

**MASTEROPPGAVE
TVERRFAGLIG SAMARBEID I
HELSE- OG SOSIALSEKTOREN**

Norsk tittel: "En gavepakke til samhandlingsreformen? "
Engelsk tittel: "A Gift to the coordination Reform?"
Levert av: Hanne-Guro Gellein Berg
Levert når: 20 desember 2012
Annet: Nøkkelord: Sykehjem, Ambulerende team, samhandling



Forord

Målet er nådd og jeg har klart å fullføre master i tverrfaglig samarbeid ved Høgskolen i Østfold. Jeg er utrolig glad og stolt. Dette studiet har være spennende og lærerikt, men også krevende. Det er mange som skal ha takk for at de har hjulpet meg frem. Først vil jeg takke

alle lærere ved master utdanningen. De har hatt forelesninger som har satt i gang mange tankeprosesser og gjort at jeg har søkt ny lærdom, mer kunnskap og dessuten ser på ting fra en ny og spennende vinkel.

En spesiell takk til min veileder Helge Ramsdal som har vært utrolig tålmodig og gitt meg motivasjon, selv med mitt skrivehandikap. Takk for at du har snakket om elefanten som skal spises bit for bit. Når denne oppgaven leveres, er den siste biten spist for denne gang. Hjertelig takk!

Ikke minst må jeg rette en stor takk til alle mine informanter. Uten dere hadde denne oppgaven ikke vært mulig. Dere var alle positive og engasjerte. Takk for tiden dere har brukt på meg og den gode og nyttige informasjonen som kom ut av intervjuene.

En stor takk til min leder Shqipë Aliu som har hatt tro på meg og at jeg vil kunne klare dette. Hun har tilrettelagt for meg, og det er jeg takknemlig for. En stor takk går også til Anne-Karine Ross for interessen du har vist for min oppgave.

En spesiell takk til min kjære medstudent Yvonne L. Campbell, som tross sine utfordringer har motivert meg fremover og vært med meg i faglige diskusjoner og refleksjoner rundt denne oppgaven helt til siste slutt. Jeg tror du kan denne oppgaven like godt som meg. Takk til Venke-Brit Pettersen for lesekorrektur, motivasjon og refleksjoner.

Kjære mamma; takk for at du alltid har hatt tro på meg og motivert meg fremover i alle år. Uten ditt engasjement hadde jeg ikke vært der jeg er i dag!

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjære mann Trond for at jeg har fått anledning til å gjøre dette, selv med 3 små barn i huset. Takk til Simon, Idar-Johannes og Eskil for at mamma har fått lov til å gjøre dette. Nå er oppgaven ferdig og vi skal feire en flott jul sammen.

Sammendrag

Hensikt: Målet med denne oppgaven er å studere faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet mellom Ambulerende team og sykehjem. Ønsket mitt var å se på hvordan samhandlingen mellom de to nivåene fungerer. Ambulerende team som er beskrevet i denne

oppgaven refereres som en "gavepakke" til Stortingsmelding 47, siden dette sykehuset var tidlig ute med et slik samarbeid.

Metode: Oppgaven baserer seg på en kvalitativ forskningsmetode. Jeg valgte å ha fire fokusgruppeintervjuer. Tre av intervjuene ble foretatt på sykehjem som var under Ambulerende teams område i to forskjellige kommuner. Det fjerde intervjuet var med Ambulerende teams sykepleiere. Totalt var det 10 sykepleiere i gruppeintervjuene.

Resultat: Både på systemisk og organisatorisk nivå er forhold lagt til rette for at sykehjemmene og sykehuset skal kunne samarbeide. Det kom frem i intervjuene at det ikke alltid finnes felles utstyr, som kan være med på å komplisere samarbeidet. I tillegg er informantene ikke enige om hvem som har ansvaret for pasienten når Ambulerende team er involvert. Mitt hovedfunn i oppgaven var at informantene på sykehjemmene brukte Ambulerende team minimalt. De så ikke hensikten av å benytte seg av dette teamet.

Ved hjelp av fire forskningsspørsmål har jeg analysert informasjonen på følgende måte: Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet "pasienten i sentrum"? Informantene sier at de ønsker at pasienten får rett behandling, til rett tid og rett sted. Ambulerende team følger pasienten og ikke diagnosen, og de gjør alt for pasienten. Det er helt avgjørende at Ambulerende team er på vakt. Ambulerende team hevder det er en krevende jobb å finne pasienten i sykehuset, og sykehjemmet ringer ikke når pasienter blir innlagt. Hvordan fungerer kompetanseoverføringen mellom de to instansene? Sykehjemmene mener de har god nok kompetanse, mens Ambulerende team har for lav kompetanse, ifølge informantene. De refererer til gruppeundervisning som gir lite utbytte, mens de hevder at den individuelle undervisningsformen er best. Hvordan er holdningene til hverandre? Ambulerende team tar selvkritikk og mener de bør være mer på tilbudssiden. Samtidig opplever de at sykehjemsansatte setter seg i forsvarsposisjon og de blir møtt med negativitet. Sykehjemmene er imøtekommende når de trenger hjelp. Informantene på sykehjemmene mener at Ambulerende team har negative tanker om sykehjemmets kompetanse og de er lite interessert i å være med på veiledning og undervisning. Hvordan er den faglige tryggheten til sykepleierne som er involverte i Samhandlingen? Informantene er enige om at økt kunnskap på sykehjemmene gir økt trygghet for pasientene og sykepleierne. De ansatte på sykehjemmene bruker hverandre og kjenner hverandres kunnskapsområder slik at de tørr mer. Ambulerende team på sin side mener det er umulig å bli trygg på alt og de opplever ofte en nedprioritering av Ambulerende team vakt, til fordel for drift av korttidsposten. Teamet er svært sårbare på grunn av at ansatte med solid erfaring har sluttet i teamet, og blitt erstattet med flinke sykepleiere med lite eller ingen erfaring.

Abstract

Purpose: The purpose of this paper is to study factors that improve and hinder cooperation between the Mobile care team and the nursing homes. I wanted to look at how the cooperation functions between these two levels. The Mobile care team that is described in this paper was called a "gift" to the coordination Reform, since this hospital was implementing this type of cooperation at a very early stage.

Method: The paper is using a qualitative research method. I chose to conduct interviews with four different focus groups. Three of the interviews were conducted in nursing homes that currently were a part of the Mobile care team's area in two counties. The fourth interview was with the nurses working in the Mobile care team. There were a total of ten nurses taking part in the interviews.

Result: Both on the systemic and on the organizational level, accommodations have been made so that the nursing homes and the hospital should be able to cooperate. The interviews revealed that the two institutions don't always use the same kind of equipment, which may make cooperation more difficult. Also, the respondents are unable to agree on who is responsible for the patient when the Mobile care team is involved. My main discovery in this study was that the respondents from the nursing homes used the Mobile care team only minimally. They did not see the purpose in using this team.

I have used four research questions to analyze the information in the following manner: How does the cooperation work considering the common goal of "keeping the patient in the center"? The respondents say that they want the patients to receive the right treatment at the right time and at the right place. The Mobile care team follows the patient and not the diagnosis, and they do everything for the patient. It is absolutely crucial that the Mobile care team is on duty. The Mobile care team claims that finding the patient in the hospital is a very demanding task. Also, the nursing homes do not call the team when one of their patients gets admitted. How does the transfer of knowledge work between these two organizations? The nursing homes believe their level of competency is good enough, while the Mobile care team has a lower level of competency, according to the respondents. They refer to the classes being taught to groups of nurses, which gives them little or no educational gain. They do believe that the one-on-one form of teaching is best. What kind of attitudes do they have towards one another? The Mobile care team takes self-criticism and believes they should be better at offering their services. At the same time, they experience that staff at the nursing homes act defensively and that they are met with negativity. The nursing homes are welcoming when they are in need of assistance. The respondents from the nursing homes believe that the Mobile care team has negative thoughts concerning the level of competency of the nursing home staff and they are not very interested in teaching and advising. How confident in their knowledge of the subject are the nurses who are involved in the cooperation reform? The respondents all agree that increased knowledge in the nursing homes, increase the level of confidence and security for both patients and nurses. The staff at the nursing homes utilizes each other's knowledge and skill sets to empower them to do more. The Mobile care team on the other hand believes it to be impossible to become secure and confident in everything, and they often experience marginalization of the Mobile care team duty, in favor of the operation of the acute care division. The team is very vulnerable due to the fact that several staff members with solid experience have resigned, and these have been replaced with skilled nurses who have little or no experience.

Innhold

1.0 Bakgrunn - Tema	8
1.1 "Samarbeidsprosjektet 4 sykehjem-sykehuset"	9
1.2 Bakgrunn for tema	10
1.3 Problemstilling.....	10
1.4 Hva er Ambulerende team - sykehjem?	11
2.0 Helsepolitisk bakgrunn	13
2.1 Samhandling... hvor er pasientene?	13
2.1.1 Spesialisthelsetjenesten	14
2.1.2 Kommunehelsetjenesten.....	16
3.0 Teori om samhandling	18
3.1 Tverrfaglig samarbeid	18
3.1.1 Team.....	19
3.1.2 Tverrfaglig teamarbeid for helse og sosial omsorg.....	20
3.2 Kompetanseoverføring.....	21
3.2.1 Hva hemmer og fremmer samarbeidet?	22
3.3 Holdninger.....	24

3.3.1 "Tillit"	25
3.4 "Trygghet"	25
4.0 Metode	27
4.1 Valg av forskningsmetode.....	27
4.1.1 Kvalitativ metode.....	30
4.1.2 Begrunnelse for forskningsspørsmålene	30
4.1.3 Forskerens etiske og juridiske ansvar	33
4.2 Valg av informanter (utvalg av intervjupersoner)	33
4.2.1 Gjennomføring.....	35
5.0 Empiri	38
5.1 Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet om "pasienten i sentrum"?	38
5.2 Hvordan fungerer målet om kompetanseoverføring mellom de to instansene?.....	44
5.3 Holdningen til hverandre?.....	52
5.4 Hvordan er den faglige tryggheten til sykepleierne som er involvert i samhandlingen?55	
6.0 Analyse	61
6.1 Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet "pasienten i sentrum"?	63
6.2 Hvordan fungerer kompetanseoverføring mellom de to instansene?	64
6.2.1 Gruppeundervisning.....	65
6.2.2 Personlig undervisning.....	66
6.3 Hvordan er holdningene til hverandre?.....	67
6.4 Hvordan er den faglige tryggheten til alle sykepleierne?.....	68
7.0 Drøfting.....	72
7.1 Hvor er det blitt av pasienten?.....	74
7.2 Hvor er kunnskapen?	76
7.3 Møte med sykehjemmet! Resignert?	78
7.4 Lite bruk?	79
8.0 Avslutning.....	83
8.1 Veien videre	84
9.0 Litteraturliste	85

10.0 Vedlegg	91
Vedlegg 1 Forespørsel om gjennomføring av intervju	92
Vedlegg 2 Samtykker erklæring	93
Vedlegg 3 Intervju guide ambulerende team	94
Vedlegg 4 Intervju guide Sykehjemmene	96

1.0 Bakgrunn - Tema

Denne oppgaven handler om samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og ambulerende team sykehjem. Samhandling har de senere årene fått økt oppmerksomhet fordi antall eldre stiger, levealderen øker, det er større årskull, levestandarden er bedre, samt at den medisinske utviklingen fører til at man lever lenger på tross av sykdom. Det stigende presset på spesialisthelsetjenesten har ført til at behovet for å redusere antall liggedøgn ved sykehuset vokser, og ønsket er å hindre nye og re-innleggelser ved sykehuset. I lys av denne utviklingen ble det lansert en reform som i dag blir omtalt som Samhandlingsreformen (st. m 47 2008-2009). Denne trådte i kraft i januar 2012.

I st. m 47 (2008-2009) hevdes det at eldre pasienter ofte har sammensatte lidelser der sykdommer og den medisinske behandlingen påvirker hverandre. Pasienter over 75 år har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig, og dette antallet øker i forhold til alder. Videre sier reformen at antall eldre pasienter som krever øyeblikkelig hjelp har økt med 50% over de siste 10 årene. Det som defineres som somatiske utskrivningsklare pasienter (det vil si pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som ikke kan reise hjem, og der kommunen ikke har et tilfredsstillende tilbud til pasienten) er beregnet til ca. 150 000 liggedøgn årlig på sykehuset. I tillegg re-innlegges ca. 1 av 5 eldre pasienter i sykehuset innen 28 dager.

De senere årene har det vært fokus på å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling. Det viser seg at det ofte er et dårlig samarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Det sies at helse- og omsorgstjenesten står kanskje overfor sin største utfordring. Kommunen har fra tidligere hatt mer fokus på pasientens mestringsevne og funksjonsnivå, mens spesialisthelsetjenesten har hatt mer fokus på medisinsk helbredelse. Regjeringen ønsker at spesialisthelsetjenesten

skal utvikles slik at den i større mulig grad kan bruke sine spesialistkunnskaper. St. m 47 (2008-2009) fastsetter at ambulante spesialisthelsetjenester bør etableres. Det er flere løsninger på ambulante tjenester og en av disse er Ambulerende team - sykehjem (Ambulerende team). Denne oppgaven tar for seg utfordringer etableringen av Ambulerende team kan innebære.

1.1 "Samarbeidsprosjektet 4 sykehjem-sykehuset"

I 2005 startet sykehuset og kommunene et prosjekt kalt "samarbeidsprosjekt - 4 sykehjem". Prosjektgruppa fikk i oppdrag å styrke eksisterende samarbeid, sikre behandlingsskjeden og gi mulighet for utvikling av nye samarbeidsformer over forvaltningsnivåene. De skulle også prøve å hindre unødvendig flytting, aktivt arbeide med kompetanseoverføring over forvaltningsnivåene i tillegg til å bedre sykehusets kapasitet. (Samarbeidsprosjektet 2006).

Prosjekt gruppen besto av sykepleiere ved sykehuset og kommunene, og en lege ved sykehuset. De arbeidet med å bedre samarbeidet mellom ansatte i sykehjem, tilsynslege og sykehuset. Det ble utarbeidet undervisningsopplegg, skjemaer til bruk ved overflytting av pasienten fra sykehjem til sykehuset og motsatt vei. De utarbeidet også en metodebok til bruk i sykehjem. Fokuset var på holdningsskapende adferd, kommunikasjon og dialog preget av gjensidig respekt for de forskjellige virksomheters utfordringer. Prosjektlegen brukte mye tid på å etablere kontakt med tilsynslegen og de hadde jevnlig møter. Etter at prosjektet var avsluttet, var en av konklusjonene at sykehuset burde starte et ambulerende team som jobbet ut mot kommunenes sykehjem (Samarbeidsprosjektet 2006).

Drivkraften til å starte med et slikt team beskriver fagsykepleier i årsrapport fra Ambulerende team 2008 slik:

"Samarbeidsprosjektet mellom sykehuset i Østfold og prosjekt kommune i 2005/2006 der fire sykehjem deltok gikk i korte trekk ut på å bedre samhandling, sikre behandlingsskjeden og kompetanseoverføring. Anbefaling fra prosjektgruppe var blant annet at det burde opprettes et ambulerende team (sykepleiertjeneste) som en permanent løsning, siden dette øket tryggheten hos ansatte på sykehjemmene og kunne føre til færre unødvendige flyttinger av pasienter. Korttidsposten åpnet mai 2007 og Ambulerende team ble lagt dit i og med strukturen for avdelingen ikke var fastlagt."

Videre står det i årsrapporten at *"teamet ønsket på denne måten å trygge sykepleierne i sitt arbeid med å gi utvidet behandling på sykehjemmene. For pasientene betyr dette at de skal få adekvat behandling på Lavest Effektive Omsorgsnivå, og dermed i størst mulig grad unngå de belastninger som overflyttinger mellom forvaltningsnivåene innebærer for dem"*(årsrapport 2008)

Teamet ble etablert i 2007 og har vært i drift i 5 år. Denne oppgaven dreier seg om erfaringer med teamet i denne perioden.

1.2 Bakgrunn for tema

Siden jeg startet på denne utdanningen ved Høgskolen i Østfold avdeling helse og sosialfag, har mitt fokus vært rettet mot tema som er relevant i forhold til min yrkesbakgrunn og arbeidsplass. Jeg har min bachelorgrad som sykepleier, med etterutdanning i veiledning samt helse og sosial administrasjon. Jeg har jobbet innen flere sektorer i helse- og omsorgssektoren i 18 år. De siste 12 årene har jeg jobbet ved sykehuset i Østfold. Jeg har vært en del av dette teamet siden oppstarten. Allerede i 2008 begynte jeg å tenke på å forske rundt måten dette teamet jobbet på. Den gang så jeg at en slik oppgave ble for stor i forhold til mine tanker om hva jeg ønsket å se på. I 2011 startet jeg med innsamling av data til denne oppgaven, og har funnet ut at fra 2008 frem til i dag har det skjedd en utvikling av teamet. I tillegg har Samhandlingsreformen (St. m 47) vært med på å løfte den type arbeid frem i lyset. De siste to årene har jeg valgt å ikke være en del av ambulerende team, grunnet denne oppgaven. Det er et omdiskutert tema om man skal forske på sitt egen arbeidsplass eller ikke. Jeg har valgt å ikke være en del av teamet, noe jeg synes var en god løsning for meg.

Det å ha pasientene i fokus i spesialisthelsetjenesten har jeg opplevd som utfordrende i mange situasjoner. Både mine kolleger og jeg har opplevd at pasienter blir en kasteball mellom avdelinger innad i sykehuset, men også kasteball mellom kommune og sykehus uten at noen vil ta ansvar for dem. Ved flere anledninger har jeg personlig fått tilbakemelding fra kommunen "*at vi verken har kapasitet, ferdigheter eller kompetanse til å ta i mot pasientene*". Denne holdningen går dessverre ut over pasientene. Stemmer det at sykehjemspasientene ikke får den rette hjelpen, på rett sted, til rett tid? Og vil ingen ta ansvar for at pasientene får den beste pleien uansett hvor han eller hun befinner seg?

1.3 Problemstilling

Med min yrkeserfaring tror jeg at god kommunikasjon, respekt for hverandre og ydmykhet overfor hverandres oppgaver er en bærebjelke for god samhandling. Mangel på tillit og likeverd er andre viktige faktorer som kan påvirke samhandlingen. Fokuset i denne oppgaven vil være rettet mot sykepleierne og det samarbeidet de har på tvers av organisasjonene. Oppgaven vil se på faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet mellom sykehjem og sykehuset i lys av Ambulerende team. Jeg ønsker å se på hvordan det Ambulerende teamet arbeider sammen med tre sykehjem i to kommuner. Videre vil jeg se på sykepleiernes opplevelse av hverandre. Har de samme mål, og hva mener de er med på å hemme og fremme

samarbeidet mellom dem? Er det egentlig samarbeid? I etterkant av disse refleksjonene har jeg kommet frem til en problemstilling som lyder

Hvordan fungerer ambulerende team - sykehjem i samhandling med kommunehelsetjenesten?

Innenfor denne hovedproblemstillingen har jeg valgt 4 forskningsspørsmål

- ***Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet "pasienten i sentrum"?***
- ***Hvordan fungerer kompetanseoverføring mellom de to instansene?***
- ***Hvordan er holdningen til hverandre?***
- ***Hvordan er den faglige tryggheten til sykepleierne som er involvert i samhandlingen?***

For å få svar på denne problemstillingen og de underliggende forskningsspørsmålene har jeg valgt å intervju sykepleiere ved Ambulerende team og sykehjemmene. Mitt håp er at denne informasjonen kan være med på å identifisere kjennetegn og faktorer for å få til en god samhandling i fremtiden.

1.4 Hva er Ambulerende team - sykehjem?

Ambulerende team - sykehjem er en selvstendig enhet i sykehuset i Østfold, sykehuset i Østfold (SØ) er delt i to Fredrikstad og Moss. Dette teamet er i dag organisert gjennom Klinikk for akuttmedisin. Det er en seksjonsleder som har hovedansvaret for den ambulerende virksomheten og personalansvar for sykepleiene som deltar i Ambulerende team. En fagsykepleier har ansvar for å være bindeleddet mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. Vedkommende har ansvar for den faglige driften og videreutvikling av teamet. Ansatte ved teamet jobber i dag på en korttidspost og har enkelte dager i turnus også Ambulerende teamvakt, det er frivillig å være med på denne ordningen. Det varierer fra ansatt til ansatt hvor mange vakter de har. Korttidsposten er en avdeling der pasienter ikke har komplekse lidelser og det er en forventet liggetid på under 72 timer. Det er sykepleiere som får være en del av teamet, samt en lege. Sykepleierne må ha evne til å tilegne seg fagkunnskap på eget initiativ, ha god kommunikasjons- og samarbeidsevne, og interesse for samarbeid over forvaltningsnivåene som inkluderer undervisning og veiledning. Det er ingen forutsetning at

de må ha arbeidserfaring fra geriatrien. De ansatte i teamet har en arbeidstid fra kl. 11:00 til 19:00 på hverdager. De har taushetsplikt i forhold til helsepersonelloven. I tillegg opererer posten med en 24 timers telefontjeneste for sykepleiere, som er innunder avtalen. Telefonen besvares av sykepleier som har kjennskap til Ambulerende team. Det teamet jeg studere forholder seg til Syd-fylket. Det finnes også et team i Nord-fylket, men dette teamet er ikke utdypet i denne oppgaven. Hvor mange ansatte teamet bør ha, er det ingen føringer på. En av informantene nevner at det er viktig at teamet har nok ansatte, samtidig som det ikke bør være for mange. Informanten hevde at de ansatte bør føle at de er en del av teamet (EK dokument 2009a, EK dokument 2009b, EK dokument 2009c og EK dokument 2010).

