation challenges in a complex hospital environment. The results show that how doctors services and nurses services are organized are of importance for the cooperation between the professions by having a more comprehensive focus and view that everything is connected. All the doctors and nurses agree that they are dependent on each other and view each other as equally important. However, they need to learn more about each other's skills and assignments in order to gain a greater understanding of each other's workday. Results show that leadership in the department is important for both the professions but that there is little integration between the head doctor or head nurse in the planning of services. Results show that by having planned meetings between doctors and nurses whereby it is possible to discuss challenges at the workplace and complex patient cases is a promoting factor for cooperation. Other promoting factors are continuity from both doctors and nurses, that each person is competent, good and open communication, humility, and that social activities are arranged. Factors that restrain cooperation is the lack of proper training, busy unit/shortness of time, lack of coordinating workplace assignments. Leaders and employees that don't see the entirety and importance of interdisciplinarity, and lack of formal meeting arenas are also restraining factors.

Innhold

1	INNLEDNING.....	8
1.1	Problemstilling	9
1.2	Egen erfaring fra sektoren	9
1.3	Lovverk innen samarbeid og Samhandlingsreformen 2012.....	11
1.4	Kunnskapsstatus/tidligere forskning	12
1.5	Oppsummering tidligere forskning	16
1.6	Oppbygging av oppgaven.....	16
2	TEORETISKE PERSPEKTIVER	17
2.1	Organisasjoner og planlegging.....	17
2.1.1	Systemforståelse og samhandling.....	18
2.2	Profesjonene og profesjonenes forhold til hverandre.....	18
2.2.1	Jurisdiksjon.....	21
2.2.2	Maktperspektivet, profesjonsstrid og lagdeling.....	22
2.2.3	Tverrfaglighet/tverrfaglig samarbeid.....	24
2.3	Ledelse	27
2.4	Oppsummering teori.....	29
3	METODISK TILNÆRMING	31
3.1	Min forforståelse	31
3.2	Design og metode.....	32
3.2.1	Fenomenologien	33
3.2.2	Hermeneutikk	33
3.3	Utvalg.....	34
3.4	Tilgang til feltet.....	34
3.5	Innhenting av data, intervjuguide og intervju	36
3.6	Transkripsjon.....	39
3.7	Temasentrert analyse.....	40
3.8	Reliabilitet , validitet og generaliserbarhet	41
3.9	Etiske betraktninger.....	42
3.9.1	Konfidensialitet	42
3.9.2	Informert samtykke.....	43
4	PRESENTASJON AV FUNN	44
4.1	Organisatorisk struktur av avdelingene.....	44
4.2	Felles møtearenaer.....	49
4.2.1	Formelle møtearenaer	49
4.2.1.1	Previsitt og organisering av sykepleie- og legetjenesten	49

4.2.2	Uformelle møtearenaer	57
4.2.2.1	Felleslunsj, sosiale sammenkomster, turer.....	57
4.3	Opplæring og kompetanse.....	59
4.4	Profesjonsbakgrunn og maktbegrepet	64
4.4.1	Dialog/snakke sammen/åpen kommunikasjon	64
4.4.2	Forståelse/kunnskap om hverandres arbeidshverdag.....	65
4.4.3	Respekt/likeverd	68
4.5	Ledelse	70
4.6	Oppsummering og funn av empiri	72
4.6.1	Oppsummering formelle møtearenaer	72
4.6.2	Oppsummering uformelle møtearenaer	74
4.6.3	Oppsummering opplæring og kompetanse	74
4.6.3.1	Oppsummering kompetanse.....	75
4.6.4	Oppsummering profesjonsbakgrunn og makt.....	76
4.6.5	Oppsummering ledelse	77
4.7	Systematisert oversikt over hovedområder funn	78
5	DRØFTING AV FUNN MOT TEORI	81
5.1	Samarbeid organisering av drift	81
5.1.1	Ulik rutine- og begrepsforståelse rundt organisering	83
5.1.2	Fellesarenaer	84
5.1.2.1	Uformelle møtearenaer	84
5.1.2.2	Formelle møtearenaer	85
5.1.3	Opplæring og kompetanse	86
5.2	Samarbeid profesjonskultur og makt.....	87
5.2.1	Utdanningssystemet.....	88
5.2.2	Manglende tverrfaglig planlegging	88
5.2.2.1	Tid/travelhet	89
5.3	Samarbeid ledelse.....	90
5.4	Oppsummering diskusjon rundt teori og funn.....	92
6	KONKLUSJON	94

Litteraturliste

Liste over vedlegg:

1. Samtykkeskjema
2. Intervjuguide
3. NSD godkjenning

Liste over figurer:

- Figur 1: Organiseringsprosessen
- Figur 2: Oversikt informanter sykehus A (det minste sykehuset)
- Figur 3: Oversikt informanter sykehus B (det største sykehuset)
- Figur 4: Organisasjonskart sykehus A
- Figur 5: Organisasjonskart sykehus B
- Figur 6: Skjematisk oversikt over faktorer som fremmer og hemmer samarbeid

1 INNLEDNING

Samfunnet vårt er stadig i endring både av hensyn til normale svingninger og politiske endringer og tiltak, som også påvirker helsesektoren. Eksempler på endringer kan være nye reformer eller nye behandlingsmetoder og alternativer, det kan være generasjonsskifter osv. Helsesektoren og sykehusene påvirkes og må i likhet med resten av samfunnet ta innover seg endringer som både blir pålagt, og som tvinger seg frem av svingninger i feltene det drives i. Feltet jeg har forsket i er i spesialisthelsetjenesten, hvor jeg selv også arbeider.

Det har skjedd en del endringer de siste årene i spesialisthelsetjenesten, og vi har de siste 5-7 årene merket en økning i pasientbelegget og kompleksiteten i arbeidet på sykehuset. Den gjennomsnittlige nasjonale pasientøkningen er anslått til å være rundt 2 % pr år innen vårt fagfelt (jmf. politiske føringer).

Dette er et fagfelt det hele tiden forskes mye på og nye og forbedrede behandlingsalternativer kommer stadig på banen, både i kurativt (helbredende) og palliativt (livsforlengende) øyemed. Nye medikamenter som blir utviklet kan hjelpe pasientene, som igjen gjør at pasientene er lenger i vårt system på sykehusnivå, da dette er behandling som foreløpig ikke kan overføres til andre nivå i helsesektoren. Dette stiller igjen krav til ansatte i helsesektoren, både til faglig oppdatering og ikke minst til samarbeid mellom yrkesgruppene. Jo mer kompleks behandlingen og pasientsituasjonene blir dess større krav stiller det til samarbeidet mellom sykepleiere og leger.

For meg er derfor viktigheten av samarbeid mellom sykepleiere og leger blitt tydeligere og tydeligere jo travlere vi blir i en mer og mer kompleks hverdag. Både leger og sykepleiere er temmelig presset på arbeidsoppgaver – man er knapp på tid for å komme gjennom alt man skal gjøre – og jeg spør meg ofte, går dette ut over noe annet, som samarbeid?

Denne stadig travlere hverdagen for yrkesgruppene stiller store krav til organisering og samarbeid både innad i egen profesjon, men ikke minst på tvers av profesjonene.

Formålet med prosjektet er derfor å finne faktorer som fremmer eller hemmer samarbeidet mellom sykepleiere og leger ved en sykehusavdeling på et stort og et mindre sykehus.

1.1 Problemstilling

Temaet for studien er hvordan står det til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger i sykehus.

Problemstillingen min er;

Hvilke faktorer fremmer eller hemmer samhandling mellom sykepleiere og leger i sykehus.

For å svare på problemstillingen har jeg formulert noen forskningsspørsmål:

1. Har organisatorisk struktur på avdelingen noe å si for samarbeidet?
2. Har profesjonsbakgrunn noe å si for samarbeidet?
3. Har ledelse noe å si for samarbeidet?

I tillegg ønsker jeg å se om størrelse på avdelingen spiller inn på samarbeidet.

1.2 Egen erfaring fra sektoren

Med stadig økende pasientantall og kompleksitet merker vi et stort trykk i avdelingen på alle plan. Som leder for en av sengepostene er min erfaring at legene får mer og mer å gjøre, og ting henger sammen så dette forgrener seg videre til sykepleierne.

Utviklingen har gått slik siden jeg begynte som sykepleier i -99, da opererte vi med 1. og 2. linjes behandling, ved noen diagnoser kunne det være snakk om en 3. linjes behandling. Mer behandling var det ikke å få hvis disse alternativene ikke virket – eller sluttet å virke. I dag har vi 4., 5. og kanskje 6. linjes behandling når de første valgene ikke lenger har effekt. Resultatet er at for de pasientene som tidligere raskere ville ha dødd av sin sykdom, nå kan leve lenger med sin sykdom – behandlingen er blitt så mye bedre på flere diagnoser at vi klarer å holde sykdommen i sjakk lenger enn tidligere. Dette er selvfølgelig veldig bra og en ønsket utvikling av behandlingsmulighetene, og derfor er forskningen en prioritert sak.

Det som skjer på avdelingsnivå er at pasienttallet i avdelingen øker da pasientene i perioder kan ha hyppige innleggelse på sykehuset med bivirkninger av behandlingen. Samtidig som at vi får stadig flere pasienter i systemet. Flere får diagnosen og må få behandling, og færre går

ut fordi det er mange gode behandlingsmuligheter hvis en type behandling ikke virker lengre. Etter mange år med behandling tåler kroppen mindre og mindre, og noen trenger da innleggelser. Vi erfarer at pasientene kan ha mer komplekse problemstillinger – det er ”mer med dem” enn tidligere, og det krever mer ressurser å håndtere dette.

Det følger ikke automatisk med økte ressurser i form av penger og personell.

Min erfaring er at jo travlere og mer kompleks arbeidshverdagen blir dess større krav stilles det til samarbeidet/samhandlingen for både sykepleiere og leger, både innad i hver profesjon men ikke minst på tvers av yrkesgruppene.

I tillegg har man stadig økte krav til dokumentasjon, dette gjør at en større del av arbeidshverdagen går til administrative rutiner både for leger og for sykepleiere.

Erfaringsmessig må arbeidsdagen i større grad enn tidligere deles mellom direkte og nært pasientarbeid og flere administrative rutiner, hvor det administrative tar en ganske stor plass av dagen. Tidspress kan igjen kan gå ut over tilgjengeligheten yrkesgruppene har til hverandre for å få avklart problemstillinger.

Kan dette være med gjøre at en får mindre tid og rom for faglige diskusjoner både mellom sykepleier - sykepleier, og sykepleier – lege? Vi hører at legene sier de gjør mer og mer sekretærarbeid, systemene blir mer og mer tidkrevende med de ulike registreringene, og de får mindre og mindre fellestid med sykepleiere. Mister en dermed enda flere viktige læringsarenaer og felles møtepunkter for yrkesgruppene hvor man kunne diskutere utfordringer og mål for arbeidet? Disse møtepunktene er med å etablere en sosial felleskultur, som også er med å fremme et godt samarbeidsklima.

Sykepleier er avhengig av få oppgaver og avklaringer fra lege, og lege er avhengig av at sykepleier gjør de oppgaver og ordinasjoner som de gir i forhold til pasientene – jeg opplever derfor at det er et sterkt avhengighetsforhold her. Men legges det til rette for å utvikle og forbedre dette etter hvert som arbeidsmengden og utfordringene øker?

Erfaringsmessig opplever jeg at det i de årene jeg har arbeidet i sykehuset, har det vært lite fokus på hvordan sykepleiere og leger arbeider sammen på mikronivået på avdelingen jeg arbeider.

1.3 Lovverk innen samarbeid og Samhandlingsreformen 2012

I 30 år har det vært økt fokus på samarbeid i helsesektoren. Det har eksistert politiske føringer og pålegg i forhold til økt samarbeid i helsevesenet, både mellom de ulike helsenivåene og innad i det enkelte nivå. Samhandlingsreformen (2008-2009) som ble satt i verk i 2012 er et eksempel på dette fokuset og har vært den viktigste reformen innen samhandling.

Samhandlingsreformen handler mest om samhandling mellom nivåene i helsesektoren, i den forstand at kommunen skal ta pasientene raskere tilbake fra sykehusene. Tanken er at spesialisthelsetjenesten skal utvikle og bruke sin spesialiserte kompetanse mer enn det gjøres i dag. Dette vil være viktig for samarbeidet mellom yrkesgruppene i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal styrke sine forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester (St.meld.nr.47 2008-2009).

Men også flere stortingsmeldinger og NOU'er oppgjennom årene har pekt på behovet for økt tverrprofesjonelt samarbeid. For eksempel Morgendagens omsorg (St. meld nr. 29 2012-2013) som ble fulgt videre opp i (meld. St 34 2012-2013) Folkehelse - god samhandling. Helse- og omsorgsdepartementet samhandlingsforskningsstrategi 2012-2015) ble fulgt videre opp i Folkehelse – god helse – felles ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette er i hovedsak overordnede føringer på systemnivå, ikke på individnivå som prosjektet mitt omhandler – men føringer på systemnivå er selvfølgelig føringsgivende på individnivå. Også utdanningsinstitusjonene har hatt påtrykk for å få tverrprofesjonelt samarbeid inn i rammeplanene i mange år uten at de har lyktes noe særlig med det. Verdens helseorganisasjon presenterte på 1980 tallet parolen «Learn Together to Work Together for Better Health» (WHO 1988 i Willumsen 2016). I Norge ble St. meld. Nr 37 (1992-1993) fremmet med tittelen «Fra visjon til virke. Om høgere utdanning – et forslag til økt samordning innen helsevesenet og helsefagutdanningene». Noe som også skulle gjenspeiles i rammeplanene til utdanningsinstitusjonene. Men det har ikke vært en særlig utvikling på disse frontene utenom innføringen og iverksettingen av Samhandlingsreformen i 2012 (Stortingsmeldinger og NOU'er er referert fra Willumsen 2016).

Torjesen (2008) uttrykker også at utdanningssystemet burde samordnes mer for de ulike profesjonene for å utvikle et bedre samarbeid, ved å ha fokus på hverandres oppgaver og betydning.

I 1999 kom lovfestingen om enhetlig ledelse. Dette betød at ikke lenger var nødvendig å ha helsefaglig bakgrunn for å inneha en ledelsesstilling i helsevesenet. Dette medførte at legene

ikke lenger var selvskrevne ledere, noe som åpnet opp for andre til disse posisjonene. En innførte prinsippet at den som best til å lede skal lede. Her har sykepleierne kommet på banen ved at de historisk har benyttet ledelse som en strategi for anerkjennelse og fristilling fra de medisinske hierarkiene.

Sykepleierne hadde tatt i bruk kunnskapsområdet innenfor General Management (en ledelsesutdanning fra USA) og stod derfor mye sterkere rustet i forholdet med å frigjøre seg fra det medisinske hierarkiet. Sykepleierne fikk dermed «bevist» sine administrative kunnskaper og ferdigheter. De fikk på den måten etter hvert tyngde nok til å utfordre den offentlige helsepolitikken og fikk lovfestet rett til ledelse på avdelingsnivå (Torjesen, 2008, s. 284)

1.4 Kunnskapsstatus/tidligere forskning

Jeg har gjort mange søk under tiden, både i BIBSYS, PUBMED, BRAGE, Kunnskapssenteret, Helsebiblioteket og ORIA. Jeg har benyttet søkeordene, «tverrfaglig samarbeid», «samarbeid sykepleiere og leger», «cooperation nurses/doctors/physicians», «collaboration nurses/doctors/physicians», «profesjoner», «samarbeid i helsesektoren», «sykepleiere og leger», «profesjonskultur». Det har vært mange treff, og jeg har funnet noen studier som jeg har tatt med i oppgaven. Men jeg har funnet lite forskning som går direkte på individplan som jeg har vært ute etter.

Funn Krogstad (2006) har gjort i sin doktoravhandling viser at leger og sykepleiere ikke har samme oppfatning av hvor godt samarbeidet er; legene er i stor grad mer tilfreds med samarbeidet enn sykepleierne. Men sykepleiere og leger har heller ikke samme oppfatning av hva som er godt samarbeid, legene oppfatter tverrprofesjonelt samarbeid som godt når de får den assistansen de trenger fra sykepleierne. Krogstad påpeker at de organisatoriske endringer som er gjort de senere årene for å bedre organiseringen av helsesektorene, som hovedregel har skjedd på makronivået i form av eierskap og økonomiske tiltak. Hun mener at en har oversett viktigheten av å ha kunnskaper om de ulike profesjonskulturer for å få til en god organisering og et godt samarbeid på mikronivået.

Krogstad, Hofoss, Veenstra, Hjortdahl (2005) har også forsket på hva som er viktig ledelse for jobbtilfredsheten blant leger, sykepleiere og hjelpepleiere. Hun utdyper at bakgrunnen for

studien er at «ikke noe sykehussystem kan være bedre enn de mikrosystemene det består av» (Krogstad m/fl, 2005).

Et suksessfullt mikrosystem er et system som på en kostnadseffektiv måte kan leverer førsteklasses tjenester – samtidig som at det har et godt og positivt arbeidsmiljø hvor de ansatte ønsker å være. Hun peker på følgende faktorer som spiller inn i så måte;

- ledelsen av mikrosystemet
- kulturen i mikrosystemet
- gjensidig avhengighet i behandlingsteamet.
- variasjon i kilder til jobbtilfredshet

Resultatene i denne studien viser at for sykepleierne er tilfredshet med nærmeste leder den viktigste forklaringsvariabelen for jobbtilfredshet ved støtte, oppmuntring og faglige tilbakemeldinger. Det var også viktig for sykepleierne at leder har kjennskap til arbeidssituasjonen. For hjelpepleierne er det å arbeide i en kultur med faglig utvikling viktigst for trivselen, men også at overordnede kjenner til arbeidssituasjonen, samt at de opplevde oppmuntring og støtte. For legene er det å arbeide i en kultur med faglig utvikling viktigst for jobbtilfredsheten, men også hos legene var det at overordnede kjenner til arbeidssituasjonen viktig, og at man får faglige tilbakemeldinger. Tillit, samarbeid og villighet er viktig faktorer som kjennetegner gjensidighet i et behandlingsteam, og var også viktige faktorer for å få til et godt behandlingsteam (Krogstad m/fl 2005).

At leger, sykepleiere og hjelpepleiere har ulik oppfatninger av hva som er de viktigste faktorene for sin jobbtilfredshet, er avgjørende at lederne for yrkesgruppene å være klar over og tar med i betraktningene når de skal motivere og sette sammen gode arbeidsteam. «Legenes faglige verdier, sykepleiernes organisatoriske ferdigheter og helhetsblikk og hjelpepleiernes praktiske erfaring bør alle verdsettes i byggingen av gjensidig avhengige mikroteam» (Krogstad, m/fl. 2005).

I tillegg viser tidligere forskning at leger og sykepleiere definerer samarbeid forskjellig. ”Betydningen av arbeidskultur som bærer av felles mål, gjensidig avhengighet og respekt og utvikling av gode tverrfaglige team, er lite belyst i forskningen. Å bygge på styrkene i kjerneprofesjonenes yrkeskulturer og å trene dem til å tenke og arbeide etter felles mål ville

kunne bedre både prosess og resultat i forbindelse med strukturell endring – og dermed pasientkvaliteten” (Krogstad, 2005).

Snelgrove og Hughes (2000) har intervjuet sykepleiere og leger ansatt i lokalsykehus (som driver med mer generell medisin) og sykepleiere og leger ansatt i spesialisthelsetjenesten i Sør Wales. Av deres forskning kommer det frem at sykepleiere og leger i stor grad oppfatter deres roller etter tradisjonelle termer, men med noen uklare grenser, spesielt i travle perioder og ved personellmangel. Spesielt i spesialisthelsetjenesten kom det fram at en skjøv litt på grensene for hva som er legeansvar og hva som er sykepleieansvar. I slike situasjoner fikk sykepleiere noen oppgaver som egentlig er legeoppgaver, men det var oppgaver som ble ansett som ”lette” legeoppgaver.

Videre i Snelgrove og Hughes (2000) forskning kom det fram at legene ser på seg selv som nøkkelpersoner i forhold til å stille diagnose og planlegge behandlingen til pasientene, og som de eneste som har kunnskaper om det. Sykepleieren er nær pasienten og blir sett på som pasientens ”advokat” og ansvarlig for den sosiale delen av pasientbehandlingen. Det kom også frem at legene ikke så det nødvendig å dele denne kunnskapen med sykepleierne slik at de kunne være med å ta del i disse vurderingene, og få mulighet til å komme med sine observasjoner om pasienten.

Snelgrove fant også at leger og sykepleiere har ulikt syn på kompetanse. Legene så på sykepleiere som har lang erfaring som de mest kompetente og som evt. kunne bevege seg inn på legenes territorier, mens sykepleierne vektla formel utdanning som kompetanse, og så det som inngangsporten til avansement i jobben. (Snelgrove og Hughes, 2000).

Smedstad (2010) sin masteroppgave bygger på en litteraturgjennomgang hvor hun har sett på tidligere forskning på samarbeidsforholdet mellom sykepleiere og leger, og gjort en hermeneutisk analyse av dette. Noe av konklusjonen hennes er at leger og sykepleiere ser på samarbeid forskjellig. ”Noen leger hevder at samarbeidet er bra når sykepleiere opptrer som assistenter og utfører det legene sier de skal gjøre. Enkelte sykepleiere ønsker å ha lite samarbeid med leger fordi de vil arbeide selvstendig og finner det ikke tilfredsstillende å føle seg som legenes assistent. Til tross for behovet for å arbeide selvstendig kan det synes som om sykepleiere initierer til samarbeid mer enn legene gjør” (Smedstad, 2010, s.104).

Olsvolds (2010) doktoravhandling, avdekker legenes manglende vilje til samarbeid og manglende kunnskaper om sykepleieres arbeid fra legenes side. Olsvold (2010) påpeker også at sykepleiere ofte tar ansvar for oppgaver som leger ikke eksplisitt har definert som sine. Sykepleiere føler i større grad enn leger ansvar for at alt er i orden rundt pasienten, og at de automatisk tar ansvar for uspesifiserte og uformelt delegerte oppgaver (Olsvold 2010). uttrykker at årsaken til dette ligger i den hierarkiske relasjonen mellom sykepleiere og leger, hvor leger er rangert høyere enn sykepleiere. Hun fant også at det var en taus orden mellom sykepleiere og leger og lite åpen kommunikasjon. Hun belyser videre at mange ganger hilste ikke leger og sykepleiere på hverandre en gang, og at legene ikke var komfortable med å diskutere ansvarsforhold med sykepleierne. Olsvold (2010) uttrykker også at sykepleieres fleksible yrkesrolle gir store gevinster for sykehusorganisasjonen, men de hierarkiske relasjonene mellom sykepleiere og leger koblet med sykepleieres uavgrensede ansvarstaking, kan få uheldige virkninger for pasientsikkerhet og organisatorisk effektivitet, og for anerkjennelsen av sykepleieres bidrag i pasientbehandling og sykehusdrift.

Sofia E. Olsen (2013), har i sin mastergradsoppgave gjennomført en kvalitativ studie hvor hun undersøkte ulike perspektiver på legevisittens betydning. Hennes konklusjon er at «pasienter, sykepleiere og leger på grunn av ulike perspektiver på legevisitten derfor også har ulike forventninger til sin egen og andres deltakelse i legevisitten. Men disse perspektivene og forventningene blir ikke snakket om og synliggjort for hverandre. Til tross for at man kan se bevegelse og forandring i pasient-, sykepleier- og legerollene i visitten, kan ting tyde på at legevisitten i stor grad fortsatt er preget av sin tradisjon. Studien konkluderer med at det finnes behov og potensial for at deltakerne tydeliggjør sine ønsker og forventninger til hverandre og til legevisittens utforming og funksjon» (Olsen, 2013).

Tang, Chan, Zhou, & Liaw (2013) sin litteraturstudie om lege – sykepleie samarbeid i sykehus, viser en ulik holdning rundt viktigheten og kvaliteten i samarbeidet. Den ulike holdningen ble påvirket av faktorer som kommunikasjon, respekt, tillit, forståelse av den andres profesjon og prioriteringer av oppgaver. Studien viste at legegruppen hadde lav respekt og en nedlatende holdning til sykepleierne. Legene viste også at de ikke hadde nok innsikt i og forståelse av sykepleierens profesjon.

Myrmoen (2016) har i sin masteroppgave studert samarbeidet mellom sykepleieledere og legeledere på samme nivå i samme avdeling. Studien belyser samarbeidsutfordringene på

mellomledernivå. Funnene hans viser at det oppstår samarbeidsstress når driften spisser seg og det er mangel på ressurser. Han belyser også at samarbeid bl.a. fremmes ved at partene er løsningsorienterte og fleksible, det å være kjent med hverandres arbeidsoppgaver og fagfelt. Kommunikasjon er også en faktor som fremmer samarbeid. Han har også belyst faktorer som hemmer samarbeid.

1.5 Oppsummering tidligere forskning

Selv om jeg ikke har funnet veldig mye tidligere forskning som har gått direkte på det jeg har forsket på, så har de studiene jeg har funnet viktige elementer i seg som jeg har brukt i min forskning. Alle er innom viktigheten av kommunikasjon, det å ha forståelse og kunnskap om hverandres hverdag, de sier noe om hierarki og respekt mellom profesjonene. Den tidligere forskningen sier også noe om organisering og ledelse. Dette er også faktorer som jeg har undersøkt og funnet viktige og relevante i forhold til samarbeidet mellom profesjonene i min forskning, og som jeg presenterer senere i oppgaven under kapittel 4, presentasjon av funn.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Kapittel en har jeg introduksjon av oppgaven, sammen med min erfaring i forhold til temaet jeg ønsker å belyse. Her presenterer jeg også kunnskapsstatus/tidligere forskning.

I kapittel to presenteres teorier jeg har brukt i temaet samarbeid/samhandling mellom profesjonene. Teorien belyser organisasjonsteori, profesjoner og tverrfaglig samarbeid. Her definerer jeg også sentrale begreper i oppgaven.

Kapittel tre beskriver den kvalitative metoden jeg har brukt. Her beskriver jeg også de valg og utfordringer jeg har stått overfor både i forkant og underveis i prosessen.

Kapittel fire inneholder analysen av de empiriske data jeg har funnet i intervjuene jeg har hatt.

Kapittel fem er drøftingskapittelet hvor jeg tar for meg funnene jeg har gjort, og belyser de mot teorien og den tidligere forskningen jeg har beskrevet tidligere under kapittel to.

Kapittel seks består av oppsummering, konklusjon, studiens begrensninger og forslag til videre forskning.