2.0 Helsepolitisk bakgrunn

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunn for oppgaven og relatere denne til problemstilling og forskningsspørsmålene som ble presentert foran. Først legger jeg frem hovedpoenget fra samhandlingsreformen. Deretter presenteres ansvarfordelingen i forhold til forvaltningsområdene, samt hvor pasienten befinner seg, og hva loven sier om ansvaret for samhandling mellom sykehuset (staten) og sykehjemmene (kommunen).

2.1 Samhandling... hvor er pasientene?

Samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012. Mange hadde store forventinger til denne reformen. På den ene siden er Samhandlingsreformen en administrativ og organisatorisk reform. Samtidig er det en reform som vil endre arbeids- og samarbeidsmåten til den enkelte profesjonelle utøver. Reformen setter fokus på at kommunen må ta mer vare på sine innbyggere. Dette i form av forebyggende helsearbeid, tidlig innsats fremfor sen innsats, flytte helsetjenesten nærmere der folk bor, samt promotere sterkere brukermedvirkning. Reformen har som mål at pasienten blir behandlet på laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Dette er med på å sette store krav til at forskjellige institusjoner og etater innenfor helsetjenesten må jobbe bedre sammen. Kommunen får flere oppgaver, mens sykehusene skal samle spesialiserte fagmiljøer slik at de blir sterke på sine spesialiteter (St. m 47 2008-2009).

Reformen har også ført med seg en endring i finansieringsordningen. I dag er det slik at kommunene må bistå med betaling av pasienter som er innlagt på sykehuset (Prop.91 L 2010-2011). I boken "Et helsevesen uten grenser?" sier Holmås og Kjerstad (2009:164-165) at primær- og spesialisthelsetjenesten må ha et godt koordinert samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene. Dette for å få god ressursbruk og kvalitet på tjenestene. Ifølge Samhandlingsreformen (2008-2009) skal det sikres en opparbeidelse av ambulante virksomheter innen lindrende behandling, rehabilitering og geriatri. Disse teamene bør jobbe tverrfaglig og ha tilleggskompetanse innenfor det aktuelle fagområdet. Formålet er å bidra til en økt kompetanseoverføring mellom nivåene, forebygge innleggelser og motvirke at pasienter og pårørende får lang reisevei til sykehuset. I tillegg til at sykehusene skal ha denne kompetansen, blir det anbefalt at også kommunen oppretter slike team. Regjeringen mener dette vil sikre veiledning og kompetanseoverføring mellom de forskjellige tjenestenivåene. Målet med at pasienten skal behandles på sykehjemmene er at pasienten skal behandles på lavest mulige nivå, slippe lang reisevei og få god behandling så tidlig som mulig. Dette vil igjen forebygge at eldre pasienter får akutt forvirring og det blir mindre press på overfylte medisinske avdelinger. I tillegg vil det bli mer interessant å jobbe i kommunen og enklere å rekruttere sykepleiere (St. m 2008-2009:65-66). Samhandlingsreformen ønsker at den enkelte pasients helhetlige behov oppfylles. Jacobsen (2004) sier "*pasienten ønsker et helhetlig produkt*"(Jacobsen 2004:76). Derfor er enhetene sterkt avhengige av hverandre for at dette målet skal oppnås.

Alle mennesker har behov for å kjenne trygghet for sin helse. Det å vite at en får hjelp når behovet for helsetjenester er tilstede er ikke tilstrekkelig. Både personalets bruk av kunnskap

og fysiske forhold er viktig for pasientens trygghetsfølelse (Andersson 1988:9). "Fra stykkevis til helt"- NOU 2005, sier at eldrebølgen blir en utfordring, og pasienter som har behov for langvarige tjenester på flere forvaltningsnivåer kan by på vanskeligheter for helsevesenet. Dette gjelder spesielt samhandling mellom nivåene i forhold til de eldre og kronisk syke (NOU 2005:3). Den geriatrike pasienten står i fokus når det skal samarbeides mellom disse to gruppene. Denne pasientgruppen har behov for 24 timers tilsyn, og kommunen mener sykehjem er det rette omsorgsnivået. En geriatrik pasient er en pasient som har behov for medisinsk spesialitet som omfatter fysiske, psykiske, funksjonelle og sosiale aspekter ved medisinsk ivaretagelse av en eldre pasient. Pasienten er preget av høy sårbarhet og kan lide av mange sykdommer. Derfor kreves det en helhetlig tilnærming (Næss og Helbostad 2012:63 og Nygaard og Skogen 2012:81)

Album har undersøkt prestisjehierarkiet i forhold til legene. Den siste rangeringen kom i 2007. Rangeringen ble slik at den geriatrike spesialisten lå nederst på listen for hvor attraktivt dette yrket var (Jacobsen 2007:127). Rangeringen gjenspeiler først og fremst legenes spesialisering, men han tror at dette også gjelder spesialistsykepleierens prestisje. Han mener at profesjonenes arbeid oppnår slik status og sikrer seg mot konkurranse. Det er viktig å huske på for at en skal forstå hvordan helsetjenesten er organisert (Hallandvik 2002:115).

2.1.1 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten drives av staten. Den er pliktig til å gi alle som bor eller oppholder seg i Norge nødvendig spesialisthjelp. I dag er det fire helseforetak i Norge. De har ansvar for å sikre at befolkningen i sin region har tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Det vil si behandling i somatiske og psykiatriske sykehus, opptrening og rehabiliteringsinstitusjon, poliklinikker, laboratorier, røntgen og spesialiserte tverrfaglige team med videre. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at pasienten blir diagnostisert, behandlet og får oppfølging av den akutte, alvorlige og/eller kroniske sykdommen eller helseplagen brukeren har. I tillegg til pasientbehandling bør sykehuset ivareta utdannelsen av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (Helse og Omsorgsdepartementet:2012). Spesialisthelsetjenesten må forholde seg til Lov om spesialisthelsetjenesten, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. I spesialisthelsetjenesteloven står det: *De regionale helseforetakene er ansvarlige for å samarbeide med de andre regionale foretakene, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere. Det skal inngås samarbeidsavtaler. (§ 2-1e)*. I 2011 brukte somatikken 68 mrd kroner. Per 2011 har Helse sør-øst 57.700 ansatte. Av disse er 993 årshjemler offentlig godkjente sykepleiere ansatt ved sykehuset i Østfold HF i somatikken (Statistisk sentralbyrå:2011).

Sykehuset i Østfold har utarbeidet et eget administrativt samarbeidsutvalg for å samordne kommunenes og sykehusets arbeid (Ramsdal og Hansen 2009:9). Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) er et overordnet utvalg som utreder økonomiske, formelle og andre problemstillinger som følge av ny sykehusstruktur i sykehuset i Østfold. Utvalget har myndighet til å fatte bindende beslutninger på tvers av forvaltningsnivåene. I dette utvalget sitter det per dags dato fire representanter fra de 16 kommunene, samt fem fra sykehuset. I tillegg er det to observatører. I evalueringsrapporten som Høgskolen i Østfold har utarbeidet, hevdes det at dette sykehuset var tidlig ute med denne type arbeid. Sykehuset har utarbeidet tydelige forankringer på øverste ledernivå. Det er flere områder utvalget jobber med, deriblant kompetanseoverføring i somatikken, inn og -utskrivingsrutiner på alle områder, individuelle planer og hospitering. Administrativt samarbeidsutvalg vedtok å nedsette klinisk utvalg (Ramsdal og Hansen 2009:6-15). Kliniske samarbeidsutvalg skal se på områder som trenger forbedring. Utvalgets første oppgave var å se på melderutiner ved utskriving av somatiske pasienter ved sykehuset. Dette skulle trygge pasientens forløp. Utvalget jobbet med innleggelser og henvisningsrutiner, slik at det skulle bli likt for alle pasienter og helsepersonell. De jobbet også med rutiner omkring individuelle planer og lignende. I 2008-2009 ble tre utvalg ferdige med sitt arbeid. Samhandling om demente/psykogeriatr, Palliativ behandling og Ambulante tjenester.

Det sistnevnte utvalget skulle vurdere behovene for ambulante tjenester i fylket. Ønsket var at de skulle se mer på tjenestene fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng i forhold til enkeltbrukere. Utvalget skulle fokusere på disse forhold: Hvilke tilbud finnes? Hvilke områder er det aktuelt å utvikle? Målsettingen var at pasientene skulle få et mer helhetlig tilbud i forhold til diagnostisering, behandling og omsorg i størst mulig grad, uten å måtte forflytte seg mellom virksomhetene. De skulle jobbe med å skape gjensidig forståelse og kjennskap mellom de ulike tjenestene og nivåene. Utvalget skulle utarbeide et felles overordnet rammeverk for ambulante tjenester. Her ble det jobbet med å vurdere hvilke finansieringsordninger som var aktuelle, og det ble identifisert behov for utvikling av elektronisk data. Helse Norge har flere ulike løsninger på ambulante tjenester. Sykehuset i Østfold har inngått en overordnet samarbeidsavtale mellom sykehuset og 17 av kommunene i fylket, der det slås fast at:

Samhandling mellom Sykehuset Østfold og kommunene bygger på et helhetlig syn på tjenester til den enkelte pasient/ bruker og til Østfolds befolkning. Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt, overordnet, systematisk og konkret samarbeid til praktisk nytte for pasientene/brukerne. Pasientene/ brukerne skal oppleve at tjenestene: Er faglig gode, samordnende og helhetlige, preges av kontinuitet, blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og

2.1.2 Kommunehelsetjenesten

Den enkelte kommune har ansvar for å sørge for at alle som bor, eller midlertidig oppholder seg i kommunen, får "nødvendige helsetjenester". Kommunen har mange oppgaver, blant annet er den ansvarlig for fastlegeordningen, legevakt, medisinsk habilitering og rehabilitering, hjemmesykepleie, sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, med videre (Helse og omsorgsdepartementet 2010-2011). I 2009 utgjorde kommunens utgiftstall i pleie og omsorg 74,8 mrd, kr. Det er ca 200 000 som mottar hjelp enten hjemme eller på sykehjem. I de kommunene som denne oppgaven fokuserer på er det 444 årsverk sykepleiere pr. 2012. (Helse og omsorgsdepartementet 2010-2011). Lov om helsetjenester i kommunen (kommunehelsetjenesteloven) sier at.

"Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene."(Helse og omsorgsdepartementet 2010-2011§6-1).

Som jeg presentere er disse to organisasjonen lovpålagt å samhandles. Hvordan de gjennomføre dette har den enkelte kommune eller sykehus ansvar for selv.

3.0 Teori om samhandling

Tverrfaglig samarbeid er et vidt begrep. Den definisjonen jeg bruker i denne oppgaven er at et godt tverrfaglig samarbeid kjennetegnes ved at flere personer med ulike yrkes- eller fagbakgrunn bruker forskjellige kilder til kunnskap, erfaringer og ferdigheter for å løse felles definerte oppgaver (Næss og Helbostad 68:2012). Så skal jeg introdusere teorien som Reeves og medarbeidere (2010) lanserte som diskuterer forutsetninger for å skape effektive team. Kim (1993) har utarbeidet en modell som presenterer faktorer som påvirker læring, her tar jeg for meg en liten del av Kims tankegang. San Martin-Rodriguez et al (2005) klassifiserer samarbeid på en måte som tydelig viser forskjellene innenfor flere av nivåene.

3.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er et av mange begreper som brukes når man skal beskrive samarbeid mellom personer med ulike fagbakgrunn som representerer ulike organisasjoner, etater eller sektorer (Willumsen 2009:20-24). Willumsen differensierer mellom tverrprofesjonell, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Hun sier at tverretatlig samarbeid ligger mer på det organisatoriske nivået mellom etater eller tjenester, mens det tverrfaglige samarbeidet er mer mellom personer med ulike faglig og profesjonell bakgrunn. I Stortingsmelding 47 (2008-2009) hevdes det at tverrfaglig samarbeid er "samarbeid med ulike yrkesgrupper til beste for pasientene". Ønsket er å ha en helhetlig tankegang for pasientene. Tverretatlig- og tverrfaglig samarbeid oppfattes som noe positivt, noe som er med på å ta fokus bort fra overdreven spesialisering, og er med på å gi uttrykk for en helhetstenkning (Jacobsen 2004).

Samarbeid mellom ulike profesjoner har blitt mer og mer vanlig og atskillig mer nødvendig (Axelsson og Axelsson 2009:104). Selv om sykepleiere i to forskjellige enheter har samme utdanning, har de forskjellige erfaringer som kan resultere i varierende kunnskapsnivå. For at

man i hele tatt skal lykkes med å samarbeide mellom to enheter, er en grunnleggende forutsetning at man ser nytte av å samarbeide. Næss og Helbostad (2012) hevder at for å få til et tverrfaglig samarbeid er det viktig at helsepersonell har kompetanse som omfatter holdninger, kunnskaper og ferdigheter på tverrfaglig samarbeid (Næss og Helbostad 2012:69). Bondevik (2012:130) hevder at pasienten ikke vil få et godt tilbud uten at yrkesgrupper samarbeider på tvers, enten innad eller utenfor organisasjonen. Det har vært fokusert mye på samarbeid i flere rapporter og stortingsmeldinger; at vi må samarbeide til beste for pasienten. Eggen og Nyrønning (2003) hevder i sin bok "godfoten", at det å være god selv, er å gjøre de andre bedre (Eggen og Nyrønning 2003). Det hjelper ikke at deler fungerer, men disse delene må fungere i fellesskap. Uansett hvor spesialisert man er, er det også viktig å vise hvor flink en er til å samarbeide (Repstad 2004:89 og Eggen og Nyrønning 2003). Pasientene er ikke avhengige av hvem som gir hjelp, men at den hjelpen som ytes er god (Helse og omsorgs departementet: 2005). NOU rapporten (2005) hevder at det er ikke vesentlig hvem som samhandler, bare resultatet for pasienten er bra. Det både Eggen, Repstad og Willumsen sier, kan oppsummeres i et sitat fra Borill et al (1999) som hevder:

"The best and most cost-effective outcomes for patients and clients are achieved when professionals work together, learn together, engage in clinical audit of outcomes together, and generate innovation to ensure progress in practice and service." (Borill et al 1999:13)

Rapporten sier videre at det er viktig å lage spesielle team som arbeider innen helse- og omsorgsektorene. Dette er med på å få den mest effektive kvaliteten og beste omsorgen for pasientene som ikke kan ivareta sine egne behov. Det å endre holdninger og tankegang mellom profesjonene er utfordrende og krevende ifølge Borill et al (1999). Men hvordan skal man klare dette? Knudsen (2004:60) sier at "det er vanskelig å gi et skreddersydd opplegg for samarbeid". Han sier at det både er forventninger, økonomiske kostnader, samt ønske om å være uavhengig av andre som er faktorer som spiller inn. Jacobsen (2004) mener at spesialisering kan øke koordinasjonsproblemer, dette på grunn av at man mister evnen til å se helhetlig (Jacobsen 2004:78-79).

3.1.1 Team

I denne oppgaven er fokuset på ambulerende virksomhet organisert som et team, forankret i spesialisthelsetjenesten. Dette teamet har som mål å overføre kompetanse, øke samarbeid, jobbe for at pasienten får den rette behandlingen samt forebygge innleggelse. Dessuten skal de medvirke til at pasienten unngår lang reisevei til sykehuset. Dette er i tråd med hva St. m 47 sier om ambulante tjenester. Ifølge St. m 47 skal ambulante team ha et større fokus på

helhetlig tankegang for pasienten. Sykehuset i Østfold definerer ambulante tjenester som en tjeneste som diagnostiserer, behandler og gir veiledning som ikke er stedavhengig, men rettes mot den enkelte bruker, der han eller hun befinner seg. I denne sammenheng dreier dette seg om en tjeneste mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten som er forankret i og samordnet av organisasjonens ledelse. På nasjonalt plan ser det ut til at det er forskjellige løsninger rundt ambulante tjenester og samarbeid mellom første og andre-linjetjenesten (http://www.helsedialog.no/gode_eksempler_pa_samhandling)[lest 20/0212].

Levin og Rolfsen (2004:32) sier at det er samarbeid om oppgaveløsninger som gjør en gruppe mennesker til et team. Byggesteinen i teamet er de medlemmene som samarbeider om å utføre oppgaver i form av individuelle egenskaper, kunnskaper og ferdigheter. Uten disse egenskapene kan ikke teamet bygges (Levin og Rolfsen 2004:32). Axelsson og Axelsson sier

”at integrering mellom ulike velferdsinstitusjoner organiseres ofte i form av multidisiplinære team. Et slik team kan defineres som en liten gruppe personer, vanligvis fra ulike profesjoner, som arbeider sammen på tvers av formelle organisatoriske grenser for å gi service til en spesiell gruppe av pasienter eller klienter” (Axelsson og Axelsson 2009:108).

Disse teamene kan være permanente eller tilfeldige og har faste medlemmer (Axelsson og Axelsson 2009:108).

3.1.2 Tverrfaglig teamarbeid for helse og sosial omsorg

Ifølge Scott Reeves et al (2010) er det å jobbe i tverrfaglig team avhengig av forskjellige faktorer. Disse faktorene kan gå over i hverandre og vil være avhengige av hverandre. Jeg har tatt med noen av disse faktorene. Reeves et al (2010) mener at en teamprosess er en flerdimensjonal prosess. En slik prosess er helt avhengig av kommunikasjon og teamfølelse, i tillegg til å respektere og det å stole på hverandre. Det å ha tillit til teamet er helt avgjørende. Et stabilt team og individuell velvillighet er faktorer Reeves et al (2010) mener må være til stede for at et samarbeid skal kunne finnes.

Både den verbale og nonverbale kommunikasjonen er helt kritiske i et tverrfaglig team, ifølge Reeves. Uten at man tar hensyn til denne kommunikasjonen vil det ikke bli en effektiv omsorg for pasientene og misforståelser kan oppstå. Han mener at kommunikasjon er den hyppigste årsaken til problemer i et team. Kommunikasjon kan bli hindret på grunn av hierarki, sosialisering, maktforskjeller og ulik arbeidstid. Tillitt og respekt er andre nøkkelfaktorer, ifølge Reeves. Stabile medlemmer må bygge opp gjensidig tillit. I tillegg vil dårlig tillit til hverandre føre til at kjennskapen til hverandres mål og hensikter blir redusert som kan føre til dårlig fragmentert tverrfaglig kommunikasjon. Teamfølelsen knyttes på

grunn av et følelsesmessig engasjement i teamet, og dette kan gi en opplevelse som kan være med på å påvirke arbeidskraften, ifølge Reeves et al (2010). De forskjellige teammedlemmene er avgjørende, men også stabiliteten av teamets ansatte er viktig. Over tid vil de utvikle tillit og gjensidig forståelse for hverandre. Dette kan være problematisk i helsesektoren fordi det er en viss turnover. Derfor kan det bety at det sjelden er tid for grupped medlemmene til å bli kjent med hverandre og skape et teamarbeids etos. I tillegg sier Reeves et al (2010) at ønsket om å engasjere seg er avgjørende. Til syvende og sist er det personen selv som avgjør hvorvidt han eller hun vil samarbeide eller ikke (Reeves, S. et al 2010:63-65).

Innledningsvis presenterer jeg de fire forskningsspørsmålene som legger grunnlaget for å diskutere hovedproblemstillingen. Nøkkelordene i disse forskningsspørsmålene er kunnskap, holdninger og trygghet. I neste kapittel kommer jeg til å utvide deler av teorien i forhold til disse forskningsspørsmålene.

3.2 Kompetanseoverføring

Kompetanseoverføring eller kunnskapsoverføring er en av målsetningene til ambulerende team:

"Målsettingen med ambulerende team er kompetanseoverføring, sykepleiefaglig rådgiving og veiledning, undervisning og (oppsøkende) samarbeid om enkelt pasienter. Vi ønsker på denne måten å trygge sykepleierne i sitt arbeid med å gi utvidet behandling på sykehjem. For pasientene betyr dette at de skal få adekvat behandling på laveste effektive omsorgsnivå og dermed i størst mulig grad unngå de belastningene som overflytting mellom forvaltningsnivåene innebærer"(årsrapport 2008)

Kunnskapsoverføring over eksterne organisasjonsgrenser involverer minst to organisasjoner. Det er derfor viktig å forstå dynamikken i hvordan disse påvirker hverandre. Det kan se ut til at organisasjonen som deler kunnskap, øker sine prestasjoner og gir økt kapasitet i den andre organisasjonen (Easterby-Smitt et al, 2008). Kommunikasjon er viktig for å overføre læring, men det er også tilstedeværelse. Det å ta ansvar i et samarbeid og fordele rett ressurser ut fra behovet man blir presentert. I slike tilfeller må det være en klar føring for kompetanseutvikling. Kartlegging av gruppens forhold seg imellom gjør det lettere å se den underliggende dynamikken. Hvis det er en felles forståelse på plass, blir det lettere å lage en plan som er med på å utvikle fremtidig personal (Kim 1993:37-39).

Alle organisasjoner tar til seg kunnskap enten de er klar over dette eller ikke. Læring er en forutsetning for at organisasjonen skal fortsette å eksistere. For at en organisasjon skal lære er det nødvendig med både organisasjonslæring og individuell læring. Individuell læring er med på å drive organisasjonens læring videre fremover. Denne type læring kan være med på å nå organisasjonens mål, visjon og verdier. Læring er et ord som Kim (1993) mener er vanskelig å

definere. Piaget sier at nøkkelen til læring er samspill og tilpassing, mens Pavlov snakker om at gjentakelser gir læring (Kim 1993). Kim (1993) mener derimot at læring betyr at en har et ønske om å øke egen kapasitet til å utføre effektive handlinger. Den individuelle læringen er basert på det å observere, implementere, evaluere og skape. Individuell læring bygger på det man kan fra tidligere. Det vil si at en gradvis lærer prosedyrer slik man har lært seg å forstå jobben (Kim 1993:37-50).

Det å overføre individuell læring til organisasjonen er vanskelig og komplisert. En organisasjon er ikke en menneskelig enhet. En organisasjon kan lære gjennom sine medlemmer, men er derimot ikke avhengig av spesifikke medlemmer. Kim (1993) hevder at prosedyrer må være tilstede for at man skal kunne ferdigstille en jobb. Hvis disse oppgavene læres, kan en i utgangspunktet "miste" disse malene, men individet kan klare å gjenskape prosedyrene på grunn av sin opplærte kunnskap. Det er individet som er med på å videreutvikle læring. Situasjonsavhengig læring vil si at et individ møter et problem, improviserer og løser problemet for deretter å gå videre. Situasjonen er ikke glemt, men ny lærdom er blitt utviklet som man tar med seg. Fragmentert læring skjer når en organisasjon mister en arbeidstaker som kan mye. Da opplever organisasjonen et stort tap (Kim 1993:39-41).

3.2.1 Hva hemmer og fremmer samarbeidet?

San Martin-Rodriguez et al. (2005) har laget en systematisk gjennomgang (review) av studier av tverrfaglig samarbeid (interprofessional collaboration) i helse og sosial sektoren. De identifiserte en rekke faktorer som syntes å ha betydning for om samarbeidet lykkes. For å ha et godt samarbeid må alle de tre determinantene være tilstede, hevder de. De systemiske determinantene er faktorer som legger til rette rammene rundt hele samarbeidet. Noen av disse faktorene er: Utdanning, geografi, lover og regler. Organisatoriske determinanter har fokus på den organisatoriske delen av samarbeidet. Her snakkes det om lederskap og ekspertise, personal ledelse, opplæring for og av ansatte og tilgang på strukturen på organisasjonen (San Martin-Rodriguez et al 2005)

Ifølge San Martin-Rodriguez tilnærming innebærer relasjonelle determinanter menneskelige forhold som viljen og evne til samarbeid. Samarbeid bygger på gjensidig respekt og tillitt til hverandre, samt kommunikasjon (San Martin-Rodriguez et al 2005). Etter å ha lest bøker som "Dugnadsånd og Forsvarsverk", "Kreativ Tverrfaglighet" og andre rapporter som refererer til samarbeid, blir det gjentatt at positive holdninger til hverandre er avgjørende for at man skal

få til et samarbeid. Hvis man har en negativ holdning til samarbeid vil situasjonen bli uutholdelig (Knutsen 2004:31).

Når den ene enheten overser eller avviser en anmodning om samarbeid, eller har ufordelaktige betingelser i forhold til den andre parten og disse enhetene er avhengige av hverandre, kan dette føre til en dominans eller ubalanse i maktforholdet. For at samarbeid skal finne sted må begge parter jobbe mot samme mål. Hvis en av samarbeidspartene er dominerende, bør den andre parten prøve å akseptere dette. Dette kan skje når man har et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre gjennom delvis overlappende domenefordeling. Domenefordeling betyr at det er en viss grad av faglig arroganse, der man mener at sin måte er den beste og mest riktige måten å utføre en oppgave på (man forsvarer sitt område). For at et samarbeid skal kunne oppnås, er det viktig at man forhandler mellom partene, samt inngår kompromisser. (Jacobsen 2004:85-86)

Det å se på samarbeid som nyttig er en viktig faktor. Dette kan være med på å holde fokuset på løsninger og ikke problemer. Når de ansatte får en økt følelse av avhengighet mellom partene er det et moment som er med på å styrke det relasjonelle samarbeidet (Jacobsen 2004:85).

For at samarbeid skal være positivt mener Knudsen (2004) at en bør se en gevinst, noen bør tjene på at man koordinerer. I offentlig organisasjon snakker man om at samhandlingsgevinsten kan deles i to.

Synergieffekten → Man ser umiddelbar effekt av det samarbeidet man jobber med, som blant annet pasienten får positiv gevinst av

Læringsgevinst → Erfaring gir effekt ved å overføre kunnskap gjennom læring,

→ Kompetansespredning. Økt samhandling, komitéfelleskap, og felles problemløsning gir mulighet for videreformidling av kunnskap. (Knutsen 2004:51-53)

Samarbeid er som sagt et positivt ladet begrep. Det å komme til enighet og unngå bruk av makt, er viktig for å bygge opp et godt samarbeid. Hvis man i et samarbeidsperspektiv prøver å snike seg unna eller at det blir laget regler og rutiner mot ens vilje, vil dette være med på å hindre at samarbeidet vil fungere optimalt. Fysisk avstand er et annet element som en finner på det relasjonelle nivået. Den fysiske avstanden blir minsket på grunn av mobiliteten til teamet. Hvis denne koordineringen blir påtvunget fra organisatorisk hold, kan individet motarbeide seg det som er avtalt på overordnet nivå. Det å innføre nye regler og rutiner kan føre til tvunget samarbeid, noe som igjen kan føre til hindring i samarbeidet. (Jacobsen 2004:78-108). God kommunikasjon kan være med på å synliggjøre faglig uenighet uten at man skaper personlige motsetninger. Dette er avgjørende for at samarbeidet skal fungere (Hansen og Fugletveit 2010). Med hjelp av god

kommunikasjon kan dette være med på å skape tillit mellom organisasjonene og de individuelle sykepleierne.

3.3 Holdninger

Holdninger er et mangfoldig begrep. Ifølge Bondevik (2012) kan holdninger deles inn i tre dimensjoner; affektiv (som følelse overfor noe), kognitiv (som oppfattelse om) og handlingsimpuls (som impuls til atferd). Disse tre holdningsdimensjonene må stemme overens, ellers må man justere holdningen slik at oppfatning, følelse og atferd kommer i ny balanse. Som regel er det følelseskomponenten som er den dominerende, enten i positiv eller negativ retning. Holdninger kan gjerne overføres til innlevelse, forståelse og personlig engasjement. Hvis man er bevisst på sine holdninger, og ikke kommer på kanten av dette, vil man være trygg i sin tilværelse (Bondevik 2012:145-146).

Holdninger er en del av vår personlighet og er med på å bestemme hvordan vi tenker, føler og handler. Bevisstgjøring av egne holdninger er avgjørende for kvaliteten på den sykepleien som skal utføres. Man bør personlig tenke gjennom sine egne holdninger. Holdninger er med på å påvirke samspillet mellom en selv og andre (Bondevik 2012:145-146). Thorsen (2010) definerer holdninger som noe som er nokså varig innstilt til en sak, en hendelse eller person. Man reagerer på en bestemt måte overfor dette. Holdninger uttrykkes gjerne gjennom det vi sier, mener, føler eller handler (Thorsen 2010:137-139).

3.3.1 "Tillit"

Tillit betyr å ha tro på hverandre og ha tro på at utfordringene som man blir stilt overfor kan løses. Tillit gjør det mulig å bygge broer mellom hverandres arbeid. Hvis det er mangel på tillit til hverandre, vil disse broene bli en utfordring. Et hovedpunkt i tillitsbygging er respekt for den andre parten og deres arbeid. Ifølge Karlsen og Gottschalk (2008:243) vil tillit skape samarbeid, fremme kommunikasjon og redusere konflikter som kan være ødeleggende. Tillit kan være spontan som den tilliten man umiddelbart møter den andre med (førstegangsmøte) eller tillit kan vokse frem i etterkant av det man gjør (Slettebø 2012:119).

Men hvordan skal vi klare å få denne tilliten til hverandre? Fugelli (2011:104-105) sier at for å skape tillit til hverandre er det viktig at man møter hverandre med ydmykhet, respekt, likeverd, ærlighet, innlevelse og trofasthet. For å skape tillit må en være trygg på at den andre parten handler til beste for begge parter. Tillit er en positiv forventning til en annen person gjennom ord, handlinger og beslutninger. (Kaufmann og Kaufmann 2011:359)

Det er ikke nok å ha personlig tillit til en annen person i en samhandlingsprosess, men man må også ha tillit til organisasjonen. En ansatt må kunne stole på at organisasjonen fungerer ifølge avtalen. Som ansatt i en samhandlingsprosess bør man også ha tillit til lederen og denne personens idéer eller bestemmelser for at samarbeidet skal kunne skje. Ikke minst må man ha tillit til profesjonen. Tillit til profesjonelle er ikke det samme som tillit til en venn. Tillit til en profesjonell betyr at man kan stole på den kompetansen profesjonen sier vedkommende skal ha. (Moland og Terum 2008:200). Som sykepleier har man fått autorisasjon fra autorisasjonskontoret. Denne tilliten har de politiske myndighetene gitt, men med forbehold. Hvis man ikke overholder de krav og regler som er satt for en sykepleier kan man miste denne autorisasjonen (Moland og Terum 2008:203).

3.4 "Trygghet"

Alle mennesker ønsker å føle trygghet, men likevel finnes det mennesker som søker utrygge situasjoner for spenningens og utfordringens skyld (Eriksen 2006:11). Trygghet er et vidt begrep og det er vanskelig å finne en definisjon på noe som oppleves på en meget subjektiv måte. Trygghet kan defineres som det å være sikker, pålitelig, ubekymret, eller ikke være utrygg eller usikker. Thorsen (2011) bygger videre på det Eriksen sier som er at trygghet alltid står i forhold til noe (Thorsen 2011:107 og Eriksen 2006:11-14). Videre bruker Thorsen (2011) definisjonen som sykepleier Kerstin Andersson lanserte. Andersson (1988) deler trygghet opp i tre dimensjoner:

- Indre trygghet som går på personens opplevelse av omverdenen
- Trygghet som en følelse
- Ytre trygghet

Ytre trygghet deles igjen opp i tre typer. Relasjonell trygghet har med gjensidighet, forståelse, ærlighet og åpenhet å gjøre. Denne typen trygghet er personlig. Den neste typen er å ha trygghet i forhold til kunnskap og kontroll. Ifølge Anderson er det å stole på eller være trygg på andre, den siste formen for trygghet. Denne type trygghet må skapes, ved gjensidig opparbeidelse med andre (Thorsen 2011:119-122). Med andre ord forekommer trygghet både på det relasjonelle, organisatoriske og det systemiske nivået.

Som jeg sa innledningsvis i dette kapitlet er tverrfaglig samarbeid et vidt begrep og det finnes flere som sier noe om samhandling. Som presentert har tverrfaglig samarbeid, mange momenter som kan være med på å fremme og hemme samarbeidet. I lys av de fire forskningsspørsmålene vil jeg anvende denne teorien i kapittel 7.0. I dette kapittel vil jeg da rette denne teorien opp mot det informantene sier i sine intervjuer.

4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere mine metodiske valg. Metoden skal bidra til å belyse min problemstilling og vise en hensikt og mål med oppgaven. Det hele startet med en idé og noen tanker om samhandlingen mellom ambulerende team og sykehjem. Min opplevelse var at teamet var en god løsning på samhandling for pasientens skyld, men teamet møtte utfordringer med å finne en god måte å jobbe på. For å si det på en tydelig måte, siterer jeg en av informantene *"dette teamet er en gavepakke for Samhandlingsreformen"*. I dette kapitlet presenterer jeg hvordan jeg har gått frem for å samle inn relevant informasjon, analysen av denne og til slutt tolkningen av data.

4.1 Valg av forskningsmetode

Det å velge metode er avhengig av hva en allerede vet om det en skal forske på. Jeg hadde erfaring fra arbeidet og noen tanker på forhånd om ambulerende team og sykehjem. Jeg så etter andre som hadde forsket på det samme fenomenet. I det jeg skulle starte denne oppgaven, tenkte jeg at det mest hensiktsmessige var å intervju en ansatt i ambulerende team for å få en forståelse av hvordan jeg skulle gå videre. Valget var å gjøre et uformelt intervju, for å få kartlagt hennes kunnskap om teamet og høre hennes forslag om hvordan jeg kunne jobbe videre. Ønsket var også å høre om det var andre prosjekter, undersøkelser eller annet som allerede var blitt utarbeidet om teamet. Hun fortalte at teamet hadde blitt oppringt av andre sykehus som ønsket å vite hvordan de jobbet. Om det var gjort forskning på disse

teamene var hun usikker på. Informanten gav meg tilgang til de rapportene hun hadde tilgjengelig, deriblant analysen fra "Prosjektet samarbeid kompetanseoverføring mellom sykehuset og sykehjem 2005". "Metodeboken" og undervisningsmateriale som brukes i undervisningen år 2011 var også med, samt styringsdokumenter som var viktige i forhold til samarbeidsprosjektet.

For å være sikker på at det ikke var prosjekter på gang som kunne være relevante for min oppgave, valgte jeg å kontakte forskningsutvalget i sykehusorganisasjonen. Sykehuset informerte om prosjekter som omhandlet samarbeid og psykiatri, men fokuset var på et annet plan enn denne oppgaven.

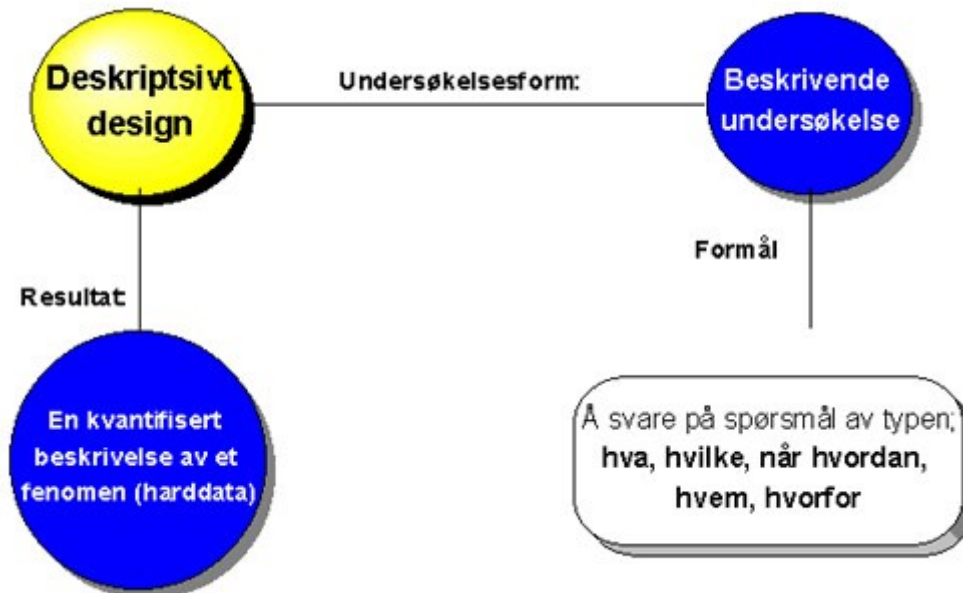
For meg var det viktig å snakke med kommunene. Jeg kontaktet helse- og omsorgssjefene i de to relevante kommunene for å høre hvordan de stilte seg til et slikt prosjekt. Av dem fikk jeg informasjon om at de ikke hadde så mye å tilby meg høsten 2011, men at de synes det var spennende at jeg startet å se på dette.

Google er et viktig medium jeg forholder meg til. Jeg er klar over at man skal være kritisk til denne søkemotoren, men den kan være med på å lage en pekepinn. Samtidig ga "bibsys" og andre søkemotorer fra bibliotekets hjemmeside hjelp. Jeg fant sammenlignbare avhandlinger, artikler og mastergradsoppgaver. Jeg brukte søkeord som ambulerende tjenester, tverrfaglig samarbeid, tverretatlig samarbeid, team, tverrfaglig team (interprofessional team), sykepleier og kunnskap.

Det å formulere problemstillingen gav meg store utfordringer. Jeg er klar over at man ikke skal gå videre i forskningsprosessen før man finner den "rette" problemstillingen (Halvorsen 2008:35). Halvorsen (2008) sier at man kan beskrive et emne, samtidig som man kan løse et problem, men uten et problem er det ingenting man kan forske på. Jeg har valgt å fremstille problemstillingen i denne oppgaven i spørsmålsform, men som Halvorsen (2008) sier, er dette ingen nødvendighet (Halvorsen 2008:35-36). Siden jeg har vært i disse arbeidssituasjonene selv og har mine egne erfaringer og opplevelser kaller jeg denne praksisfeltets problemstilling. Jeg har blant annet et ønske om å synliggjøre og systematisere den "tause kunnskapen" (Halvorsen 2008:48).

Problemstillingen er deskriptiv med en slik problemstilling ønsker jeg å få svar på hva, hvilke, når, hvordan, hvem og hvorfor.

(<http://www.kunnskapscenteret.com/articles/2516/1/Deskriptivt-design/Deskriptivt-design.html>) [lest 021111]



<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2516/1/Deskriptivt-design/Deskriptivt-design.html>

Problemstillingen for denne oppgaven ble som følgende:

Hvordan fungerer Ambulerende team sykehjem i samhandling med kommunehelsetjenesten?

Ved å benytte meg av en deskriptiv problemstilling ønsker jeg å finne en fremstilling av et fenomen. Svaret som blir gitt er en beskrivelse av virkeligheten. Fenomenet som undersøkes er samarbeid mellom sykepleierne i ambulerende team og sykepleierne ved sykehjemmene i disse to enhetene. Denne oppgaven vil ikke finne noen årsak til hvorfor samarbeidet fungerer på den måten det gjør, men kan være med på å belyse sider av samhandlingen som kan være interessant å forske videre på. Oppgaven vil ha et intensivt design. (Jacobsen 200:87-89). Med denne typen design ønsker jeg å få frem de individuelle variasjoner og forskjeller som finnes i forståelsen av dette fenomenet, samtidig som jeg har lyst til å belyse likhetene.

Data vil bli triangulert, fordi jeg bruker både rapporter, informasjonsdokumenter og styringsdokumenter som jeg har fått av ambulerende team og kommunen i tillegg til intervjuene. Jacobsen (2005) sier at dette kan gi økt gyldighet og troverdighet.

4.1.1 Kvalitativ metode

Jeg ønsker å få mer kjennskap om noe jeg ikke kjenner til. Målingene kan ikke tallfestes, men må uttrykkes via tekst. Ut fra min problemstilling er det en kvalitativ metode som egner seg

best. Både den kvalitative og den kvantitative tilnærmingen har sterke og svake sider (Jacobsen 2005:128). For eksempel sier Tjora (2012)

"mye av argumentasjonen for eller imot den ene eller andre metoden bærer ofte preg av et behov for å argumentere for valg som allerede er tatt. Argumenter blir derfor basert på generelle karakteristikk av de to hovedtilnærmingene - at kvalitativ metode framhever innsikt mens den kvantitative framhever oversikt eller at kvalitativ forskning søker forståelse, en kvantitativ søker forklaring"(Tjora 2012:22)

Kvalitativ metode fokuserer ofte på intervjuer. Denne metoden benyttes blant annet når man ikke har en teori eller hypotese som skal testes. Det er flere måter å samle inn kvalitativ data, og jeg har valgt å bruke åpne spørsmål i gruppeintervju.

Fordelen med å bruke denne formen for datainnsamling er at man kan få innsikt i subjektive opplevelser. Denne subjektiviteten gjør det også vanskelig å generalisere. Jeg har fått mye tekst etter transkribering av intervjuene. I perioder ble dette både tidkrevende og vanskelig å håndtere. Definerings og kategorisering av all informasjon ble omfattende.

4.1.2 Begrunnelse for forskningsspørsmålene

Problemstillingen stiller et åpent spørsmål som kan bli innrammet av sekundære forskningsspørsmål. For å begrense omfanget av oppgaven har jeg valgt å fokusere på fire forskningsspørsmål. Disse spørsmålene er forskerens begrepsmessige og teoretiske spørsmål knyttet til forskningstemaet (Kvale 2009: 323). Mine fire forskningsspørsmål er:

1: Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet "pasienten i sentrum"?

2: Hvordan fungerer kompetanseoverføring mellom de to instansene?

3: Hvordan er holdningen til hverandre?

4: Hvordan er den faglig tryggheten til sykepleierne som er involvert i samhandlingen?

Jeg kom frem til disse forskningsspørsmålene etter nøye overveielse av empiriske data og egne erfaringer fra min tid som sykepleier i ambulerende team. Disse spørsmålene vil hjelpe meg å vise forskjellige aspekter og faktorer som har tilknytning til den overordnede problemstillingen.

Forskningsspørsmål 1: Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet "pasienten i sentrum"? St. m 47 sier tydelig at det er viktig at vi har et helhetlig syn på pasientene og at de blir behandlet på lavest effektive omsorgsnivå. Pasientene er opptatt av å få et helhetlig produkt (Jacobsen 2004:76), og de ønsker å vite at når de har behov for helsetjenester får de

dette. NOU rapporten 2005 "fra stykkevis til helt", hevder at pasienten ikke er avhengig av hvem som gir hjelpen, bare at den hjelpen som gis er god. Både kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven sier at ansatte skal samarbeide for å bidra til at pasientene mottar et helhetlig tilbud fra helse- og omsorgstjenesten. For at målet om "pasienten i sentrum" skal oppnås, hevder Næss og Helbostad (2012) i boken «Tverrfaglig Geriatri» at felles mål er nøkkelen til å tilfredsstille pasientenes behov og problemer. Felles mål blir skapt ved hjelp av et tverrfaglig samarbeid. Dette er grunnen til at jeg har valgt akkurat dette forskningsspørsmålet.