2 TEORETISKE PERSPEKTIVER

I dette kapittelet vil jeg også definere noen av begrepene som jeg bruker i oppgaven, slik som systemforståelse og samhandling. Jeg tar med begrepet systemforståelse og Skjørshammers (2004) definisjon av dette fordi han har en god beskrivelse av helsesektoren, som han beskriver som fragmentert, men samtidig er det et system som henger sammen og bør ses på som en helhet.

Det er også viktig å få et bilde av profesjonene og deres forhold til hverandre, både i et historisk perspektiv, i denne sammenheng bruker jeg mye av Erichsen (2003), utover det har jeg brukt Torjesen (2008), Nygren (2004) og Elstad (1991). Skjørshammer (2004) har jeg brukt mye i forhold til organisasjoner og systemer. Under samarbeid har jeg brukt Willumsen (2016), Lauvås & Lauvås (2004) og Jacobsen (2008).

2.1 Organisasjoner og planlegging

I følge Skjørshammer (2004) er ”helseorganisasjoner arbeidsintensive og baserer seg på ansattes kunnskaper, ferdigheter og motivasjon. Organisasjonene har ansatte som i stor grad består av yrkesprofesjoner med egne faglige kunnskapsmodeller, egen faglitteratur, egne faglige retningslinjer, egne lover og et eget makthierarki (f.eks Legeforeningen, Norsk sykepleierforbund)” (Skjørshammer, 2004, s. 60). Alt helsearbeid er derfor gjennomgående tverrfaglig. For å få til et godt tverrfaglig samarbeid kreves det planlegging mellom de ulike fagene og støttefunksjonene, denne planleggingen må skje både vertikalt i organisasjonen og horisontalt mellom de ulike kliniske fagene og støttefunksjonene. Skjørshammer (2004) uttrykker at denne organisasjonsplanleggingen i for liten grad er preget av et dynamisk tverrfaglig samarbeid hvor fokuset er det felles målet en skal arbeide mot, men er mer preget av samordning og konsultasjon. Denne type virksomhetsplanlegging legges i stor grad for å tilfredsstillende overordnede nivåer og kontrollere aktiviteter, og når i følge Skjørshammer (2004) ikke dypt nok inn i klinikkens arbeidshverdag til å få innvirkning på klinisk praksis og fremme tverrfaglig samarbeid. For å få helsepersonell til å se nytten i å bruke tid på planlegging må organisasjonene ha en tenkning og et verktøy som gjør at dette oppleves som nyttig og effektivt for de ulike fagene (Skjørshammer, 2004).

Skjørshammer (2004) beskriver ulike planleggingsprosesser som han skiller i 3 hovedtyper: rasjonalistisk, kommunikativ og blandet planlegging.

Den rasjonalistiske går ut på å løse oppgaven/problemet på «best practice», ved å formulere et målhierarki, søke alternativer, vurdere konsekvensene av alternativene og ta en beslutning. Kommunikativ planlegging går ut på at det finnes flere veier til måler, og at kunnskap er begrenset. Det viktigste er at alle som skal være med å gjennomføre planen må være med i utformingen av den. Ikke minst for å skape et eierforhold og engasjement til det som skal gjennomføres. I en blandet planlegging er det viktige å finne hvordan ulike modeller kan utfylle hverandre, hvordan de er mer eller mindre hensiktsmessige. Denne modellen beskriver han som best å bruke i somatiske sykehus hvor naturvitenskapelige- og humanistiske fag og tradisjoner skal integreres. Da er det viktig med en åpenhet og fleksibilitet i planleggingen. (Skjørshammer, 2004, s. 75-77).

2.1.1 Systemforståelse og samhandling

I følge Skjørshammer (2004) er ordene systematisk og systematikk noe som han mener vi vektlegger mye. Men han mener også at ordet systemisk burde få større oppmerksomhet, han definerer det som ”det å tenke helhetlig” (Skjørshammer, 2004, s. 37). Skjørshammer (2004) beskriver at ”Kjernen i systemisk tenkning er at helheten har egenskaper som kun uttrykkes gjennom helheten og ikke delene separat» (ibid).

Det vil si at ved å fragmentere et system i flere mindre deler kan en stå i fare for at man mister oversikt over helheten og dermed ikke lenger klarer å se meningen og hensikten med det en er satt til å gjøre. I forhold til jobben som skal gjøres på sykehuset er dette viktige tanker – å tenke helhetlig. Å drifte en sengepost på sykehus med for eksempel bare sykepleiere eller med bare leger blir vanskelig, det må være et samspill og en helhet som har fokus på å utføre en funksjon.

Bertalanffy har følgende definisjon på system; ”Et system består av et sett av elementer som samspiller med hverandre” (Bertalanffy, 1968 referert i Skjørshammer, 2004, s. 37).

2.2 Profesjonene og profesjonenes forhold til hverandre

Profesjoner kan være mange ulike yrker i helsevesenet, men siden min forskning dreier seg om samarbeid mellom sykepleiere og leger, er profesjoner i forskningen min definerte som sykepleiere og leger.

Erichsen (2003) beskriver profesjonene som sosialt konstruerte på den måten at de i stor grad er produkter av bestemte sosiale, politiske og kulturelle forhold. Hun mener helseprofesjonene er i stadig forandring, det innbefatter også helsetjenesten da hun mener dette er to sider av samme sak. Helsetjenesten blir analysert som et profesjonssystem i den forstand at den oppfattes som en struktur hvor profesjoner er forbundet med hverandre og med de arbeidsoppgavene de utfører. Det er sentralt for denne forståelsen at fokus rettes mot koplingene mellom mikro- og makronivået (Abbott, 1988, Halvorsen, 1995, s. 32 sitert i Erichsen, 2003). Det er på mikronivået relasjonene mellom profesjonene utformes som et resultat av arbeidsdeling og tjenesteyting på den enkelte arbeidsplass.

På makronivået er det profesjonsorganisasjonen og de offentlige styringssystemene som utgjør kjernen. Det er her de formelle kvalifikasjonskravene til yrkesutøvelsen fastlegges, og her blir formelle grenser mellom profesjoner og mellom ulike områder av den offentlige politikken trukket. (Erichsen 2003).

Jeg ser det som nyttig å ta med Erichsen (2003) sin identifisering av tre faser i den historiske utviklingen av helseprofesjonene i velferdsstaten for å få en dypere forståelse av utviklingen av forholdet mellom profesjonene gjennom tid. Hun beskriver også andre yrker i denne fremstillingen men jeg velger kun å ta med det som belyser min forskning;

1. Etablering

Legeprofesjonen ble etablert lenge før velferdsstaten skjøt fart etter annen verdenskrig. Det er derfor grunn til å tro at de hadde en stor grad av påvirkning på utformingen av ulike tiltak i utviklingen av velferdsstaten. Som eksempler nevnes sykeforsikringsloven av 1909, og sykehusloven av 1969.

Sykepleie er også et «gammelt» yrke, men som tradisjonelt har vært underordnet legene. Dette har blant annet vist seg når det har vært uenigheter mellom de to gruppene om utforming av lover og tiltak. Sykepleierne ikke fått gjennomslag for sine premisser, mens legeprofesjonen har fremstått som den sterkeste med gjennomslag for sine premisser i utforming og gjennomføring av den offentlige politikken.

2. Vekst og konsolidering

Yrkene i velferdsstaten har hatt en enorm vekst, noe av årsaken er spesialisering innen «gamle» profesjoner som blant annet medisin. Utviklingen skjøt spesielt fart etter annen verdenskrig, og er forklart som en naturlig konsekvens av en faglig og

vitenskapelig utvikling. «Fra slutten av 1970 økte kritikken mot medisinen for at det ble oppstykket og fragmentert mot diagnoser, noe som førte til arbeidsdelingsmønstre og medisinske hierarkier. Dette er på kollisjonskurs med tanken om mer helhetlig pasientorientert tenkning om sykdom og helse. En slik endring hevdes også å forutsette samarbeid på et helt annet grunnlag enn innenfor legedefinerte hierarkier (Erichsen, 2003, s. 41)

En annen viktig endring her var etablering av offentlige godkjenninger, for sykepleiere skjedde det i 1948. Gjennom en lovendring i 1960 ble autonomien til sykepleierutdanningen styrket i forhold til sykehusene, og i opplæringssammenheng ble rollene endret fra «lærling» til «elev», for til slutt «student» på 1970 tallet (ibid).

3. Redefinering

Denne fasen er klarere forankret i tid, fra starten på 80- tallet og pågår fortsatt. Fasen er preget av at velferdsstaten har gått gjennom store forandringer, hvor det har oppstått helt nye betingelser i forholdet mellom profesjonene. Det er her en må gripe inn når vi skal utforske relasjoner og betingelser for samarbeid mellom profesjonene i dag. Men samtidig er samarbeidet og samarbeidsutfordringene likevel preget av historien, som har lagt seg som lag på lag og som blir med inn i nye i de nye relasjonene (ibid).

De to første fasene beskriver de gamle profesjonene (legeyrket) som autonome. De kunne handle selvstendig og uavhengig av andre. Frihet fra inngripen og frihet fra å motta instruksjoner fra andre. Andre yrker (sykepleierne) var underordnet de autonome yrkene. Senere har Sykehusloven plassert sykehusene på fylkesnivå og klart innenfor helsetjenestens spesialisttjeneste, i denne arbeidsdelingen og samarbeidet mellom profesjonene entydig definert både av de klare grensene mellom sektorene og av de klare hierarkiene eller kommandolinjene innenfor sektorene. De viktigste betingelsene for samarbeid mellom profesjonene lå her, som enten klare over-/underordningsforhold eller hadde svært lite med hverandre å gjøre (Erichsen, 2003, s. 43).

(Men i dag er helsesektoren organisert som fristilte foretak og blitt enda mer spesialisert og fraksjonert. Ikke bare på system nivå, men også innad i den enkelte klinikk).

Den formelle utdannelsen for leger og sykepleiere starter tidlig på vårt århundre. Legeprofesjonen hadde velutviklede ordninger for opplæring, de hadde formelle adgangreguleringer til yrket, og de hadde utformet en etisk kodeks for yrkesutøvelsen.

Forskningstradisjonen til disse yrkene, legeyrket, bidro til å heroisere yrket og løfte det frem til å være viktigere enn andre profesjoner. Erichsen påpeker videre at legeprofesjonen blir sterkt knyttet sammen med moderniseringsprosesser, og knyttet til vitenskapelige fremskritt og bedring av helsetjenesten. Legene blir sett på som den sentrale og positive kraft i helsetjenesten. Dette mener hun er bakgrunnen for at sykepleiere har fått den underordnede plassen inne den medisinske arbeidsdelingen (Erichsen, 2003, s. 24).

Oppsummert viser dette hvordan profesjonene har utviklet seg gjennom historien, og hva som har vært med å påvirke denne utviklingen, dette kan være med å belyse temaet i studien min i sammenheng med hvordan leger og sykepleiere i dag forholder seg til hverandre.

2.2.1 Jurisdiksjon

Jurisdiksjon springer opprinnelig ut fra juridisk terminologi som viser til domsmyndighet.

Overført til profesjoner betyr jurisdiksjon yrkenes myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde – forbindelsen mellom en profesjon og dens arbeid. Abbott deler jurisdiksjon i 6 ulike former (Abbott, 1988 gjengitt i Erichsen, 2003).

Full jurisdiksjon; her er det entydige grenser mellom de ulike yrkenes arbeidsområder hvor grensene er etablert gjennom lovgivning, og sier noe om at de som har rett til å motta taushetsbelagt informasjon og til å gi instruksjon til andre yrker har fullere jurisdiksjon enn de som selv må avgi informasjon og la seg instruere.

Underordning er en mer begrenset jurisdiksjon og er typisk for det historiske forholdet mellom lege og sykepleier, og er typisk innenfor samme sektor. Yrker ble opprettet for at de skulle ha hjelpende funksjoner overfor et overordnet yrke.

I tillegg har legene en **intellektuell jurisdiksjon** ved at de har henvisningsrett ved at de har kunnskapsmessig kontroll over behandling.

Rådgivende jurisdiksjon vil si at en profesjon har en rådgivende funksjon og at de som fatter beslutninger har plikt til å søke råd hos denne profesjonen – men har ikke plikt til å følge rådet.

Arbeidsdeling/teigdeling vil si at to kunnskaps- og arbeidsområder betraktes som selvstendige i forhold til hverandre, for eksempel sykepleiernes sykepleievitenskap versus legenes diagnostiske og behandlingsorienterte kunnskapsgrunnlag. De betraktes som selvstendige men supplerende i forhold til hverandre. Den siste er **klientdifferensiering** hvor

det er en teigdeling etter egenskaper ved klientellet og ikke etter innholdet i arbeidet. (Abbott 1988 gjengitt i Erichsen 2003).

De ulike formene ble etablert for å løse juridiksjonelle konflikter hvor løsningene har varierende betingelser for samarbeid utfra hvilken form for juridiksjon en er under. (Erichsen 2003).

Historisk sett er lege og sykepleie forholdet som beskrevet over i kategorien underordning når vi snakker om juridiksjon men har nok beveget seg mer mot arbeidsdeling/teigdeling i dag, hvor forholdet betraktes som selvstendig og supplerende til hverandre. (Erichsen, 2003).

2.2.2 Maktperspektivet, profesjonsstrid og lagdeling

Maktperspektivet i samspillet mellom profesjonene, les leger og sykepleiere er også viktig å belyse i denne sammenheng.

De medisinske fakultetene, Legeforeningen og de sentrale helsemyndighetene har vært viktige og sentrale maktbastioner i sykehusene i legenes påvirkning og preging av helsesektorens utvikling. Legeyrket har gjennom tiden hatt den profesjonelle dominansen i den medisinske arbeidsdelingen, de andre profesjonene har vært sett på som underordnet denne (Freidson, 1970 og 1994 gjengitt i Erichsen, 2003).

Selve maktperspektivet fikk gjennomslag parallelt med at profesjonene ble utsatt for økende kritikk i samfunnsdebatten mot slutten av 1970-tallet. Profesjonenes rolle i det norske helsevesenet ble karakterisert blant annet som «profesjokratiets diktatur» (Nyhus 1979 gjengitt i Erichsen 2003).

Erichsen (2003) stiller også spørsmålsteget ved profesjonsbegrepets tilsynelatende kjønnsnøytralitet. Gjennom tidene har legeyrket vært mannsdominert og hun uttrykker om det kan fremholdes at det har fungert i en maktsammenheng i den forstand at selve begrepet fremdeles har vært med på å holde kvinnedominerte yrker på plass i et hierarki?

Men hva er profesjonsstrid?

Elstad (1991) beskriver 3 hoved former for profesjonsstrid.

- Den første formen er når profesjoner kjemper om eneretten eller å ha fortrinn til bestemte type oppgaver eller stillinger. Et eksempel er leger og sykepleieres kjemping om avdelingsledelsen i sykehusene.
- Den andre er knyttet til ansatte i profesjonaliserte yrkesgrupper, hvor det er motsetning mellom den faglige og den administrative autoriteten. Her kan yrkesgruppens faglige kunnskaper komme på kollisjonskurs med avgjørelser fra eiere og sjefer.
- Den tredje er knyttet mot yrkesgruppene og myndighetene, og handler om offentlig autorisasjon, lovbeskyttet monopol på stillinger og funksjoner, og nødvendigheten av mer utdanning.

Elstad (1991) påpeker at dette er kanskje ikke av de mest alvorlige og ødeleggende profesjonsstridene for helse- og sosialsektoren. Her uttrykker han at ressursmangel og rekrutteringssvikt i deler av sektoren sammen med nedlegging av institusjoner og privatisering som langt større konsekvenser for pasienter og klienter.

Konflikter er knyttet til profesjonaliseringen innenfor helse- og sosialsektoren, og har farge av yrkesgruppens tilknytning til profesjonsstatus. Men han uttrykker videre at det er ikke en selvfølge at konfliktnivået vil synke eller falle bort hvis profesjonaliseringen var mindre utbredt. Profesjonaliseringen har vært nødvendig for å sikre tjenesteyting av «garantert kvalitet», at den sikrer utførelse av oppgavene av kvalifisert personell som er vitenskapelig skolert, og som stiller etiske krav til sin virksomhet (Elstad, 1991).

Helsesektorens lagdeling

Helse- og sosialsektoren har en lagdeling av sine oppgaver. Hvert yrke/profesjon har sin spesielle plass i sektoren, med sine særegne oppgaver. Denne lagdelingen er knyttet opp mot hvilken belønning en blir tildelt. Elstad (1991) deler belønningen i 4 typer;

- Autoritet (om en beordrer, eller har kontroll med andre, eller motsatt - selv blir beordret eller kontrollert)
- Prestisje (hvilken prestisje yrket har i samfunnet)
- Karrieremuligheter (hvilke karrieremulighet er knyttet til yrket/profesjonen)
- Inntekt

De fleste i helsesektoren befinner seg nederst med små belønninger, de færreste befinner seg øverst men med desto større belønninger. Det er i de laveste sjiktene yrkene som arbeider for å bli ytterligere profesjonalisert befinner seg, og det er her ofte profesjonsstridene oppstår. Konsekvensen av denne lagdelingen er at ulike funksjoner og dermed yrker blir stemplet etter hvor nyttige og verdifulle de er for sektoren, og derfor blir belønnet der etter. Disse er ofte preget av å være underordnet, de har liten selvstendighet, manglende karrieremuligheter, lav inntekt og liten prestisje (Elstad, 1991).

Å øke profesjonaliseringen av yrker er en strategi for å oppnå mer selvstendighet i forhold til de en er underlagt. Det er også en måte å skaffe seg makt på i den hierarkiske oppbyggingen av arbeidsorganisasjoner helsesektorene består av. I tillegg er profesjonaliseringen også en måte å åpne opp for nye karrieremuligheter ved at den faglige autonomien krever at de ulike yrkesgruppene blir ledet av ledere fra eget fag. Profesjonaliseringen av f.eks sykepleieryrket kan også være med å motvirke den mannlige dominansen som historisk har dominert de lagdelte hierarkiene (Elstad, 1991).

Elstad (1991) belyser også utdanningssystemets mulige rolle som «konfliktreducerer» i profesjonaliseringen, slik som Willumsen og Bakk (2016) også gjør. Her er poenget å gjøre utdanningssystemet mer likt, ved å ha en mest mulig lik grunnutdanning med større tverrfaglighet i pensum for flest mulig av yrkene i helsesektoren. Samtidig som en også samlokaliserer utdanningene og legger større vekt på å integrere kunnskap om helheten og alle yrkenes betydning inn i utdanningene. Da kunne man kanskje fått redusert profesjonstenkningen, og fått til en bedre kommunikasjon og derved lette samarbeidet mellom profesjonene (Elstad, 1991). Han uttrykker videre at profesjonaliseringen har klare forbindelseslinjer til utdanningssystemet ved at utdanningen skaper en yrkesidentitet, som også blir iblandet ritualer og myter som man tar med seg inn i yrkeslivet (Elstad 1991).

Dette er teori som vil kunne belyse studien min i forhold til profesjonenes «vilje» og evne til å se helheten i det den enkelte arbeider med, og avhengigheten av hverandre.

2.2.3 Tverrfaglighet/tverrfaglig samarbeid

Begrepet tverrfaglighet i helsesektoren gir inntrykk av at brukerne får en helhetlig behandling av høy kvalitet, og at arbeidsmiljøet er åpent og spennende for de ansatte (Lauvås & Lauvås, 2004). Begrepet brukes mye i helsesektoren og er en nødvendighet fordi helsesektoren er blitt

så spesialisert at helhet og sammenheng er blitt vanskelig å håndtere. Noe som også Skjørshammer (2004) beskriver når han løfter frem ordet systemisk – et ord som han uttrykker favner helheten mer.

Hva er samarbeid?

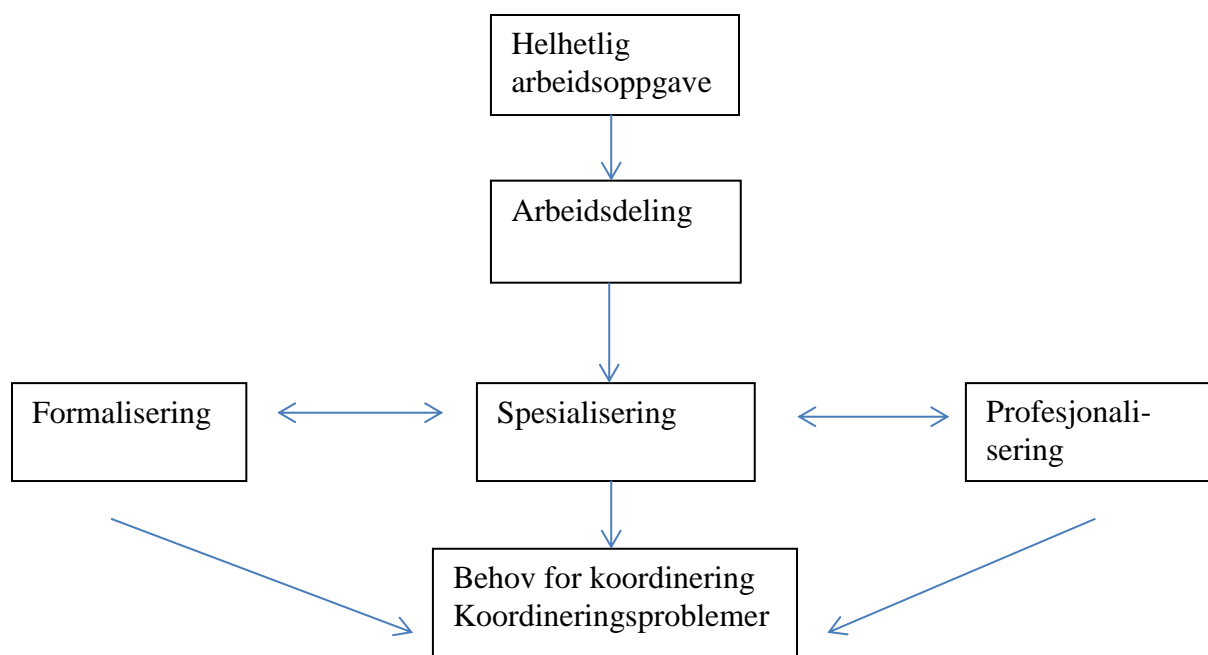
Samarbeid, samhandling/samordning, koordinering er begreper som brukes om hverandre både i litteraturen og i dagligtalen, og betyr nesten det samme – det handler om å arbeide sammen. Men de har likevel noen ulike elementer i seg.

Koordinering betyr at «flere forhold er satt opp mot hverandre og vurdert i forhold til en helhet, og at man tilpasser delene slik at helheten blir best mulig» (Simon, 1957 referert i Jacobsen, 2004).

Samarbeid mener Jacobsen (2004) bør brukes «for de tilfellene der koordinering skjer som følge av frivillig innsats fra alle involverte parter. Samarbeid er et positivt ladet begrep fordi man blir enige seg i mellom hvordan oppgavene skal løses, de er gjensidig avhengige av hverandre og begge parter vil tjene på å koordinere oppgavene.» Men ved samarbeid vil en raskt kunne møte på problemer fordi det kan være vanskelig å se hva man tjene på å koordinere virksomheten med andre (Jacobsen, 2004).

Behov for **samhandling/samordning** oppstår når begrensningene på frivillig samarbeid fører til at man må innføre regler og rutiner – mer tvungen koordinering.

Jacobsen (2004) bruker følgende modell for å illustrere hvordan en helhetlig arbeidsoppgave ofte må splittes opp i deler;



Figur 1 *Organiseringsprosessen*

Jacobsen (2004) forklarer figuren med at det i hovedsak er effektivitetstanken som ligger til grunn for oppsplitting av arbeidsoppgaver. At man arbeider raskere om man kun kan konsentrere seg om et begrenset område og ikke må arbeide med alt. Men samtidig har mennesket et behov for å kunne se helheten og ha utfordrende oppgaver, ensformige og oppstykkede arbeidsoppgaver kan bli kjedelige og lite motiverende i lengden. I organiseringsprosessen er formalisering og profesjonalisering (spesialisert utdanning) to viktige prosesser som er en forutsetning for at spesialiseringen skal bli effektiv. Men når man spesialisere arbeidsoppgaver er det stort behov for koordinering, hvis ikke blir det kaos. Arbeidet må organiseres slik at arbeidet som gjøres ender i en helhet og blir slik en har tenkt.

Jacobsen (2004) beskriver at vi i samfunnet vårt blir mer og mer spesialiserte. Han mener tanken bak det er at gjennom spesialisering blir man mer effektive i det en gjør. At en skal kunne konsentrere seg om et spesielt område i stedet for at en må holde på med flere oppgaver. En tydelig arbeidsdeling er viktig for å unngå dobbeltarbeid og gråsoner. Klarer en ikke det får man ikke et effektivt samarbeid. Dobbeltarbeid vil si at flere gjør de samme arbeidsoppgavene eller overlapper hverandre. Gråsoner oppstår der ingen har ansvar eller ansvaret er uklart. Han sier også at for å få til et godt samarbeid må alle parter se at det er behov for det, en må se at ved å samarbeide vil det gagne alle parter. Man må da også være

enige om felles mål for samarbeidet og se hverandres hverdag. Jacobsen (2204) påpeker at dette kan være noe av årsaken til koordineringsproblemer fordi man i spesialiserte utdanninger kan miste evnen til å se helheten fordi en utdannes og spesialiseres innenfor sitt felt. (ibid).

Sykepleiernes oppgaver er bl. a. å gi ordinert behandling, gi omsorg, utføre prosedyrer, kommunikasjon, møte pasienter i krise. Men de kan ikke stille diagnose eller ordinere behandling. Dette er legens arbeidsoppgaver, blant mange andre selvfølgelig. Men gjør ikke legen jobben sin, får ikke sykepleieren gjort jobben sin, og vice versa. Legen er avhengig av at sykepleieren gir den behandlingen som er ordinert. Pasienten er avhengig av at det er et godt samarbeid og samhandling i avdelingen for å kunne få en helhetlig behandling, hvis ikke får pasienten bare deler av behandlingen. ”Det nytter ikke hvor godt, isolert sett, et delprodukt eller en deltjeneste er hvis de ikke inngår i en helhet” (Jacobsen, 2004, s.76).

2.3 Ledelse

Ledelse i en helseorganisasjon skiller seg fra annen ledelse i samfunnet ved at ledelse i en helseorganisasjon handler om administrativ faglig ledelse. Annen ledelsesfilosofi hevder at ledelse kan løsrives fra annen faglige kunnskap, det vil si det har blitt hevdet at man trenger ikke ha faglig kunnskap om det man skal lede. Dette er nødvendigvis ikke ideelt i en helseorganisasjon – men har likevel vært fremmet som fruktbar ledelsesutvikling innenfor helseorganisasjoner (Andersland-utvalget 1990), som foreslo å oppheve legenes monopol på lederstillinger i sykehussektoren (Torjesen, 2008, s. 284). Noe som resulterte i at man for noen år siden fjernet yrkestittel i ledelsestillinger i sykehus, dvs. man endret avdelingssykepleier til seksjonsleder, eller enhetsleder, avdelingsoverlege ble til avdelingsdirektør/leder – lederstillingen skulle være stillingsnøytrale (Skjørshammer, 2004).

Historisk har legene vært de selvskrevne ledere ved sykehus, på bakgrunn av sin medisinske kunnskap, noe som ble tydelig illustrert i Sosialdepartementets skriv fra 1946 – Ingen over, ingen ved siden. «Legen som den enestående øverste leder for alle funksjoner ved sykehuset: Han ivaretar anstaltens interesser i enhver henseende» (Sosialdepartementets rundskriv nr. 69/1946 gjengitt i Torjesen, 2008, s. 278).

Historisk har det altså vært nødvendig med helsefaglige kvalifikasjoner for å inneha ledende stillinger i helsesektoren (Berg, 1987 referert i Torjesen, 2008). Personlige egenskaper har

vært underordnet, mens de viktigste kvalifikasjonene har vært hvilke fag-, ekspert- og profesjonsrelaterte kvalifikasjoner personen har hatt. Dette forklarer hvordan ledelse er blitt konstituert i helsesektoren (Byrkjeflot, 1997 referert i Torjesen, 2008). I kraft av sin utdanning har helsefagene og profesjonene vært faglig kompetente til å inneha ledende stillinger. Det utviklet seg derfor parallelle strukturer og faghierarki i sykehusene. Et hierarki har hatt forankring i legenes medisinitenskap og det andre i sykepleiernes ansvarsområde omsorg- og pleiefunksjoner (Torjesen, 2008, s. 284)

Selve ledelsesaktiviteten ble ikke sett på som en selvstendig aktivitet, den var avledet av klinisk praksis, hvor sykehusledelse var mer en kollegial struktur – et faglig selvstyre der legene var selvskrevne ledere med sin medisinske fagkunnskap. Fra 1980 tallet begynte sykehusene å innføre todelt ledelse, med avdelingsoverlege og oversykepleier til å lede. De hadde da drifts-, administrasjons- og budsjettansvar. Fordelt på den måten at oversykepleierens ansvar var pleiefunksjoner og pleiepersonale, og i tillegg mesteparten av de administrative oppgavene. Avdelingsoverlegen brukte største delen av tiden på pasientrettet virksomhet. (Johansen, Hopen & Hole, 1992, Mo, 2006 referert i Torjesen, 2008, s. 279).

Legene er fremdeles godt representert i ledelse i sykehusene, men de ønsker helst å være i nærheten av klinikken og har ofte klinikknært arbeid i tillegg til lederjobben. Mens sykepleierne utdanner seg og kontinuerlig reflekterer rundt sitt lederskap – «rømmer» legelederne tilbake til klinikken. Men fremdeles er det få sykepleieledere innen for det medisinske faget på avdelings- og klinikkledernivå i sykehus. Sykepleielederne blir derfor ikke skikkelig anerkjent på andre områder enn de de allerede er gode på som ledere, dvs. organiserer daglig virksomhet, service, personale og drift. Dette er også oppgaver som legene er glade for å slippe. (Torjesen 2008:287).

Strand (2010) beskriver at for at ledere skal kunne fylle sine funksjoner og opprettholde sin stilling som leder, må de kunne påvirke. Ledere må ha makt til å få ting til å skje, og de må ha makt over personer i former som ikke hele tiden fører til oppgjør mellom partene, en relasjon vi gjerne kaller autoritetsrelasjon. Han skiver videre at ”standardrollen for ledere i ekspertorganisasjonen er nær knyttet til rommen som fagkyndige.... og blir vurdert etter de faglige resultatene de oppnår, og statusen de har i det faglige lauset”. (Strand 2010:270).

Strand (2010:269) skriver om Ekspertorganisasjoner: anstrengt forhold til ledelse? «Sykehus er en typisk ekspertorganisasjon som kjennetegnes ved at de har

- Lavt hierarki
- Arenaer for fagspesialisering og fagautonomi
- Behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter
- Medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse

«Standardrollen for ledere i ekspertorganisasjonen er nær knyttet til rollen som fagkyndig» (Strand, 2010, s. 270)

Strand (2010) uttrykker at leger har hatt sin kvalifikasjon som ledere gjennom sin utdanning og faglighet – legene har stor autonomi og vet hva og hvordan jobben skal utøves, de har i prinsippet ikke behov for ledere som sørger for opplæring, analyserer oppgavene, setter folk i arbeid, instruerer og kontrollerer. Dette er i stor kontrast til det administrative prinsippet for ledelse og arbeidsorganisering (Strand 2010:271). Dette er i følge Torjesen (2008) oppgaver legeledere ikke har så veldig lyst til å ha, mens sykepleielederen er de som tar tak i disse administrative oppgavene. Dette er også funn Geir Atle Myrmoen (2016) har gjort i sin forskning.

I denne sammenheng har jeg også med teori fra Nygren (2004) som beskriver kompetanse og kvalifikasjon. Han stiller spørsmålet «om hvorvidt utdanningenes formelle kvalifisering egentlig også er en reell kvalifisering for framtidig profesjonsutøvelse i praksis». Nygren (2004). Kvalifikasjonsrelevant kompetanse og yrkesrelevant kompetanse er to begreper i denne sammenheng. Nygren (2004) uttrykker at kvalifikasjonsrelevant kompetanse er sterkt knyttet til utdanningssystemet mens yrkesrelevant kompetanse har stor overlevelsesverdi i yrkespraksis.

2.4 Oppsummering teori

Jeg har her presentert ulike teorier som belyser faktorer som kan spille inn i samspillet mellom sykepleiere og leger i en arbeidshverdag, som jeg vil bruke til i drøftingen av funnene jeg har kommet frem til. Det er teorier som sier noe om det tverrfaglige samarbeidet og forholdet mellom profesjonene. Jeg har teori som belyser organisasjonen og systemer, for å se om

måten helsesektoren organiseres på kan ha innvirkning på samarbeidet og forholdet. Jeg har også tatt med noen historiske perspektiver både når det gjelder profesjonene og ledelse for å se historiske perspektiver kan ha betydning. Noe av teorien kommer også inn på utdanningssystemet om dette kan ha en innvirkning på samarbeidet.

3 METODISK TILNÆRMING

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for valg av metode og forskningsdesign. Jeg vil også her beskrive utvelgelsen av informanter, gjennomføring av intervju, transkribering og analysearbeidet. Avslutningsvis vil jeg si noe om reliabilitet, validitet og generalisering.

I min studie søker jeg å finne faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom sykepleiere og leger i sykehus. Med utgangspunkt i denne problemstillingen har jeg valgt å bruke kvalitativ metode.

«Vitenskapelig metode skal sikre at vitenskapelig virksomhet er faglig forsvarlig», (Grønmo 2004:27).

Fortolkende teoretiske retninger representerer et viktig grunnlag for kvalitative metoder påpeker Thagaard (2011). Fortolkning av den kvalitative teksten kan på den ene siden knyttes til mitt teoretiske utgangspunkt. På den andre side gir tendenser i dataene et grunnlag for den forståelsen jeg utvikler i løpet av forskningsprosessen. Det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom mitt teoretiske utgangspunkt og tendenser i datamaterialet (ibid).

3.1 Min forforståelse

Min forforståelse er viktig å ta med i betraktningen ved kvalitativ metode i møtet med informantene samt i analyseringen av materialet jeg har fått. Dette er viktig fordi jeg har en stor innsikt i temaet jeg forsker på. Jeg har arbeidet mange år som sykepleier og spesialsykepleier ved en sykehusavdeling ved et større sykehus, innenfor det fagfeltet jeg ønsker å forske på. Jeg har også lang erfaring som leder ved samme avdeling, og har derfor god innsikt i temaet fra egen arbeidsplass.

Min erfaring og forforståelse når det gjelder samarbeid/samhandling mellom sykepleiere og leger, har det gjennom de årene jeg både har jobbet på «gulvet» og som leder vært lite fokus på hvordan vi samarbeider/samhandler yrkesgruppene mellom. Den planleggingen og organiseringen som har vært bestemt og endret oppgjennom årene har blitt gjort separat, uten spesiell involvering av den yrkesgruppen en skal arbeide sammen med. Dette har klart preget min forforståelse i møtet med informantene. Og som seksjonsleder for sykepleiertjenesten har

jeg også erfaring med at legeledere og sykepleieledere samarbeider i veldig liten grad når det gjelder oppgavefordeling, rutiner og prosedyrer som skal gjøres.

I og med at det er et tema jeg har personlig erfaring med, både som sykepleier og leder har det noen ganger vært utfordrende å være nøytral under intervjuene, når informantene har fortalt om hendelser som jeg kunne kjenne meg igjen i har jeg måtte være bevist dette og forholde meg nøytral, også når jeg har fått uventede opplysninger.

Men jeg ser også at det har sin fordel at jeg har god kjennskap til feltet da informantene har sluppet å bli avbrutt av at jeg trenger nærmere forklaring på det de forteller for å forstå. Det har kunnet snakket fritt med de faglige ord og termer man bruker i sykehussektoren, vårt stammespråk. Men samtidig ser jeg at det også kan ha sin negative side i det at jeg kjenner feltet så godt at jeg noen ganger har glemt å stille utdypende spørsmål, at jeg har fått en bekreftelse på min forforståelse og da glemt å spørre utdypende om hvorfor informantene opplever det er slik de forteller.

3.2 Design og metode

For å kunne utføre forskningen min måtte jeg lage meg et forskningsopplegg eller design for undersøkelsene jeg ønsker å gjøre. For å få undersøkt temaet jeg ville forske på har jeg valgt en komparativ casestudie, hvor jeg intervjuer leger og sykepleiere fra to avdelinger som driver innen for samme fagfelt. De to avdelingene er ved hvert sitt sykehus i Norge, jeg har valgt et stort sykehus B, og et mindre sykehus A. Dette fordi jeg som en del av forskningen ønsker å sammenligne for å se om størrelse på sykehuset/avdelingen kan ha en innvirkning på temaet jeg ønsker å forske på.

Kvalitativ metode er den beste metoden når jeg skal gå i dybden på det jeg ønsker å undersøke i min studie. En god undersøkelse og grundige studier av casene er avgjørende for å kunne forklare det en ønsker å finne ut. (Ringdal 2007).

Da målet med studien min er å undersøke hvordan det står til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger er det hensiktsmessig å bruke intervju for å få frem funn. Funnene jeg har kommet frem til ønsker jeg å drøfte opp mot utvalgt teori.

I denne prosessen blir det et gjensidig påvirkningsforhold mellom mitt teoretiske utgangspunkt og forståelsen som jeg har utviklet under forskningsprosessen gjennom tendenser i datamaterialet. Studien min blir derfor en fortolket oppgave som underbygges av eksisterende teori, min forståelse og drøfting av mine funn. (Thagaard 2011).

Jeg benyttet meg av semistrukturert intervju som jeg gjennomførte ved hjelp av en intervjuguide. Jeg laget meg en plan over hvem jeg ønsket å intervju, og hvordan jeg skulle få tak i relevante strategiske informanter.

Sykehusavdelingene jeg valgte har en temmelig identisk drift med avdelingen jeg selv arbeider ved. Det er avdelinger med døgndrift hvor man har poliklinikk i tilknytning til driften. Det vil si at for de pasientene som ikke trenger innleggelse på sengeposten, men som kommer for å snakke med lege eller få behandling, vil ha sine konsultasjoner på poliklinikken. Dette har betydning i forhold til de legene og sykepleierene jeg snakker med ved at noen arbeider på sengepost hvor det er 3 delt turnus, dvs de arbeider, dag, kveld og natt. Mens de som arbeider på poliklinikken i hovedsak kun arbeider dagvakter.

Og hensikten med kvalitativ metode er å avdekke deltakernes egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåte” (Aadland, 2004, s. 208).

Studien min tar utgangspunkt i en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming da jeg undersøker sykepleiernes og legenes opplevelser av samarbeidet. Nærmere definisjon på begrepet beskriver jeg under.

3.2.1 Fenomenologien

Fenomenologien har en subjektiv tilnærming og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Mine refleksjoner som forsker over egne erfaringer kan derfor være med å danne et utgangspunkt for forskningen (Thagaard, 2011).

I et fenomenologisk perspektiv er fokuset på informantens perspektiv og hvordan denne opplever «verden». Det er åpnet for intervjupersonens erfaringer, og å fremhever presise beskrivelser, en forsøker å se bort fra forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsenes sentrale betydninger. (Kvale, 1997).

3.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikken søker en dypere mening enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening

bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten (Thagaard, 2011).

3.3 Utvalg

Thagaard (2011) påpeker at kvalitative studier baserer seg på strategisk utvalg.

Siden studien min handler om samarbeid mellom sykepleiere og leger var det sykepleiere og leger jeg måtte intervju, og da var inklusjonskriteriet sykepleiere og leger som arbeider pasientnært.

Jeg har intervjuet 14 informanter. Informantene har vært sykepleiere og leger, noen spesialsykepleiere og noen overleger, så jevnt fordelt som mulig. Jeg ønsker meg en så jevn fordeling av sykepleiere og leger som mulig for å få et så godt sammenligningsgrunnlag som mulig. Jeg har valgt meg informanter fra to sykehus i Norge. Tanken var at jeg skulle ha 8-10 informanter, men endte opp med 14. Årsaken til det var at ved det ene sykehuset var det ikke så lett å få konkrete avtaler før jeg dro, jeg hadde 3 sikre, og 4 usikre. Underveis takket alle de usikre også ja, det ble vanskelig å avslå etter å ha arbeidet hardt med å få i stand disse intervjuene så jeg valgte å intervju alle. Jeg ser i ettertid at det ble et veldig stort materiale som det har vært utfordrende å få analysert. Men på den annen side kan det også være en styrke å ha flere informanter så lenge en klarer å få en god oversikt og analyse.

3.4 Tilgang til feltet

Rekrutteringen foregikk ved at jeg tok kontakt med avdelingssjefen på det minste sykehuset for å høre om dette var noe de kunne være interessert i å delta på. Og jeg fikk umiddelbart positiv respons. Han (jeg velger å kalle alle informantene for han for å anonymisere) tok kontakt med sengepost og poliklinikk for å høre, og kom tilbake til meg med navn. Med legene hadde han satt av tid til meg i timebøkene deres, en god løsning som fungerte veldig godt. Med sykepleierne fikk jeg navn og avtalte tidspunkt direkte med dem. Jeg fikk 7 informanter på det minste sykehuset 3 leger, som fordelte seg slik; 1 overlege og 2 LIS¹ leger, i alderen fra begynnelsen av 20 årene til 60 år. Informantene var av begge kjønn, og hadde vært ansatt ulik tid på avdelingen. Noen ganske nye, mens andre hadde vært siden avdelingen

¹ LIS lege er en lege i spesialisering, som er under utdanning.

ble opprettet. På sykepleiersiden fikk jeg 3 sykepleiere som for delte seg som 2 spesialsykepleiere og 1 sykepleier.

Tittel	Seksjon
Spesialsykepleier	Poliklinikk
Spesialsykepleier	Poliklinikk
Sykepleier	Sengepost
Overlege	Pol/sengepost
LIS lege	Pol/sengepost
LIS lege	Pol/sengepost
Avdelingssjef spl	

Figur 2 Oversikt informanter sykehus A (det minste sykehuset)

På det minste sykehuset intervjuet jeg også avdelingssjefen da han var sykepleier – det var ikke med i planen å intervjuer leder, men under samtalen vi hadde da jeg kom til sykehuset tenkte jeg at det kunne være interessant å høre hva han hadde å si i forhold til samarbeidet sett fra hans ståsted.

Jeg ble veldig godt mottatt på det minste sykehuset, som jeg kaller sykehus A. Alt var tilrettelagt for at jeg kunne gjennomføre intervjuene på en god måte, rom var klart og informantene var klare.

Å finne informanter på sykehus B var en litt vanskeligere prosess, ikke på grunn av motvilje men pga travelhet. Jeg henvendte meg der til en bekjent som er seksjonsleder og fikk tips om hvem jeg skulle kontakte for å få evt. klarsignal. Der var prosessen mer formell og jeg måtte godkjennes av det lokale forskningsrådet på sykehuset². De hadde et skjema som jeg skulle fylle ut – og som da måtte tas opp i forskningsrådet. Men i og med at jeg ikke skulle involvere pasienter ble det en enklere prosess, slik at jeg slapp å sende inn søknadsskjemaet. Og jeg fikk klarsignal fra forskningsrådets leder pr mail. Jeg fikk tilsendt maillister over alle ansatte som jeg kunne kontakte selv. Det var en møysommelig prosess – det er ikke alltid like lett å få kontakt med travelt helsepersonell på email. Sykepleiere i turnus som leser mail sporadisk i en

² Det lokale forskningsrådet er et organ som skal vurdere og godkjenne forskningsprosjekter som søkes om til sykehuset. I søknaden måtte både prosjektbeskrivelse og intervjuguide, samt godkjenning fra NSD være med.

hektisk drift, travle leger som ikke helt vet hvordan arbeidsdagen blir. Men etter mange mailer frem og tilbake, og mye usikkerhet om jeg i det hele tatt klarte å få nok informanter på sykehus A, og etter å ha vurdert om jeg skulle droppe sykehus A og ikke se på om det er forskjell mellom stort og lite sykehus, valgte jeg tilslutt å dra med kun 3 konkrete avtaler i boks og en halvveis sikker, med håp om å få i alle fall 2 til på plass når jeg kom frem. Da hadde jeg vært i kontakt med syv informanter. Da jeg kom frem fikk jeg alle i boks, så da ble det 7 informanter på sykehus A også. 4 leger, fordelt på 3 overleger og 1 LIS lege, på sykepleiersiden ble det 3 spesialsykepleiere – alle engasjerte og positive. På sykehus B var aldersfordelingen litt annerledes enn på sykehus A, her var de fleste jeg snakket med godt voksne, en i midten av 30 åren mens resten var fra 50 og oppover og hvor de fleste hadde arbeidet ved samme avdeling nesten hele sin karriere.

Dette kan være både positivt og negativt. Det positive kan være at en har mye erfaring med ulike måter å jobbe på, de fleste steder må omstille seg litt etter som utviklingen skjer, og kan derfor reflektere litt rundt hva som har vært bra og mindre bra gjennom tiden. Det negative kan være at en blir låst i måten en jobber på og ikke klarer å se utover det - slik gjør vi her og det er den beste måten å gjøre det på.

Tittel	Seksjon
Spesialsykepleier	Poliklinikk
Spesialsykepleier	Poliklinikk
Spesialsykepleier	Sengepost
Overlege	Poliklinikk
Overlege	Poliklinikk
Overlege	Pol/sengepost
LIS lege	Pol/sengepost

Figur 3 Oversikt informanter sykehus B (det største sykehuset)

3.5 Innhenting av data, intervjuguide og intervju

Jeg har valgt å bruke semistrukturert intervju for å få frem empirien i det jeg skal forske på. Ved bruk av intervju får jeg en nærhet til informantene og kan ved tillegsspørsmål komme dypere inn i det jeg skal undersøke. Men uansett er det viktig å finne en design som får frem

de fakta jeg ønsker å finne ut av. ”Og hensikten med kvalitativ metode er å avdekke deltakernes egne oppfatninger, meninger, motiver og tenkemåte”, (Aadland 2004:208). Jeg har valgt å bruke en halvstrukturert intervjuform, som Aadland (2004) uttrykker er det viktig å ha en intervjuform som slipper informantene til orde – det er viktig at vedkommende får komme med sine tanker og meninger uten for mange avbrytelser for å få frem det en ønsker å undersøke.

Tillit og kjemi mellom intervjuer og informant er viktige faktorer for å få frem det en ønsker og det kan bli umulig å få til en samtale rundt følsomme/konfliktfylte tema om dette ikke er på plass. (Thagaard 2011:99).

Jeg opplevde ikke noen vanskeligheter i forhold til kjemi under noen av mine intervjuer. Jeg opplevde også at informantene hadde tillit til meg og forskningen min. Jeg informerte ikke automatisk informantene om at jeg arbeidet innenfor samme fagfelt som dem, men det opplevde nok at jeg snakket samme «språk» som dem og hadde en forståelse av det de snakket om. Det kan være bakgrunnen for at jeg opplevde gode intervjusituasjoner. Samtidig uttrykte en del av informantene at temaet for forskningen min var av svært stor interesse, så det kan også ha vært medvirkende årsak. En av informantene var litt avventende i starten av intervjuet, jeg opplevde at han i starten trodde jeg var ute etter å finne negative forhold med samarbeidet med årsak på legene. Men dette ble fort ordnet opp i.

Jeg laget meg en intervjuguide, som i hovedsak fungerte som en huskeliste, dette er i følge litteraturen spesielt viktig hvis man velger halv- eller ustrukturerte intervjuer. Jeg opplevde det som viktig å ha intervjuguiden, men opplevde den også vanskelig å følge når informantene var i fortellingen, da var det vanskelig å stoppe informantene for å følge guiden. Men jeg brukte den i etterkant og tok et raskt overblikk for å se om vi hadde vært innom de fleste og viktigste spørsmålene jeg hadde satt opp. Men som den uerfarne intervjuer jeg er var det likevel ting som glapp som jeg under transkriberingen tenkte dette skulle jeg gått dypere inn i.

Inhabet var også viktig for meg å være bevisst på. Jeg intervjuet informanter i et felt som jeg kjenner godt, men det er vanskelig å være helt nøytral i et felt en kjenner godt, jeg forsøkte hele tiden og ikke «legge» ting i munnen på informantene, og være bevisst mine holdninger. Det var viktig for meg å ha et ”åpent sinn”. Men ser at mitt kjennskap til feltet noen ganger var negativt fordi jeg «forstod/fikk bekreftelse» gjennom det informantene fortalte, og kanskje da med kroppsspråk viste dette, og dermed ikke fremstod som nøytral og med åpent sinn.

For å få frem gyldige og pålitelige data måtte jeg forsøke å få til en jevn fordeling av sykepleiere og leger som informanter. En utfordring med å finne informanter kan være at de som blir spurt ikke finner forskningen de blir spurt om å delta i interessant. Eller at en kan oppleve at den ene parten av informanter ikke ser det som en problemstilling å forske på, slik at jeg som forsker kan få en skjevfordeling i materialet, og dermed ikke har et fullgodt sammenligningsgrunnlag, og ikke får frem en troverdig konklusjon. Men bekymringen min var høyst uaktuell, jeg opplevde at informantene jeg spurte var veldig interessert i temaet og velvillige til å stille opp på intervju – dette gjaldt både sykepleierne og legene på begge sykehusene. Under intervjuene kom det fram på begge sykehus for en travel og presset arbeidshverdag både sykepleierne og legene hadde – men like vel så de det som viktig og fant tid til å la meg intervju dem.

Det er også viktig for meg å være oppmerksom på min rolle som forsker. Thagaard (2011) uttrykker: ”Informantens måte å uttrykke seg på, og hans eller hennes beskrivelser av hendelser i livet sitt, er preget av den forståelse vedkommende har av sine erfaringer. Beskrivelser av erfaringer og synspunkter settes inn i en sammenheng som oppleves som meningsfylt for informanten. Forskerens forståelse er imidlertid preget av hans eller hennes faglige bakgrunn. Derfor vil forskeren ofte ha et annet perspektiv enn informanten... og det er forskerens faglige perspektiv som strukturerer analysen og tolkningen av dataene fordi en viktig målsetting for forskeren er å bringe sin egen tolkning inn i materialet” (Thagaard, 2011, s. 142,143) Dette skaper noen etiske dilemmaer fordi tolkningen og presentasjonen representerer forskerens fortolkning av materialet og ikke informantens som er viktig for meg å være oppmerksom på i bearbeidelsen av materialet.

Jeg har valgt to sykehus i Norge, et litt mindre og et stort. Tanken er også, som en del av dette har jeg valgt å sammenligne et stort og et mindre sykehus for å få kunnskap om størrelse har betydning.

Intervjuene gikk også her veldig fint. Informantene på begge sykehusene var positive og jeg opplevde at de var oppriktige og interessert i å svare så godt de kunne. Utfordringen min, ble i all min uerfarenhet å styre intervjuene, jeg hadde som mål ha halvstrukturerte intervjuer, men det endte oppmed å bli ustrukturerte, alle informantene pratet og jeg valgte derfor å la informanten snakke uten for mange avbrytelser.

Jeg ser også at det var en utfordring å måtte dra til sykehus utenfor mitt distrikt, det betød at jeg ikke kunne spre intervjuene i tid, jeg måtte komprimere og måtte ha flere intervjuer på samme dag. Jeg endte opp på det meste med 5 intervjuer på en dag, dette gjaldt begge sykehusene. Fordelen med dette var at jeg var i flyten og kunne forbedre intervjuene der jeg så det glapp litt, og styre de litt mer. Men samtidig var informantene forskjellige og hadde sine historier så det var ikke så lett. Å intervjuer krever konsentrasjon og tilstedeværelse, og det ble vanskelig å være like konsentrert utover dagen – da ble det lett for at noe glapp.

Jeg må si jeg ble overrasket når jeg hørte hva sykepleierne og legene formidlet av sin travle hverdag på begge sykehusene, og likevel så det som viktig og fant tid til å bruke en time på intervju med meg. Så dette har vært en fin opplevelse å bli møtt med slik positivitet og engasjement.

Det var viktig for meg under intervjuene å ha en lyttende holdning og la informantene snakke fritt uten for mange avbrytelser. Materialet har jeg tolket utfra de teoretiske perspektivene jeg har beskrevet tidligere under kapittel to. Det har vært en prosess med analyse og tolkning som har utviklet seg underveis i arbeidet med oppgaven.

3.6 Transkripsjon

I og med at jeg reiste vekk var det ganske begrenset med tid jeg hadde og fikk dermed ikke transkribert intervjuene etter hvert. Så transkriberingen måtte jeg ta etter å ha kommet hjem igjen.

Jeg valgte å transkribere materialet selv fordi jeg tenkte det er viktig for å få god kjennskap til materialet, en danner seg tanker og bilder under transkriberingen, og jeg tenkte at en da får en god start på analysearbeidet allerede da.

Det ble et stort materiale å transkribere, de fleste intervjuene var på en time eller mer. Jeg endte tilslutt opp med rundt 160 sider transkriberte intervjuer. I og med at jeg hadde valgt sykehus som jeg måtte reise til måtte jeg ha flere intervjuer på samme dag og det ble derfor ikke tid til å transkribere underveis. Transkriberingen måtte jeg derfor ta når jeg kom hjem. Jeg ser i ettertid at det ikke var gunstig å ha så mange intervjuer på samme dag, jeg hadde inntil 5 intervjuer på en dag. Men det var vanskelig å gjøre det på en annen måte i og med at jeg måtte reise til sykehusene, og selvfølgelig måtte tilpasse meg informantenes mulighet til å

snakke med meg. Men jeg forsøkte underveis i intervjuene å merke meg tema som jeg måtte utdype nærmere – men oppdaget likevel underveis når jeg transkriberte at det var flere ting jeg burde fått utdypet bedre. Jeg noterte meg dette for å være oppmerksom på det ved neste runde på nytt sykehus.