Forskningsspørsmål 2: Hvordan fungerer kompetanseoverføring mellom de to instansene? I forhold til dette forskningsspørsmålet, blir St. m 47 også viktig. Den hevder at økt kompetanseoverføring er av stor betydning for at pasienten skal få rett behandling, slippe lang reisevei og få behandling så tidlig som mulig. For å kunne gi denne behandlingen er det viktig at sykepleierne ved sykehjemmet får økte kunnskaper og ferdigheter for å kunne hjelpe den geriatriske pasienten med sine behov og problemer. I tillegg er det viktig at sykepleierne ved ambulerende tjenester øker sin kunnskap i forhold til geriatri og pasientenes individuelle behov (St. m 47). Selv om det er snakk om samme profesjon har sykepleierne ikke samme yrkeserfaring. Kim sier at alle organisasjoner lærer. I tillegg er det viktig å øke kapasiteten på de som lærer slik at en får en effektiv handling. Kim (1993) hevder at individuell læring bygger på ting du kan fra tidligere, men for at organisasjonen skal lære er det viktig at det utformes kompetanse prosedyrer, for å øke tryggheten til sykepleierne (Kim 1993). I ambulerende team har det på overordnet nivå blitt utarbeidet en prosedyrebok for bruk på sykehjemmene. Denne boken inneholder prosedyrer som er nyttige for sykepleierne ved sykehjemmet og brukes ved akutt sykdom av pasientene.

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er holdningene til hverandre? Det er viktig å være seg bevisst sine egne holdninger i et samarbeidsperspektiv. Holdninger kan defineres som noe som er varig innstilling i en sak, hendelse eller person. Det kan være en tendens til å reagere på en bestemt måte overfor en sak, en hendelse eller person. For i hele tatt å få til et samarbeid er det viktig at man har "en positiv holdning til hverandre". Uten en positiv holdning vil samarbeid blir uutholdelig (Knudsen 2004:31). Hvis utgangspunktet for den ene organisasjonen har et negativt syn på dette samarbeidet i utgangspunktet, kan sykepleierne ignorere, prøve å snike seg unna, eller avvise dette samarbeidet (Jacobsen 2004:85). Hvis dette skjer, mener Knudsen at man bør prøve å flytte fokuset. Dette kan være med på å øke følelsen av avhengigheten mellom partene (Jacobsen 2004:85). Holdninger bygger opp tillit og trygghet. Man må ha gjensidig respekt og tillit til hverandre. Uten tillit vil det ikke kunne skapes samarbeid, kommunikasjonen blir hemmet, og konflikter vil oppstå. Det er ikke nok at

man har en personlig holdning til en annen person, men en må også respektere de organisatoriske forholdene som allerede er blitt bestemt.

Forskningsspørsmål 4: Hvordan er den faglige tryggheten til sykepleierne som er involverte i samhandlingen? Alle mennesker har behov for å kjenne trygghet (Eriksen 2006:11). Selv om jeg ikke har funnet noen god definisjon på trygghet, er dette i samsvar med det Eriksen også sier. Likevel har Anderson delt trygghet opp i tre forskjellige kategorier. Den ytre tryggheten er den jeg er mest interessert i, og som jeg refererer til her (Thorsen 2011:119-122). Det er viktig at pasienter kjenner trygghet for sin helse, det å vite at de får den hjelpen som trengs når behovet er tilstede. Både personalets bruk av kunnskap og de fysiske forhold er viktige for pasientens trygghetsfølelse (Andersson 1988:9). Det å være sikker i arbeidet man gjør er viktig for å få den trygghetsfølelsen. Byggesteinen i et team er de medlemmene som samarbeider om å utføre oppgavene i form av individuelle egenskaper, kunnskaper og ferdigheter. For å kunne samarbeide med andre må en stole på at de andre gjør den jobben de er satt til å gjøre (Kaufmann og Kaufmann 2011:359). For å få trygghet er tillit viktig. Tillit vil si at man har tro på hverandre, og tro på at de utfordringene man blir stilt overfor blir løst. Tillit kan være spontan, men også være en tilstand som vokser over tid. For å få tillit til hverandre er det viktig med ydmykhet, respekt, likeverd, ærlighet, innlevelse og trofasthet (Fugelli 2011:104-105). Uten tillit til den andre part vil man heller ikke bli trygg på hverandre i et tverrfaglig samarbeid. I et samarbeidsperspektiv må man også være trygg på hverandre og til den endringen som naturlig nok skjer i en organisasjon.

For å kunne formidle innholdet i oppgaven videre, mener Johannessen et al (2010:163) at det må lages et rammeverk. Dette er fordi kvalitative data må fortolkes. Å tolke betyr at man setter den empiriske informasjonen inn i en større sammenheng. Tanken er at man skal finne synspunkter/meninger som ikke er avdekket tidligere. Det er vanlig å ta utgangspunkt i relevant teori satt frem av respekterte forskere og se funnene i lys av denne teorien.

4.1.3 Forskerens etiske og juridiske ansvar

For at dette prosjektet skulle bli godkjent, kontaktet jeg alle instanser som er blitt berørte. Jeg startet med å kontakte helse- og sosialsjefen i de to aktuelle kommunene. De henviste meg til virksomhetslederen, som "kastet ballen" videre til en sykepleier. Begge helse- og omsorgssjefene ønsket å få kopi av informasjonen jeg sendte til virksomhetene, noe jeg syntes var en god idé.

Ved sykehuset er det en egen forskningsavdeling som tar seg av prosjekter som dette, og der fikk jeg god hjelp. For å kunne forske på sykehuset, måtte jeg søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning. Der var det ingen problemer, og søknaden var godkjent da jeg startet intervjurunden. Det er ingen tredje part som blir direkte involvert, og dette har gjort at jeg ikke har hatt behov for å søke etisk råd, eller sendt utvidet søknad for denne oppgaven. Jeg fikk krav fra sykehuset i forhold til lagring og behandling av dokumentene.

Som forsker er det viktig at man følger forskningsetiske retningslinjer. Grunnleggende respekt for menneskeverd og aktsomhet er viktige observasjoner for forskeren. Dette spesielt når det er snakk om opplysninger man får gjennom observasjoner eller intervjuer (<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>) [lest011112]. Informanten må bli behandlet med respekt, konfidensialitet, tillitt og gjensidighet. Dette er avgjørende for hvordan kontakten blir med informantene (Tjora 2012:37).

4.2 Valg av informanter (utvalg av intervjupersoner)

Etter samtale med den første informanten, fikk jeg tips om å oppsøke tre sykehjem som ifølge sykepleieren hadde forskjellig syn og bruk av ambulerende tjenester. Hun var behjelpelig med å gi informasjon videre til disse sykehjemmene samt ambulerende team. I den mellomstore virksomheten ble fagsykepleier min kontaktperson. Vedkommende tok kontakt med fire ansatte som kunne stille opp på intervjuet. De satte av tid i arbeidstiden og fant rom på sykehjemmet der intervjuet kunne gjennomføres. Dette var positivt og gjorde arbeidet mitt lettere.

Ved det største sykehjemmet var det fagsykepleier som var kontaktperson. Dette gav en del utfordringer siden denne personen var syk og borte i lengre tid. Jeg fikk til slutt avtalt et intervju med fire sykepleiere, men da dagen kom var det kun to sykepleiere som kunne stille. På det minste sykehjemmet var de ikke interessert i å være med. De mente at de ikke hadde noen erfaring med ambulerende team som de kunne dele med meg. Sykehjemmet er under ambulerende teams område og overordnet avtale var signert om at de skal delta i samarbeidet. Informanten ved ambulerende team kunne fortelle at de er der innimellom og bistår dem med forskjellige arbeidsoppgaver. Etter samråd med min veileder valgte jeg å spørre flere ganger, og fikk avtalt et intervju i arbeidstiden. Det var kontaktperson som møtte på intervjuet.

Siden jeg har jobbet sammen med sykepleierne på ambulerende team på sykehuset, var de allerede informert om prosjektet. Så jeg informerte seksjonslederen, informanten og sendte personlig invitasjon til alle i teamet. Ved invitasjonsutsendelsen var det syv ansatte som jobbet i teamet. Ved intervjuet møtte tre sykepleiere opp og de fikk mulighet til å avspasere denne tiden i ettertid.

For å kunne delta på intervjuet hadde jeg noen kriterier som måtte være tilstede. Informantene skulle være sykepleiere som hadde pasientkontakt og være ansatt, eller være under ambulerende teams ansvarsområde. Dette kriteriet var viktig for meg siden jeg ønsket å se på samarbeidet mellom ansatte i samme profesjon og relasjonen mellom dem. Teamet har også kontakt med både leger, hjelpeleiere og helsefagarbeidere med videre. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere kun på sykepleierne og ser bort fra de andre yrkesgruppene. Dette på grunnlag av at ambulerende team i utgangspunktet er en sykepleiertjeneste. Denne tjenesten skal styrke kunnskapen i forbindelse med sykepleierprosedyrer og ved akutt sykdom hos den geriatriske pasienten. Det er i utgangspunktet praktiske sykepleieoppgaver som dette teamet viderefremidler.

I alle intervjuene deltok det kvinner i yrkesaktiv alder, de var sykepleiere og de hadde over 75% stilling. Ved sykehjemmet har eller hadde alle todelt turnus, det vil si at de har dag og kveldsvakter. Ved ambulerende team hadde de tredelt turnus, det vil si inklusiv nattevakter. Hvor lenge de hadde vært ansatt varierte, men alle hadde over 8 års erfaring som sykepleier. Jeg opplevde at de jeg intervjuet ønsket å svare ærlig på spørsmålene. De var samarbeidsvillige, de opplevdes som ærlige og konsistente og de fleste svarte presist på mine spørsmål. Jeg opplevde ingen motstand mot å bli intervjuet, men at sykepleierne innad i gruppen kunne være uenige forekom, noe som er naturlig i følge Kvale og Birkmann (2009).

Grunnen til at jeg valgte fokusgruppeintervju, er at jeg ønsket å se individets erfaringer i forhold til dette spesielle teamet. Jacobsen (2005) sier at gruppeintervjuer er med på å starte en tankeprosess der den enkelte bearbeider sine erfaringer i løpet av intervjuet (Jacobsen 2005 :154) Jeg opplevde at jeg ble en lyttende part, noe som også er vanlig ifølge Jacobsen.

4.2.1 Gjennomføring

Før jeg startet intervjuene, hadde jeg utarbeidet en intervjuguide. Denne var satt sammen på grunnlag av den første kontakten jeg hadde med ambulerende team, hvilke erfaringer jeg selv hadde med teamet, samt rapporter jeg hadde mottatt. I disse intervjuene valgte jeg å bruke en

semistrukturell eller delvis strukturert intervjuform. Dette fordi svarene til informantene kan variere, og det kan være nyttig informasjon som kommer opp. I det første intervjuet fikk jeg erfare at dette var positivt for oppgaven. Ifølge Johannesen er et semistrukturert eller delvis strukturert intervju der man har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt, men spørsmål, tema og rekkefølge kan variere. Det var naturlig for meg å bevege meg frem og tilbake i intervjuguiden (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2010:137)

Under intervjuene oppdaget jeg at informantene begynte å snakke seg i mellom, og jeg ble en lyttende part. Når de snakket sammen på denne måten, kom det frem ny informasjon. Samtidig var det lett å stille spørsmål som gjorde at vi kom tilbake på riktig spor, når det var nødvendig. Jeg oppdaget at det var flere emner de snakket om som kunne vært undersøkt, for eksempel legetilgjengeligheten og pårørendes økende sykdomskunnskap grunnet internettbruk.

Denne oppgaveformen gjorde at jeg ønsket å beholde mest mulig like spørsmål til hver gruppe, dette for at det i ettertid skulle bli lettere for meg å systematisere informasjonen (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2010:138). Likevel ble intervjuene forskjellige med nye innfallsvinkler på samme spørsmål og med andre oppfølgingsspørsmål.

For at intervjuet skulle bli naturlig for de ansatte, startet jeg med presentasjon av meg, samt noe "small talk," men informerte også om taushetsplikten og formålet med intervjuet. Jeg informerte om at jeg tidligere hadde jobbet i ambulerende team, men ikke var en del av dette teamet lenger. Dette gav meg en utfordring i forhold til noen informanter som spurte om informasjon om ambulerende team, noe jeg var usikker på var innenfor rammene av oppgaven.

Alle informantene signerte en skriftlig samtykkeerklæring, der de også fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når og hvis de måtte ønske det. Intervjuene ble tatt opp elektronisk, og jeg anonymiserte innholdet ved transkribering. Jeg er klar over at informantene kan kjenne igjen sine egne utsagn, i tillegg til de andre som deltok i samme intervju. Jeg har i transkriberingsprosessen prøvd å være objektiv, og å presentere data som det er. Det nonverbale språket, tonefall og ironi, var med på å farge min tolkning av intervjuene.

I denne oppgaven har jeg bare kunnet benytte deler av intervjuene. Det var med i undersøkelsen syv sykepleiere ved sykehjemmene og fire sykepleiere ved sykehuset. Med såpass få deltagere viser denne oppgaven kun en liten del av helheten. Hvis man ønsker å få

en videre forståelse, bør denne forskningen gjøres flere ganger på flere aktører, gjerne på landsbasis og i utlandet, der det finnes relevante team med samme formål.

Siden de fleste av disse sykepleierne hadde jobbet ved sykehjemmene lenge, vil det kanskje være nyansatte og vikarer som kan ha en annen opplevelse av virkeligheten. Det samme gjelder for ambulerende team. Det at man i tillegg forsker på noe som har med følelser å gjøre, byr også på fortolkninger av det de sier. Som tidligere nevnt er jeg uerfaren som forsker som kan ha ført til at jeg fulgte opp feil spørsmål. I tillegg kan min kjennskap til ambulerende team være med på å farge intervjuet, samt få meg til å trekke egne konklusjoner ut fra det som har blitt sagt.

Jeg er bevisst på at mine egne verdier kan være med på å tolke og forklare resultatene. Det at jeg er spesielt engasjert i dette tema kan vise seg å ha en påvirkning på bestemte deler av samfunnet, selv om dette ikke kan forutses på forhånd (Halvorsen 2010:26) Jeg har så langt jeg har maktet forsøkt å unngå dette.

Reliabilitet eller pålitelighet er viktig å ta hensyn til. Engasjerte forskere kan være med på å gjøre det mer pålitelig, men også upålitelig ifølge (Tjora 2012:203) I følge Tjora kan dette være en ressurs. Når jeg ser på meg og mitt ståsted, gjorde jeg et valg og sluttet i teamet. Jeg mener at dette er med på å styrke min pålitelighet. Dette på grunnlag av at jeg kjenner organisasjonen, men har ikke kunnskap om den daglige driften og jeg har distansert meg fra teamets arbeidshverdag. Jeg er som sagt fortsatt interessert i teamet og de utfordringene som de ønsker å jobbe med. Når det gjelder validitet eller gyldighet, blir spørsmålet om jeg får det svaret jeg ønsker. I dag føler jeg at jeg har gjort det. Kanskje ikke det svaret jeg trodde jeg ville få, men jeg har fått en ny forståelse av samarbeidet mellom ambulerende team og sykehjemmene. Er det mulig å få til en generalisering eller overførbarhet til andre samarbeidssituasjoner? Min opplevelse i dag er at deler av dette kan være overførbart, men ikke alt.

5.0 Empiri

I dette kapittelet kommer jeg til å presentere datamateriale som omhandler informantenes synspunkter på de fire forskningsspørsmålene. Jeg vil også presentere resultater og målsetning i årsrapportene og rapportene som er utarbeidet av ambulerende team i tillegg til kommune rapporter. De fire forskningsspørsmålene er:

1. Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet om "pasienten i sentrum"?
2. Hvordan fungerer kompetanseoverføring mellom de to instansene?
3. Hvordan er holdningene til hverandre?
4. Hvordan er den faglige tryggheten til alle sykepleierne som er involverte i samhandlingen?

5.1 Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet om "pasienten i sentrum"?

I samarbeidsprosjektet som startet i 2005 skriver styringsgruppen at det er ingen tvil om at sykehjemsbeboere får en bedre livskvalitet ved å få behandling i trygge og kjente omgivelser på sykehjemmet, fremfor å bli overflyttet til sykehuset. Dette forutsetter at de får rett og forsvarlig behandling. Styringsgruppen sier at for å få til en god behandling for sykehjemsbeboerne kreves det gode kunnskaper om kommunikasjon, sykdomstilstander, refleksjoner rundt etiske problemstillinger og en aktiv holdning til palliasjon.

Opplæring i disse emnene skal øke tryggheten hos sykepleierne, noe som igjen vil øke tryggheten hos beboerne og pårørende, ifølge rapporten. Økt fokus på sykehjemspasienten og sykehjemsmedisin er med på å gi økt kompetanse for sykehjemsykepleierne og sykehjemslegene heter det. Dette kan føre til sterkere engasjement hos helsearbeiderne som vil resultere i bedre helsetjeneste for de geriatriske pasientene. Hvis dette skjer tenker jeg at "pasienten er i sentrum" for hva den ansatte skal lære, og man prioriterer det som er best for den enkelte. På legeseminarer blir det også diskutert hva som er rett behandlingsnivå for pasienten. Denne diskusjonen foregår mellom sykehuset og sykehjemslegene i de enkelte kommunene.

Det sies i flere av de aktuelle rapportene at det ikke er noen tvil om at pasienter flyttes unødvendig fra sykehjem til sykehus og at det er en samfunnsøkonomisk gevinst å behandle pasienten ved sykehjemmet. I spørreundersøkelsen som prosjektgruppen gjorde i 2005 kom det fram at 28% av 66 sykepleierene/vernepleiere mente at sykehjemspasienten ble innlagt på sykehuset unødig. 63% av de spurte følte at det skjedde unødvendig flytting av pasienten. Dette vil si at kun 33% mener at det ikke forekommer unødvendige innleggelser. Denne rapporten er fra 2005 og den viser at de spurte mener at det finnes pasienter som kanskje kunne være på sykehjemmet der de har det bedre. Det kommer ikke fram av denne rapporten hva som hadde skjedd med pasienten dersom vedkommende hadde blitt ved sykehuset.

Den ene kommunen som er med i denne oppgaven har prøvd å tallfeste hvor mange innleggelser til sykehuset de har hindret. De bekrefter at det er vanskelig å vurdere, på grunn av at det er en subjektiv opplevelse. Kommunen var interessert i å se effekten av det de hadde startet med. De startet med å fylle ut skjemaer hver dag det ble gitt utvidende behandling på sykehjemmene. De kom frem til følgende resultat i 2009

- 90 pasienter ble sendt til sykehus
- 122 pasienter ble behandlet med utvidet behandling på sykehjem
- De fleste pasientene har fått Antibiotika og eller væske intravenøs
- Flere pasientene kom tidligere tilbake til sykehjemmet - kortere opphold på sykehuset
- Pårørende og pasienten er svært fornøyde
- Kompetanseøkning - økt kvalitet på tjenesten (Hva gjør Ambulerende team? 2010)

I årsrapport fra 2009 står det at *"teamets oppgave er å følge pasienten ikke diagnosen."* Målsetningen for teamet er at de skal øke tryggheten for sykepleierne slik at de eventuelt kan utvide behandlingen på sykehjemmet, slik at pasientene får den rette behandlingen på Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON). Dette for i størst mulig grad unngå den belastningen det vil være for pasienten å flytte mellom de to forvaltningsnivåene.

I årsrapportene fra 2008 og 2010, som jeg fikk tilgang til hevder teamet at de har gjort noen kloke grep som de fokuserer på:

- *"Pasienten er vårt felles fokus"*
- *"Vi må samarbeide for å finne gode løsninger for pasientene"*

Ambulerende teams årsrapport fra 2008 beskriver de at det er ofte dårlige tilbakemeldinger fra sykehuset og dårlig planlegging og kommunikasjon ved overføring av pasienten tilbake til

sykehjemmene, etter en sykehusinnleggelse. *Det er manglende epikriser, dårlige sykepleierapporter. De har ikke fått informasjon om utstyr som sykehjemmet trenger, videre behandlingsforløp er uklart og hvordan de skal forholde seg videre. ."* Ambulerende team presiserer i sin rapport at *"det er viktig at sykehuset kontakter dem, slik at de kan få tilrettelagt med sykehjemmene hva som de kan bistå til, for at denne overgangen tilbake til kommunen an bli til beste for alle parter."* (Årsrapport 2008)

Ambulerende team har i sin stillingsinstruks at de kan ta i mot pasientene i akuttmottaket hvis de kommer i arbeidstiden når teamet er på jobb. De ser på hvilken plan sykehuset har for denne pasienten og rapporterer tilbake til sykehjemmet. Ambulerende team fokuserer på hva slags behandling sykehuset ønsker for den enkelte pasienten og jobber med at sykehjemmet har rett kompetanse slik at pasienten kan komme raskt tilbake til sykehjemmet med eventuelt ny behandling.