Jeg opplevde en annen ulempe som var at det gikk for lang tid mellom intervjuene på de to sykehusene. Det ene sykehuset hadde jeg intervjuene før sommeren – mens på det neste fikk jeg ikke avtale før tidlig høst. Selv om jeg hadde notert meg ned ting som jeg måtte være mer oppmerksom på så jeg likevel under transkriberingen av materialet på siste sykehus sett at ting hadde glippet der også.

3.7 Temasentrert analyse

Jeg har benyttet en temasentrert analyse som betyr at temaene er i fokus. Her har jeg sammenlignet informasjonen om hvert tema fra alle informantene. Et hovedpoeng er å gå i dybden på hvert tema av informasjon fra alle informanter, hvor sammenligning kan gi en dyptgående forståelse av hvert enkelt tema (Thagaard, 2011).

Målet for analysen er at materialet skal lede frem til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller (Malterud, 2011, s. 82), hun belyser at «presentasjonen av forskningsprosjektet skal gjøre det klart for leseren hvordan forskeren er kommet fram til disse resultatene».

«Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet» (Malterud, 2011, s. 91).

Det ble en stor prosess å analysere materialet mitt, og som tok veldig lang tid. Noe også litteraturen beskriver, en godt gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladisk synsing (Malterud, 2011, s. 91).

Jeg brukte lang tid på denne prosessen, jeg fikk et stort materiale på 160 sider. Intervjuene ble lest mange ganger for å få god oversikt. Jeg forsøkte ulike metoder for å få oversikt og system over materialet. Jeg forsøkte meg først på fargekoder på temaer som omhandlet det samme, og samlet de i hver sine dokumenter, men det ble tilslutt likevel uoversiktlig. Jeg forsøkte å sammenfatte de ulike temaene på store flipoverark – men det ble også vanskelig å få oversikt over alle arkene der også. Tilslutt endte jeg opp med å samle alt på ett stort flippover ark. Her samlet jeg temaer og utsagn fra de ulike informantene og laget meg en beskrivende matrise

som gav meg en god oversikt over alle informantene, temaene og utsagnene. Denne brukte jeg så videre inn i den tolkende fasen. I og med at jeg fikk jeg samlet alt på ett stort ark – ble det mer oversiktlig og enklere å arbeide videre med materialet i tolknings fasen (Thagaard, 2011). En fordel med at jeg måtte forsøkte meg på flere ulike varianter av organisering av materialet var at jeg fikk fordypet meg skikkelig i informasjonen jeg har innhentet.

3.8 Reliabilitet , validitet og generaliserbarhet

Og det er viktig at forskningen har reliabilitet og validitet, forskningen skal være pålitelig og den skal være gyldig. Reliabilitet knyttes til forskningens pålitelighet, og validitet knyttes til spørsmålet om forskningens gyldighet (Thagaard, 2011, s. 22).

Det betyr at en skal ha en åpen og ærlig forskning og resultatet en kommer frem til skal være etterprøvbart. Dette er viktige kriterier i all forskning. Man skal ikke lyge og jukse til resultater, hvis en har glemt noe som har betydning for resultatet, eller gjort en feil – skal man være ærlig og innrømme ”glipper” hvis det har forekommet. (Øyvind Glosvik (foreleser v/HVL), forelesning i november 2012).

«Det resultatet jeg kommer frem til skal kunne etterprøves og verifiseres eller falsifiseres» (Gilje og Grimen, 1995, s. 149).

Studien min er en studie i et fagfelt som jeg kjenner veldig godt. Informantene fikk vite at jeg arbeidet innen samme fagfelt som dem. Dette gjorde at vi hadde felles forståelse ved at vi snakket samme språk. Jeg opplevde at informantene var ærlige og oppriktige i sine svar, og flere uttrykte at dette var et område de var veldig interessert i selv. Samtidig må jeg være bevisst min forforståelse av feltet som både kan ha vært med på å få frem en dypere empiri, men som også kan ha hindret meg i det, ved at jeg har forstått utsagn utfra egen forståelse fordi det har vært gjenkjennbart for meg selv i egen hverdag, og dermed glemt å spørre utdypende om aktuelt tema. Dette har jeg vært oppmerksom på ved analysen av materialet. Jeg mener derfor at resultatene i min studie er pålitelige.

Generaliserbarhet knyttes til overførbarhet, om kunnskapen som kommer frem i studien er gjenkjennbart og dermed kan være nyttig for andre, eller om det blir så spesielt at ingen andre kjenner seg igjen og kan ta lærdom av det i sin hverdag. En kan også spørre seg om resultatet hadde blitt et annet om en hadde hatt flere informanter eller andre informanter (Kvale, 1997). Et viktig trekk ved kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse av det som undersøkes (Thagaard, 2011). Utvalget i min studie er 14 informanter ganske likt fordelt på sykepleiere

og leger fordelt på to sykehus, et stort og et mindre, 7 informanter ved hvert sykehus. Jeg opplevde at sykepleierne og legene ved begge sykehus var mye opptatt av de samme forholdene og utfordringene. Det var små nyanser i svarene deres. Med 14 informanter i min studie, noe som er litt i overkant av hva som er vanlig i en slik studie, antar jeg at kravet om metning i funnene mine er oppfylt. Det er sannsynlig å anta at mine funn har en gjenkjennerbarhet og dermed også har en overføringsverdi til andre i lignende kontekst.

3.9 Etske betraktninger

Ved en kvalitativ studie er det viktig å ha fokus på de etiske problemene som kan oppstå, dette er spesielt viktig i en kvalitativ studie hvor det er direkte kontakt mellom forsker og informanter. De etiske prinsippene som er viktige er at forskeren utviser redelighet og nøyaktighet i presentasjonen av forskningsresultater og i vurderingen av andre forskeres arbeid. Ved bruk av andres arbeid skal en oppgi kilden (Thagaard, 2011, s. 23).

3.9.1 Konfidensialitet

Ved intervju får jeg som forsker nær kontakt med informantene. Jeg får data som kan knyttes til de som deltar i studien. Det er viktig for meg å håndtere disse opplysningene på en slik måte at det ikke kan spores tilbake og skade informantene som har sagt seg villige til å være med i prosjektet. Thagaard, (2011) beskriver at prinsippet for konfidensialitet innebærer at de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt. Jeg som forsker må hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade enkeltpersoner det forskes på. Forskningsmaterialet må vanligvis anonymiseres, og det må stilles strenge krav til hvordan lister med navn eller andre opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner oppbevares og tilintetgjøres.

Jeg holder lydopptak og transkribert materiale adskilt, transkribert materiale er anonymisert.

Lydopptak og transkribert materiale vil slette dette når jeg er ferdig med oppgaven..

Lydopptak er lagret med personlig kode.

3.9.2 Informert samtykke

Alle informantene mine har signert på informert samtykke, de har også fått informasjon om at de når som helst og uten å oppgi årsak kan trekke seg fra studien. Disse skjemaene oppbevarer jeg adskilt fra lydopptak og transkribert materiale.

Informert samtykke er basert på respekten for individets råderett over eget liv, og at den enkelte har kontroll med de opplysninger om seg selv som deles med andre. At samtykket er fritt, betyr at det er avgitt uten ytre press. At det er informert, betyr at informanten orienteres om hva deltakelse i prosjektet innebærer (Thagaard, 2011, s. 26).

4 PRESENTASJON AV FUNN

Samarbeid er hovedtema å få frem i prosjektet mitt. Problemstillingen er;

Hvilke faktorer som kan fremme eller hemme samarbeidet mellom sykepleiere og leger?

Jeg har formulert følgende forskningsspørsmål;

1. Har organisatorisk struktur på avdelingen noe å si for samarbeidet?
2. Har profesjonsbakgrunn noe å si for samarbeidet?
3. Har ledelse noe å si for samarbeidet?

Jeg ønsket i tillegg å sammenligne om størrelse på avdelingen noe å si for samarbeidet.

Både sykepleiere og leger var åpne om både hva som fungerte godt og hva som fungerte mindre godt. Funnene blir presentert sammen med sitater for å understøtte poengene, jeg kommer med ytterligere meningsfortetning der dette er nødvendig for å få frem betydningen i det som blir fortalt.

Funnene blir presentert ut fra tema, med data fra begge sykehus. Jeg har merket sitatene med L for lege og S for sykepleier med henholdsvis A og B etter hvilket sykehus de kommer fra. Nummeret er kodingen i forhold til intervjuene.

Sitatene blir merket med eks:

SB: sykepleier, sykehus B

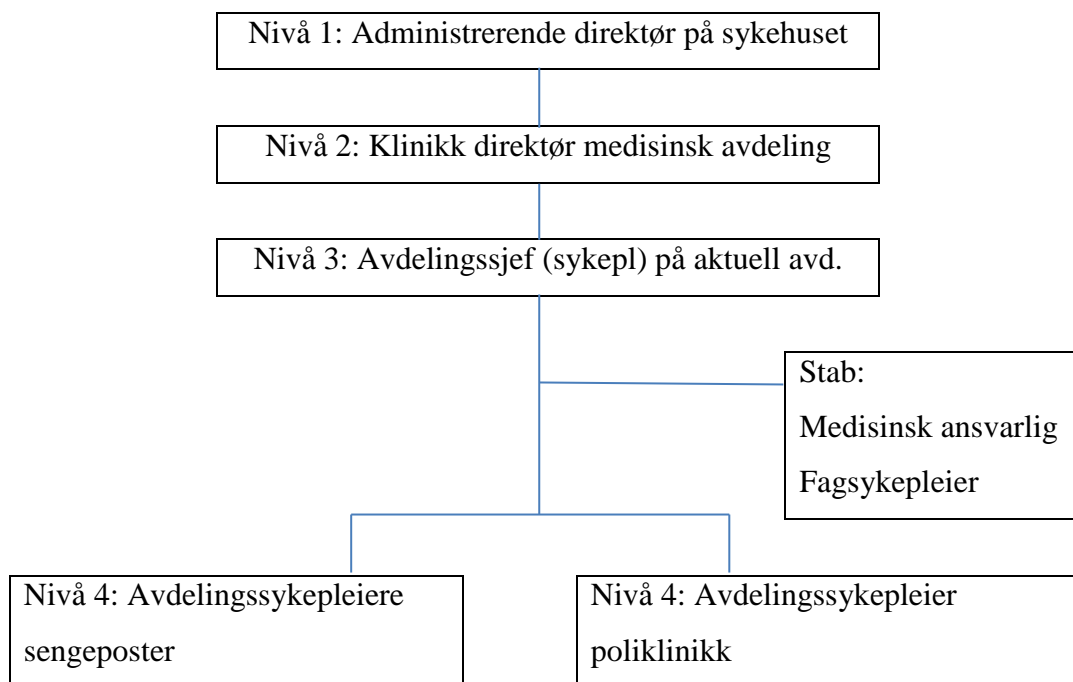
LA: lege, sykehus A

4.1 Organisatorisk struktur av avdelingene

Jeg vil først starte med en oversikt over hvordan sykehusene er organisert hierarkisk, for å få et tydeligere bilde av de ulike nivåene.

Under organisatorisk struktur tar jeg også for meg formelle og uformelle møtearenaer, organisering av sykepleietjenesten og opplæring.

Hierarkisk organisering av avdelingen på sykehus A (lite sykehus);



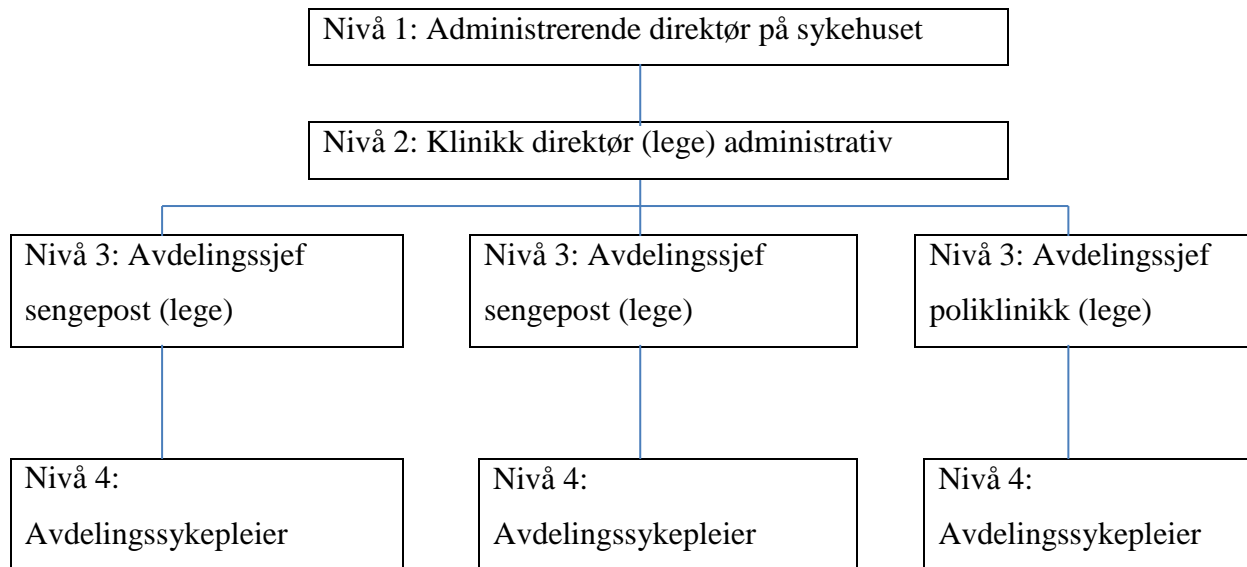
Figur 4 Organisasjonskart sykehus A

På sykehus A er avdelingssjefen øverste leder for avdelingen her, her ligger avdelingen under en større klinikk, og er tilsvarende klinikkdirektør på sykehus B. Så her sitter avdelingssykepleierne nærmere avdelingssjefen enn de gjør på sykehus B.

Jeg opplever at organiseringen på sykehus A (lite sykehus) med sin ledelsesorganisering har en avdelingssjef/direktør som er tettere på driften i avdelingen enn på sykehus B (stort sykehus). På den måten har han ett nærere forhold både til sine avdelingssykepleiere og ansvarlige leger. Slik jeg ser det vil han ha større mulighet og påvirkningskraft i organiseringen av driften, og har da mulighet til å tilrettelegge på en helt annen måte enn på sykehus B. Der er det lengre avstand til beslutningslinjene og fra ledelse til drift. Her må man ta saker gjennom flere ledd. Fordi sykepleielederne på sykehus B ikke lenger er under avdelingsdirektøren, de har fått et ledd mellom seg og avdelingsdirektøren. På den måten har sykepleierne mistet sin direkte link til avdelingsledelsen, de må gå via driftsansvarlige leger,

mens legene har fått kortere vei og blitt en del av avdelingsledelsen. Se organisasjonskart under for sykehus B.

Hierarkisk organisering sykehus B (stort sykehus);



Figur 5 Organisasjonskart sykehus B

På sykehus B har de hatt en omorganisering hvor de har fått inn avdelingssjefer som er leger på nivå 3, på dette nivået satt tidligere avdelingssykepleierne. Avdelingssjefene har nå fått formelt personalansvar for legene og for sykepleierne. Men ut fra det informantene forteller fungerer det i praksis slik som før, dvs. at det er avdelingssykepleierne som har personalansvaret for sykepleierne. Men avdelingssykepleierne her må i prinsippet ta driftsspørsmål opp med avdelingssjefen før de kan gjøre noe.

Sykehus A (lite sykehus)

På sykehus A er øverste leder på avdelingen avdelingssjef og han er sykepleier. Avdelingen er underlagt medisinsk klinikk, som består av flere ulike avdelinger. Her er øverste leder klinikkdirektør, som er lege, og som da er leder for flere avdelingssjefer.

Avdelingssjefen på avdelingen jeg har vært i kontakt med, har i sin stab med seg en overlege som er medisinsk ansvarlig, men som ikke har personalansvar for legene det er det avdelingssjefen som har. Overlegene i staben er kun ansvarlig for den medisinske driften, og har pasienter i klinikken. Avdelingssykepleierne har personalansvar for sykepleierne og

ansvar for driften på sengepost og poliklinikk. Avdelingssykepleierne har lederansvar for driften og sykepleierne der de er ledere, de har ikke ansvar for legene. I tillegg har de en fagsykepleier som sitter i stab som har fagansvaret for hele avdelingen og jobber for alle, både sykepleiere og leger i avdelingen. At fagsykepleier sitter i stab vil si at vedkommende ikke er knyttet til en spesiell sengepost/poliklinikk i avdelingen.

Sykehus A har en utfordring med å få nok leger, spesielt overleger, derfor er legene organisert slik at de rullerer på sengepost og poliklinikk. På denne måten blir det vanskelig for legene å spisse seg om de ønsker det, her må de være generalister og arbeide innenfor alle fagområdene. Som avdelingssjefen uttalte;

«Jeg er ikke så redd for fremtiden, det ser bedre ut en jeg trodde, vi har fått inn gode folk, med litt flaks, men mest med hard jobbing, en må satse på lokalrekruttering og det gjør vi nå med LIS legene. Men spesialistene får vi ikke fra lokalområdet, det er mangel på spesialister i dette fagfeltet, så på overlegesiden må vi låne inn vikarer fra «modersykehuset».

Informant 07 SA

Sykepleierne på sykehus A arbeider stort sett enten på sengepost eller på poliklinikk. Men har noen sykepleiere som har delt stilling mellom sengepost og poliklinikk.

Sykehus B (stort sykehus)

På sykehus B er også øverste leder klinikkdirektør men som kun er øverste leder for den aktuelle avdelingen – som da er en egen klinikk på sykehuset, han har over seg administrerende direktør, stillingen er administrativ. Han har under seg avdelingssjef som er lege, og som har personalansvar for legene, men som også arbeider fullt i klinikken. Det er også egne avdelingssjefer for de ulike seksjonene som også er leger – men de har ikke personalansvar for legene, de har mer et driftsansvar. Disse avdelingssjefene står over sykepleielederne, som nå er blitt nivå 4. Sykepleielederne har ansvar for sykepleierne på sine seksjoner, men har avdelingssjefen over seg som ting må gå via. Dette er en organisering som er blitt mer legestyrt.

På sykehus B er legene mer spisset og arbeider i diagnoseteam, både overleger og LIS legene arbeider i diagnose team og har dermed sine spesialfelt som de har ansvar for – de krysser

ikke over dem. Men de kan være både på sengepost og på poliklinikk hvor de kun har ansvar for sine diagnoser. Som en av overlegene som var ansvarlig for sitt team uttrykte;

«At en samles rundt en pasientgruppe, og arbeidsoppgavene er på en måte håndteringen av dem da. Jeg har ikke noe personalansvar men jeg har på en måte et ansvar for faget at det utøves, og disponerer teamet til det beste for pasientene og oppgavene vi skal ha».

Informant 07 LB

Sykepleierne er stort sett knyttet til sin seksjon enten sengepost eller poliklinikk. Men de har også her noen fra poliklinikk som arbeider helger på sengepost.

Informantene ved begge sykehus er stort sett fornøyd med den formelle organiseringen. På sykehus B (stort sykehus) stiller likevel både lege- og sykepleierinformantene spørsmålsteget ved at sykepleierlederne er underlagt avdelingssjefene som er leger på sykehus B.

De mener de er føringer som er kommet fra øverste hold på sykehuset. De mener at legene ikke er så interessert i det å lede og administrere, de er fagledere og ønsker å være i klinikken. De mener legene er blitt ledere som en del av karrieren. I motsetning til sykepleielederne som ofte har lederutdannelse og er gode administratorer i tillegg, og ser helheten.

Begge sykehusene har i prinsippet en todelt ledelse hvor sykepleielederne ikke har myndighet for legene på sin post/poliklinikk. Og legelederne har ikke myndighet for sykepleierne. Men sykehus B har med sin endring ved å ha etablert driftsansvarlige legeledere på sengepost og poliklinikk, på nivå over sykepleielederne, forsøkt å endre dette.

En av informantene ved sykehus B forklarer dette slik:

«At avdelingssjef som er nest nærmest er lege det merkes, fordi ledelse for han rommer mindre enn for en sykepleier som har utdanning og erfaring og har et godt syn på saken. Sykepleier har en mer helhetlig tanke mens lege går mer på drift, og særlig på det med personal som jeg synes jeg ser de har mindre på. Men om de oppfatter det som mindre viktig det vet jeg ikke å påstå».

Informant 05 SB

4.2 Felles møtearenaer

Med felles formelle møtearenaer mener jeg møter som fastsatt jevnlig og som er en integrert del av avdelingens kultur. Med uformelle møtearenaer mener jeg møter som er mer tilfeldige og som er av en mer sosial karakter, som f.eks. felles lunsj, lønningspils, julebord, turer ol. Ønsket mitt er å belyse om felles møtearenaer mellom yrkesgruppene har noe å si for samarbeidet/samhandlingen.

De fleste avdelinger har ledermøter hvor det sitter ledere fra de ulike profesjonene, hvor det også er mulig å ta opp samarbeidsspørsmål, men da blir det på et overordnet nivå som ikke er tilgjengelig for de på «gulvet». Jeg ønsket å se på om det finnes kultur og en opplevelse på om det er viktig å ha arenaer hvor de som til dagen arbeider sammen i pasientnært arbeid kan diskutere over bordet og sammen komme frem til nye løsninger der det måtte være behov for det. Jeg har delt temaet inn i formelle og uformelle møtearenaer. .

4.2.1 Formelle møtearenaer

4.2.1.1 Previsitt og organisering av sykepleie- og legetjenesten

Jeg velger å ta med organisering av sykepleie- og lege tjenesten her da dette har noe å si for previsitten. Jeg starter med å definere previsitt;

Previsitt

Previsitt er en formell møtearena som er en del av den daglige driften hvor sykepleier og leger møtes om morgenen og går gjennom det som har skjedd det siste døgnet med inneliggende pasienter. Dette skal være et kort møte hvor de viktige tingene blir tatt opp, og evt. endringer i behandling gjøres av lege. Etter møtet går man visitt til pasientene, sykepleier som er ansvarlig, LIS lege og helst en overlege.

Previsitten er en viktig arena for samarbeid mellom sykepleiere og leger. Her blir videre behandling bestemt, oppgaver som må gjøres bestemmes her. Det er derfor viktig at det er godt samarbeid mellom sykepleiere og leger for at oppgaver og beskjeder kan bli formidlet og tatt i mot på en god og ordentlig måte, og til slutt utført slik det er tenkt og bestemt.

Organisering av sykepleietjenesten og legetjenesten

Man kan organisere seg på ulike måter og sykehusene her hadde to forskjellige måter å organisere previsitten på. Det ene sykehuset, det minste sykehuset (A) hadde gruppesykepleie, dvs. at det er en sykepleier som har det administrative ansvaret for alle pasientene på den gruppen, og som da er gruppeleder den dagen. Denne sykepleieren har da gjennomgangen av pasientene sammen med en assistentlege (LIS lege), og i tillegg som regel en overlege. Gruppeleder er da avhengig av å få informasjon om pasientene via det som er dokumentert i pasientenes journal og opplysninger fra de sykepleierne som er ute i driften hos pasientene. Legene på det minste sykehuset (A) er generalister, dvs. har ansvar for alle diagnosene, det er ikke mulig for legene her å spesialisere seg på en diagnose og kun ha ansvar for denne. LIS-legene er også generalister her, håndterer alle pasientene som er i systemet. Siden legene på sykehus A er generalister, møter sykepleieren den overlegen og LIS legen som har ansvaret for sengeposten den dagen. Men sykehuset er lite, det er ikke så mange leger å forholde seg til for sykepleier, her kjenner en hverandre ganske godt.

På det største sykehuset, sykehus B hadde de primærsykepleie inntil for ganske nylig, dvs at der er det ikke en gruppeleder, men at hver sykepleier som er på jobb har ansvar for 1-2 pasienter hver, disse har previsitt og visitt med legen på «sine» pasienter – legen har da mange sykepleiere å forholde seg til og å gå visitt med.

Men det kom frem under intervjuene at avdelingen var i ferd med å gå vekk fra primærsykepleie i visittsammenheng, for å gå over til gruppesykepleie, noe legene der var veldig fornøyde med. Legene her på det store sykehuset (B) er organisert i team, dvs. har de har spesialisert seg på en diagnose og er knyttet til denne. Overlegene arbeider kun med sitt spesialfelt, LIS legene er også inndelt slik, og arbeider kun med en diagnose i slengen, fordi LIS legene er i et utdanningsløp og skal innom ulike felt før de spesialisere seg. I og med at legene er organisert i team med ansvar for sin diagnose, vil sykepleierne her møte den samme overlegen og LIS legen som tilhører teamet til previsitt hver dag.

Previsitt er en arena hvor lege er avhengig av at sykepleierne har innhentet ulike parametre på pasientene, som kan for eksempel være blodtrykk og puls, temperatur og væske målinger. I tillegg til annen informasjon om pasientenes tilstand siste døgn.

Dette er viktige opplysninger som legene trenger for at de skal kunne gjøre sine vurderinger om behandlingen videre.

Sykepleierne er på sin side avhengig av at legen kan ta avgjørelser og komme med svar på hva som skal gjøres med pasientene videre for at de skal få gjort sin jobb, dette er ofte basert på opplysninger fra sykepleierne. På denne måten er previsitt er en arena hvor samhandlingen/samarbeidet mellom yrkesgruppen er viktig for at både legene og sykepleiere skal få gjort jobben sin. Previsitt har de på begge sykehusene.

Det kommer frem at legene opplever relativt ofte at sykepleier(ne) som er ansvarlig på previsitt, uavhengig av om de er organisert som gruppesykepleie eller primærsykepleie, ikke er oppdatert på pasienten(e), diverse målinger er f. eks. ikke tatt. Det kommer også fram at sykepleier noen ganger trekker på skuldrene når legen spør om ting, og sier det vet jeg ikke, kjenner ikke pasienten. Dette er funn som kommer frem på begge sykehus, det er ikke forskjell på stort og lite sykehus.

Da jeg spurte sykepleierne om det samme kunne de kjenne seg igjen i dette, at her er et forbedringspotensial, og det gjaldt for begge sykehusene. Sykepleierne begrunner det i at kanskje ikke rutinene er gode nok, men også at det er mange oppgaver som skal utføres på morgenen og at i travleheten kan disse glippe. Noen begrunnet det også med at ordinasjoner ofte blir stående og stående på kurver uten å bli seponert (tatt vekk), og uten at lege etterspør målingene. Det kunne derfor skje at sykepleieren noen ganger tok en selvstendig vurdering på hva som er viktig og hva som er mindre viktig. Men det poengteres også at det tas opp med lege med spørsmål om ikke ordinasjoner skal seponeres.