I ambulerende teams gruppeintervju forteller de at den største utfordringen er å "finne" sykehjemspasienten på sykehuset. Det blir brukt mye tid og ressurser på dette som skaper stor frustrasjon. Medlemmene i ambulerende team forteller videre at det å finne pasienter som har åpen omsorg er en enda større utfordring. Dette fører til at de ikke kan følge opp pasientene slik de ønsker.

For at ambulerende team skal kunne lokalisere pasientene innad i sykehuset, kreves det samarbeid med alle avdelinger som er involvert i pasientbehandlingen. Samtidig ønsker de at overføringen skal gå så smidig som mulig slik at de kan være et bindeledd mellom kommunen og sykehus.

Ambulerende team sier at de ønsker at pasienten skal bli fornøyd, og at de gjør alt de kan for å få til dette. De refererer til at de både har gitt blod på sykehjemmene og utført andre praktiske prosedyrer. Pasientene er veldig takknemlige for at de slipper transporten til sykehuset. Noen av sykehjemmene som bruker ambulerende team, har en reisevei til sykehuset på 6 mil. De forteller at det er godt for dem å klare for eksempel en perifer venekanyle innleggelse på pasienten, slik at pasienten slipper den lange transporten. Informant 3 sier *"en pasient har sagt at uten at de hadde kommet til sykehjemmet med blod, hadde pasienten ikke ønsket denne behandlingen, noe hun trengte."*

Ambulerende team informant 2 forteller at det er en del pasienter som får blodoverføring. *"De er veldig takknemlig for at de slipper ambulanse transport til akuttmottak, deretter få blod og til slutt vente på at en ny ambulanse skal komme for å hente dem hjem. Nå kan de få ligge*

hjemme i sin egen seng (på sykehjemmet) eller sitte i godstolen sin." Pårørende er enige i dette, ifølge informanten, "det å få "ekspertene" hjem er mye bedre enn den lange strabasiøse ferden den pasienten må ha i forhold til å være i sitt vante miljø"

Informantene forteller om flere episoder der det har vært fokus på at pasienten skal få være der de er. De refererer til at urologisk poliklinikk har flere oppdrag til dem, der de utfører skift hjemme hos pasienten istedenfor å reise til sykehuset. Informant 1 forteller " *jeg fikk en telefon fra urologisk poliklinikk (uropol) angående å følge opp en ny pasient. Men pasienten tilhørte nord fylke så jeg kunne ikke bistå. Uropol synes dette var trist...*".

Den samme informanten forteller om at hun har vært på en del logistikk møter. Der har det blitt diskutert en sak om en pasient som var innlagt på sykehuset i Fredrikstad, men som egentlig hører til i den nordlige delen av fylket og skulle derfor gå inn under ambulerende team Nord. Informanten sier " *Ambulerende team Nord bør være like aktive inni sykehuset i Fredrikstad, da det er flere pasienter der også*". Informanten forteller at det per i dag ikke er noe system for hvordan disse pasientene blir tatt vare på. Hun forteller videre; " *jeg informerte at det er en egen gruppe i den nordlige delen av fylke, som er stasjonert i Moss. Hva som har skjedd der etterpå vet jeg ikke*". Dette blir også bekreftet av de to andre informantene fra det ambulerende teamet. De sier i intervjuet; " *det ikke er noe samarbeid mellom de to teamene som de vet om, og jeg tror også at de er lite synlig i forhold til den markedsføringen ambulerende team Sør har gjort.*"

På spørsmålet om hvem som har ansvar for pasienten er ambulerende team klare. Det er beskrevet både i stillingsinstruks, samt skriftlig informasjon til sykehjemmene, at det er den som kjenner pasienten på sykehjemmet som har dette ansvaret, selv om de utfører oppdrag på eller til pasienten, og at teamet er der som en støttespiller. I intervjuet med ambulerende team sier informantene " *det er enighet om at det er den pasientansvarlige sykepleieren ved sykehjemmet som har ansvar for pasienten.*"

I to gruppeintervjuer på sykehjemmene kan de fortelle at pasientene som bor ved sykehjemmene ikke har godt av miljøforandringer. Informant 1 ved sykehjem 1 sier " *de blir ofte forvirret og flere pasienter blir veldig, eller virker rett og slett, senil demente.*" Også når de kommer tilbake fra sykehuset. Det tar noen dager så er de tilbake til slik vi kjenner dem."

Både det mellomstore og det store sykehjemmet forteller at også de pårørende føler det trygt at mor eller far får rett behandling ved sykehjemmet. De har gitt uttrykk for at de føler seg

trygg på sykehjemmet fremfor å bli flytte sine nære slektning til sykehuset. Informant 2 ved det mellomstore sykehjemmet forteller; *"De sier, godt at mor kan få komme hjem". "*

Sykehjemsansatte forteller *"Jeg har opplevd at pasienter blir innlagt på sykehuset og som ligger i korridor og til og med dør i korridor. Det er fælt og uverdigg for de gamle."* Dette er også noe ambulerende team sier i sitt intervju. Ambulerende team snakker om at de ønsker at de blir kontaktet før pasienten blir flyttet slik at de kanskje kunne få en verdigg død på et sted de er kjent.

Informant 3 ved det mellomstore sykehjemmet sier: *" jeg har ikke opplevd at vi har hatt bruk for dem i helgene, men det hadde vært fint om de hadde møtt pasienten fordi pasienten ikke hadde noen rundt seg, ikke pårørende eller noen ting."* På det største sykehjemmet forteller informanten: *" Jeg kontaktet ambulerende team med spørsmål om de kunne møte pasienten på en helgedag, slik at pasienten fikk en rask behandling før han skulle returnere. Da fikk jeg beskjed om at det kunne de gjøre på mandag." men det blir litt sent".*

Informant 1 ved det store sykehjemmet forteller; *"Jeg opplevde at en pasient som ble syk og trengte antibiotika behandling fikk denne ordinasjonen over telefon fra legevakten. Det viste seg at denne type antibiotika ikke var å oppdrive på sykehjemmet. Så de ringte ambulerende team. Det var selvfølgelig en lørdag kveld og apoteket var stengt. Det endte med at sykepleieren ved ambulerende team kjørte ut medisinen. Det var ingen vanlig ansatt på jobb i ambulerende team, men vedkommende sa at hun bodde ved sykehuset og kjørte denne ut, etter jobb."* Ifølge informanten sa sykepleieren følgende: *"det er mye bedre at pasienten får denne antibiotikaen så slipper hun å komme hit inn til oss, det er bedre for alle parter"* *"Det var kun tilfeldigheter at denne sykepleieren skulle den veien sykehjemmet var."*

De to største sykehjemmene sier at de regner med at det er ambulerende team som har ansvar for pasienten når de er der for å utføre prosedyre. De snakker om at de begge ønsker at pasienten skal få denne behandlingen på sykehjemmet. Men ansvaret mener de at ambulerende team har når de gjør oppgaver. Informant 3 ved sykehjemmet sier: *" Hvis jeg ringer og rådfører med ambulerende team, legger frem mine tanker og hun er enig i dette, er det likevel jeg som har ansvaret for det jeg har gjort. Men, jeg kan skrive i rapporten at jeg har ringt og snakket med ambulerende team og de er enig i mine vurderinger i forhold til å gjøre sånn eller sånn, men det er jeg som sitter med ansvaret",*

De andre informantene nikker og er enig i dette. Videre sier informanten *"men hvis de kommer fra ambulerende team og skal ta blodprøver fra CVK, håper jeg inderlig at de har ansvaret hvis de gjør noe riv ruskene galt"*

Ved det største og det minste sykehjemmet kommer det frem at de ansatte ikke ringer ambulerende team, når de legger inn pasienten på sykehuset. Ved det største sykehjemmet sier informant 1 *".....overlegen ved sykehjemmet har gitt beskjed om at hun gjerne vil ha skjema fortsatt (der de registeret hva de gjør med pasienten i forhold til utvidet behandling, sykehus og så videre), der står det et punkt, ble ambulerende team kontakte"* informant 2 *"og de vil de? for da må jeg innrømme at jeg rett og slett ikke har tenkt på dette. Hvis det har vært en grei årsak til å sende pasienter i ny og ne, har jeg ikke tenkt at ambulerende team burde.."* deretter sier ikke informantene mer, men jeg tolket dette i mitt intervju at informantene mente at ambulerende team burde ha blitt kontaktet. Videre kommer det frem mellom informantene på det største sykehjemmet at de trodde kanskje fagsykepleieren hadde visst noe, men dette var de ikke sikre på. Informant 2 fortsetter *"i begynnelsen, da de begynte, var de så flinke til å komme innom posten og hilse på å vise seg , men som sagt, i og med at vi føler at vi mestrer det meste og bruker hverandre så har ikke behovet vært så stort som det kanskje ... på en måte å minne oss på at de er tilgjengelig, for pasientens skyld"*

I årsrapporten fra 2008 skriver fagsykepleieren, at *"sykehjemmene klager på for dårlig planlegging og kommunikasjon mellom sykepleieren på sykehuset og sykehjemmet ved hjemreise for pasienten, dette er snakk om manglede epikriser, informasjon om videre behandling som igjen fører til at sykehjemmene har problemer med å skaffe nødvendig utstyr"*

I mitt intervju stilte jeg følgende spørsmål til alle informantene: *"rett behandling, til rett tid, til rett sted"* hva tenker dere da? I samtlige intervjuer var det enstemmig svar, og en informant beskrev det som *"mest mulig behandling der pasienten er."* Alle informantene ønsker at behandlingen skal være til beste for pasienten og pårørende, slik at de får en sikker og god helsetjeneste. Men alle informantene var enige om at dette byr på flere utfordringer for sykepleierne i de to enhetene.

5.2 Hvordan fungerer målet om kompetanseoverføring mellom de to instansene?

Ambulante virksomheter er et spesialisert team som fokuserer på kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene. Dette for å sikre at enhetene skal få rett kompetanse på rett sted, som føre til at pasienten får rett behandling. En av Ambulerende teams informant sier:

"Målsettingen til ambulerende team ... øke kvalitet for akutt syke sykehjemsbeboere og brukere ved åpen omsorg ... hindre unødvendige innleggelse"

I årsrapporten (2008) til Ambulerende team snakker de om, at de jobber mye med kompetanseheving til sykehjemmene. De sier at de har forskjellige undervisningsopplegg som sykehjemmene kan bestille. Undervisningen holdes på sykehjemmene, slik at flest mulig kan delta og dette er gratis tilbud til sykehjemmene. Disse undervisningen holdes av leger og sykepleiere.

I spørreundersøkelsen anno 2005 viste det seg at 60 av 66 respondenter hadde vært på undervisning i regi av det daværende prosjektet. Hele 93% av disse syntes det var relevant og nyttig i forhold til sitt arbeid. I spørreundersøkelsen stilte de seg spørrende til at det kun var 71% som mente at dette hadde vært med på å øke sin personlige kompetanse, innen undervisningsområdet. Den gang underviste ambulerende team i perifere venekanyler (PVK/veneflon) innleggelse og smertelindrende behandling. Hovedfokus ble satt på å lese relevante pasientcaser i forhold til vurdering av akutt sykdom hos eldre, samt patofysiologi. De fokuserte på å lære sykepleierne ved sykehjemmene å foreta kliniske vurderinger og differensialdiagnoser. Det var i utgangspunktet en lege og en sykepleier som gjennomførte denne undervisningen. Videre utarbeidet de en metodebok som kommunens ansatte kunne bruke når de kom opp i en akutt situasjon. Denne metodeboken er bygget opp slik at den kan veilede sykepleieren om hvordan en skal forholde seg når en pasient blir akutt syk og der det skal vurderes om lege eller sykehus er nødvendig. Boken fokuserer på behandling og tiltak som den ansatte kan igangsette for pasienten. Denne metodeboken har hovedfokus på de vanligste akutte sykdommene en geriatrisk pasient kan få. I tillegg er det lagt til rette for at de ansatte kan hospitere på sykehuset. Hospitering av sykehjemssykepleiere gav nyttig lærdom i praktiske ferdigheter og faglige vurderinger. Denne kunnskapen kunne sykepleierne ta med seg tilbake til sykehjemmene for faglig oppdatering og motivasjon, ifølge prosjektgruppen.

Ifølge årsrapporten av 2008 er hovedtanken at teamet ønsker å jobbe mer intensivt med kompetanseheving. De tilbyr mange forskjellige undervisningsopplegg som sykehjem og sykepleiere fra åpen omsorg kan bestille. Dette er et gratis tilbud. Undervisningen blir holdt av både sykepleiere og leger. Tall fra 2008 viser at det var 243 personer som deltok i de forskjellige undervisningstilbudene (Årsrapport 2008). Det var overvekt av personer som ønsket å være med på undervisning i innleggelse av venefloner og væskebehandling. Det var sykehjem som skulle starte opp med dette ambulerende tjenester tilbudet. Til sammen gjaldt dette 95 personer i 2008 i følge rapporten.

I mai 2011 vedtok ambulerende team at alt undervisningsmaterieell skulle kvalitetssikres av legene. I dag underviser ambulerende team i følgende områder:

- Væskebehandling og innleggelse av perifer venekanyle (veneflon)
- Hjerter- og lungeredning
- Klinisk blikk
- Sentral venekateter
- Veneport
- Sykepleie til pasienter med ernæringsproblem
- Innleggelse av kateter
- Medikamentregning
- Sykepleie til pasienter med respirasjonsproblemer
- EKG
- Demens og akutt forvirring
- Smertestillende og palliativ behandling
- Diabetes
- Hjerneslag/hjerneblødning.

Høsten 2008 valgte teamet å markedsføre seg i forhold til denne undervisningen. Det ble utarbeidet egne brosjyrer i sykehuset i Fredrikstad som ble "ambulerende team- sykehjem. Undervisning for ansatte i sykehjem" disse ble delt ut i desember 2008. De som ble intervjuet sier at de merket at dette hadde ønsket effekt siden det kom flere bestillinger på undervisning etter denne utdelingen. I et møte fra 2011 ble det diskutert om det skulle stilles krav til sykehjemmene i forhold til oppmøte ved undervisning. Ambulerende team sier de brukte mye tid og ressurser på undervisning, og de ønsket å sette krav til sykehjemmene og åpen omsorg. Disse kravene ble:

- Oppmøtekrav er minimum 10 personer
- Relevante personer som møter
- Dersom lav interesse avlyses undervisningen

I ettertid har jeg snakket med ambulerende team Informant 1 om hva de gjør hvis det møter færre enn 10 personer. Hun sier, *"det er jeg faktisk usikker på, for det er så lenge siden dette har skjedd, med meg. Men tror at vi gjør undervisningen og sier i fra etterpå."* Videre forteller informanten: *"det er lite undervisning ved sykehjemmene om dagen. Det er jo de som bør oppsøke oss, det er ikke vi som må fortelle de at de trenger undervisningen. Det er jo gratis undervisning"*

Ifølge arbeidsbeskrivelsen for sykepleierne ved ambulerende team, stilles det kvalifikasjonskrav om at den ansatte har god evne til å tilegne seg fagkunnskaper på eget initiativ. En av informantene sier at dette er en del av jobben. De må selv ta initiativ til å opparbeide seg kunnskapen de har behov for slik at de kan holde seg på det nivået de trenger. De må selv ta kontakt innad i organisasjonen for å utvikle sine evner og ferdigheter.

I intervjuet fikk ambulerende team spørsmålet: Hvordan opplever dere det å ha gruppeundervisning? Informant 1 sier "*...det er ingen av oss som er pedagoger. Noen ganger føles det bra, det spørs litt på den første kontakten, på den som sitter der*" informant 2 "*...om det sitter noen der*". På videre spørsmål fra meg, svarte informant 2 "*Det har vært mye dårlig oppmøte, det har vært 7 stykker og 3 av dem studerer liksom, og 2 hjelpepleiere og da blir det litt sånn..... så nå har vi egentlig satt krav minimum 10*"

Informant 2 forteller følgende: "*De sykehjemmene jeg har vært på, jeg har kanskje vært på de "verste", jeg har kanskje vært litt uheldig, men jeg føler at jeg verken har blitt tatt godt imot eller vært noe bra oppmøte, de har ikke vært interessert*".

Hun forteller videre: "*det virker som det er lite planlagt på forhånd at de kommer, og at de er for tilgjengelig for sykehjemmene.*" Informant 3 sier: "*kanskje at det kan være at sykehjemmene har vært med på dette her i noen år og at behovet ikke er der lenger.*" De andre i ambulerende team nikker og sier seg enig i dette. Videre sier de: "*Åpen omsorg er mye mer interessert i disse undervisningene.*" "*Åpen omsorg er helt nytt og har undervisning nå*", "*stakkar.... hun underviste to ganger på en dag. Den ene gruppen var på 17-18 stykk og dette hadde gått greit ifølge Etter lunsj hadde hun på ny gjort en undervisning. Da hadde det møtt 50-60 stykker opp. Hun ble helt satt ut, stakkar.*" Min opplevelse her var at informantene hadde god dialog seg i mellom i forhold til hvilket sykehjem og hvilken åpen omsorgssone som var "lett" og "vanskelig" å undervise i. De delte erfaringer om konkrete hendelser som de personlig hadde sett på som utfordrende og enkle. Det kom klart frem at noen av sykehjemmene var innstilt på å øke samarbeidet, mens ved andre sykehjem møtte de store utfordringer med gruppeundervisning. Informant 3 forteller: "*Åpen omsorg, er i dag skuffet at de ikke bruker oss så myede ser veldig positivt på denne kompetansehevingen de har fått.... de har laget sine statistikker og det de har funnet ut fordi de har fått kompetanseheving fra oss, for vi har hatt mye undervisning der...*"

Jeg har i ettertid snakket med ambulerende team om disse forskjellene. De forteller at det er veldig stor forskjell mellom sykehjem og åpen omsorg. Åpen omsorg er mye mer interessert i å lære. De forteller også at når det er mange som møter opp, merker de at den personlige

undervisningserfaringen gjør noe med dem. Personlig kunnskapsoverføring er en annen form for undervisning som ambulerende team bruker. I sine rapporter refererer de til dette som veiledning og individuell undervisning. Ambulerende team forteller: *"...vi kommer bort i alt mulig rart. Alt fra ernæringspumper, til suprapubis, til sentrale venekanyler (CVK)."* Undervisningsformene varierer. Noen er akutte, noen er i form av telefonhenvendelse og noen ganger er det i form av uformelle besøk til sykehjemmene. Andre ganger skjer undervisningen mer planlagt, i form av opplæring/ undervisning av spesielle pasientbehov ved hjemkomst fra sykehuset, forteller en av informantene ved ambulerende team.

I intervjuet forteller ambulerende teamsykepleier at de innimellom må utføre prosedyrer ved sykehjemmene eller åpen omsorg som de ikke kan godt, men har fått opplæring i. De forteller om prosedyrer de ikke har gjort på 6 måneder eller mer, og synes det er vanskelig å utføre når fire sykepleiere skal få opplæring i denne prosedyren. Informant 2 ved sykehuset forteller *"De forventer at vi på en måte kommer ut som eksperter. Egentlig så har vi ingen slike prosedyrer der vi jobber, så vi blir ikke eksperter på dette. Vi gjør det kanskje en eller to ganger i halvåret"* videre forteller hun: *"Jeg sa noe om dette, og dette ble tatt veldig negativt opp av de ansatte i kommunen. Sykepleieren i kommunen sa til meg etterpå: Da tør vi ikke dette mer, da dere ikke kan dette"*.

Informanten forteller videre: *"jeg sa dette for å betrygge.... om det er også lenge siden jeg har gjort dette og da vil også dere klare dette"*.

Informant 3 ved ambulerende team forteller at de ytre forholdene også kan variere når de skal foreta en prosedyre. For eksempel det å gjøre en steril prosedyre i stuen til en pasient kan by på utfordringer og da må de improvisere. Samtidig kan det stå flere kritiske personer rundt som ser på og som ønsker å lære. Dette er en stor utfordring forteller de ansatte i ambulerende team. De vil gjerne hjelpe til og forteller at de stiller opp så langt de klarer, men at dette "kritiske" blikket gjør dem usikre i jobben de skal utføre.

Ambulerende team snakker mye om kunnskapsbehovet i forbindelse med prosedyren venefloner. Ut fra min erfaring som sykepleier ser jeg at dette er et reelt behov. Denne form for prosedyre er avgjørende for at pasienten skal kunne få behandling på annen måte enn peroral (gjennom munnen). Allerede som sykepleierstudent får man den erfaringen at det er en utfordring å "legge venefloner", noe også sykepleiere uten praktisk erfaring opplever. Hvis pasienten skal få være ved sykehjemmet med behandling der antibiotika gis intravenøst og dermed unngå sykehusinnleggelse, må pasienten ha veneflon (perifer venekanyle). Teamet forteller at de innimellom får telefonhenvendelser fra sykehjemmene og de drar ut for å

hjelpe. De forteller at målet til ambulerende team er at sykepleierne ved sykehjemmet skal prøve prosedyren selv og at ambulerende team heller skal bistå med veiledning. De sier *"jeg ønsker at de blir selvstendige selv og at ikke vi tar over deres oppgaver."* Årsrapporten fra 2008 presiserer også dette.

Til sykehjemmene fremsatte jeg følgende spørsmål: Hvordan oppleves gruppeundervisning? Informantene fra alle sykehjemmene snakket om gruppeundervisning. Ved sykehjem 1 snakker to informanter litt frem og tilbake om samme opplevelse. Informant 2 ved sykehjem 1 sier *"Vi har hatt litt undervisning med dem, dette har vært både og..."* Informant 2 fortsetter så: *"...medikamentregning var veldig bra, men som regel får vi utdelt en "power point greie" og hun gikk bare igjennom det"..... Hun snakket veldig lavt, jeg som satt nærmest hørte hva hun sa, men de som satt unna fikk ikke med seg noen ting, tror jeg".... "også gikk hun bare igjennom det som sto der.".... "Den undervisningen vi hadde med medikamentregning føltes unødvendig, men vi måtte av virksomhetslederen. Denne var mer praktisk rettet og vi gjør ting selv, som var med på å gjøre at dette ble en lærerik undervisning."*

Informant 2 gav uttrykk for at hun følte at sykepleierne ved ambulerende team ikke tenkte på at de ansatte på sykehjemmet også er sykepleiere og har den samme grunnutdannelsen. Alle informantene ved dette sykehjemmet hadde jobbet flere år på sykehuset før de startet ved sykehjemmet. De snakket om at de kunne det grunnleggende, men det er det spesielle de ønsket å lære mer om. Jeg spurte så: *"Bør ambulerende team heve kompetansen på det de fremlegger?"* Informant 3 svarte: *"At de bør gjøre dette?" "JA"*. De 3 andre nikkete i enighet. *"I alle fall snakke med oss og spørre: hva synes dere - det som står der er litt for generelt og ja, og dette kan vi ta til sengelektyre også kan du snakke rundt dette"*. Informant 2 sier videre, *"...men vi har forskjellig bakgrunn, vi kan forskjellige ting vi også"*

Ved samme sykehjem fortalte de *"...vi prøver å sette av tid for å være med på disse undervisningene, men når det er "så" dårlig og lite lærerikt, så blir det nedprioritert og vi ønsker å fokusere mer på pasientene."* Sykepleierne fortalte at de hadde diskutert dette med gruppeundervisning på avdelingen og informant 1 sa *"det er flere som sier at det er greit å få en påminnelse, men det er det spesielle og det spesifikke vi ønsker å lære noe mer om." ... "som regel ble det sagt at denne undervisningen var grei."* Ved de to andre sykehjemmene der jeg intervjuet de ansatte fortalte de at de aldri har vært med på gruppeundervisning. Samme dag som intervjuet fant sted på det ene sykehjemmet, fortalte de at de skulle på undervisning senere den dagen. Det var legen ved ambulerende team som skulle ha undervisningen, men ingen var klar over hvem som hadde regien. De sykehjemsansatte hadde etterlyst undervisning internt på sykehjemmet, blant annet om diabetes, men ambulerende team hadde

sagt at de ikke kunne tilby denne typen undervisning. På spørsmål om hvorfor de ikke hadde vært med på undervisningen, svarte informantene ved det minste sykehjemmet: *"..jeg har ikke hatt dette behovet og så ikke nytten med slik undervisning"* Ved det største sykehjemmet fortalte de: *"Vi hadde en del i starten når teamet startet hos dem, men etter denne innføringen som alle var pålagt, har de ikke vært med på noe undervisning."* Med de refererer til *"vi har får mye kursing fordi den nye Samhandlings reformen starter snart, hvem som har denne undervisningen vet jeg ikke."* Ved det tredje og største sykehjemmet sier informant to: *"Det hadde vært litt spennende om vi hadde fått tilbud om hva de underviser i og hva vi.."* Informant 1 tar over *"Vi har fått en blekke, var i vår en gang vi fikk det av fagsykepleieren, der står det hva de kan undervise i, jeg så på den i går"*

Som nevnt tidligere er individuell veiledning en annen form for kunnskapsoverføring for sykepleierne. Ved det mellomstore sykehjemmet fortalte sykepleierne om en konkret hendelse der de hadde behov for opplæring i bruken av en intravenøs pumpe. Ambulerende teamsykepleieren kunne ikke bruke denne pumpen. Informanten sa *"da er det bedre å lese seg opp selv enn å sette av tid til undervisning. Dette på grunn av at da hadde jeg følt meg trygg og hadde ikke brukt så mye tid."* Informant 3 spør *"har ikke sykehuset og kommunen samme utstyr? Det bør de ha!"*

I alle intervjuene ved sykehjemmene ble det snakket en del om at teamet kom når de hadde behov for dem. En av informantene sa *"vi har brukt teamet flere ganger ved vår avdeling, til en spesiell pasient. Den gang gjaldt det CVK skift og blodprøve taking fra CVK."* Videre fortalte sykepleieren: *"egentlig trengte vi ikke sykepleiere på min avdeling, for vi visste at ambulerende team kom på kvelden for å se til denne pasienten med CVK behov. "*

En annen informant ved samme sykehjem informerte at de ikke brukte teamet så ofte. Da de kontaktet teamet en gang for en pasient med et kunstig øye som de hadde problemer med, kom ambulerende team, men de kunne ikke hjelpe denne pasienten. Pasienten ble sendt til sykehuset for å få hjelp der. *"Det er ikke alltid de kan hjelpe oss"* sier informanten. Informant to ved sykehjem 1 sa; *"de kan ikke alt de heller, selv om de kanskje har det mer i hendene enn oss"*

Det at ambulerende team kommer og er behjelpelig med vanskelige venefloner er det flere av informantene som kommenterte. Ved det ene sykehjemmet fortalte de om en hendelse der det kom en sykepleier for å hjelpe dem med en veneflon. En av informantene fortalte at hun aldri hadde opplevd at sykepleierne ved ambulerende team tilbød henne å være med inn for å få

veiledning slik at sykepleieren ved sykehjemmet kunne klare dette selv ved en annen anledning. Hun sa at det hadde hun satt veldig pris på om hun hadde fått den muligheten.

Informant 2 ved det største sykehjemmet sa følgende angående veneflon-innleggelser; *"det er moro å få dette til, og vi blir bedre og bedre når vi får lov til å gjøre dette, samtidig som vi blir bedre på dette når vi gjør det oftere"*. Informant 4 ved det mellomste sykehjemmet sa: *"Der jeg jobbet tidligere var det 6 år mellom to venefloner jeg la inn, dette fører til at jeg er usikker, men nå som jeg gjør det så ofte, begynner jeg å få det i hendene igjen. Nå henger vi opp intravenøs oftere enn tidligere. Hvorfor det, er jeg usikker på."*

Informant 1 ved det minste sykehjemmet kommenterte på følgende måte: *"innimellom må vi skifte veneflon til pasienten, da passer vi på at de som kan gjøre dette, gjør dette."* Videre spurte jeg; *" hva om en pasient trenger utvidet behandling og har behov for perifer venekanyle?"* Da opplevde jeg at informanten svarte unnvikende *"da må vi ha legeordinasjon"*. Spørsmål om alle sykepleierne har denne kompetansen ved sykehjemmet, eller har ønske om å få denne kompetansen, ville ikke informanten svare på.

Ved det mellomste sykehjemmet ble det sagt at det er bedre med individuell undervisning og at gruppeundervisning ikke er bra nok. For å få denne individuelle undervisningen er det viktig at sykehjemmene tar kontakt med ambulerende team. Jeg spurte i alle intervjuene ved sykehjemmene hvor ofte de har tatt kontakt med ambulerende team. Svarene varierte fra *"aldri"* til *"2 ganger på 2 år"*, til *de er lette å få tak i dem og få hjelp.... aldri snakket med ambulerende team, men sykehjemmet kanskje 4 ganger som jeg vet om"*. Videre lurte jeg på hvorfor de ikke brukte teamet oftere og svaret fra alle var: *"vi klarer oss selv og bruker hverandre. Dette på grunn av at sykepleierdekningen har økt de siste årene, samt at vi får lov til å gjøre mer på sykehjemmene"*. Ved et annet sykehjem sa de ansatte: *"jeg må ærlig innrømme at jeg ikke er mye i kontakt. Men der er jo det at, ikke sånn personlig liksom, jeg føler at jeg mestrer det jeg skal på kvelder og helger og får det til uten å ringe og spørre"*. Hun fortalte videre at *"jeg har vært i kontakt med dem, men da gjaldt det antibiotika de ikke hadde ved sykehjemmet, og apoteket var stengt på grunn av helg. Da var det tilfeldigheter som gjorde at en av dem som var på jobb i ambulerende bodde i nærheten av sykehjemmet og kjørte dit etter endt arbeidstid hos dem."* Det samme sykehjemmet mente at de brukte teamet mer i starten og at de nå er tryggere på seg selv og at behovet derfor ikke var der lenger.

Men det ble også sagt *"vi kommer til å bruke dem mer nå..."* *" etter at jeg har fått mer informasjon om hva de gjør og kan"*. Det største sykehjemmet jeg intervjuet fortalte at det ikke var noe problem om de får nye og andre oppgaver. Informant 1 sa *"Dette er bare gøy,*

men det er så utrolig viktig at vi får kurs og kompetanseheving på dette, slik at ikke vi blir redde for å gjøre sykepleierfaglige ting, som vi ikke har erfaring med. Det må også være rom og tid til at vi får gjort alt det vi skal". Videre sier informant 2: "I dag gjør vi alt fra a til å. Vil si at vi er med på alt fra å stelle, til mating, samt alle de kravene det settes på oss som sykepleierfaglig ansvar. Virksomhetsledere setter fokus på at vi skal bli mer spisset på vår utdanning. De kravene som stilles oss er annerledes enn for en hjelpepleier/helsefagarbeider. Vi har mer ansvar for dokumentasjon, lege visitter og følge sykepleier prosedyre som kanskje ikke hjelpeleieren forstår at også kreves av oss."

5.3 Holdningen til hverandre?

Kunnskap er et gjennomgangstema i denne oppgaven, men under intervjuene kom det frem at holdninger også er en viktig del av kompetanseoverføringen.

I årsrapporten sier sykepleierne at kompetansenivået og holdningene varierer fra sykehjem til sykehjem. Det oppleves som utfordrende å innføre gode rutiner ved enkelte sykehjem og videreutvikle den behandlingen som gis. Samtidig er noen sykehjemsleger negative til bruken av ambulerende team og den type løsning de representerer for pasientene. Resultatet av medarbeiderperspektivet fra prosjektgruppen var at de skulle være bevisst på å vektlegge gjensidig respekt. Basert på min egen erfaring er personlig kjennskap også en avgjørende faktor i forhold til holdninger man har til hverandre.

Ambulerende team diskuterte diverse utfordringer som de møter når de kommer ut til sykehjemmene for å hjelpe dem i en prosedyre. Informant 2 sa *"hvis de ringer og skal ha hjelp til oppdrag så er det lett å komme, da er de veldig imøtekommende, men hvis man kommer på oppsøkende er det litt sånn; "vi har ikke ringt etter dere vi", " hva skal du her?" eller det er veldig forskjellig hva vi møter"* Informant 1 beskrev følgende: *"jeg fikk telefon fra et sykehjem, som trengte hjelp ... dro med en gang og inn på sykehjemmetsa jeg kom fra ambulerende team og hun ble kjempeglad, og alle som jobbet der skulle være med inn og se på. Det var veldig positivt. Det er stort sett når de ringer og trenger hjelp, men jeg har opplevd at de har ringt og trenger hjelp til venefflon for eksempel og så kommer jeg også sier de "utstyret står der, rommet er der, vær så god."* Her opplever jeg en negativ nonverbal talemåte fra sykepleieren på denne episoden.

På spørsmål om hvordan dette føles, sa informanten *"Nei, jeg hever meg over det, jeg tenker bare at jeg får lagt denne inn i fred og ro, men det er ikke sånn det skal være, de skal jo lære av dette. De lærer jo ikke det når de skyver det bort sånn"*

Ambulerende team tar selvkritikk på dette. Når situasjoner oppstår som den som nettopp ble beskrevet, sier de at de godt kunne vært mer pågående. *"Vi kan bli flinkere til å presisere at de kan godt være med på å gjøre dette selv, så kan jeg heller veilede dem."* Men dette er noe teamet forteller at de ikke gjør. Samtidig sier informant 3: *"det er deilig å gå inn selv, uten at de ser på alt jeg gjør. Det hender jeg føler de prøver å finne feil på det jeg gjør. Samtidig som de indirekte sier at de ikke er interessert i å være med inn for å lære, er det utfordrende å spørre om de vil være med på å lære eller få tips for videre lærdom."*

Når jeg så spurte om dette gjør noe med dem som sykepleier ved ambulerende team?, sa informant 2 *"at det gjør kanskje noe med meg at jeg ikke er velkommen, men at de trenger min tjeneste, men jeg tar det ikke personlig på noen som helst måte."* Min opplevelse var at ambulerende team fortalte at helhetsinntrykket var at de ansatte som jobber ved sykehjemmet synes det er ekstra bryderi at teamet kommer for å hjelpe dem med noe. Dette gjelder spesielt ved enkelte sykehjem og enkelte ansatte.

Informant 1 fortalte at når sykepleierne hadde jobbet noen år i teamet, går de ofte inn med litt negative holdninger overfor sykepleierne som har spurt om hjelp. Dette er fordi de er vant med å få et negativt førsteinntrykk og at de må gjøre all jobben selv, istedenfor å få lov til å undervise og veilede de sykehjemsansatte. Det finnes selvfølgelig unntak, forteller samme informant. Hun refererte til et tilfelle der hun skulle gi blod til en pasient på sykehjemmet. Hun kom med forestillingen om at hun måtte gjøre alt selv og at prosedyren kom til å ta lang tid. Da hun ankom sykehjemmet sa vedkommende, *"..dette fikser jeg selv. Jeg har jobbet 10 år i akutt mottak så dette er ikke noe problem."* På spørsmålet om dette skjer ofte, responderte teamet samlet *"inni mellom"*. De fortalte at det finnes gode og flinke sykepleiere som aldri spør om hjelp. De kontakter ambulerende team kun når de trenger hjelp med praktiske ting som for eksempel blod og antibiotika.

Informant 2 fortalte *"..det er stor forskjell på nivået på sykehjemmene og interessen og holdningene..."* *"det er ulike holdninger fra sykehjem til sykehjem, noen synes det er kjempe spennende, andre er livredde"* . Etter dette nevnte informanten precise sykehjem som tar utfordringer og de som ikke gjør det. Det ble nevnt blant annet at det største sykehjemmet som jeg intervjuet er veldig flinke og tøffe, mens det minste hører de nesten ikke noe fra. Men på spørsmålet om de opplever at disse pasientene er mer inneliggende blir informantene usikre. De har en følelse av at de ikke blir tilkalt like ofte på grunn av størrelsen på sykehjemmet. Det er mindre og har ikke den samme gode sykepleierdekningen som det største sykehjemmet har. Teamet forteller at det er enkelte sykehjem de kun leverer utstyr til

og drar. Ved andre sykehjem slår de sykehjemsansatte av lyset før teamet får gått ut av rommet etter undervisning.

Holdninger til hverandre er personavhengig, er informantene enige om. De forteller at det er stor forskjell på hvem du møter i forhold til erfaring, kunnskap og tidligere samarbeid. Ambulerende team forteller at når de kommer på uanmeldt besøk, setter gjerne de ansatte ved sykehjemmet seg i forsvarsposisjon. Det blir sagt *"Vi har ikke ringt dere" " Vi har ikke behov for dere"*. På spørsmål om hvorfor dette skjer, forteller en informant at *"de ser på oss som eksperter, noe vi ikke er, men jeg tror kanskje de føler seg litt truet?"*

Teamsykepleieren er ansvarlig for å sette seg inn i nye prosedyrer og dette kan bli sett på som en utfordring. De sier *"det er ikke bare, bare, å sette seg inn i nye prosedyrer når det er stille"* *"men jeg tror vi er ganske uredde for å gjøre ting vi ikke kan"*

Ved et av sykehjemmene som ambulerende team opplever som selvstendig, sier informant 1 *"Vi savner at de kommer innom. Når vi startet opp, følte jeg at de kom innom for å hilse på innimellom. Det er flott at de viser seg og at de er tilgjengelige. Da ser vi at de fortsatt er tilgjengelige for oss, selv om vi ikke har så ofte behov for dem i hverdagen."*

Det mellomstore sykehjemmet beskriver den samme opplevelsen. De forteller imidlertid at det er en trygghet at de viser seg slik at sykepleierne vet at de kan bli kontaktet, samtidig som de vet hvilke personer de snakker med når de ringer. Informant 1 ved det mellomstore sykehjemmet sier *"jeg misunte ambulerende teamsykepleierne denne jobben, da det virket som de hadde en fin arbeidshverdag." ...*

Ved det samme sykehjemmet forteller de at de føler at ambulerende team er veldig imøtekommende når de tar kontakt med dem og at de gjør alt de kan for å hjelpe dem.

De sykehjemansatte snakker om forholdet de har til de ansatte ved sykehuset, som ofte ringer for å gi beskjed om at NN kommer hjem i dag og det virker som de har litt dårlig tid og ønsker å få pasienten raskest mulig ut fra sykehuset. Informantene sier: *"Ambulerende team har mye bedre tid. De er hyggelige og prøver å gjøre det beste for pasientene, noe vi setter stor pris på."*

Informant 3 ved det mellomstore sykehjemmet sier *"...sykepleier som hadde ringt legevakten to ganger. Brukte legevakt mye på kort tid som det ble sagt at det var litt unødvendig, men kanskje usikker og ikke kjenner pasienten så godt og da alene på huset. Så er de kanskje snare*

til å ringe legevakten" ... informant 1 fortsetter "sykepleieren kom til meg ... skulle jeg ikke gjort sånn da, sa jeg JA. Hvis du er usikker så må du bruke legevakten,.. Nei bruk ambulerende team." informant 2,3 og 4 er enig i dette.

5.4 Hvordan er den faglige tryggheten til sykepleierne som er involvert i samhandlingen?

Prosjektgruppa mente at en ambulerende sykepleiertjeneste var med på å skape trygghet for sykepleierne ved sykehjemmene. I tillegg sikret den kvaliteten på sykepleiernes vurderingsevne. Den ambulante tjenesten skulle fungere som en støtte- og veiledningstjeneste. En kunne diskutere problemstillinger som oppsto og få veiledning i praktiske prosedyrer. På denne måten kunne den ambulante sykepleiertjenesten være et godt redskap for kontinuerlig kompetanseoverføring og samtidig trygge hverdagen for både pasientene, pårørende og de ansatte.

I intervjuene ble bemanning og trygghet et tema som ble diskutert. Dette gjaldt både legebemannning og sykepleierbemannning. Ambulerende team står overfor en del utfordringer, ifølge informantene. De forteller at det i dag er kun 6 ansatte igjen i ambulerende team. De er veldig sårbare siden det er så få igjen. Etter å ha snakket med teamet igjen noen uker etter intervjuet, for å få svar på noe som var uklart, forteller den ene informanten at de i dag kun er 3 sykepleiere igjen. En av informantene hadde byttet jobb fordi hun ønsket nye utfordringer. Jeg spurte om hva som var grunnen til at så mange forsvant fra teamet. Informanten forteller *"Jeg tror det kan være at de ansatte ved korttidsposten ønsker nye utfordringer eller større stillingsprosent, eller er i permisjon av en eller annen grunn"*. De resterende sykepleierne i teamet forteller at hvis det er sykdom eller ferieavvikling, er det ikke lett å dekke opp vaktene. Informanten synes dette er leit for ambulerende team. Hun sier at de reklamerer med god tilgjengelighet, men slik er det ikke. Ved ferieavvikling blir personalet også prioritert inn i driften av korttidsposten. Det er ikke er mange fulle uker som er dekket opp den siste tiden, blir jeg fortalt. Jeg tenker at når teamet ikke har god nok bemanning til å være i fast drift, kan dette føre til at de ansatte ved sykehjemmene opplever ambulerende team som upålitelig. Dette på grunn av at den "ytre rammen" ikke er tilstede. Videre sier ambulerende team at korttidsposten gjør det de kan for å finne løsninger internt, slik at de kan reise ut på oppdrag om nødvendig. De refererer videre til at de ser færre henvendelser på sommeren enn ellers i året. I intervjuet kommenterer de, *"dette er egentlig litt rart, da de har flere sommervikarer"*

Videre forteller informantene i teamet at det er godt de ikke er for mange heller. Informant 3 hevder *"det var 6 uker mellom hver vakt jeg hadde i team. Når det er så langt mellom hver vakt, føler jeg ikke at jeg er en del av teamet."*

I intervjuet med ambulerende team kommer det frem at sykepleiere ansatt i teamet pleide å ha flere år med erfaring fra andre poster ved sykehuset. I dag har dette endret seg. Noen av sykepleierne har kun erfaring fra korttidsposten, der pasienter har kort liggetid uten særlig komplekse lidelser. Teamet forteller at i enkelte tilfeller er det flinke sykepleiere som er med i teamet, men de har ikke erfaring fra andre avdelinger enn korttidsposten. Dette gjør at de ikke får den erfaringen de bør ha for å ha nok kompetanse ut mot sykehjemmene. Denne erfaringen som er opparbeidet fra før er viktig kunnskap som påvirker trygghetsfølelsen til alle involverte parter.