Som av sykepleierne sier:

«Nei vi er nok ikke flinke til å ha målinger og væskeregnskap klart til visitten.... Det handler kanskje om en dårlig kultur – jeg kommer fra en annen avdeling og der skulle alt være i orden, der skulle blodprøver være tatt og helst besvart, væske- og tempregnskapet skulle være på plass, sånn er det ikke her. Det er slakker, vi tar blodprøvene når vi får tid, vi vekker ikke pasientene om morgenen for å måle temp – Men vi gjør det er det sepsis , så vi kan være spisskompetanse på aktiv behandling, men vi er nok ikke flinke nok på det nei».

Informant 06 SB

Og en lege uttaler videre:

«Man gjør feil, og ofte får man høre at det vet jeg faktisk ikke, eller jeg har ikke hatt denne pasienten tidligere så det vet jeg faktisk ikke, det er litt sånn. Og av og til blir ikke ting gjort som en har sagt skal gjøres.....».

Informant 01 LA

Eller som en lege uttaler om fokuset på hva som er viktig å rapportere om til lege på previsitt:

«Det er jo veldig interessant – vi har jo forskjellig fokus som sykepleier og lege på hva som er viktig. Og det er både interessant og samtidig litt skummelt at en ikke har de samme forestillingene om hva som er viktig».

Informant 02 LA

Her påpekte informanten om at sykepleier kunne ha fokus på ting som lege mente var uvesentlige og ikke relevante for innleggelsesårsaken til pasienten. Det var her nevnt om noe som dukket opp hos pasienten som ikke var alvorlig eller nødvendig å gjøre noe med, men at dette var hovedfokuset til sykepleier og det det ble rapportert om på.

I forhold til organisering som primærsykepleie beskriver en av legeinformantene:

«Det har jo vært flagget som en god sak for sykepleierne, men for hvor mange andre vet jeg ikke. At det er en tidsrøver er jeg helt sikker på, så jeg kunne veldig gjerne tenke meg å gå tilbake til en mer gruppesykepleiemodell igjen rett og slett. Det vil være mer effektivt i visittsammenheng».

Informant 02 LB

Her mener informanten at organiseringen som primærsykepleie under previsitt og visitt er en tidstyv, dvs at ved den organiseringen bruker en altfor lang til på visitten. Legen blir sittende å vente på neste sykepleier, som kanskje da er blitt opptatt med pasientoppgaver mens han har ventet på sin tur med legen, dermed blir legen sittende å vente.

Og to andre uttrykker:

«... og vi har dessverre – i hvert fall enda primærsykepleie på previsitt, og visitt vi da – som ikke fungerer helt optimalt».

Informant 07 LB

«det har vært en del synpunkter, kanskje uenigheter om dette med hvordan legene opplever organiseringen av sykepleierne på post, for eksempel dette med primærsykepleie – det er mange leger som mener at primærsykepleie er et hinder for effektiv visittgang».

Informant 01 LB

Mens på sykepleiersiden uttaler en sykepleier at de skulle ønske de kunne hatt primærsykepleie fullt ut, slik de hadde før, da er det den sykepleieren som har pasienten som har previsitt/visitt med lege. Som hun sier når jeg spør om de har en grei organisering i forhold til previsitt/visitt;

«Nja – jeg skulle ønske at det lå sånn til rette at hver enkelt kunne delta med sin pasient, for det er noe med å være i rommet, å være i diskusjonen, det hadde vi før – før vi ble så effektive».

Informant 06 SB

På det store sykehuset (B) er det tydelig blant legene at å organisere sykepleierne på sengepost med primærsykepleie ikke oppleves som en god og effektiv organisering. På det minste sykehuset (A) er det en overlege som ønsker seg primærsykepleie organisering i stedet for gruppesykepleie som de har. Hans erfaring er at det er en god organisering av sykepleierne i previsitt og visitt sammenheng.

Det kan være flere ulike grunner til at det er forskjellige meninger om hvilken måte som er beste organisering, gruppesykepleie eller primærsykepleie. Størrelse på avdeling har noe å si, hvor mange pasienter hver sykepleier har, hvilke type avdeling det er – noen avdelinger har mer intensiv behandling – da er det større behov for å ha en til en organisering. Så det er ikke noe fasitsvar på hva som er best av disse to måtene å organisere seg på.

Kontinuitet på previsitt

Det kommer frem i intervjuene at det er blitt en mer komplisert og kompleks pasientbehandling og det er viktig at informasjon kommer frem dit den skal. Det er store utfordringer ved dette i og med at man skal være bemannet 24/7, fireogtyve timer syv dager i

uken. Men det kommer frem at ved previsitt og visittgang er det en stor fordel at det er den samme sykepleieren og legen som har visitten sammen hele uken igjennom. På det store sykehuset er det en slik organisering av legene, da de har team organisering, så her er det de samme legene som er med på visitten hver dag, dette gir en god kontinuitet for pasientene på legesiden. På det minste sykehuset er det så små forhold, og mangel på overleger så her er spesialisering ikke mulig, her må alle være generalister. Men i og med at det er små forhold opplever de likevel kontinuitet da det er de samme legene som er der.

På sykepleiersiden er det mye skifte av sykepleiere som er med på previsitt på sengepostene. Det er her på sengepostene den store utfordringen er når det gjelder kontinuitet – på poliklinikken arbeider alle stort sett dagtid og de samme er stort sett på jobb hver dag. På sengepost hvor man har både dag- aften og nattevakter er det stor variasjon og oppleves som vanskelig å få til kontinuitet på ansvarlig sykepleier på previsitt og legevisitt. Det blir rapportert at det er vanskelig å få til noe annet når alle arbeider turnus.

Manglende felles møtearenaer utenom previsitt og visitt

På spørsmål, når det kommer frem at prosedyrer og rutiner ikke er utført til previsitt, eller om det er ting rundt beslutninger om pasientene det skulle vært snakket om, kommer det fram at ingen av sykehusene har faste organiserte fellesmøter hvor sykepleierne og legene som arbeider nær pasientene kan sette seg ned over bordet og snakke om hvordan man samarbeider, utenom previsitten – men den er ikke ett egnet fora for slike diskusjoner. Det finnes ingen møtearenaer hvor man kan diskutere ting som ikke fungerer så godt – for å sammen finne ut om noe kan gjøres annerledes, forbedres. På spørsmål om dette får jeg følgende svar:

*«altfor lite, jeg savner det veldig ofte at vi som sykepleiere og leger kan sette oss ned hvor vi kan få høre hva de legger til grunn for behandling av pasienten. Og at vi kan få komme med våre synspunkter på hvorfor vi synes at den pasienten er i stand til å ta imot behandlingen. Jeg synes ofte det er et misforhold mellom det vi ser der og det vi gjør....
.....Jeg synes ofte det bare blir bestemt og de (legene) ser bare tallene eller bildene – de (legene) ser ikke helheten. Der tror jeg sykepleierne er flinkere – til å se helheten. Vi har mye mer pasientkontakt og vi har mye mer pårørendekontakt».*

Informant 01 SA

«ja det hadde sikkert vært nyttig, både for å diskutere enkeltpasienter som er vanskelige og som folk blir engasjert i, men og sikkert sånn å snakke sammen om hvordan vi gjør ting og at sykepleierne kan få stille spørsmål om hvorfor vi gjør som vi gjør. At en kan diskutere mer sånn rutiner og slikt. Det synes jeg absolutt at vi kunne hatt»

Informant 03 LA

«Vi har ikke faste møtearenaer – det har vel vist seg at det ikke er så enkelt å få til. Jeg vet ikke, kunne kanskje hatt det to ganger i året. Men tenker at det kunne vært greit å ha».

Informant 03 SA

«jeg tenker også sånn både for miljø og for logistikken i avdelingen våres, kunne jeg også tenke meg at vi oftere snakket sammen, hatt postmøte sammen med legene, vi har ikke det. Vi har hatt det når det har vært konflikter, det har vært en gang i blant. Men det blir en veldig kunstig setting – at vi plutselig skal snakkes når vi har en konflikt».

Informant 01 SA

«Nei vi har ikke formelle felles møtearenaer, men det har jeg faktisk etterlyst, har gjort det ganske formelt også. Fordi jeg mener at fordi det er såpass tett program hele tiden og vi er såpass avhengige av hverandre, så har jeg satt frem ønske og forslag om at en gang i halvåret burde vært et møte der overleger og sykepleiere samles og har rom for å snakke om hvordan vi har det, og hvordan vi ønsker at vi skal ha det».

Informant 05 SB

«Nei men det skulle vi sikkert hatt – det hadde nok vært veldig nyttig. Tenker når vi har personalmøter alle er jo en del av avdelingen så alle burde jo være med på de».

Informant 02 SA

Informantene på sykepleiersiden uttrykker her et savn og behov fra sykepleiernes side om å bli inkludert litt mer når beslutninger om behandling av pasientene skal tas, og at legene bruker litt mer tid på å forklare hva de legger til grunn for de avgjørelser som tas i forbindelse med behandlingen av pasientene. At dette kan være et behov både under previsitten og evt. på

fellesmøter hvor det kan være mulig å ta opp ulike pasientsituasjoner det kan være behov for å diskutere.

Utsagnene jeg har tatt frem her sier noe om behovet rundt dette, at det er behov for å kunne sette seg ned å snakke om både pasientsituasjoner og om selve det praktiske samarbeidet på posten. Det kommer frem at previsitt ikke er et egnet fora da det ofte er mye å gå gjennom og tiden er kort. Men samtidig uttrykker noen av legeinformantene at de nok kunne vært flinkere til å forklare beslutninger til sykepleierne.

En av legene uttrykker det slik;

«Ja også tenker jeg at vi kanskje ikke er flinke nok til å formidle hvorfor vi vil at dette skal gjøres, forklare poenget med målingene, da vet en jo hvorfor en gjør det, så kanskje det å være tydelig på hvorfor en gjør som man gjør er viktig».

Informant 03 LA

Travelhet/mangel på tid

Det er flere av informantene som nevner at man er kort på tid og ikke klarer å se for seg hvordan man skal få til å presse inn noe mer i den hektiske hverdagen, både sykepleiere og leger nevner dette, men flest leger.

Både sykepleiere og leger uttrykker at det er en travel hverdag, men det er legene som i størst grad påpeker at de ser det som vanskelig å få til møter i en så presset situasjon, de uttrykker at det sikkert hadde vært nyttig men ser ikke muligheten til å få det til. Mens sykepleierne ønsker å få til møtearenaer for å få til en bedring der det ikke fungerer til tross for travelheten Dette uttrykkes likt på begge sykehusene.

«Ja felles møtearenaer skulle vi hatt – men nå er man jo ganske kort på tid så det kan være vanskelig å få det til – men hvertfall en gang i halvåret at en da hadde hatt det – det hadde vært viktig- da kunne en fått snakket om rutinene – er vi flinke nok. Det er en måte å få sagt fra om det man tenker på».

Informant 02 LA

«Ja kanskje men jeg tror kanskje det kan bli mye flisespikking at det blir mye småting som blir tatt opp, sånn som det med cabiven, (intravenøs ernæring) det skjer jo ikke hele tiden det, det

skjer av og til.....men jeg tror rett og slett ikke at vi har tid til et sånt møte med alle sammen samtidig på en dag, det finnes jo allmøter men vet ikke om det er prioritert så mye egentlig».

Informant 03 LB

Her snakket en av informantene om en feil som var gjort i forhold til cabiven, som er intravenøs ernæring. Det var ikke en stor feil, men han har opplevd at feilen er gjort flere ganger, men får ikke gitt beskjed til rett person. Det uttrykkes at det er travelt og man glemmer det underveis, så det blir ikke tatt tjenesteveien via leder heller. Han er redd for at evt. møter blir preget av slike «småting» hvis det skulle vært møter og det er det ikke tid til slik denne informanten opplever det.

«Jeg tror det er veldig liten, hos oss i alle fall er det ikke mye motstand mot å være sammen – men travelhet og pluss pluss pluss gjør at det ikke blir sånn, så vi holder på hver for oss så tar vi kontakt når vi må, så blir det så best vi kan, men så er det et potensiale her i samarbeidet, men som strukturene eller systemet ikke får til fordi det er for mange eller for mye».

Informant 05 SB

4.2.2 Uformelle møtearenaer

Med uformelle møtearenaer mener jeg ad hoc møter som det er naturlig for yrkesgruppene å møtes for eksempel til lunsj for å spise matpakken sin sammen, om det arrangeres samlinger utenom arbeidstid. Jeg spurte også om slike samlinger oppleves som så viktige at det prioriteres. Jeg ønsket med dette å se på om slike møter er viktige for samarbeidsklimaet i en avdeling.

4.2.2.1 Felleslunsj, sosiale sammenkomster, turer

Felleslunsj mellom yrkesgruppene er det lite av på begge sykehusene. Travelhet blir nevnt som en mulig årsak til at man ikke har tid/tar seg tid til å sette seg ned. Spesielt på legesiden – mange av legene sier de spiser matpakken sin ved PC 'en. På det ene sykehuset prøver en å stille stand litt ekstra på fredagene, men det er varierende hvor god tid man har til å få satt seg ned, og spesielt legene er ofte ikke til stede her. Manglende lokaliteter for å kunne ha felles lunsj på avdelingen er også nevnt som årsak til at man ikke har det, spesielt på det minste sykehuset er dette nevnt – her er det lagt opp til at en skal gå i kantinen.

Ellers arrangeres det sommerfest og julebord/avslutning på begge sykehus. Men på det største sykehuset, sykehus B sies det at det var mye mer av slikt tidligere men at det gjennom årene har blitt mindre og mindre av det, begrunnelsen er at det har blitt travlere og travlere, man har hatt økonomiske nedskjæringer, og det man da kutter på først er slike ting.

Som en av informantene uttrykker det:

«og jeg er overbevist om at det har noe å si for samarbeidet, den stemningen som man hadde i (et sykehus han arbeidet ved tidligere) fikk man fordi man hadde dette pauserommet som man møttes i og hadde felles lunsj, hvor man kunne prate om hva som helst, hva man hadde gjort i helgen, hvor man skulle på ferie osv. Og det at det var alle fag som samlet seg der, det var veldig bra».

Informant 01 LA

Denne informanten beskrev hvordan de hadde det på et sykehus hvor han hadde arbeidet tidligere og hvor det var et pauserom på avdelingen hvor alle yrkesgruppene møttes til lunsj. Det blir beskrevet at lokalitetene på sykehusene de jobber nå ikke er tilrettelagt for at en kan spise lunsj på avdelingen – man er tvunget til å gå til kantinen, eller spise ved PC'en. Da blir det vanskeligere å samles til felles lunsj mellom yrkesgruppene når ikke lokalitetene er lagt til rette for det.

«Ja, så lenge en klarer å skille mellom jobb og privat tror jeg det fungerer. At det ikke blir slik at nå er det vennene som er på jobb. Hvis jeg og en lege hadde vært mye sammen på fritiden så kunne det fort bli at vi brukte mye tid på å snakke om hva vi hadde gjort på fritiden og hva vi skulle gjøre etter jobb – vi har ikke så mye tid alltid».

Informant 02 SA

Det denne informanten mener her er at det er viktig med uformelle møtearenaer men at det er viktig å ikke bli for privat slik at det gjenspeiler seg på jobb. Han mente her at det kunne virke ekskluderende hvis andre oppfattet at nå var vennene på jobb.

Informantene under uttrykker hvorfor de synes det er så viktig med uformelle møter.

«Ja absolutt det tror jeg er veldig viktig. Det gjør mye med arbeidsmiljøet at en møtes og har det gøy og gjør andre ting en å ha vært på jobb. Å gå litt ut av rollene man har her».

Informant 03 LA

«Ja det er det, ja ja – det er klart jo mer man kjenner hverandre jo lettere er det å samarbeide. Så det tror jeg enhver om det er psykisk virksomhet eller annen virksomhet vil det være et pluss å ha en sosial arena med alle sine medarbeidere, eller alle som en jobber sammen med, men vi har det i liten grad».

Informant 02 LB

«Ja det synes jeg jo – vi her på avdelingen hadde våre egne årlige møter hvor vi reiste bort - det ble det et ekstra miljø av, vet du. Det ble mye tettere, legene og vi snakket mye mer uformelt med hverandre. Men vi ser jo at overlegene har fått det mye mer travelt, det ser vi jo. Det er mange vi ikke kjenner igjen fra det de var – jeg har jo vært noen år, de har blitt så travel og stresset at de har nesten ikke tid til å hilse».

Informant 04 SB

Noen informanter uttrykker at når det er veldig travelt så kan man kanskje til tider bli litt kvass i omgangstonen når det tilspisser seg, at uformelle møter da kan dempe konfliktnivået. I tillegg til at hvis en kjenner hverandre så tåler en litt kvassere tone noen ganger enn om en ikke kjenner hverandre så godt. Som en lege uttaler seg:

«...det er viktig i forhold til trivsel over tid...ja jeg tror det når det blir veldig hektisk her så tilspisses det fort, og det kan bli litt forsurende miljø og da kan de møtene være litt sånn at når en kommer sammen slik kan det senke konfliktnivået, så det er et positivt tilbud absolutt».

Informant 01 LB

4.3 Opplæring og kompetanse

Opplæring og kompetanse er viktig fordi sykehusdriften er travel og kompleks og jeg ønsket å belyse om manglende opplæring og kompetanse kan gå ut over samarbeidet/samhandlingen og driften i avdelingen. Jeg tar først for meg hvilke rutine avdelingene har på opplæring av nyansatte.

Opplæring

Her svarer alle informantene på legesiden på begge sykehus at opplæringen består stort sett i litt informasjon om avdelingen, om e-læringskurs som må tas og så blir det mye «learning by doing». Legene blir «kastet» ut i driften, det er lite rom og plan for systematisk opplæring. Det er ikke rom for at en lege kan gå på topp systematisk, det er som regel behov for dem i driften umiddelbart. Men alle sier at de er oppmerksomme på de nye og at de prøver å ta hensyn. Det blir også sagt at overlegene er lett tilgjengelige for spørsmål når det er behov for det.

Det er også lite eller ingen opplæring om hvordan driften er organisert i forhold til sykepleierne. Ofte er det sykepleierne som må rettlede legene både i kurveføring og andre oppgaver som er knyttet til driften.

Som en sykepleieinformanten sier;

«Vi har noen flotte overleger men de har altfor mye å gjøre, så de følger altfor dårlig opp LIS-legene, så det blir vi sykepleierne som må rettlede LIS-legene, og det er ikke ok». Og informanten sier videre «det varierer i perioder hvem det er som er LIS-lege her, og jo mer usikker LIS-legen er, jo mindre hører han på sykepleieren».

Informant 06 SB

En av informantene som er LIS lege ved det store sykehuset forteller slik om hvordan han opplevde opplæringen:

«Det er jo en god stund siden – det var en del skriftlige prosedyrer og avdelingsstandarder som jeg måtte lese på, også var det en del – jeg fikk opplæring på poliklinikken av en annen LIS lege som hadde jobbet der i 4 måneder mer enn meg eller noe sånt. Men på den gruppen var det mer spesifikt mot det som vi jobbet med som «hva skal en gjøre med en sånn kontroll, hva skal en gjøre når denne situasjonen kommer», det var bare helt sånn kort så ble det nå litt sånn at jeg bare måtte kaste meg ut i det».

«Det var jo mye mas på telefonen til overlegene det blir det jo – men de er som regel veldig hyggelige å snakke med og de tar seg tid – men det er jo sånn at du skjønner at de har det veldig travelt, og jeg vet jo – jeg blir jo også oppringt mye av de sykepleierne som vil ha tak i meg for å få svar på ett eller annet».

Informant 03 LB

Her uttrykker informanten sin opplæring, hvor opplæringen var kort og veldig konkret mot enkelte prosedyrer. Han viser forståelse for at overlegene har mye og gjøre og kanskje ikke synes det alltid var like hyggelig å måtte mase på de – siden han har den samme opplevelsen når sykepleierne «maser» på han nå.

Det er likevel litt forskjell på sykehus A (det minste sykehuset) og sykehus B (det største). Informantene på det minste sykehuset sier at selv om de blir kastet ut i driften så er de en liten avdeling, som er oversiktlig og en føler seg godt ivaretatt. Men det er likevel det samme her at det er mye «learning by doing». Men at de har litt tettere oppfølging av overlege som er deres veileder. Så her blir LIS-legene kanskje litt bedre ivaretatt enn på det store sykehuset.

På sykepleiersiden er det litt mer system i bunn i forhold til opplæring, hvor de har et oppsett med punkter som skal gås gjennom, og at en får et par vakter på topp – altså at man ikke blir regnet med som en i driften. Men likevel er det litt tilfeldig om det blir slik i virkeligheten. Noen får gå på topp mens andre blir «kastet» ut i det. Spesielt hvis en har vært i avdelingen tidligere som student, blir en fortært tatt ut i drift. Men det kan være variasjoner mellom seksjonene.

Som en informant uttrykker seg:

«Når jeg begynte hadde jeg ikke noe særlig opplæring, jeg hadde to dager med opplæring på å ha gruppen, og det var det. Men så hadde jeg vært her i praksis og jobbet ekstra og kjenner jo rutinene, så det eneste jeg ikke hadde gjort noe var den gruppelederbiten. Jeg opplever at det ikke er noen faste rutiner for opplæring, for mange blir kastet ut i det. Andre får fast en seinvakt og 2 dagvakter som er vanlig».

Informant 02 SA

Og som en annen uttrykte det:

«Det er oppsett på punkter som de skal gjennom, men jeg vet ikke om det er en tidsfrist. De får mye ansvar selv for å gå gjennom dette. Men noe går seksjonsleder gjennom, noe sykepleierne de går med. De går på topp en liten tid. Har ikke fadderordning, men sykepleierne er lett tilgjengelige».

Informant 03 SA

Her er det snakk om en type sjekklister som den nye får og som skal gås gjennom. Den gir en oversikt over at man har vært gjennom det som anses som viktig å ha fått med seg.

Sykepleierne opplever endel utrygghet hvis det kommer uerfarne LIS leger uten opplæring, som skal ha ansvar på post, og spesielt hvis overlege ikke er tilgjengelig under gjennomgangen av pasientene. Da føler sykepleierne et stort ansvar – og det blir ekstra belastende om det er en ny og uerfaren sykepleier som har ansvaret i tillegg.

Som en sier;

«Det går mye igjen på mester-svenn funksjonen at vi har for liten tid sammen med LIS-legene til å se på pasientene. Men nå høres det ut som LIS-legene er livredde for alt som skjer, men det er de ikke. Men de har en veldig travel hverdag og for lite oppfølging fra overlegene, det ser jeg. Og det vil selvsagt smitte over på sykepleiersituasjonen på sengepost fordi da skjønner sykepleierne at LIS- legen er litt usikker, det tar litt ekstra tid før en får avklart ting, en må vente til overlegen kommer senere eller neste dag, for å få avklart hva man skal gjøre med pasienten. Det er utilfredsstillende for sykepleierne, og det er utilfredsstillende for pasient og pårørende ikke minst».

Informant 02 LB

Kompetanse

Det kommer og frem at samarbeidet også er avhengig av kompetanse. Kompetanse utvikler seg etterhvert som man blir mer erfaren i faget, her snakker informanten om kompetansen som man får etter hvert som man har arbeidet en stund i avdelingen, og som kan ta lang tid å erverve seg – som en informant sier:

«Jeg tror at samarbeidet er avhengig av kompetanse – dess større usikkerhet hos begge parter dess dårligere blir samarbeidet».

Informant 05 SB

«Altså noen ganger så tror jeg de rett og slett ikke vet at de skulle spurt om noe. At det skorter på kompetanse fordi de er nye, at de ikke skjønner akkurat det ja».

Informant 05 SB

Det blir uttrykt at det er forskjell på hvor lenge en lege/sykepleier har vært i avdelingen i forhold til kompetanse. De nye har ikke utviklet samme kompetanse som de som har vært i avdelingen en stund og det kan merkes. Som en av legene uttaler;

«Jeg synes jo de er flinke – det er ikke noe store problemer, men det er jo litt forskjellig hvor lenge de har vært der og hvor observante de er på tingene vi vil vite».

Informant 03 LA

Informantene under beskriver at de er mange sykepleiere og leger som har lang fartstid på avdelingen, de merker at det er blitt travlere og at de er marginalt bemannet, men det at de er erfarne gjør at det går rundt. Det er mange pasienter i systemet, pasientbehandlingen er blitt mer kompleks, det er en komplisert drift som skal gå opp. De beskriver at de kommer i mål takket være nettopp at de er rutinerte, de kjenner driften og vet hva som er viktig. Legene uttaler seg også om at det er viktig og trygt for dem å vite at det er erfarne og kompetente sykepleiere på jobb som kjenner driften og vet hva som skal gjøres. Det er ikke alt man kan lese seg til, en del kommer med erfaring og kunnskap over tid. Det blir stilt spørsmålstegn ved hva gjør man når de erfarne sykepleierne går av med pensjon, hvis det er mange som går av samtidig. Det tar lang tid å opparbeide seg den kompetansen som er i denne avdelingen pr dags dato.

Som en av sykepleierne uttaler:

«At det går så bra her nå tror jeg er fordi vi er så mange erfarne sykepleiere som kan faget og kan alt ut og inn, og tar ansvar. For hvis vi ikke hadde tatt ansvar tør jeg ikke tenke på hvordan det hadde vært. Og om noen år, jeg slutter et par tre år før de andre, men vi har en gjeng som er akkurat like gammel så alle kommer til å slutte på samme tid, det kommer til å merkes, det ser vi jo når vi har vikarer inne...».

Informant 04 SB

Og som en av legene uttalte;

«...vi har veldig mange erfarne sykepleiere her og det merker en at veldig mye går på det, at de erfarne sykepleierne vet hvordan ting skal ordnes – da går samarbeidet bedre. Det kommer oss til gode også, de minner oss om ting som vi må huske på (latter), det er vi avhengig av».

Informant 01 LB

Manglende opplæring og kompetanse kan skape utrygghet og irritasjon mellom leger og sykepleiere. Når nye ikke får opplæring i hvordan rutiner og prosedyrer er på avdelingen, og de som ikke har ansvar for opplæringen må ta den for å få driften til å gå rundt kan det bli gnisninger mellom yrkesgruppene. Sykepleierne spesielt opplever det ikke greit å måtte påta seg å lære opp nye leger i avdelingsrutiner og prosedyrer, det føles ikke rett og skaper utrygghet. Det er spesielt på legesiden det ikke er systematisk opplæring. Det kan også være frustrerende og utrygt som lege å bli kastet ut i driften uten å ha fått tilstrekkelig opplæring. Noen er flinke til å gi beskjed om at de ikke har fått opplæring og ikke kan ting, mens andre har vondt for å «innrømme» det de ikke kan, dette kan føre til dårlig samarbeid mellom yrkesgruppene.