I forhold til bemanning og trygghet sier ikke ambulerende team så mye mer. De snakker mer om det å være trygg i den jobben de gjør, det å gjennomføre praktiske prosedyrer, ha undervisning og veiledning. De forteller at dette er personlige utfordringer de står overfor og at de kan føle seg utrygge i enkelte situasjoner. Dette gjelder alt fra at det kan være mange kritiske øyne som vurderer det sykepleieren gjør til å måtte undervise 60 sykepleiere i kommunen som stiller utfordrende spørsmål. Informant 3 sier: *"De forventer at vi på en måte kommer ut som eksperter...vi har ikke slike prosedyrer på korttidsposten.. vi er ikke eksperter... gjør det kanskje 2-3 ganger i året...jeg sa at jeg ikke er ekspert på dette, men da ble dette tatt veldig negativt. De sa at det blir vanskeligere for dem å ringe oss hvis vi var usikre. Men jeg mente egentlig bare som en støtte til dem, det er ikke noe vanskeligere for deg enn for meg, Jeg har bare gjort dette her en gang og det har gått greit, og det vil gå greit for deg også"*

Informant 2 sier videre at en sykepleier sa *"Er det ikke steril prosedyre og du svetter nok til å få dette... det går ikke alltid som planlagt."* Jeg opplever/tolker at de snakker om at de kritiske blikkene er med på å svekke selvtilliten deres, og de blir usikre på hva de gjør. Teamet forteller at det er mye de er usikre på. De sier også at, *"det er mye av dette vi allerede har i hendene som gjør at dette kanskje blir lettere for oss, enn for dem som ikke er så mye borti dette."*

I intervjuet spør jeg sykepleierne hvordan de opplever det å gjennomføre prosedyrer og om de er trygge på alt de gjør? Informant 3 beretter *"det går ikke"...*de forteller videre. Det er mye vi skal kunne og vi klarer ikke å bli trygge på alle, men *"vi er nok mer uredde enn de som jobber i hjemmesykepleien eller på sykehjem, at vi tørr å gjøre det på en måte, selv om vi ikke kan, i hverdagen vår er vi vant til å gjøre ting vi ikke er 100% sikker på eller har kontroll på..."*

Ambulerende team kan fortelle at de ser det har blitt en endring blant sykepleierne på sykehjemmene. Mange av disse sykepleierne tar utfordringer på en annen måte enn de gjorde for noen år siden. Det er sjelden problemer på enkelte sykehjem. De ser at det har blitt en endring i sykepleierdekningen, noe som igjen fører til at pasientens sykdom blir oppdaget på et tidligere tidspunkt og pasienten kan motta behandling før han/hun blir for dårlig og må innlegges på sykehuset.

Informant to sier, *"det henger litt sammen med hvem som er veldig motivert og ikke.... de som ikke er motivert og ikke har lyst så er det mye sårn at det skal ikke vi gjøre, og det er ikke vår oppgave"*. Informant 3 sier *"vi er veldig på at det er ditt ansvar, hvis vi gjør noe er vi veldig på at det er kommunen sitt ansvar"*. I intervjuet kommer det ikke klart frem, men mellom linjene leser jeg at dette kan ha med at de sykehjemmene som er interessert i å lære, tar utfordringene og ønsker å bli trygge på de nye arbeidsoppgavene, mens de sykehjemmene som fraskriver seg ansvaret, er utrygge i settingen og mener at dette er andres oppgaver. Dette inntrykket hadde også jeg når jeg jobbet i teamet.

Ved det minste sykehjemmet forteller informanten at de har til tider redusert sykepleier dekning. Et redusert antall sykepleiere er ansatt på sykehjemmet i tillegg til at det er problematisk å få rekruttert sykepleiere i de vakante stillingene. Det er enkelte vakter som ikke har sykepleier på jobb. Dette fører til at det ikke er en person med rett kompetanse på jobb som kan utføre sykepleieroppgaver. Informantene nevner å gi antibiotika intravenøst som et eksempel på denne problematikken. Samtidig nevner sykepleieren at det er et godt samarbeid med åpen omsorg selv om de også i perioder har sykepleiermangel. Hun forteller at vi hjelper dem, og de hjelper oss for at vi skal få den rette behandlingen til pasientene. På spørsmål om dette er med på å gjøre informantene usikre, sier hun at dette er slik det er. Ved det minste sykehjemmet forteller informantene at de føler seg trygge i forhold til jobben de gjør. Informantene forteller at de er trygge på jobb siden sykepleierne som jobber der har god erfaring. Ved det minste sykehjemmet har de lege tilstede en gang per uke. Ellers må de kontakte legen på dagtid hvis det er behov for dette. Informantene forteller at de starter med antibiotika ved sykehjemmet hvis de får ordinasjon fra legen. Hun forteller ikke noe om hvordan de behandler pasienten hvis noen blir syk utenom legens åpningstid. Dette var et spørsmål jeg gjerne ville ha svar på.

Ved det mellomstore sykehjemmet sier de at sykepleierdekningen er ok, men at de gjerne kunne hatt enda bedre dekning av sykepleiere. Dette gjelder spesielt på kvelder og i helger. Det skal egentlig være en sykepleier på hver avdeling på kvelder og i helger, men på grunn av sykdom og permisjoner er det ikke alltid slik. En av informantene mener at de er godt dekket,

fordi de ansatte ikke er så kravstore. Det er godt å ha ambulerende team da, men hadde de vært flere sykepleiere, ville dette behovet vært mindre. Informantene forteller at de kan være alene på huset både på kveldstid, natt og helger. Da er man ofte i kontakt med pasienter som en ikke kjenner. Det er alltid en helsefagarbeider som kjenner pasientene tilstede og som gjør at man skaper en viss trygghet.

Alle sykepleierne i intervjuet har lang erfaring. De har alle vært ansatt på sykehjemmet i over 5 år og de har alle jobbet på sykehus tidligere. De har erfaring fra flere sykehjem og forteller at de er trygge i sin avdeling. Årsaken til at 3 av 4 sluttet på sykehuset og startet i kommunen er på grunn av den hektiske hverdagen som påvirker familielivet, sykehus og turnusjobbing. Alle fire forteller at de trives på jobb og har et godt arbeidsmiljø. De hevder at når det skjer noe ved avdelingen er de som regel så sikre i sin jobb at de ikke har behov for hjelp. De mener at det er på grunn av erfaringen de har. Sjelden eller aldri bruker de ambulerende team for å få råd i akutte situasjoner. Hvis det er behov for assistanse er det som regel en annen sykepleier eller hjelpepleier på jobb som kan hjelpe.

Legedekning ble et stort tema i dette intervjuet. De forteller at de har lege ved sykehjemmet kun på dagtid, 2 dager per uke. Dersom de har en pasient som er syk, må det ofte vente til dagen etter. Pasienter er ofte ikke så syke at de trenger tilsyn med en gang. De forteller at det som regel kun er en ordinasjon de trenger. En ordinasjon er en lege som gir beskjed om hvilken behandling man skal gi til pasienten. Det er vanligvis en ordinasjon på medisiner som sykepleierne kan gi i forbindelse med en infeksjon. De har ikke mulighet til å gi pasienten noe uten en ordinasjon fra lege. Hvis de ikke får tak i legen, kan de ringe legevakten. En av informantene forteller at de har fått beskjed av sin leder at de skal prøve å bruke legevakten minst mulig på grunn av kostnadsspørsmål og at de helst bør vente til fastlegen kommer på jobb på hverdagen. Et annet alternativ er at legen kan gi ordinasjon per telefon. Flere episoder blir nevnt der legevaktslegen plutselig har stått ved avdelingen og skal se til pasienten. Dette er et bedyrende oppdrag for sykehjemmet og de ønsker ikke at det skal skje. En av informantene kan fortelle at de henvendte seg til sykehuset per telefon og fikk ordinasjon fra lege som tilfeldigvis befant seg på korttidsposten. Dette gjorde at sykehjemmet ikke fikk noen økonomisk belastning og pasienten fikk den rette behandlingen uten at dette var noe problem. Den samme informanten forteller at hun også har gjort dette ved en annen anledning, men da var det ingen lege tilgjengelig. Derfor måtte hun kontakte legevakten for å få hjelp. To av informantene mener det kunne vært klokt om de kunne ringe ambulerende team når de trenger en ordinasjon og få denne over telefon fra sykehuset. De sier ikke noe om hva slags ordinasjon de har i tankene. Videre er ønsket at dette blir tatt opp på et høyere plan, slik at dette kunne bli satt i et system. Informantene er enige om at det hadde vært en meget god

løsning om de kunne ringe ambulerende team for å få sykepleierråd og eventuelt få en ordinasjon av lege. Da hadde de kun hatt en person de måtte forholde seg til. Slik systemet fungerer per dags dato, må de først kontakte ambulerende team, og hvis de trenger en ordinasjon må de kontakte legevakten, noe som skaper en dobbelt jobb.

Ved det største sykehjemmet forteller informantene at de har merket en stor endring i forhold til rekruttering. De sier at det alltid er sykepleiere på vakt. Som regel er det minst 2 sykepleiere på jobb på huset. Det kan skje unntak innimellom, men det er alltid en sykepleier på vakt. Tidligere ble det leid inn assistenter eller helsefagarbeidere mot sykepleiere ved sykefravær eller vakant sykepleierstilling. I dag er dette endret betraktelig, siden kravene fra kommunene er strengere. De har behov for sykepleiere med fagkunnskap og kan derfor ikke bruke en annen faggruppe. Det å hjelpe hverandre på tvers av avdelingene i usikre situasjoner er noe informantene snakker om. De referer til at de blant annet har en anestesisykepleier som blant annet er gode til å legge inn venefloner, dette gjør at vi ofte spør henne fremfor å kontakte teamet. Ved dette sykehjemmet sier informantene at den siste tiden har det kommet en del nye sykepleiere. Tidligere kjente de alle sykepleierne på huset. Men slik er det ikke lenger. De snakker om en del "nye unge jenter". De forteller at de er så fornøyd med at det kommer nye sykepleiere til sykehjemmet. Men de sier noe om at kanskje disse er mer usikre enn de er. Den ene informanten sier *"jeg må ærlig innrømme at jeg ikke er mye i kontakt med dem (ambulerende team). Men det er jo slik at jeg har vært her siden "tidenes morgen" og jeg føler det liksom slik at jeg mestrer det jeg skal på kvelder og helger og får ting til uten å ringe og spørre."*

De forteller også at det tror de brukte ambulerende team mer i begynnelsen på grunn av at de blant annet var usikre på dette med veneflon innleggelser. Men i dag: *"har vi blitt litt mer drevne på slike ting. Og vi tør kanskje mer, vi har blitt mer komplette rett og slett, i alle fall vi som har jobbet på sykehuset en eller annen gang"*

Ved det største sykehjemmet har de tilsynsleger på hverdager, mens i helgene er det ingen lege tilgjengelig. Dette var en ny ordning som de ansatte var veldig fornøyd med. Men de føler at det er vanskelig å få kontakt med legevakten på kvelder og helger. Det kan være alt fra at legen ikke ringer tilbake eller de ikke får kontakt med legevaktslegene.

I rapporten til ambulerende team fra 2009 skriver de at det ved sykehjemmene har blitt utarbeidet egne retningslinjer for lege på sykehjemmene. Teamet referer til at det er flere engasjerte leger på sykehjemmene og flere store legestillinger. Det gjør at legene er mer tilgjengelige og gir trygghet for sykepleierne og god oppfølging ved å iverksette behandling.

Uten legenes engasjement hadde de ikke vært der de er i dag i forhold til økt behandling på sykehjemmet, fremfor å sende pasientene til sykehuset.

6.0 Analyse

Jeg vil i følgende kapittel drøfte det empiriske materialet opp mot teorigrunnlaget jeg presenterte i kapittel to. Jeg har valgt å dele opp kapittelet på samme måte som i empiri kapittelet ved å bruke de fire forskningsspørsmålene som overskrift.

Hvordan fungerer ambulerende team sykehjem i samhandling med kommunehelsetjenesten?

Hovedinntrykket i intervjuene på hovedproblemstillingen er at de ansatte på de tre sykehjemmene er fornøyde med tjenestene til Ambulerende team. De synes teamet er godt og de er behjelpelige med tjenester som er til beste for pasienten. Under intervjuene så jeg at det var et metodisk poeng å fokusere på hva de mente med utsagnet at ”teamet er godt”. Jeg valgte å spørre om hvor ofte de kontakter teamet, og fikk overraskende svar, ut fra min forforståelse. Det var fra 3-4 ganger på 2 år til ingen ganger på 2 år. Hvorfor de ikke benyttet seg av Ambulerende team var det forskjellige svar på. De ansatte på sykehjemmene kom frem til flere momenter som de er enige i og andre ikke. Hvordan de kan si noe om at teamet er et godt tiltak når de ikke bruker denne tjenesten, er et spørsmål jeg stiller meg i denne sammenhengen. Informantene svarte ikke direkte på dette, men likevel kom det frem flere poeng i intervjuene som kan være årsaken til at de ikke bruker teamet.

Opplevelse av samarbeid

Fremmer	Hemmer
Samarbeidsavtale er underskrevet	Gir ikke informasjon til Ambulerende team når pasienten blir innlagt SØ, de finner ikke pasienten i SØ
Ambulerende team mener det er lett å samarbeide med sykehjemmene når de ønsker hjelp	Enkelte sykehjem/ sykepleiere/ leger er "redde" for endringer
Personavhengig hvem som er på jobb ved sykehjemmene og hvilket sykehjem det er	Ambulerende team er usynlig i perioder ifølge Ambulerende team og sykehjemmene

Informantene på de to største sykehjemmene sier at de føler at de ikke "ser" Ambulerende team lenger. Tidligere kom de på uoppfordret besøk. Informantene forteller at det er trist at dette ikke skjer lenger, siden de synes at det hadde vært fint å sett hvem som er med i teamet. Samtidig ville de blitt minnet på å bruke dem. Ambulerende team sier også noe om dette i sitt intervju. De vegrer seg litt for jobben og gå rundt på avdelinger og sykehjem. Dette på grunnlag av tidligere negative erfaringer med delen av det å jobbe i Ambulerende team.

Når jeg stiller spørsmål til informantene i Ambulerende team om hvordan de opplever samarbeidet med sykehjemmene, er informantene i teamet enige. De forteller at samarbeidet varierer meget fra sykehjem til sykehjem. Det er også stor forskjell på kompetansen til det enkelte sykehjemmet. De er helt avhengige av innstillingen til de ansatte, men også ledelsen og legenes innstilling til denne måten å jobbe på. De ansatte på Ambulerende team forteller at hvis legene har en positiv holdning og viser interesse, er dette med på å støtte sykepleierne slik at de kan gi pasienten et mer helhetlig tilbud enn om man sender pasienten til sykehuset. Samtidig snakker de om at noen sykehjem og sykepleiere er redde for endringer og er derfor ikke med på avtalene som er gjort på overordnet plan. Sykepleierne i teamet hevder at det er viktig at samarbeidet mellom sykehjemmene og sykehuset fungerer, slik at man kan gi et kontinuerlig pleietilbud for den geriatriske pasienten. En av de største utfordringene ifølge Ambulerende team er at sykehjemmene ikke kontakter dem før pasienten sendes til sykehuset. Sykepleierne på Ambulerende team kan fortelle om hendelser der pasienten har blitt sendt til sykehuset fra sykehjemmet og deretter har dødd like etter ankomst sykehuset. De mener at i slike tilfeller er det bedre at Ambulerende team blir kontaktet. Ifølge Ambulerende team er det viktig at sykepleierne bruker metodeboken for å gjøre viktige observasjoner før lege blir kontaktet.

I tillegg til dette er det andre faktorer som har kommet frem i intervjuene som kan være med på å fremme eller hemme samarbeidet. Som nevnt tidligere opplever jeg i intervjuene at teamet har fått et godt rykte, men de blir likevel ikke brukt. Ut fra de fire forskningsspørsmålene, kommer det frem flere momenter som kan være med på å komplisere dette samarbeidet.

6.1 Hvordan fungerer samarbeidet om det felles målet "pasienten i sentrum"?

Fremmer	Hemmer
Ambulerende team følger pasienten og ikke diagnosen	Gjelder kun Syd fylket, ingen samordning med Nord fylket
Sørger for å finne den beste løsningen for pasienten	Avhengig av når Ambulerende team er på vakt
Ambulerende team prøver å gjøre alt for pasienten, selv når det ikke er Ambulerende team vakt.	Vanskelig å finne pasienten i Sykehuset i Østfold. Dette er en krevende jobb, og de unngår derfor dette
Samarbeid innad i sykehuset med en poliklinikk er bra	Uklarheter mellom sykehjemmene og sykehuset hvem som har pasient ansvar
	Sykehjemmene ringer ikke Ambulerende team når pasienten blir innlagt

Alle informantene er enige om at pasienten skal bli behandlet på rett sted, til rett tid og at behandlingen skal skje der pasienten er. Ambulerende team sier at det er viktig at de jobber sammen for pasienten og at pasienten ikke blir en kasteball i systemet. I rapporten hevder de at pasienten har det best når vedkommende får behandling i trygge og kjente omgivelser, under rette forutsetninger. Ambulerende team har som mål å følge pasienten og ikke diagnosen. De skal være bindeleddet mot kommunen når det gjelder sykehjemspasienter. Sykepleierne prøver å finne løsninger som er til beste for den enkelte pasienten. Teamets største utfordring er at de ofte ikke vet hvor i SØ pasienten befinner seg. De opplever motstand fra avdelingene ved sykehuset når de tar kontakt med dem for å finne pasienten og ønsker å finne ut hvordan det er med pasienten. De forteller at denne oppgaven blir nedprioritert fordi ingen liker å gjøre den. Ambulerende team ønsker at sykehjemmene skal ringe når en pasient blir innlagt i SØ.

Kun en informant fra sykehjemmene var klar over at de skulle ringe sykehuset når de måtte legge inn en pasient. Ved det minste sykehjemmet hadde informanten aldri vært i kontakt med Ambulerende team. Dette betyr at hun ikke kan fortelle om hennes opplevelser rundt det å ta kontakt med Ambulerende team. Hun hadde derimot vært med på å legge inn pasienter i SØ. De andre hadde heller ikke kontaktet Ambulerende team ved innleggelse av pasienter. En informant mente hun hadde gjort dette i starten av samarbeidet. I forhold til å kontakte teamet har informantene forskjellige opplevelser. Noen ganger har de blitt informert at de må vente til mandag med å få hjelp, mens andre ganger har Ambulerende team kommet og hjulpet dem. Sykepleierne snakker her om erfaringer de har gjort i helgene. De hevder også at det er avhengig av hvem som tar telefonen og hvor denne personen bor om de får nødvendig hjelp eller ikke. Selv om informantene har delte meninger om hvordan Ambulerende team kan hjelpe dem, sier de at de synes Ambulerende team gjør alt for pasienten, men at det også er avhengig av hvem de snakker med.

Ifølge Ambulerende team er det gjort skriftlig avtale om at den sykepleieren som kjenner pasienten har ansvaret, men her er det uklarheter. Sykepleierne ved sykehjemmene mener den

som utfører prosedyren på pasienten er ansvarlig for at det blir gjort forsvarlig. Denne tolkningen av avtalen er alle sykehjemsinformantene enige i. Ved telefonisk kontakt med Ambulerende team, mener sykehjemmenes ansatte at det er den som er nærmest pasienten som har ansvaret. Ambulerende team derimot mener at avtalen som er gjort er at ansvarlig sykepleier er den som kjenner pasienten.

Ambulerende team reiser til sykehjemmene for å utføre forskjellige prosedyrer. De har et godt samarbeid med urologisk poliklinikk, slik at pasienten slipper å reise til sykehuset for skift av kateter. Dette teamet jobber kun mot Syd-fylket, og dermed får ikke pasienter som tilhører Nord-fylket dette tilbudet. Ifølge informantene i Ambulerende team skjer det selv om pasienten er innlagt på sykehuset der Ambulerende team Syd holder til.

6.2 Hvordan fungerer kompetanseoverføring mellom de to instansene?

Fremmer	Hemmer
Sykehjemmene mener de har nok kunnskap	Ambulerende team kan ikke nok
Forskjellige undervisningsformer. Personlig er best	Ustabil oppmøte på gruppeundervisning som gjennomføres
Sykehjemmene mener de klarer seg selv.	Dårlig gruppeundervisning ifølge et sykehjem
	Ambulerende team opplever at de blir glemt

Ambulerende team plikter å overføre kunnskap til sykehjemmene, slik at sykepleierne får økt kompetanse og skal føler seg trygge ifølge den overordnede avtalen. Målsetning til Ambulerende team er å øke kvaliteten for akutt syke sykehjemsbeboere og hindre unødvendig flytting av pasientene. Det er utarbeidet en "Metodebok" som skal brukes når pasienter blir akutt syke, før det blir tatt kontakt med lege og sykehus. Teamet har gruppeundervisning, individuell undervisning og tilbyr også hospitering på sykehuset.

6.2.1 Gruppeundervisning

Ambulerende team mener de har flere opplegg for gruppeundervisning som er til glede for sykehjemmene. Undervisningen er gratis, den gjennomføres på sykehjemmene og holdes av sykepleiere og leger. Undervisningen om veneflon er mest populær. I 2008 markedsførte de seg, mens i 2011 måtte de sette krav for oppmøte. Det er liten kontakt fra sykehjemmene i forhold til undervisning, og det har vært en gradvis nedgang i interessen fra sykehjemmenes side. Informantene sier at de ikke er pedagoger, og at de er avhengige av responsen de får fra de som møter opp. Ambulerende team opplever dårlig mottakelse og lite planlegging fra sykehjemmenes side, men dette er også avhengig av sykehjemmene. Det ble diskutert om årsaken til dette kan være at sykehjemmene har vært med en stund, og at behovet ikke er

tilstede lenger. En annen faktor kan være at teamet er for tilgjengelig. Informantene i Ambulerende team har personlig erfaring med hvor "lette" og "vanskelige" sykehjem er.