4.4 Profesjonsbakgrunn og maktbegrepet

4.4.1 Dialog/snakke sammen/åpen kommunikasjon

På begge sykehusene uttrykker informantene at det er god dialog mellom sykepleierne og legene at man har et godt arbeidsmiljø hvor det er rom for å spørre hvis noe er uklart. Men likevel blir ikke ting som ikke fungerer tatt opp direkte.

Alle uttrykker at det ikke er problemer isolert sett å snakke sammen om ting, men at utfordringen kanskje ligger i en manglende forståelse av at man har en logistikk som må gå opp, og det er dette som kan være vanskelig å kommunisere ut til hverandre.

Samarbeidsutfordringene i forhold til denne type kommunikasjon gjelder ikke bare sykepleier/lege, men det kommer også frem at det også kan gjelde sykepleier/sykepleier som arbeider på ulike seksjoner i avdelingen. Man glemmer å gi beskjed eller undersøke med den andre seksjonen vedrørende felles pasienter. Det hender også at det ikke blir rapportert videre til neste skift hva som er tatt opp med legene på previsitt fra sykepleier som blir diskutert i sykepleiergruppen, også tar ny sykepleier saken opp hver dag med legen – som en av legene uttaler;

«Det er av og til hvis vi har pasienter som ligger inne lenge så, hvis det er pasienter som er unge og det er litt tøft å stå i det, så hender det av og til at sykepleier har veldig mange innspill på hva vi skal gjøre. Forslag til ting vi skulle ha gjort, har dere tenkt på det, har dere gjort det eller har dere prøvd det? Og det er jo bra at de er engasjerte men av og til kan det

bli litt mye, i alle fall hvis du går med forskjellige sykepleiere hver dag den uken, og får de samme spørsmålene hver dag».

Informant 03 LA

Her mener informanten at informasjon om hva lege og ansvarlig sykepleier har diskutert under previsitten dagen i forveien ikke kommer videre til neste skift og til neste dag, da har informanten opplevd at de samme spørsmålene og forslagene kommer opp igjen både en og to og tre ganger fra andre sykepleiere. Så her er det informasjonssvikt i informasjonsoverføringen hos sykepleierne.

En annen lege uttaler seg slik;

«Nei driften er blitt slik at vi får færre møttingsarenaer så vi er avhengige av en god dialog, at beskjeder er tydelige og blir gitt slik at sykepleierne vet hva som er oppgavene sine».

Informant 01 LB

Informantene uttrykker i hovedsak, både sykepleiere og leger, at de opplever å ha et godt samarbeid. Sykepleierne opplever at de kan spørre legene om ting de lurer på og at de får skikkelige svar. Men det er likevel «små ting» i driften som kommer frem som ikke fungerer optimalt. Og det viser seg at det ikke er etablert arenaer for å sette seg ned over bordet å diskutere ting som ikke fungerer i hverdagen. Så spørsmålet blir noen ganger hvor tar man opp de tingene som ikke går helt som det bør? Alle utenom en av sykepleierne svarer her at de savner felles møtepunkter hvor ting kan tas opp og noen har til og med etterlyst det formelt. Det er en sykepleier som sier at de har fellesmøter en gang i måneden, her er det driftsansvarlig lege som leder disse møtene, han sier at det er mulig å ta opp ting som bør diskuteres på disse møtene. Mens på legesiden er det mer fokus på at de ikke kan se at det er tid til slike møter men at det sikkert hadde vært nyttig.

4.4.2 Forståelse/kunnskap om hverandres arbeidshverdag

Jeg spurte legeinformantene om de kjenner til sykepleiernes arbeidshverdag. Lege er som oftest premissleverandør for sykepleierens arbeid, lege doserer og bestemmer behandling, sykepleieren utfører. Endringer og bestemmelser kan få stor innvirkning på sykepleierens arbeidshverdag.

Og når legene ikke er på post er de ute av syne for sykepleierne, en kan da lure på hva er det legene driver med når de ikke er på post. Det var derfor interessant for meg å høre om legene kjente til sykepleierens arbeidshverdag, og om sykepleierne visste hva legene holder på med når de ikke er på post. Leger og sykepleiere på begge sykehus sa at de nok ikke kjente den andres arbeidshverdag godt nok, men at det nok kunne være en fordel å gjøre det for samarbeidet sin del.

Informantene svarte slik da jeg spurte om de tenker det er en fordel å ha kunnskap om hverandres hverdag;

«Ja det tenker jeg – jeg føler jo at jeg vet en del om deres hverdag siden jeg har arbeidet som pleieassistent. Jeg føler at jeg har veldig god nytte av at jeg vet hvordan ting fungerer. Og det hjalp meg veldig mye da jeg var ny som turnuslegevikar å vite liksom når jeg sier det hva betyr det for deg..... så kan en kanskje glemme det litt etter en stund men prøver å huske på det og tenke på at det er viktig. Jeg ser at det er viktig andre veien også».

Informant 03 LA

Denne legen hadde arbeidet som pleieassistent på avdelingen under utdannelsen og mente at han hadde god nytte av det som ny turnuslegevikar.

En sykepleieinformant sier at legene ikke alltid har en forståelse for at mesteparten av det som skjer av behandling av pasienten må skje på dagvakt, og at det da er avgjørende å få avklart viktige ting som påvirker dette.

«...men forståelsen er vel ikke alltid - forståelsen for at vi har en logistikk som må gå opp – den synes jeg ikke finnes der hos mange av legene».

Informant 04 SB

Sykepleierne er best bemannet på dagvakt på disse avdelingene. Får man oppgavegliding av «tunge» oppgaver til seinvakt og nattevakt blir det en ekstra belastning på disse vaktene. I tillegg er det en del av behandlingen som gis til pasienten som krever at det er lege til stede på posten, dette er vanskeligere på seinvakt og nattevakt for da er også legene færre på jobb. Så dette henger nøye sammen. Dette er slik det er på begge sykehusene.

En annen uttaler seg slik om å kjenne hverandres hverdag og oppgaver;

«Jeg skulle gjerne vært flue på veggen og hørt på hvordan de (sykepleierne) snakker om det (info til pasientene). Men jeg vet ikke nok om hva deres arbeidsoppgaver går ut på, jeg gjør ikke det faktisk jeg vet bare en brøkdel av hvordan de koordinerer seg, hvordan de fordeler arbeidet mellom seg, hvor mange pasienter de kan ta.....».

..... de har en kjempeviktig oppgave, de kjenner pasientene så godt, og ser med en gang om det er noe som ikke er som det skal være».

Informant 02 LA

Informantene beskriver at de ikke vet nok om hverandres arbeidshverdag og hvordan ting som gjøres, endres påvirker den andres oppgaver som skal gjøres. Sykepleierne vet ikke fullt ut hva legene gjør når de ikke er på post og legene vet ikke hvordan sykepleiernes oppgaver er gjennom dagen. Gjennom intervjuene opplevde jeg at dette ikke var tenkt så mye på heller, men når jeg tok opp spørsmålet sa alle informantene at det kunne være en fordel å vite mer om hvordan den andre parten jobber, og på den måten få til en bedre flyt i driften.

«Ja det er det for så vidt – det er klart alle har det travelt og når en begynner å klage så kommer gjerne motparten og klager tilbake (latter). Det er viktig å se litt på totalsituasjonen og at sykepleielederne må være tydelige..... det er sykepleieledelsen som vet det totale bildet og må hjelpe oss med det. Så det er klart vi – at legene – i stor grad er lydhøre for det og ønsker å være imøtekommende..».

Informant 01 LB

Denne informanten snakket om kommunikasjonen mellom sykepleierne og legene når ting ikke fungerer, og at lederne må på banen når det er ting som må tas.

Det er lett å tenke at samarbeidsutfordringene er mest tverrfaglige men det kan også være mellom samme yrkesgruppe på ulike seksjoner i egen avdeling. Utsagn som at vi har det mye mer travelt enn de andre på den og den seksjonen er ikke uvanlig.

Jeg opplever at det kommer tydelig frem at det er et behov for å kjenne hverandres hverdag både tverrfaglig og innen samme fag, og på tvers av seksjonene i en avdeling. Dette kom frem både på sykehus A og sykehus B. På begge sykehus hadde de en ordning med at noen sykepleiere arbeidet delt mellom sengepostene og poliklinikk, og at man utover det skal hjelpe hverandre på tvers hvis det er behov og rom for det, men at det kan være litt kniving

om hvem som har det travlest og størst behov for hjelp. Som en av informantene som arbeidet på poliklinikken uttaler;

«Du kan si at nå prøver man å fordele ressursene på helg, hvis det er rolig på en seksjon i avdelingen og de kan avgi en person så skal den gå og hjelpe der det trengs. Men de som jobber i sengepost har ingen forståelse for at de må flytte på seg. Men vi andre må flytte på oss, men ingen fra sengepostene har vært her og hjulpet oss når det er travelt, så sånn sett kan du si at det er noe som ikke stemmer helt».

«...men tror det kunne vært bra med en hospiteringsdag for å se hvordan det er på de andre postene/seksjonene i avdelingen».

Informant 04 SA

4.4.3 Respekt/likeverd

Jeg ønsket også å undersøke om man fremdeles har hierarki mellom profesjonene fortsatt og i hvilken grad evt. ulike profesjonskulturer mellom leger og sykepleiere virker inn på samarbeidet/samhandlingen. Fra gammelt av ble sykepleierne sett på som legens assistenter, er dette en realitet fremdeles, eller opplever de at det er en gjensidig respektert, likeverd og avhengighet mellom profesjonene. Det snakkes mye om profesjonskamp og mangel på respekt og jeg syntes dette er et viktig tema å belyse.

Det kommer frem at i de tilfellene noen føler på at man har hierarki og mangel på respekt, er det noe en ikke føler er grunnleggende i avdelingene, men at det er veldig personavhengig, det er ingen generell sak i avdelingene. Alle svarer at de føler seg respektert, og at en har en likeverdig rolle i samarbeidet. F.eks. man får skikkelige svar når en spør om ting en lurer på, man blir behandlet skikkelig og det er en grunnleggende god tone mellom profesjonene. Som sagt er det i de tilfeller det oppleves slik, er det knyttet til enkeltpersoner.

Informantene jeg spurte opplevde også å bli tatt på alvor og bli hørt i ulike situasjoner i forhold til den andre part. Legene skrøt veldig av hvor flinke og dyktige de synes sykepleierne på avdelingen er. Og vice versa med sykepleierne i forhold til legene.

Jeg spurte også om hvordan sykepleierne og legene snakket om hverandre om de omtaler hverandre som oss eller om det er en vi- og de- holdning. Her uttalte informantene seg om at det avhenger litt av situasjonen, hvis en snakker om den andre part i en setting hvor ting ikke

har fungert så godt blir det lett for at en sier de og vi, mens i mer positive settinger kan det bli mer oss. Det kan tyde på at når det er travelt og tiden er knapp fort kan bli et skille mens når ting fungerer er man mer en helhet. Men dette trenger nødvendigvis ikke kun være mellom yrkesgruppene men kan også skje internt i den enkelt yrkesgruppe.

Informantene opplevde også i forhold til gjensidig respekt og avhengighet hvor viktig alle er for hverandre, at den ene yrkesgruppen ikke kan klare jobben alene, men at alle trengs for at en skal få driften til å gå rundt.

Om enn en som mente at sykepleierne kanskje kan klare seg litt bedre uten legene enn legene kan klare seg uten sykepleierne, slik uttalte en av legene seg om dette;

«Ja – det går ikke bra hvis noen er vekke, det er ingen som klarer seg uten den andre gruppen for å si det sånn. Sykepleierne klarer seg kanskje litt bedre uten oss en vi klarer oss uten dem. Det er mye de andre gjør som er usynlig for oss tenker jeg».

Informant 03 LB

Den samme informanten sier dette om det og omtale hverandre som vi og de, eller oss;

«hmmmmm det er nok litt forskjellig på de forskjellige gruppene faktisk, noen grupper er litt mer sånn de sykepleierne, de sykepleierne er så håpløse – de sykepleierne tar aldri målingene slik som vi vil..... det er kanskje litt forskjellige personligheter som ligger bak dette her og».

Informant 03 LB

I forhold til og profesjonskamp og opplevelse av hieraki svarte en av informantene slik;

«Nei vil jeg egentlig si, ikke profesjonskamp i alle fall – absolutt ikke. Ikke hieraki i praksis, men da må jeg innom en faktor vi ikke har vært inne på – leger fra andre kulturer. Der kan en kjenne på dette – men det har med deres kultur å gjøre, så kultur mer enn person».

Informant 03 SA

Det denne informantente mente her var at pga kultur og språk kunne en oppleve en del misforståelser i kommunikasjonen. Og at noen som kommer fra andre kulturer (fra andre land) har med seg vaner fra der de kommer fra som kan skape noen utfordringer. På det ene sykehuset har de hatt en del leger fra andre land slik at de har noe erfaring med dette.

Men en sykepleier pekte på en ting som henger igjen når en snakker om hierarki og være overordnet og underordnet, og som han synes er en meningsløs oppgave og det er at sykepleier må rydde etter legene;

«Ja jeg føler jo det at vi blir hørt, men det er jo mange dumme ting som henger igjen, hvis du tenker på ting som skjer i avd, sånn at vi går og rydder etter legene for eksempel, tar opp koppene deres og sånt, det synes jeg er helt tullete at vi skal gå rundt å rydde etter dem. Jeg tror ikke de er klar over hvem som går og rydder etter dem heller (latter) tror ikke de vet det. Vi som jobber seinvakt skal rydde legekantorene og det forbauser meg hva de legger igjen etter seg, så sanne ting synes jeg er helt..... men hvis vi tar opp ting på en seriøs måte så synes jeg vi blir hørt ja».

Informant 04 SB

4.5 Ledelse

Men jeg ser ettersom jeg bearbeider materialet at jeg skulle gått mer inn i hva legene legger i ledelse, og hva sykepleierne legger i ledelse i forhold til samarbeid/samhandling, dette har jeg ikke klart å få belyse godt nok. Jeg har fått en del om ledelse men ser at her burde jeg tatt tråden og fått utdypet dette ytterligere.

Begge sykehusene er organisert med egne ledere for legene og egne for sykepleierne, selv om sykehus B (det største sykehuset) har lege som øverste leder for sykepleierne så var det i praksis sykepleieleder som har ansvaret for sykepleierne. Betyr leder og ledes profesjonsbakgrunn noe for det daglige samarbeidet mellom profesjonene var et viktig spørsmål jeg ønsker å få svar på.

Det jeg har fått frem er at begge yrkesgruppene mener at ledere og ledelse er viktig. Det kom frem at det var av stor betydning at noen har det overordnede blikket og holder i trådene og rydder opp i hverdagen for å få en god flyt. Begge yrkesgruppene mener at det er viktig at leders bakgrunn er den samme som til dem man er satt til å lede. Bakgrunnen for at de mener det er at de synes det er viktig at leder har forståelse og innsikt i deres hverdag og det de holder på med. De mener at for å kunne det må man ha erfaring fra yrket man skal lede. Legene mener også at det er viktig at legeledere holder på klinikken, dvs at selv om en er blitt leder skal en være ute i driften og ha pasienter, om enn ikke daglig men minst en dag i uken.

På sykepleiersiden er det ikke så bastant – men de lederne som innimellom tar i et tak ute i driften med pasientene når det er travelt blir positivt omtalt, det oppfattes absolutt som et pluss at leder bidrar fysisk i driften når det er behov.

Det kommer også frem at det er viktig at leder er en tydelig og nær leder som setter agenda, prioriterer og har fokus.

Yrkesgruppene har litt ulik oppfatning av hva som ligger i det å være leder. Det ble nevnt at sykepleieledere ser mer helheten og er mer personalrettet mens legeledere egentlig er mest interessert i å ha «makten» og ikke så interessert i selve ledelsen.

Som en sier:

«Nei de er ikke interessert i ledelse det er det å ha makten, de ser det ikke som en prosess som utøves med andre, jeg tror de ser det som en sak som er ord og tall, mer som teknikk».

Og den samme sier videre:

«... de er dårlige på egne vegne også da, samtidig som de på en måte støtter opp under systemet om at de ikke skal ledes av andre».

Informant 05 SB

Disse utsagnene blir også bekreftet av en annen informant, som også i bunn mente at profesjonene må ledes av sin egen profesjon, men som også etterlyste bedre ledelse da han i årenes løp ikke hadde hatt mer en to medarbeidersamtaler, han hadde vært ansatt i veldig mange år på sammen avdeling, og følte seg ikke sett av sin leder, men samtidig sies det at legene blir utdannet og «oppdradd» til å være selvstendige og selvgående, og at ledelse for dem egentlig handler mer om drift og tekniske ting, ikke så mye administrering og det mellommenneskelige. Det savnes blant legene en mer nær ledelse men fokuseres likevel ikke på.

Det kommer også frem at sykepleieledere er flinkere til å se hverandre og se helheten.

Som en av legene sier;

«Og når man liksom oppdager at ens leder liksom bare fokuserer på det (her var det snakk om epikrisetid og signering av blodprøver), jeg rakk opp hånden og spurte om det ikke var noen som brydde seg om hva som står i epikrisene, men det er tiden ikke sant – og da mister

en litt respekt og tiltro når de bare fokuserer på det. Det er ikke noen som noen gang har spurt om hvordan det går, hvordan er det her».

Informant 07 LB

Informanten snakket her om det man blir målt på, og hva hans leder har fokus på, han nevner her som eksempel i forhold til epikriser opplever de at det er tiden man bruker på å få ferdig en epikrise til en pasient som reiser ut man blir målt på – ikke hva som faktisk står i epikrisen, som han mener er mye viktigere. Det er mye tid man blir målt på, og ikke den jobben som praktisk gjøres mot pasientene. I tillegg har ikke legelederen fokus på hvordan man har det på jobb.

4.6 Oppsummering og funn av empiri

4.6.1 Oppsummering formelle møtearenaer

Travelhet, mangel på tid er også noe som tas frem av alle informantene – det beskrives en veldig travel hverdag med mange pasienter som skal håndteres, det skal gis behandling både poliklinisk og på sengepostene, så der er ikke rom for, for eksempel felles konsultasjoner hvor både sykepleier og lege deltar med pasienten, noe som det blir påpekt at man hadde i stor grad tidligere. Det beskrives at avdelingen tidligere organiserte seg slik at sykepleier og lege hadde felleskonsultasjoner med pasienten. Det opplevdes som bra både for sykepleier og lege, da var det betydelig lettere for sykepleier å følge opp pasienten i ettertid under utførelsen av behandlingen siden sykepleier hadde vært med og hørt hva legen sa og planlagte i forkant.

Funnene viser at informantene både på lege og sykepleiersiden i prinsippet er enige om at det å ha felles møtearenaer og treffes over bordet for enten å diskutere utfordrende pasientsituasjoner eller hvordan driften går - om det er noe som må ses på – hankes inn, kan være en god ting. Alle opplever en travelhet, men det er legene som uttrykker at det kan være vanskelig å få til slike møter i en travel hverdag, mens sykepleierne uttrykker at de savner å ha slike møter.

Det kommer også frem at hvis man skal ha slike møtearenaer må det være formalisert og forankret i ledelsen av avdelingen/posten for at det skal bli prioritert av gruppene.

Organisering av sykepleiertjenesten og legetjenesten i forhold til previsitt

Det er ulike oppfatninger på legesiden vedrørende om gruppesykepleie eller primärsykepleie er den beste organiseringen i forhold til previsitt. Noen mener gruppesykepleie fungerer best mens andre mener primärsykepleie er det beste. Det er også delte oppfatninger blant sykepleierne her, noen ønsker å ha primärsykepleie, mens andre er fornøyd med gruppesykepleie.

Funn her er at felles for legene er at de opplever til tider at sykepleier ikke er oppdatert på pasienten/pasientene uansett hvordan de er organisert, dette er felles for begge sykehusene.

Et annet funn viser at enten man har gruppesykepleie eller primärsykepleie er det liten kontinuitet i hvilken sykepleier som har visitten. Det er ofte ny sykepleier for hver dag. En grunn til dette er at det ikke er så lett å få til kontinuitet når sykepleierne går 3-delt turnus. Legene er dagarbeidere med vaktordning, mens sykepleierne er turnusarbeidere med arbeid både på dag, kveld og natt.

På legesiden var det mer kontinuitet da det store sykehuset (B) hadde organisert legene i diagnosteam - da møtte sykepleierne de samme legene hver dag.

På sykehus A var det såpass små forhold og få leger, så her var det også kontinuitet på legene. her var det en utfordring å få ansatt nok leger.

Så **kontinuitet og organisering** både på sykepleier og lege siden er en faktor som er viktig å se på for samarbeidet. Dette er likt både på sykehus A og B.

Utover previsitt og visitt er det ingen formelle møtearenaer for sykepleiere og leger hvor fokuset er samarbeid, dette er likt både på sykehus A og B.

Her uttaler også både leger og sykepleiere at de hadde sett nytten av å ha en slik arena. Legen er kanskje litt mer tilbakeholdne – men det begrunnes mest i at de ikke klarer å se når det skulle være tid til et slikt møte.

Tid eller mangel på tid/travelhet er også en faktor her i forhold til få til formelle møtearenaer for et godt samarbeid.

4.6.2 Oppsummering uformelle møtearenaer

Ved begge sykehusene har man varierende grad av uformelle møtearenaer. Noen er litt flinkere enn andre, men begge steder arrangeres det lønningspils hvor både sykepleiere og leger deltar – men det kommer frem at det er mest den yngre garde av begge yrkesgrupper som deltar her, dette er likt for begge sykehusene.

Ved spørsmål om deltakelse fra de mer voksne informantene sies det at de var mer delaktige før, men at de ikke har samme fokuset nå, og sier selv at det kanskje har litt med alder og overskudd å gjøre.

Det er enighet om at uformelle møtearenaer er viktig for et godt samarbeid, det er lettere å ta kontakt i hverdagen når en har pratet litt sammen i uformelle arenaer.

Men at det å ha **lokalteter** tilgjengelig på avdelingen slik at man har mulighet til å møtes til lunsj er en fordel. I en kantine får man ikke den samme muligheten, dette er likt for både sykehus A og B.

Travelhet spesielt på legesiden nevnes som en faktor – legene på begge sykehus sier at de som oftest spiser matpakken sin mens de arbeider foran PC'en.

På begge sykehus var det sagt at det ble arrangert flere sosiale ting før, men at det har vært omorganiseringer, nedskjæringer – det har blitt travlere og da kan det se ut som at det er de sosiale tingene det går først ut over.

4.6.3 Oppsummering opplæring og kompetanse

På legesiden er det ingen systematisk opplæring – det er learning by doing, man går ikke på topp sammen med en erfaren lege før en begynner på alvor. På sykepleiersiden rapportertes det om litt mer system, og at man går på topp – men det kommer fram at det var litt tilfeldig hva man fikk av opplæring likevel.

Når man er ny et sted er opplæring viktig, min erfaring ved nyansettelser er at dette er et av de sentrale tingene den nyansatte lurer på – hvilken opplæring og hvor lang opplæringstid får man. Informantene på både lege- og sykepleiersiden forteller at opplæringen er variert. Men det poengteres av alle informantene at man prøver å ta hensyn og være lett tilgjengelig for de som er nye. Informantene på legesiden uttrykker en forståelse for og erkjennelse på at

opplæringen ikke er god nok – men at de prøver å være tilgjengelige for den nye for å kompensere for manglende systematisk opplæring.

Sykepleierne uttaler at de kjenner på at de til tider får et litt ufrivillig opplæringsansvar for nye leger på grunn av manglende opplæringsrutiner, noe de ikke synes er greit. Informantene opplever det blir litt tilfeldig hva legene får opplæring i – **sykepleierne** blir dermed ufrivillig korrigeringsansvarlige, og **de tar ansvaret** mange ganger fordi de ser hva konsekvensene blir for dem om de ikke gjør det.

Informantene uttrykker dette likt både på sykehus A og B, så her er ingen forskjell i forhold til opplæring.

På sykepleiersiden kommer det frem at det som regel er et mer standardopplegg for opplæringen, man har rutiner i utgangspunktet for at man går 1-3 uker på topp sammen med en sykepleier før man er klar på egenhånd, men det kommer frem at det kan være litt ulik praksis her også, at disse blir fulgt i varierende grad. Det kommer også frem at sykepleierne også tar hensyn til den nye ved å tilrettelegge og være tilgjengelig. Informantene uttrykte seg likt om dette på begge sykehus.

Informantene hadde heller ingen form for undervisning om hverandres oppgaver, altså legene har ingenting om sykepleiehverdagen og vice versa med sykepleierne om legene.

Både leger og sykepleiere uttaler at det skulle vært litt mer systematisk opplæring.

Mitt funn her er at **manglende opplæring kan virke inn på kompetanseoverføring** både mellom lege – sykepleier og lege – lege, og sykepleier - sykepleier, som igjen vil påvirke samarbeidet.

Det skaper **utrygghet** hos den enkelte ansatte både når en ikke har fått opplæring eller om man skal arbeide sammen med en som ikke har fått opplæring. Det kan virke som sykepleierne kjenner mer på utryggheten hvis de skal samarbeide med en uerfaren og usikker assistentlege enn for legene, der ser ut som at de kjenner mer på «oppgitthet» enn utrygghet hvis sykepleier er uerfaren og usikker. Dette kommer likt fram fra begge sykehusene.

4.6.3.1 Oppsummering kompetanse

Rett kompetanse er viktig på en avdeling og virker inn på samarbeidet, det er likt på begge sykehusene. Men på sykehus B (det store sykehuset) hadde de mange erfarne sykepleiere som

hadde arbeidet ved avdelingen i mange år. Og hvor det kommer frem at ved en nedbemanning de hadde for noen år tilbake sluttet mange av de unge.

Mange av disse erfarne sykepleierne skal snart gå av med pensjon, og de er bekymret for driften videre da. **Dette fordi de ser at i den travle hverdagen som er så er det deres erfaring og kompetanse som gjør at driften går bra.** Dette kommenterer både leger og sykepleiere på dette sykehuset. De har en lang erfaring og kompetanse som man ikke kan lese seg til – men som kommer med årene, erfaringskompetansen og det kliniske blikk – det tar tid å erverve seg en slik kompetanse. Det er på sykehus B de har denne utfordringen. Men også på sykehus A er det enighet om at kompetanse er viktig og spiller inn på samarbeidet.

Så kompetanse er et viktig funn i forskningen min. Og henger godt sammen med opplæring.

4.6.4 Oppsummering profesjonsbakgrunn og makt

Informantene opplever å ha **god dialog og kommunikasjon** mellom seg, dette uttaler både sykepleiere og leger, de **opplever respekt og likeverd** i hverdagen. Men likevel mangler det noe når det handler om å diskutere driftsproblemer. **Det finnes som tidligere påpekt ingen felles arena for å ta dette det som ikke fungerer og bør gjøres noe med for å få til en effektiv drift, det er ingen kultur for slike ting.**

Ved spørsmål om det gamle **hierakiet og profeksjonskampen** merkes noe til, svarer alle at det gjør det **ikke på generelt grunnlag**. Sykepleierne sier at i den grad de kan merke noe til det er det knyttet til **personlighetstrekk hos enkelt personer**.

Det kommer også frem at det å **kjenne hverandres arbeidshverdag** kunne vært en positiv ting, dette mener både sykepleiere og leger. Det å kjenne hverandres hverdag vil kunne gi en mer forståelse for hverandre og at ting henger sammen og blir påvirket av avgjørelser som tas. Mange av informantene jeg snakket med svarte at det kunne vært hensiktsmessig å kjenne til andre hverandres arbeidsoppgaver og arbeidshverdag, for lettere å forstå helheten i arbeidet. Mange ser ikke at avgjørelser som tas hos en yrkesgruppe har innvirkning og konsekvenser for den andre, det vil si at legene vet ikke hvordan sykepleiernes arbeidshverdag ser ut og vice versa. Planlegging av driften skjer mye parallelt og ikke sammen, dermed blir det ikke tatt hensyn til hverandres oppgaver, og den ene vet ikke hva den andre gjør. Dette kan resultere i

unødvendig dobbeltarbeid, ineffektivitet, forskyvning av arbeidsoppgaver og konsekvenser for pasientbehandlingen.

Alt dette er likt på begge sykehusene – størrelse på avdelingen er ikke avgjørende.

4.6.5 Oppsummering ledelse

Det kommer frem hos informantene at en opplever at det er forskjell på lege- og sykepleierledere. Det nevnes at sykepleieledere er mer nære og tilstede, og har fokus på helheten, mens legeledere kanskje er mer opptatt av å lede fordi de ikke ønsker å bli ledet av andre, eller bare ha makten. At de ikke har fokus på selve faget ledelse – men mer opptatt av at de skal beholde klinikketid for ikke å miste kompetansen de har der. Legene som uttaler seg om ledelse er helt tydelige på at de opplever det som viktig at legeleder i tillegg til å være leder holder seg oppdatert på klinikken, og derfor beholder klinikketid. Dette begrunner de med at da har leder oversikt og kjennskap til hvordan det står til i avdelingen. Det er også holdningen til sykepleierne, at ledere som bidrar og gir en hånd ute i avdelingen når det røyner på, blir positivt omtalt.

Samtidig ser det ut for at organiseringen på sykehus A (det minste sykehuset), med en avdelingsdirektør som er tettere på driften, med direkte kontakt med både sykepleieleder og sin medisinske ansvarlige lege gir en fordel ned i organisasjonen i forhold til samarbeid. Denne lederen er mer tilgjengelig og synlig i miljøet, og det kan se ut som at han derfor er lettere å kontakte for å diskutere driftsutfordringer med.

Leder på samme nivå på sykehus B (det minste sykehuset) kan se ut som er mer perifer, og ikke så tilgjengelig for dem i driften, i allefall for sykepleielederne.

Min oppfatning er at organiseringen på det minste sykehuset har en fordel i forhold til å tilrettelegge for samarbeid mellom yrkesgruppene nettopp fordi han er nærmere driften.

4.7 Systematisert oversikt over hovedområder funn

Hovedtemaene og funnene som har kommet setter jeg punktvis frem her for diskusjon mot teori i neste kapittel, drøftningskapittelet.

1. Samarbeid organisering av drift

- Ingen av sykehusene har kultur for faste formelle tverrfaglige møtearenaer på «grasrotnivå» hvor en kan diskutere driftsutfordringer over bordet.
- Begge sykehusene har uformelle sosiale arrangementer på kveld og ettermiddagstid, på begge sykehus er det i hovedsak den «yngre garde» av både legene og sykepleierne som deltar.
- Legene og sykepleierne spiser ikke lunsj fast sammen på noen av sykehusene pga manglende fasiliteter/rom.
- Sykehusene har ulik måte å organisere sykepleietjenesten på, men legene på begge sykehusene uttrykker at det er utfordringer i forhold til kontinuitet på sykepleiersiden.
- Legene ved begge sykehusene kommenterer at sykepleier ikke alltid er oppdatert på pasientene de skal gi rapport om på previsitt.
- På det store sykehuset (B) er legene organisert i diagnose team med sine faste spesialfelt, de arbeider kun med sin diagnosegruppe, har ingenting med andre diagnoser på avdelingen å gjøre.
- På det minste sykehuset (A) er legene generalister og må arbeide med alle diagnosegruppene. Noe som gir en god oversikt over tilstanden på avdelingen.
- Sykepleierne på poliklinikk på det store sykehuset er organisert i diagnoseteam, men fungerer likevel som generalister for å få dagen til å gå rundt. På det minste sykehuset er sykepleierne ikke organiserte i diagnoseteam.
- Sykepleiere og leger på begge sykehus angir at mangel på tid går ut over samarbeidet.
- Legene ved begge sykehus oppgir at opplæring på legesiden ikke er systematisert – det er learning by doing.
- Sykepleierne oppgir at de har mer system ang. opplæring og at nye går på topp 1-3 uker, men det viser seg at det også her kan være litt tilfeldigheter ute og går. Dette gjelder for begge sykehusene.

- Leger og sykepleiere på begge sykehusene oppgir at hverandres kompetanse spiller inn for samarbeidet, spesielt når det spisser seg til i forhold til travelhet og at det kan henge sammen med opplæringen.

2. Samarbeid profesjonskultur og makt

- Sykepleiere og leger på begge sykehusene forteller at de opplever å ha et godt arbeidsmiljø seg i mellom og på tvers av yrkesgruppene.
- På begge sykehus opplever sykepleierne og legene at de har god dialog, det er lett å spørre om ting en lur på, og en opplever å få skikkelige svar.
- Sykepleierne uttaler at de opplever respekt og likeverd i arbeidshverdagen i forhold til legene.
- Men når ting ikke fungerer mellom yrkesgruppene blir det ikke tatt opp direkte der og da – man har liten åpen kommunikasjon mellom sykepleierne og legene på ting som ikke fungerer. I den grad det finnes er det de erfarne godt voksne sykepleierne som står for det, de «oppdrar» legene litt. Legene tar lite opp ting direkte med sykepleierne.
- Eldre og erfarne sykepleiere diskuterer og tar opp ting – og «oppdrar legene» som de sier.
- Både sykepleiere og leger på begge sykehus forteller at det ikke finnes hierarki og profesjonskamp mellom dem på «gulvplanet» på generelt grunnlag. Men at i den grad det kan merkes er det snakk om personlighetstrekk hos enkeltpersoner blant legene.
- Leger og sykepleiere på begge sykehus uttaler at de er avhengige av hverandre for å få hverdagen til å gå rundt. Det er en erkjennelse på at de ikke hadde klart seg uten hverandre.
- På begge sykehus uttaler både leger og sykepleiere at de ikke har kjennskap til hverandres arbeidshverdag – det kommer frem at det kunne vært en fordel å ha denne kjennskapen.

3. Samarbeid ledelse

- Det kommer frem på begge sykehus at ledelse er viktig, både sykepleierne og legene er enige om det. Men det kommer frem at det er forskjellig syn på ledelse.

- Leder er viktig for samarbeidet og holder i trådene og formidler ting med større tyngde.
- Leder bør ha samme profesjon som de en skal lede. Både sykepleiere og leger mente det på begge sykehus. Selv om det minste sykehuset hadde en sykepleier som øverste leder, som de var veldig fornøyd med, mente de at for å forstå legenes hverdag burde en være lege. Sykepleierne mente også at deres leder burde være sykepleier. På det store sykehuset var sykepleielederne «rykket ned» et hakk og fått en legeleder i drift over seg, og det mente sykepleierne at de merket. Nå er det kun fokus på drift og ikke på ledelse og helhet.
- Forskning viser at leger og sykepleiere har ulikt syn på ledelse. Dette kommer også frem i mine funn, hvor informantene uttrykker at legeledere ikke tenker på helhet noe sykepleierleder gjør. Sykepleieledere har videreutdanning i ledelse, noe ikke legene har. Det kommer frem at det oppleves at legeledere er fagledere og prioriterer faget og klinikken fremfor å drive ledelse.
- At leder er nær og tilgjengelig.

5 DRØFTING AV FUNN MOT TEORI

Faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom sykepleiere og leger er temaet i prosjektet mitt. Jeg ser under analysen at det sett at funnene deler seg i 3 hovedområder som jeg velger å dele drøftingskapittelet inn i, med sine aktuelle underpunkter under. Men jeg ser at det kan være vanskelig å holde de ulike feltene helt fra hverandre fordi alt henger sammen med alt. Det ene påvirker det andre, så de ulike temaene vil måtte bli trukket litt inn i hverandre under drøftingen.

5.1 Samarbeid organisering av drift

Det å ha forståelse for helsevesenets organisering er en underliggende og viktig faktor i dette prosjektet. Sykehusene blir mer og mer spisset og spesialiserte. Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 og hensikten med den er at kommunene skal utrustes til å ta et større ansvar for pasienten i kommunen de tilhørte ved å ta tilbake pasienter som er innlagt på sykehus på et tidligere tidspunkt enn før Samhandlingsreformen ble satt i kraft. På den måten skal kommunene avlaste sykehusene ved å ta pasienter, som er ferdigbehandlet og ikke trenger å ligge i spesialisthelsetjenesten, men som likevel ikke er bra nok til å dra hjem, tilbake til kommunene tidligere. Det ble også i den forbindelse en omrokering av økonomien, dvs at penger ble overført fra sykehusene til kommunene for at de skulle ruste seg til å ta i mot pasienter tidligere. Men med incentivet om at pengene ble tilbakeført til spesialisthelsetjenesten pr pasient som kommunen ikke klarer å ta tilbake når pasienten er meldt ferdigbehandlet. (St.meld.nr. 47 2008-2009).

Dette fører til at sykehusene er blitt mer spesialiserte og spisset – faktisk mer fragmentert, noe som er i tråd med Samhandlingsreformen intensjon. Arbeidsoppgavene blir splittet fordi vi skal være mer effektive og kun ha fokus på vårt lille felt. Men i en fragmentert verden, les sykehus, er det behov for å kunne se og forstå helheten for å kunne yte god og helhetlig helsehjelp.

Skjørshammer (2004) beskriver at «en av de store utfordringene i helseorganisasjoner er å få til helhetlige, sammenhengende behandlingsprosesser, såkalt sømløs pasientflyt, i en kompleks organisasjonssetting der delene er løst koplet» (Skjørshammer, 2004). Han påpeker videre at langsiktig planlegging som handler om rutiner, prosedyrer og arbeidsdeling, og den uforutsigbare kortsiktige planleggingen, som handler om at pasient og riktig profesjon er til

stede mest mulig samtidig, er de to faktorene som påvirker og holder sammen samarbeidet mellom ansatte i helseorganisasjonen. Men driften i en helseorganisasjon er så pass uforutsigbar at å få til å samordne både langsiktig og kortsiktig planlegging kan være utfordrende, men ikke nødvendigvis umulig. Som Skjørshammer (2004) uttrykker er profesjonenes vilje og evne til gjensidig tilpassing avgjørende, og at profesjonene er løsningsorienterte og villige til å inngå kompromisser for å kunne utføre behandlingen maksimalt innen for tilgjengelige rammer (Skjørshammer, 2004).

Ved det store sykehuset (B) i min undersøkelse er legene organisert i diagnose team. Legene arbeider da kun med sin spesialdiagnose, dette oppfattes som god kontinuitet for pasienten som da alltid vil ha den samme overlegen å forholde seg til, og færre LIS leger (Leger I Spesialisering) å forholde seg til. Utfordringen her er i tråd med Skjørshammers (2004) teori rundt fragmentering. Ved å være oppdelt i team, er man fragmentert og kan miste oversikten og helheten. Man er konsentrert rundt, og arbeider for sine pasienter, og kan slik jeg tolker det lett miste resten av utfordringsbildet i avdelingen. Dette er i tråd med funnene jeg har gjort. På det mindre sykehuset (A) var det en annen oversikt over driften, men om det har med at det var et lite sykehus eller organiseringen kan man selvfølgelig stille spørsmålstegn ved. Men samtidig hadde avdelingen et stort trykk med pasienter med mindre antall leger til å håndtere pasientene med. Jeg tolker det dit hen at kanskje størrelse ikke har så mye å si, det er måten å organisere seg på som betyr mest, fordi her var ikke organiseringen og arbeidsoppgavene så delt/fragmentert. Jacobsen (2008) uttrykker om organiseringsprosessen hvor viktig det er med samarbeid når avdeling og oppgaver blir delt opp i mindre team med eget ansvar. For at en skal kunne beholde en helhetlig tanke i en fragmentert hverdag er det behov for å koordinere og formalisere samarbeidet. Både Jacobsen (2008) og Skjørshammer (2004) uttrykker denne viktigheten av at det stiller krav til organisering og planlegging når en deler opp en helhet til mindre deler – da er det behov for å ha verktøy og tiltak for å klare å se helheten likevel, fordi det er viktig for å kunne utføre arbeidet på en god måte.

Behovet for koordinering av samarbeidet vil være gjeldene på begge sykehusene, legene er stort sett de samme hver dag mens på sykepleiersiden vil det stort sett veksle fra dag til dag. Det gir en kontinuitet på legesiden men ikke på sykepleiersiden på disse avdelingene til tross for at de har organisert sykepleietjenesten ulikt i utgangspunktet. Utfordringene ved å få til kontinuitet på sykepleiersiden, er fordi driften er uforutsigbar en vet aldri hvilke pasienter som blir innlagt, det kan variere – dermed må sykepleierne flyttes rundt der det er behov. I

tillegg til at en må ta hensyn til at sykepleierne går 3-delt turnus. Legene uttalte på begge sykehus manglende kontinuitet på sykepleiersiden, med de utfordringer det gav under previsitten. Dette stemmer med Skjørshammers (2004) beskrivelse av utfordringene i helsesektoren i forhold til at det hele tiden skjer uforutsette ting slik at driften blir vanskelig å planlegge optimalt til enhver tid. Dette viser også at det er ekstra viktig å ha fokus og arbeide med planlegging og koordinering av oppgaver i en sykehusavdeling hvor man ikke samarbeider med de samme personene til enhver tid, noe som også stemmer overens med Jacobsen (2008) betraktning om samarbeid og koordinering av samarbeid.

5.1.1 Ulik rutine- og begrepsforståelse rundt organisering

De empiriske funnene viste at organiseringen rundt previsitt med hensyn til kontinuitet på sykepleiersiden opplevdes som ikke helt optimal. Dette kom frem ved at legene opplevde at informasjon om det som tidligere var diskutert mellom lege og en annen sykepleier ikke kom videre til neste skift og neste dag. Legene opplevde da at samme spørsmål og forslag kunne komme opp flere dager på rad fra ulike sykepleiere. Sykepleierne derimot gav ikke uttrykk for manglende kontinuitet på sykepleiersiden verken på det største eller minste sykehuset. Bakgrunnen for at sykepleierne ikke kjenner på manglende kontinuitet kan kanskje være at de er med pasientene over tid, og opplever derfor at de har oversikt og kontroll på egne vegne.

Funnene viste også at legene ved begge sykehusene opplevde at sykepleier ikke alltid var oppdatert på pasientene de skulle gi rapport om på previsitt, og at sykepleiere og leger kanskje hadde ulike oppfatninger av hva som var viktig å rapportere videre på previsitt. Dette vil jeg drøfte i lys av Skjørshammer sin teori.

Skjørshammer (2004) definerer organisasjon slik; *«en organisasjon kan defineres systemisk som et sett av roller(elementer) og en strøm av aktiviteter som er utformet med tanke på å oppnå bestemte mål. Disse rollene står i større eller mindre grad i et avhengighetsforhold til hverandre. Et slikt system er ikke tilfeldig, men har utviklet seg over tid med det formål å ivareta nærmere definerte behov i befolkningen, samtidig som det ivaretar fysiske, psykologiske og sosiale behov hos de ansatte»* (Skjørshammer, 2004, s.38).

Rollene i denne sammenheng er lege – sykepleier rollen. Lege – sykepleier rollen står i et avhengighetsforhold til hverandre. De er begge gjensidig avhengige av hverandre for å kunne utføre det oppdraget de er satt til å gjøre på en sykehusavdeling. Fungerer ikke dette skikkelig

vil det kunne gå ut over pasientene, som da ikke vil få den optimale behandlingen. Dette kommer også frem av funnene at både legene og sykepleierne uttrykker at begge parter er veldig klar over at de er avhengige av hverandre i arbeidshverdagen. Skjørhammer (2004) utdyper at organisasjonen der partene er gjensidig avhengig av hverandre, er noe mer enn bare de ansatte – man kan ikke kalle det en organisasjon før det er utviklet stabile og varige forhold til hverandre, og at de sosiale relasjonene, rollene, organisasjonsstrukturene og organisasjonskulturen er viktige faktorer i organisasjonen.

Funn viser at begrepsavklaringer og felles forståelse av forventninger til hverandre spesielt i forhold til previsitt og visitt er manglende. Her kom det frem at leger og sykepleiere hadde ulike forventninger til hverandre og at dette ikke ble kommunisert i særlig grad. Krogstad (2006) påpeker også i sin forskning, at leger og sykepleiere har ulike definisjoner av samarbeid. Begrepsavklaringer og betydningen av gjensidig avhengighet og respekt for utvikling av gode tverrfaglige team som arbeider mot felles mål er lite belyst i forskningen (Krogstad 2006). Olsen (2013) påpeker at fordi sykepleiere og leger har ulike perspektiver på legevisitten har de også ulike forventninger både til sin egen deltakelse og andres deltakelse. Dette blir ikke snakket om og synliggjort for hverandre. Dette stemmer godt overens med mine funn. Mine funn viser at det mangler ikke på vilje og ønske om å få til bedre samarbeid men mer på planlegging og organisering, hvor man kan få avklart forventningene man har til hverandre i ulike samarbeidssetninger. Skape en kultur hvor det er rom og kultur for å snakke sammen/planlegge på tvers av yrkesgruppene.

5.1.2 Fellesarenaer

5.1.2.1 Uformelle møtearenaer

Skjørhammer (2004) uttrykker at det sosiale er også viktig i organisasjonsbygging, at man blir ikke en helhet før også den sosiale delen er med. Mine funn viser at det er få fellesarenaer mellom sykepleierne og legene. Verken formelle eller uformelle arenaer. Når det gjelder uformelle arenaer som å spise lunsj sammen uttrykker både leger og sykepleiere at det gjøres veldig lite. Legene spiser som oftest sin matpakke foran PC'en, det er da de får i seg lunsjen sin. Dette er uttrykt ved begge sykehusene, så her har størrelse på sykehuset ingenting å si. På sykepleiersiden legges det om fredagen til rette for felleslunsj hvor legene er invitert, men de møter i veldig varierende grad. Noen leger forsøker å stikke innom en liten stund, men de

fleste av legene spiser lunsjen sin foran PC'en også om fredagene. Dette begrunner de i travelhet.

I tillegg viser mine funn på det store sykehuset, hvor alle informantene uttaler i forhold til sosiale aspekter – at det har blitt mindre sosialt de siste årene, etter innstramminger/effektivisering er det blitt mer travelt, man jobber mer parallelt og mindre og mindre sammen. Informantene uttaler at de har en opplevelse av at det har gått ut over de sosiale relasjonene, og at dette også har innvirkning på hvordan man arbeider sammen i hverdagen. Dette stemmer med det Jacobsen (2008) uttrykker om at det å skape en felles kultur er viktig kan være med å øke samarbeidet. Å ha felles språk, felles symbolbruk og felles ritualer og prosedyrer har betydning for samarbeidet og utviklingen av dette.

5.1.2.2 Formelle møtearenaer

Videre viser også funn at det heller ikke er lagt opp til formelle felles møtearenaer, utenom previsitt som jeg har nevnt over. Det finnes ingen møter utenom ledermøtene og previsitt hvor leger og sykepleiere sammen kan diskutere driften og planlegge hvis det trengs å gjøre justeringer. Mine funn viser også at det ikke er lagt opp til slike formelle møtearenaer, hvor driftsutfordringer ble diskutert på tvers av yrkesgruppene, på ledernivå heller. Men det kommer frem fra begge yrkesgruppene at de hadde sett nytten av slike møter, men legene spesielt uttrykker bekymring for hvor mye tid de skal bruke på møtevirksomhet i en travel hverdag. Dette funnet stemmer med Skjørshammers (2004) beskrivelse av at fagpersoner ikke er så villige og interesserte i å bruke tiden sin på planlegging, til tross for at de gjerne vil bli hørt og være med i beslutningsprosesser. På den annen side uttaler Jacobsen (2008) at faste møter kan være et tiltak som løsning på samarbeidsutfordringer. Han uttrykker at å kunne ha arenaer med definerte deltakelsesrettigheter og plikter, med klar definering av hva som skal tas opp vil kunne være et positivt tiltak for samarbeidsutfordringer. Her tolker jeg det slik at mine funn stemmer godt overens med teorien både ved at legene ikke helt klarer å se hvordan de skulle få tid til slike møter, men de ser likevel at det kunne vært nyttig. Sykepleierne kan godt tenke seg og ser også behovet for møtearenaer sammen med legene.

5.1.3 Opplæring og kompetanse

Et annet funn som også henger sammen med forholdsavklaringer og forventninger, er opplevelsen av hverandres kompetanse. Både leger og sykepleiere på begge sykehus snakker om at kompetanse er viktig og at man blir usikker når en opplever at det skorter på den. Kompetanse blir gjerne også knyttet opp mot opplæringen man har fått og hva man evner å tilegne seg. Nygren (2004) skiller mellom to typer kompetanse nemlig kvalifikasjonsrelevant eller yrkesrelevant kompetanse. Begge kompetanseformene er viktige, og kvalifikasjonsrelevant beskrives som kompetanse en tilegner seg og bruker i en utdanningskontekst mens yrkesrelevant kompetanse tilegnes og brukes når en skal utføre den profesjonelle oppgaven i en yrkeskontekst. Når jeg snakker om kompetanse her er det den yrkesrelevante kompetansen jeg mener, den formelle kvalifikasjonsrelevante kompetansen har både sykepleiere og leger i bunn fra utdannelsen sin. Mine funn viser at når opplæringen ikke er optimal, som på legesiden spesielt, kan det bli vanskeligere å tilegne seg den yrkesrelevante kompetansen. Mine funn viser at legene er klar over at de ikke har en optimal opplæringssituasjon opp mot LIS legene (leger i spesialisering), og begrunner det mye i travelhet. Overlegene påpeker at de skulle hatt mulighet til tettere mester-svenn opplæring med legene som er i spesialisering, men denne type opplæring går mer på det rent faglige. Opplæring utover det faglige, som går mer på avdelingsrutiner og arbeidsfordeling mellom sykepleiere og leger kan det ut fra mine funn, virke som at legene har en forståelse av at de innehar den yrkesrelevante kompetansen i kraft av sin utdanning, og på bakgrunn av det ikke har fokus på å ha et godt og systematisk opplæringsprogram for nye leger. Her kan kanskje utdanningssystemet gjennom tidene vært med å underbygge legenes opplevelse av behov for opplæring, legene er autonome, de er opplært til å kunne handle selvstendig og uavhengig av andre, med frihet fra inngripen og frihet fra å motta instruksjoner fra andre (Erichsen, 2003). For sykepleierne er funnene litt annerledes, de har fokus på at nye har behov for opplæring og har et system for det for å gi nye sykepleiere en yrkesrelevant kompetanse, selv om det varierer litt i forhold til gjennomføringen. For arbeidsplassen er dette en viktig kompetanse som er ønskelig at de ansatte tilegner seg så fort som mulig for å få en pasientsikker og effektiv drift.

5.2 Samarbeid profesjonskultur og makt

Funn viser at begge yrkesgrupper opplever at de har et godt arbeidsmiljø og samarbeider godt. Sykepleierne opplever å bli tatt på alvor og blir møtt med respekt og likeverd fra legene. På begge sykehus opplever sykepleierne at hierarkiet ikke eksisterer på generelt grunnlag, men at det kan knyttes til personligheten til enkeltpersoner, hvis de opplever det – men det er sjelden. Jeg tolker det slik ut fra mitt materiale at i den grad det eksisterer hierarki så kan de nå knyttes til enkeltpersoner og ikke som et generelt fenomen.

Dette stemmer på den ene siden ikke med tidligere forskning og aktuell teori. Både Krogstad (2006), Smedstad (2010) og Olsvold (2010) konkluderer med i sin forskning at hierarkiet eksisterer, på den måten at legene føler seg opphøyd i forhold til sykepleierne. Erichsen (2003) beskriver også at sykepleierne blir sett på som underordnet legeprofesjonen fordi legene blir knyttet sterkt sammen med vitenskapelige fremskritt og forbedring av helsetjenestene. Også studien til Tang, Chan, Zhou, & Liaw (2013) konkluderte med at hierarkiet eksisterer da det viste at legegruppen hadde lav respekt og en nedlatende holdning til sykepleierne. Men mine funn tolker jeg dithen at dette i dag er mer personavhengig. Informantene på begge sykehus omtalte hverandre under intervjuene med respekt og i fine ordelag, og uttalte at de var veldig klar over at de var avhengig av hverandre i hverdagen. I de tilfellene det kunne være noe å fornemme kom det altså fram at det var personlighetsavhengig, og da knyttet mot enkelte av den eldre garde av legene. Så her stemmer ikke mine funn med det jeg har funnet av tidligere forskning.

På den annen side viser empirien at ikke alt i samarbeidet mellom sykepleierne og legene fungerer optimalt og man kan kanskje bli fristet til å tolke det dithen at det handler om de gamle hierarkiske nivåene. Men mine informanter og funn benektet dette, mine funn viser i denne sammenheng at dette handler om hvordan avdelingen er organisert, hvordan driften og hverdagen er planlagt og forståelse av hverandres profesjon og arbeidsoppgaver, og ikke knyttet mot hierarkiproblematikk. Det fremstår heller som at det er en manglende felles planlegging, manglende helhetstenkning og organisering av sykepleier- og legetjenesten på mikronivået. Og at sykepleiere og leger kanskje ikke er så flinke til å snakke sammen om hvordan de kan arbeide bedre sammen. Krogstad påpeker også i sin forskning at en til nå har oversett viktigheten av å ha kunnskap om hverandres profesjoner og kulturer når en skal få til et godt samarbeid og en god organisering på mikronivået (Krogstad, 2006). Dette påpeker også Jacobsen (2008) at ved å øke kunnskapen om, og følelsen av avhengigheten mellom

yrkesgruppen vil det skapes kunnskap om den enkeltes plass i helheten. I dette blir det også viktig å vise hvilke konsekvenser manglende samarbeid får for den andre part og dermed driften i avdelingen (Jacobsen, 2008). Også funn Tang, Chan, Zhou & Liaw (2013) gjorde er konkludert med at det å ha kunnskap om hverandres profesjon er en fordel for samarbeidet.

5.2.1 Utdanningssystemet

Elstad (1991) hevder at utdanningssystemet og arbeidstakerorganisasjonene er med å holde i hevd hierarkiet og profesjonsstrider i forhold til at utdanningene er så fragmentert, der er ingen fellesskap i de ulike utdanningssystemene. Han er mye på linje med Krogstad (2006) om at det handler mye om manglende kunnskap om hverandres profesjoner og arbeidsoppgaver, og viktigheten av kommunikasjon og samarbeid på tvers. En felles grunnutdanning, med større tverrfaglig pensum med større vekt på å integrere helheten og alle yrkenes betydning ville kunne være en god vei å gå. Samlokalisering av utdanningsinstitusjonene ville også kanskje være en fordel. (ibid)

Erstad (1991) uttrykker «*parolen «èn helse- og sosialarbeider» kan illustrere en mer egalitær (likhet og likeverd) helsesektor, der lagdelingssystemet har færre nivåer, og der personalet i større grad er og føler seg som jevnbyrdige»* (Elstad, 1991, s. 118). Som tidligere nevnt viser mine funn at hierarkiet ikke eksisterer, men at det er behov for å integrere profesjonene mer til hverandre enn det er i dag. Det er mye parallell tenkning, hvor man jobber for seg og sitt og glemmer at ting henger sammen. Jeg tolker mine funn slik at det allerede på utdanningsnivået hadde vært en fordel å lære litt om hverandre, for allerede da skape en felles plattform, og på den måten få til en mer helhetstenkning fra man starter utdannelsen sin, som både Elstad (1991) og Krogstad (2006) viser til. Funnen mine viser at både sykepleiere og leger uttalte at det hadde vært en fordel å vite mer om hverandres profesjon og arbeid.

5.2.2 Manglende tverrfaglig planlegging

Funnene mine viser at det er lite planlegging på tvers av profesjonene, yrkesgruppene planlegger sitt uavhengig av hverandre, det er liten åpen kommunikasjon rundt dette. Både Smestad (2010), Snelgrove (2000) og Krogstad (2006) påpeker at det er lite åpen kommunikasjon mellom sykepleier og lege, det er lite snakk om ansvarsfordeling og direkte dialog om ting som ikke fungerer optimalt i hverdagen. Mine funn viser at selv om både lege og sykepleier uttaler at de opplever at de samarbeider godt med hverandre kommer det fram at

det som ikke fungerer ikke blir diskutert direkte. Mine funn viser at i tillegg til at det ikke kommuniseres direkte der og da, blir det ofte ikke tatt videre via tjenestevei til nærmeste leder heller.

Det kan se ut som det er en sperre på å korrigere hverandre direkte når en oppdager noe som ikke er gjort eller noe en må huske på.

Skjørshammer (2004) uttrykker at alt helsearbeid i dag er tverrfaglig, og for å få til et godt samarbeid må arbeidet planlegges både vertikalt i organisasjonen og horisontalt mellom de ulike fagene som skal arbeide sammen.

Erichsen (2004) beskriver også at helsetjenesten er blitt så spesialisert at man mister oversikten over helheten, og det hjelper ikke hvor god en del er hvis ikke evner å se at alt henger sammen og inngår i en helhet.

Funnene mine viser at informantene opplever at det i en travel hverdag er vanskelig å se helheten i avdelingen, og se at ting som avgjøres kan få konsekvenser for noe annet i driften. Men dette kan være vanskelig i å se fordi en er opptatt med sitt felt og har ingen føling med hva som skjer ellers i avdelingen.

Jakobsen (2004) beskriver at ved arbeidsdeling er det også nødvendig å tenke helhet. Dette kan gjøres ved god koordinering slik at alle er tjent med det i hverdagen. Sykepleiere og leger må se og forstå at de er en del av denne helheten. Skjørshammer (2004) belyser også viktigheten av systemforståelsen med det å tenke helhetlig. Man arbeider i et system hvor delene (sykepleierne og legene) må være i et samspill og i en helhet som har et felles mål på å utføre en funksjon, som er pasientbehandlingen.

5.2.2.1 Tid/travelhet

Sykepleiere og leger på begge sykehus angir at mangel på tid går ut over samarbeidet, i tillegg til at de ikke ser hvordan de skulle ha tid til å sette seg ned å planlegge, diskutere driften.

Skjørshammer (2004) uttrykker at fagpersoner gjerne vil bli hørt og ha innflytelse, men ønsker ikke å bruke så mye tid på planlegging og diskusjoner. Dette har sine utfordringer ved at en mister motivasjon til å gjøre endringer, når en ikke ser at en har tid eller nytte i å ha møter i en travel hverdag, noe som går ut over samarbeidet. For å få ting til må en finne tid og se nytte i at man setter seg ned for å se på hva som kan gjøres bedre – men det er viktig at partene tydelig ser at de har noe å hente ved å sette av dyrebar tid.

Mine funn viser også at sykepleiere tar mer ansvar for oppgaver som strengt tatt ikke er deres når ting ikke fungerer optimalt – ofte fordi de vet hvilke konsekvenser det får både for pasientene og driften generelt hvis ting ikke blir gjort eller tatt tak i – eller blir utsatt, det går utover tiden man har, og man vet at en da vil få det enda travlere senere på vekten.

Dette kan ha flere sider, det kan dekke over ting i organiseringen som burde vært gjort noe med, men som ikke er tydelig fordi noen «bare» gjør det. Det kan også være med på å skjule behov for opplæring, det kan også underslå behovet for flere leger i en avdeling. Dette tolker jeg i tråd med Skjørshammer (2004) teori om at en ikke ser helheten og har forståelse for at ting henger sammen og får konsekvenser for den annen part.

5.3 Samarbeid ledelse

Forskning viser at leger og sykepleiere har ulikt syn på ledelse. Legeledere er ikke alltid så glad i selve faget ledelse, de er mer fagledere. Administrative oppgaver og andre lederoppgaver er de glade for at andre (sykepleielederne) tar seg av, slik at legelederne kan konsentrere seg om faget. Legeledere har ofte fastsatt klinikketid med pasienter selv om de er ledere (Torjesen, 2008).

Mine funn viser at ledelse ses på som viktig hos begge yrkesgrupper og at de har et noen lunde likt syn på ledelse i så henseende at de trenger å ha en leder som tar tak når det trengs og holder i trådene. Som teorien sier så har sykepleiere og leger en stor autonomi i utøvelsen av yrket sitt, de vet hva som skal gjøres – de trenger i prinsippet ikke en leder som instruerer dem (Strand, 2010).

Jeg tolker også funnene i forhold til ledelse slik at man leder ikke sammen men parallelt, leder for legene leder legene, og leder for sykepleierne leder sykepleierne – det er liten interaksjon mellom disse lederne når det gjelder samarbeid på mikronivået. Men funn viser også at det er liten uvilje mot å jobbe sammen, møtes og planlegges på det «pasientnære» området, mikronivået, men empirien viser at det ikke er organisert for det, og dermed ei heller kultur for slikt samarbeid. Så funn her kan konkluderes med at det er liten uvilje på gulvplanet i forhold til å arbeide sammen – men at organisasjonen har verken kultur eller er organisert slik at det er lagt til rette for planlegging og samhandling på tvers av yrkesgruppene på ledernivå, da er det vanskelig å få det til på «gulvet». Skjørhammer (2004) uttaler at ledere og ansatte i helseorganisasjoner har behov for gode og nyttige hjelpemidler for å kunne forstå, drifte og utvikle det de er satt til å levere eller lede. Han belyser også at for å ivareta organisasjonen,

kunne holde den samlet på en slik måte at den har det som trengs for kunne levere tjenesten best mulig og med riktig kvalitet, er planlegging viktig (Skjørhammer, 2004, s. 65).

Mine informanter mener at den som skal være leder må ha samme yrkesbakgrunn. Det vil si at leder for legene mente de måtte være lege i bunn, og for sykepleierne måtte de være sykepleier i bunn. Dette er likt på begge sykehusene. De mente det er viktig at leder har kunnskap og innsikt i faget som skal ledes. Men samtidig viser empirien at sykepleierne opplever at legeledere ikke er så interessert i faget ledelse, og dermed vanskeliggjør det temaet samarbeid mellom legene og sykepleierne. Torjesen (2008) påpeker har det historisk vært slik at personlige egenskaper har vært underordnet i tilsettingen av ledere i helsesektoren, det som har vært vektlagt har vært fag-, ekspert- og profesjonsrelaterte kvalifikasjoner. Det kan se ut som at dette til en viss grad kan være gjeldende fremdeles på ledernivå.

Skjørhammer (2004) belyser også viktigheten av å inneha flere kvalifikasjoner i lederrollen fordi leder må ta både administrative og faglige beslutninger. Det vil si at leder må ha kunnskaper og interesse for både de administrative og faglige delene av lederrollen.

Skjørshammer (2004) påpeker at det er vanskelig å skille disse to delene, og vanskeligere blir det dess nærmere en er i organisasjonens kjerne, behandlingsprosessen. Dette fordi administrative beslutninger får faglige konsekvenser og vice versa. Skjørshammer (2004) påpeker videre at om man utvikler lederroller i helseorganisasjoner der administrative og faglige funksjoner deles opp i ulike roller vil det mest sannsynlig oppstå konflikter, dysfunksjonelle subkulturer og nye uformelle beslutningsprosesser (Skjørshammer, 2004). Dette kolliderer i forhold til tanken med innføringen av enhetlig ledelse hvor hensikten var at ledere i helsesektoren ikke trengte helsefaglig bakgrunn og at hvem som helst med erfaring og kunnskaper i ledelse kunne lede en sykehusavdeling.

Men samtidig kommer det frem av empirien fra en av informantene som hadde hatt en leder uten helsefaglig bakgrunn, som sa noe om at det var den beste lederen han hadde hatt. Men denne lederen var på klinikkdirektørnivå, som i hovedsak er en administrativ stilling. Men informantene påpekte her en del egenskaper som de anså som årsaken til at denne lederen var så dyktig. Det kom frem at årsaken til dette var personlighet og ikke minst evne til å lytte - ved at han lyttet til fagfolkene og tok de på alvor kom frem som fremtredende årsaker til at han opplevde denne som en god leder. Å være lyttende og ha innsikt til å måtte søke råd hos fagpersoner når det var nødvendig ble opplevd som gode egenskaper og veide godt opp for at

de ikke hadde helsefaglig bakgrunn. Men dette passer ikke helt inn med Skjørshammers (2004) teori om at det kan være vanskelig å skille administrativ og faglig ledelse i helsesektoren fordi det da lett kan oppstå konflikter. Men det kan likevel se ut som hvis man er ydmyk og innrømmer sine begrensninger og søker råd hos fagfolk der en kommer til kort – og tar råd og fagfolk på alvor, kan en likevel komme langt som leder uten helsebakgrunn.

For å få til ting i en avdeling er det viktig at det er godt forankret hos ledelsen. Ledelsen må gå foran og vise vei. Dette kommer frem hos alle informantene, hvis ikke ledelsen er nær og viser handlekraft mister en respekt. Funn viser at flere nevner ledere som er fraværende og hvor man ikke føler seg sett – hvor det kun er fokus på det som skal rapporteres. Det nevnes også at når noe blir tatt opp med leder – har en inntrykk av at det ikke kommer videre eller blir tatt opp, og dermed får en ikke gjort noe med det som evt. ikke skulle fungere. Dette gjaldt både på lege og sykepleier siden, på begge sykehus. Dette stemmer med også med teorien, Strand (2010) uttrykker at ledere må ha evne og makt til å få ting til å skje, de må ha mulighet til å påvirke. Krogstad m/fl (2005) har også vist i sin studie at for sykepleiere og leger er det viktig med en leder som har kontakt med «folket på gulvet» og ser hvordan det står til i avdelingen. Det verdsettes at leder har evne til å se medarbeiderne, og kunne gi faglige tilbakemeldinger, viktige og nødvendige lederegenskaper.

Det er mulig at lederne eller noen av lederne ved disse avdelingene hvor jeg har utført studien min, ikke har denne makten eller muligheten til å påvirke og derfor kommer til kort. Men som nevnt i kapittel 6 har jeg dessverre i litt for liten grad fått fram dybdeinformasjon på dette området.

5.4 Oppsummering diskusjon rundt teori og funn

I et samarbeidsperspektiv henger alt sammen med alt, men følgende hovedområder har pekt seg ut i min studie. Organisering og ledelse av lege- og sykepleietjenesten viser seg å være viktige faktor i samarbeidet mellom profesjonene. Mine funn viser at sykepleiere organiserer seg for seg, og legene for seg – for tilslutt å skulle gå i hop i den daglige driften, man planlegger delene løsrevet fra helheten, her er Skjørshammer (2004) sin teori om helhet og del aktuell. Det henger også sammen med hvordan lederne håndterer sine lederroller. Det kan se ut som det er liten planlegging i fellesskap på dette nivået. Noe som kan sees i sammenheng med Torjesen (2008) sin teori om at legelederne helst ønsker å være i nærheten av klinikken

og holde på sitt klinikknære arbeid i tillegg til lederjobben, mens sykepleierlederne utdanner seg og kontinuerlig reflekterer rundt sitt lederskap. Fremdeles finner man få sykepleieledere innen for det medisinske faget på avdelings- og klinikkledernivå i sykehus. Sykepleielederne blir derfor ikke skikkelig anerkjent på andre områder enn de de allerede er gode på som ledere, dvs. organiserer daglig virksomhet, service, personale og drift, oppgaver som legene er glade for å slippe. Det kan se ut som at legeledere vrir seg unna den administrative delen av lederoppgavene sine og ikke ser på dette som viktig, dermed mistes en viktig part i planleggingsarbeidet og sykepleierlederne ender opp med å planlegge driften alene. Mine funn tyder på at denne organiseringen og ledelsen er en hemmende faktor for godt samarbeid. Funnene mine tyder på at det heller ikke er noen forskjell på de to sykehusene på dette området.

Sett i sammenheng med Skjørshammer (2004) sin betraktning om viktigheten av å se helheten, og farene ved fragmentering av et system, tolker jeg mine funn slik at det er en fragmentering av systemet ved lite felles planlegging mellom yrkesgruppene, og at det er manglende felles møtearenaer. Ingen av sykehusene hadde faste formelle møtearenaer hvor samarbeid og driftsutfordringer/komplekse pasientsituasjoner er agenda og kan diskuteres. I og med at det ikke er kultur for slike møter smitter det kanskje over på måten man kommuniserer eller ikke kommuniserer på. Har man ikke felles møtearenaer og liten kommunikasjon rundt drift, får man heller ikke muligheten til å lære hverandre å kjenne og dermed få kunnskap om hverandres hverdag og profesjon. Da blir man delt, og arbeider parallelt og mister helheten av syne.

Til tross for at mye av litteraturen og tidligere forskning fra blant annet Krogstad (2006), Smestad (2010) og Olsvold (2010) påpeker at hierarkiet mellom sykepleiere og leger fremdeles eksisterer, viser mine funn at ingen av informantene hadde opplevelse av at hierarkiet eksisterer. Både sykepleierne og legene uttrykte at de ser de er avhengige av hverandre, og opplever hverandre som likeverdige. Mine funn tyder derfor på at systemet i hovedsak ikke er tilrettelagt for god samhandling mellom sykepleiere og leger, men at legene og sykepleieren ikke har noe i mot å være sammen og arbeide sammen i et fellesskap.

Funnene mine rundt temaene som er tatt opp her i oppsummeringen er like for begge sykehusene, jeg fant ingen åpenbare forskjeller mellom sykehusene.

6 KONKLUSJON

Formålet med studien min har vært å se på hvilke faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom sykepleiere og leger. Sengeposter i sykehus er komplekse og kan være utfordrende å drifte på en god måte. Noen av funnene mine har vært i tråd med teori og tidligere forskning mens andre har gått på tvers av teori og tidligere forskning.

Hovedkonklusjonen i min studie er at det står ganske så bra til med samarbeidet mellom sykepleiere og leger i sykehus. Mange av faktorene som fremmer samarbeidet er til stede hos sykepleierne og legene som har vært mine informanter, og de opplever godt samarbeid. Men til tross for opplevelse av at samarbeidet fungerer godt er det likevel noen faktorer til stede som hemmer samarbeidet. Hovedtrekkene er at for å klare å få til en god og effektiv drift er det en fordel med fleksible og løsningsorienterte medarbeidere, at en ser muligheter og ikke bare problemer og er stivbeinte, samtidig som en har en porsjon ydmykhet. For å få dette til er det en link som mangler, som er hemmende for samarbeidet, og det er det å kjenne hverandres fagområde og oppgaver til en viss grad. Det få innblikk i hvordan enkeltbeslutninger som ikke er diskutert eller avklart kan få innvirkning på drift og andres arbeidsoppgaver er viktig å ha en forståelse av. Dette handler om å klare å se helheten, og se at alt henger sammen med alt.

En annen viktig hemmende faktor er sykepleier- og legeledere som ikke tar lederoppgavene med alle dens fasetter på alvor, og driver fagene og yrkesgruppene i en avdeling parallelt i stedet for sammen.

Studien viser også at det var lite forskjell på de to sykehusene i samarbeidet mellom sykepleiere og leger. Men det var en faktor som kom frem ved det minste sykehuset (sykehus A), og det var avdelingssjefens nærhet til driften. Han hadde en tett og nær oversikt over avdelingen, og kunne derfor lettere ta tak der det trengtes i motsetning til det store sykehuset hvor avdelingssjefen var lenger vekk fra driften. Men samtidig var det likevel liten forskjell i funnene mine mellom sykepleiere og leger på de to sykehusene. Det er det derfor ingen faktorer som peker seg tydelig ut i forhold til størrelse på sykehuset, både det som fungerte og utfordringer i forhold til faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet ved begge sykehusene var det mye likt.

Jeg vil presentere funnene mine skjematisk i forhold til faktorer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom sykepleiere og leger;

Faktorer som fremmer samarbeid	Faktorer som hemmer samarbeid
<ul style="list-style-type: none"> • Kjennskap til hverandres oppgaver/arbeidshverdag • Kontinuitet på både sykepleier og lege siden • Kompetanse • Kommunikasjon • Faste post/avdelingsmøter • Tilrettelegging for sosiale tiltak som for eksempel felleslunsj • Fleksibilitet, ydmykhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Travelhet/mangel på tid • Mangel på systematisk opplæring • Mangel på koordinering av driftsoppgaver mellom sykepleieledere og legeledere • Ledere og ansatte som ikke ser helheten og viktigheten av tverrfaglighet • Manglende formelle møtearenaer

Figur 6 Skjematisk oversikt over faktorer som fremmer og hemmer samarbeid

Metodiske begrensninger

Deltakerne i denne studien har vært 14 sykepleiere og leger, ved to ulike sykehus i Norge (7 informanter ved hvert sykehus). Sykehusene har vært av ulik størrelse, et stort og et mindre sykehus. Det har vært like mange informanter fra begge sykehusene som har fordelt seg slik; på det minste sykehuset (A) intervjuet jeg 4 sykepleiere (2 spesialsykepleiere og 1 sykepleier) og 3 leger (1 overlege og 2 LIS leger). Blant disse var en avdelingssjef. Ved det minste sykehuset ble informantene rekruttert av avdelingssjefen. På det største sykehuset (B) fordelte informantene seg med 3 spesialsykepleiere, og 4 leger (3 overleger og 1 LIS lege). Her ble informantene rekruttert ved at jeg tok direkte kontakt med dem på mail, her var ikke avdelingssjef involvert i rekrutteringen. Jeg opplevde ikke ulike holdninger/svar hos informantene selv om de var rekruttert ulikt, det kan se ut for meg at dette ikke har hatt noen betydning for hvordan informantene har svart i studien i forhold til rekrutteringen, men jeg kan selvfølgelig ikke se helt bort fra dette. Jeg kan heller ikke se bort fra om jeg hadde fått andre resultater om jeg hadde fått andre informanter, eller en annen fordeling av informanter, eller valgt andre sykehus.

Jeg har sammenlignet svarene jeg har fått fra sykepleierne og legene og sammenlignet disse mot hverandre, og til slutt sett på om det er forskjell mellom sykehusene. Ved en kvalitativ studie får en frem subjektive fortellinger fra informantene som blir gjenstand for en lang tolkningsprosess i etterkant. Jeg har oppdaget underveis i denne tolkningsprosessen at jeg spesielt burde gått mer inn i hva legene legger i ledelse, og spurt utdypende om hva de mener er god ledelse. Med sykepleierne skulle jeg også gått mer inn i hva de legger i ledelse i forhold til samarbeid/samhandling.

Jeg opplever at min forforståelse om temaet både har vært en styrke og en svakhet. En styrke fordi jeg har god kjennskap til feltet jeg har forsket i ved at jeg snakker samme «språk» som informantene, og vi har på den måten unngått misforståelser og behov for utdyping av tema underveis. Men på den andre siden har jeg opplevd å forstå og kjenne igjen det som blir fortalt at jeg har glemt å stille utdypende spørsmål.

Med bakgrunn av funn vil jeg si at studien min har relevans for andre avdelinger med samme kontekst som avdelingene jeg har vært i kontakt med.

En anbefaling i forhold til funnet om manglende kontinuitet spesielt på sykepleier siden når det gjelder deltakelse på previsitt kan kanskje løses ved at den som skriver turnus ser på om det er mulig å la den samme sykepleieren ha dagvakter en uke i strekk, kanskje ha aftenvakt mandag og dagvakter resten av uken og ha gruppeansvaret den uken, og rullere dette gjennom turnusen slik at alle får slike uker noen ganger i året.

På bakgrunn av funnet om manglende formelle møtearenaer og planlegging på lege- og sykepleieledernivå på seksjonsnivå kan en anbefaling være at det er et tettere samarbeid mellom disse lederne med tanke på drift og driftsutfordringer, det bør kanskje være satt av en halv time/time en gang i uken evt. hver annen uke. Dette møtet bør være formalisert, og ikke være et ad hoc møte.

På seksjonsnivå kan også en anbefaling være å ha et postmøte hvor både leger og sykepleiere som arbeider pasientnært deltar, og hvor agendaen er fokus på samarbeidet på posten/avdelingen. Hvis lederne har tett samarbeid trenger dette møtet kanskje ikke være oftere enn annenhver måned.

En anbefaling i forhold til funn om er mangel på kommunikasjon mellom sykepleiere og leger i forhold til å snakke sammen om driftsutfordringer. Kanskje er vi redde for å trække hverandre på tærne og lar heller være å si noe, men dette er kanskje noe en bør arbeide med å få en kultur for. Den beste måten å løse utfordringer på er å snakke om det, før det blir for stort. Kanskje en hospiteringsdag hos hverandre for å få en forståelse av hvilke utfordringer yrkesgruppene har gjennom dagen for å få en større forståelse og toleranse for hverandre når det kniper seg til. Og på den måten klare å se at alle er en del av helheten ved at beslutninger som blir tatt kan virke inn på flere områder i driften. På denne måten kan en også bli bedre kjent noe som også vil føre til at det blir lettere å snakke sammen.

I forhold til funn om manglende opplæring og kompetanse kan en anbefaling være å se litt på hvilke opplæringsprogram en har, om det kan lages noe systematisk alle nye skal gjennom. Skal en klare å gjøre en god jobb må en få vite om hvordan rutiner og systemer fungerer.

Litteraturliste

Erichsen, V. (2003) *Profesjonsmakt – på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon.*

Tano Aschehoug

Gilje, N., Grimen, H. (1995) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger.* Universitetsforlaget.

Glosvik, Ø. (2012) *Forelesningstime om metode* Høgskulen i Sogn og Fjordane nå Høgskulen på Vestlandet.

Grønmo S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder.* Bergen, Fagbokforlaget.

Jacobsen D. I. (2008) *Hvorfor er samarbeid så vanskelig – tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv.* Høgskulen i Sogn og Fjordane. Undervisningskompendium (2011)

Krogstad, U, Hofoss, D., Veenstra, M, Hjortdahl, P. (2005) *Predictors of job satisfaction among doctors, nurses, and auxiliaries in Norwegian hospitals.*

Kunnskapssenteret (studie)

Krogstad, U.(2006) *Bedre pasientsikkerhet i sykehus gjennom felles arbeidskultur.*

Kunnskapssenteret (doktorgrad)

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju.*

Ad Notam Gyldendal

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004) *Hva er egentlig tverrfaglig samarbeid?*

Universitetsforlaget

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Universitetsforlaget.

Myrmoen, G. A. (2016) *Samarbeidsstress og harmoni – en studie om samarbeid mellom seksjonsledere på samme nivå, ved 2 avdelinger i et større sykehus.*

Høgskulen på Vestlandet (masteroppgave)

Nygren, P. (2004) *Handlingskompetanse – om profesjonelle personer.*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Olsen, S.E. (2013) *Perspektiver på legevisitten – en kvalitativ studie om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger.* Høgskolen i Oslo og Akershus (masteroppgave)

Olsvold, N. (2010) *Ansvar og yrkesrolle – om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus.* Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Det medisinske fakultet. Universitet i Oslo (Doktoravhandling)

Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold.* Fagbokforlaget.

Skjørshammer, M. (2004) *Bedre planlegging i helsesektoren, i et systemisk perspektiv.* Høyskoleforlaget

Smestad, N. (2010) *Samarbeidsforhold mellom sykepleiere og leger – en årsak til moralsk stress?* Det teologiske fakultet. Universitetet i Oslo (Masteroppgave)

Snelgrove, S. and Hughes, D. (2000) *Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales.* NCBI (studie)

Strand, T. (2010) *Ledelse, organisasjon og kultur.* Fagbokforlaget.

Tang, C.J. Chan, S.W., Zhou, W.T., & Liaw S.W. (2013) *Collaboration between hospital physicians and nurses.* International Nursing Review 60.

Thagaard, T. (2011) *Systematikk og innlevelse.* Fagbokforlaget

Torjesen, D.O. (2008) *Kunnskap, profesjon og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste.* Tidsskrift for samfunnsforskning. Vol. 48, nr. 2. Universitetsforlaget.

Willumsen, E. og Ødegård, A. (2016) *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag.* Universitetsforlaget.