To sykehjem har ifølge informantene aldri mottatt undervisning. Sykepleiere på det minste sykehjemmet hevder at de ikke ser nytten av en slik undervisning. En informant på det andre sykehjemmet forteller at hun kjente til undervisningen mens den andre ikke hadde kunnskap om dette. Ingen av dem har vært med på denne undervisningsformen.

Sykepleierne på sykehjemmene forteller at de har etterlyst undervisning som Ambulerende team ikke kan tilby, deriblant undervisning om diabetes. Videre forteller informantene om kursing i forhold til samhandlingsreformens start. De fikk en del undervisning i oppstarten av samarbeidet men i dag ønsker de flere og mer utfyllende oppgaver. De er avhengige av god opplæring for dette. Hvem som har ansvar for denne undervisningen var de ikke informert om. De ansatte på det mellomstore sykehjemmet forteller at undervisningen er "så som så". De vurderte de praksisrettede kursene som bra, men de teoretiske kursene var ikke gode nok. Sykepleierne mener kunnskapen som blir delt på gruppeundervisning er for dårlig. De får en påminnelse, men ønsker å lære om det spesielle. De hevder at Ambulerende team ikke ser at sykepleierne på sykehjemmene har samme utdanning som de ansatte på Ambulerende team har og at de også har stor kunnskap. Dette medfører at undervisningen nedprioriteres og pasientarbeid blir satt i første rekke.

6.2.2 Personlig undervisning

Ambulerende team jobber med mange forskjellige prosedyrer, alt fra planlagte oppgaver til akutte, personlige undervisningsformer. Ambulerende team har personlig ansvar for å ha rett kompetanse. De forteller at det finnes prosedyrer de har lært, men ikke kan. Det er mange prosedyrer sykepleierne skal kunne, men de hevder at de ikke har muligheten til å være kyndige på alt. Ifølge dem blir de sett på som eksperter, og det blir tatt negativt opp hvis dette ikke ser ut til å stemme. Ved korttidsposten er det ikke mange av de samme prosedyrene som utføres ved sykehjemmene. Ambulerende team mener at de sykehjemsansatte ser på undervisningen med kritiske blikk og at de har en skeptisk holdning. De blir derfor usikre i det de gjør på grunn av disse kritiske blikkene. Teamet sier at de ønsker å veilede sykepleierne når de legger venefloner på pasienter på sykehjemmene, men ender som regel opp med at de gjør prosedyren selv.

De ansatte på det mellomstore sykehjemmet refererte til at det medisinsktekniske utstyret er forskjellig i de to organisasjonene. Derfor kan teamet ikke hjelpe dem med å bruke det som er

tilgjengelig, selv om de prøver. En informant forteller om at pasienter som har spesiell oppfølging av Ambulerende team får god omsorg og pleie. Informanten hevder at de ikke trenger å ha en sykepleier på jobb, siden de vet at Ambulerende team kommer.

Den individuelle undervisningsformen har informantene delte meninger om. Sykepleieren som er ansatt ved det minste sykehjemmet fortalte under intervjuet at hun ikke har benyttet seg av dette, og har derfor ingenting å sammenligne med. Ved det største og det mellomstore sykehjemmet hevder informantene at Ambulerende team har prosedyrene mer i hendene, men det hender at de ikke kan hjelpe oss. Informantene viser til eksempler der Ambulerende team ikke har hatt mulighet til å hjelpe dem, eller at teamet ikke har god nok kompetanse til å hjelpe (ifølge det mellomstore sykehjemmet). De savner at Ambulerende team tilbyr sykepleierne å være med på prosedyrer, slik at det er mulig å få økt kompetanse ved sykehjemmet. Informantene sier at de får lov til å gjøre mer nå enn tidligere. Dette fører til at de blir bedre og har mulighet til å bli trygge på "nye" ting. Ved alle sykehjemmene forteller de ansatte at de konsulterer hverandre i forhold til praktiske prosedyrer. Ved det minste sykehjemmet bruker de Åpen Omsorg, mens de ansatte ved de andre sykehjemmene forteller at de pleier å hjelpe hverandre og kjenner til sykehjemmets ressurser. De føler de har rett kompetanse på jobb, og ringer derfor sjelden eller aldri Ambulerende team. Ved det mellomste sykehjemmet forteller de om at når de har kontakte Ambulerende team den siste tiden, har de fått hjelp, men Ambulerende teams sykepleieren har ikke hatt kompetanse eller erfaring nok til å hjelpe dem, selv om de prøver.

Sykehjemsinformantene forteller at de har fått økt sykepleierdekning ved sykehjemmene og hevder derfor at de klarer seg selv. De benytter seg aktivt av den kompetansen som finnes innenfor sykehjemmets egne vegger. Tre informanter forteller at de vil bruke Ambulerende team oftere etter gjennomføringen av intervjuet, siden de nå er bedre informert om Ambulerende teams oppgaver og kompetanse.

6.3 Hvordan er holdningene til hverandre?

Fremmer	Hemmer
Ambulerende team kritiserer seg selv for å ikke være mer på tilbudssiden	Variierende mottakelse på sykehjemmene. Både ikke-verbal og verbal
Sykehjemsansatte kan få være med å prøve med veiledning	Sykehjems sykepleieren setter seg i forsvarsposisjon
Ambulerende team er imøtekommende når sykehjemmene ringer	Sykehjem mener at Ambulerende team har negative tanker om sykehjemmenes kompetanse
Sykehjemmene er imøtekommende når de trenger hjelp.	Ikke interessert i å være med på veiledning/undervisning.

Ifølge rapporten er positive holdninger viktige i forhold til kunnskapsoverføringen. Teamet mener det er store forskjeller i holdninger fra sykehjem til sykehjem. Både i forhold til det å innføre nye rutiner, til å videreføre behandlinger fra sykehuset og øke antall behandlinger på sykehjemmene. I tillegg er det en utfordring å få legene med på denne endringsformen. Teamet kan fortelle at det er forskjell i mottagelsen fra å møte opp uanmeldt og det å komme når sykehjemmene ringer dem for å få hjelp. Ved uanmeldte møter setter sykehjemsansatte seg i forsvarsposisjon, ifølge teamet. Videre hevder informantene fra Ambulerende team at de blir sett på som eksperter og de tror derfor at sykepleierne føler seg truet. Ved planlagte møter blir de ønsket velkommen og ansatte ved sykehjemmene vil gjerne bli med å se på prosedyrer bli gjennomført, men også der har de opplevelse av at møtene er negative. Dette kommer frem gjennom både det verbale og det nonverbale språket, og oppleves som utfordrende, sier medlemmene av teamet. De kritiserer seg selv for at de ikke inviterer de andre sykepleierne om å være med likevel, for teamet er jo her for å hjelpe dem til å bli bedre. Teamansatte sier at dette påvirker dem, men de fleste velger å se fremover og tenke på pasientenes beste. Erfaringen til informantene er at de forventer negativitet fra sykehjemmene når de kommer, og har akseptert at det er slik. De forteller at de blir overrasket når det motsatte skjer.

Ambulerende team forteller om sykepleiere som er gode og flinke og aldri spør om hjelp. Teamet blir kontaktet kun når de mangler utstyr. Ambulerende team kan også fortelle om livredde sykepleiere som ikke er klare for disse endringene som skjer. I tillegg er det helt avgjørende hvem man møter. Ifølge teamet er samarbeidet sterkt påvirket av hvilke personer man snakker med og jobber med. De ansatte er engasjerte og ønsker et godt samarbeid, i tillegg til at de ser hensikten med dette samarbeidet er de lettere å være på lag med, enn de som ikke ser denne hensikten. Teamet tror dette bygger på tidligere erfaringer, kunnskap, personlighet og tidligere samarbeid. Ved det mellomste sykehjemmet sier også tre av informantene at de tror at Ambulerende team ikke forstår kunnskapsnivået til sykepleierne. De forteller at de opplever at teamet har en negativ holdning til dem i forhold til dette og derfor tar de ikke kontakt med dem.

Ved det største sykehjemmet ble det sagt at de savner tilstedeværelsen til Ambulerende team. De bør vise at de eksisterer og at de er tilgjengelige. Alle sykehjemmene synes Ambulerende team er veldig imøtekommende og mener at teamet gjør alt de kan for pasientene. Som nevnt tidligere, er de kritiske til teamets kunnskapsnivå og spesielt kunnskap om geriatri og det sammensatte sykdomsbildet denne pasientgruppen har. Samtidig føler de at erfaringen til sykepleierne i Ambulerende team ikke er godt nok i forhold til det de viser.

6.4 Hvordan er den faglige tryggheten til alle sykepleierne?

Fremme	Hemmer
Økt kunnskap på sykehjemmene, gir økt trygghet for pasienten og sykepleieren	Variert legedekning
Økt sykepleierdekning, gir høyere rekruttering pga får lov å gjøre mer	Ambulerende team sykepleier erfaring er varierende
Bruker hverandre på sykehjemmene, kjenner hverandres kompetanse	Ambulerende team er sårbare, lav rekruttering
Lett å kontakte Ambulerende team i perioder	I perioder, blir Ambulerende team nedprioritert for driften av korttidsposten, men de prøver å finne løsninger
Sykepleierne ved sykehjemmene tørr mer	Ambulerende team umulig å bli trygg på alt

Prosjektgruppa mente at Ambulerende team var med på å skape trygghet for sykepleierne ved sykehjemmene. Støtte, veilede, og diskutere problemstillinger med andre sykepleiere er måten å fremme kompetanseoverføring og trygghet til de ansatte, pasientene og pårørende.

Det er i dag et sårbart tema siden det er få ansatte. Informantene mener det er viktig at det er en balanse på hvor mange som er ansatt i Ambulerende team. Ved det tidspunktet som intervjuet ble gjennomført på, var det flere som holdt på å slutte i stillingene sine. Informantene mente dette handlet om ønsker om nye utfordringer og stillingsprosent. Tidligere hadde sykepleierne i Ambulerende team erfaring fra flere forskjellige poster ved sykehuset, men i dag er den totale kunnskapen blitt redusert fordi de ansatte kun har erfaring fra korttidsposten. Sykepleierne er flinke og har faglig gode kunnskaper, men den allsidige yrkeserfaringen mangler. De ansatte mener at Ambulerende team blir nedprioritert til fordel for driften av korttidsposten. Informantene forteller at teamet reklamerer med god tilgjengelighet, men dette stemmer ikke, ifølge teamet. Selv om de prøver å tilrettelegge slik at det er mulig å reise ut på oppdrag, blir dette kun gjort hvis det samtidig er mulig å holde driften av korttidsposten gående. Informantene synes det er merkelig at det er færre telefonhenvendelser om sommeren, siden det er mange sommervikarer på jobb på sykehjemmene.

Følelsen av trygghet som sykepleieren i Ambulerende team opplever blir ofte satt på prøve ifølge informantene. Fra å undervise 60 personer til å ha kritiske øyne ved siden av seg når man utfører en prosedyre som man kun gjør få ganger selv i løpet av et år, men kanskje "har i hendene" fra før. Det er umulig å bli trygg på alle prosedyrene mener informantene. Samtidig forteller de at de er uredde for å gjøre nye og andre ting enn det de vanligvis gjør i hverdagen.

Teamet forteller at de den senere tid har sett en forandring på sykehjemmene. Sykehjemmene tar flere og flere utfordringer selv. Teamet mener at dette er på grunn av økt kompetanse og sykepleiedekningen ved sykehjemmene. Motivasjon er en annen faktor Ambulerende team

mener er med på å bidra til disse forandringene. De forteller at motiverte ansatte som jobber på sykehjemmene tar utfordringer, og har et ønske om å lære å bli trygg i sin arbeidshverdag, mens de som ikke er motiverte har ingen ønsker om endringer, ifølge sykepleierne.

Det er store forskjeller ved sykehjemmene som er med i denne oppgaven. Ved det minste sykehjemmet er det redusert sykepleierdekning og dårlig rekruttering, men det er et godt samarbeid med Åpen Omsorg. De har vakter der det ikke er sykepleierdekning og pasientene kan oppleve at det ikke er en sykepleier tilstede på jobb som har rett kompetanse. Dette kan føre til at pasientene ikke får rett behandling. En lege besøker sykehjemmet en gang pr uke og kan ellers kontaktes resten av uka på dagtid. Informanten føler at hun er trygg i den jobben hun gjør, men sier ikke noe om dette har endret seg i tråd med samhandlingsreformen de siste årene.

Det mellomstore sykehjemmet ønsker høyere sykepleierdekning, spesielt på kveldstid og i helgene, siden de da opplever å ha ansvar for pasienter de ikke kjenner. Informanten presiserer at det alltid er en hjelpepleier på vakt som kjenner pasienten. Sykepleierne som ble intervjuet har lang arbeidserfaring inklusiv sykehuserfaring. De føler seg trygge når de er på jobb og kan spørre hverandre om råd når det er behov. De forteller at de har legedekning to dager per uke, men ønsker bedre dekning. En av informantene sier også at hvis det hadde vært enda bedre sykepleierdekning hadde behovet for Ambulerende team vært mye mindre. Informantene forteller at de føler seg trygge i sin jobb, på grunnlag av sykehjemmets kompetanse og personlig kunnskap. Samtidig informerer informantene at de har et godt arbeidsmiljø som gjør det lett å samarbeide og hjelpe hverandre på tvers av avdelingene. Sykehjemmet er opptatt av å få hjelp til pasienten der pasienten befinner seg og derfor blir legedekningen en utfordring. De ansatte på sykehjemmene hevder at ledelsen fraråder dem å ringe legevakten fordi en slik konsultasjon blir en fordyrende kostnad for sykehjemmet (kvelder og helger). De forteller også at de når de ser det er medisinsk forsvarlig tørr de å vente til fastlegene er på jobb på hverdager, men de antar at nyutdannede og vikarer ikke har kunnskap nok til å avvente til hverdag. De kan også fortelle at de har ringt Ambulerende team og fått hjelp med ordinasjon av medisiner gjennom telefon av sykehuslegen. De sier at de ønsker dette kunne bli en permanent løsning. Da kunne de ringe Ambulerende team for ordinasjon, og hvis pasienten trenger utvidet behandling er det ikke behov for å kontakte legevakta og gjøre jobben for annen gang når det gjelder informasjon og opplysninger om pasienten

Ved det største sykehjemmet er det store endringer når det gjelder rekruttering. I dag har de en god sykepleierdekning og det er alltid noen tilstede som man kan spørre eller be om hjelp. De

ansatte forteller at kravene man stiller til sykepleierne er blitt større, noe de bare synes er moro. De har hver sine styrker og svakheter og er i stand til å bruke dette i pasientpleien. Samtidig er det nyutdannede på jobb som de ikke kjenner enda, men de mener at dette er bra. På grunn av den samlede erfaringen sykepleierne har, føler de at de mestrer det som skjer i løpet av en jobbhverdag. De tenker på seg selv som mer komplette sykepleiere og er trygge på jobb. Behovet for å få hjelp av Ambulerende team er ikke tilstede. De tror at de brukte teamet oftere i oppstarten av dette tilbudet. Ved det største sykehjemmet har de legedekning alle hverdager, men informantene forteller at de har utfordringer å få tak i legevakten ved behov.

I rapporten fra 2009 blir det hevdet at engasjerte leger og større legestillinger har vært med på å trygge sykepleieren og dermed gir en bedre oppfølging av pasienten. Teamet hevder at uten legenes engasjement hadde ikke sykehjemmene vært der de er i dag.

7.0 Drøfting

Ifølge Stortingsmelding 47 skal det opparbeides ambulante virksomheter innen geriatri. Disse virksomhetene skal fokusere på kompetanseoverføring til sykehjemmene som er til beste for pasienten. Medlemmene av Ambulerende team som er blitt intervjuet i forbindelse med denne oppgaven hevder at de er et team som var forut for sin tid. Dette teamet var allerede i gang i 2007 som en permanent løsning. Hvis man leser lovverket, kreves det at man samarbeider på tvers av organisasjonene til gagn for pasienten. Dette betyr at pasienten skal få den beste og mest forsvarlige pleie og omsorg. Et tverrfaglig samarbeid på tvers av to store organisasjoner er en prosess som kan være utfordrende. Det er faktorer som både fremmer og hemmer denne prosessen. I intervjuene kom det frem mange aktuelle tanker rundt dette temaet.

Min hovedproblemstilling er som følger: Hvordan fungerer ambulerende team sykehjem i samhandling med kommunehelsetjenesten? Reeves et al (2010) hevder at både den verbale og nonverbale kommunikasjonen er helt avgjørende for at en samhandling skal kunne fungere. Uten god kommunikasjon kan misforståelser oppstå. Ifølge utsagnene til informantene opplever jeg at det ikke er optimal kommunikasjon mellom enhetene. Sykehjemsinformantene kjenner ikke til mål og hensikter med ambulerende team. Ifølge Reeves et al (2010) bygges dette kjennskap opp ved hjelp av tillitt og respekt. For å få til dette må det etableres stabilitet i teamet, og velvillighet fra de ansatte må være tilstede. Den ansattes interesse og følelsesmessige engasjement i teamet er avgjørende for samarbeidet mellom enhetene, mener jeg. Å være motivert til å se på samhandlingen som en ressurs for pasienten kan være med og styre samarbeidet. Uten denne velvilligheten vil ansatte kunne oppleve negativitet. Hvis en ansatt som skal prøve å jobbe på tvers av disse organisasjonen bærer en positiv holdning, vil også være med på å se samarbeide som nyttig. Jacobsen mener at dette er helt avgjørende moment for at følelsene av avhengighet skal bære et positivt preg, som igjen føre til at pasienten blir den vinneren av samarbeidet. Det å være bevisst på sin holdning, og ha tro på samarbeidet med innlevelse, forståelse og personlig engasjement i dette, mener Bondevik (2012) at man vil være trygg i sin tilstedeværelse. Det å ha en personlig trygghet er avgjørende for at kvaliteten på sykepleien blir til best for pasientene.

Forutsetningene for at teamet skal fungere på det systemiske nivået er en viktig overordnet behov. Regjeringen har lagt til rette finansielle ordninger og foretatt lovendringer for at et samarbeid skal være optimalt for alle parter fra oppstarten av samarbeidet 1.1.2012. Før dette så prosjektet at den var en økonomisk gevinst at pasienten oppholdt seg på sykehjemmet, fremfor og overflyttes overfylte medisinske sengeposter

Både sykehuset og kommunene har opparbeidet samarbeidsavtaler for tilretteleggelse, slik at denne samhandlingen skal kunne finne sted. I intervjuene kommer det frem at driften av ambulerende team nedprioriteres i forhold til driften av avdelingen teamet er underlagt. Selv om den ansatte selv prøver å legge til rette at de kan reise ut på oppdrag, hvis driften ved 72 timers posten tillater dette. Ifølge Reeves et al (2010) er dette med på å hindre tillitten til teamet. Stabiliteten i teamet svekkes fordi prioriteringen ikke er i samsvar med forventningene og da blir tilgjengeligheten ikke pålitelig. Reeves et al (2010) hevder at stabile medarbeidere er nøkkelen til et godt team. Ifølge informantene er det en ustabilitet i gruppen og stor "turnover" innad i teamet. Reeves et al (2010) hevder at det å bygge opp et velfungerende og stabilt team svekkes på denne måten og videreføringen av mål og hensikt med teamet blir redusert. Selv om det prøve å legges til rette for en god fungerende team, som er tilstede hele døgnet. Gir Informanten ved sykehjemmet uttrykk at de i utgangspunktet trenger teamet, når også de er mest sårbare, de hevder at dette er på kveld, natt og i helgene. Ved det mellom store sykehjemmet hevder de at på dagtid, hverdager er ikke behovet for Ambulerende team til stede, grunnet de har lege dekning. Samtidig sier de at de har erfaring slik at de vet at de kan vente til dagen etter, hvis de ser en endring i pasientens tilsted. Dette på grunn av deres erfaringer som sykepleiere.

Et annet moment som kom frem i intervjuene var at det ikke var organisert slik at kommunen og sykehuset hadde likt medisinsk teknisk utstyr. Dette mente sykehjems informanten gjort at tryggheten for at Ambulerende team skulle hjelpe dem med dette, byr på en utrygghet følelse. Det å vite at kunnskapen til utstyret ikke er til stede mente informanten ble feil, og at dette må legges til rette slik at utstyret mellom de to enhetene ble likt.

Ambulerende team er klare på at det er den som kjenner pasienten som har ansvaret. Dette var ingen av sykehjemsinformanten klar over. De tror at pasienten som utfører prosedyren som har ansvaret. På en måte er dette rett, fordi sykepleieren som er fra sykehuset har en autorisasjon som sier at de kan gjøre dette. Det vi si at de har ansvar for selv det de gjør. Men som Ambulerende team sier er også det viktig at det er den som kjenner pasienten som har hovedansvaret. Her bør det komme en ny klarering på overordnet plan, slik sykepleierne som har kontakt med pasienten ikke er i tvil om hvem som har ansvaret. Uten denne klarheten, vil dette før til problemer hvis pasienten blir skadeildene.

Det ble snakket mye under intervjuene om faktorer på det relasjonelle nivået. Ambulerende team forteller om utfordringer de møter i form av negativ nonverbal kommunikasjon. I tillegg er det også verbal kommunikasjon som kan påvirke samarbeidet. Det å ha positive holdninger, velvillighet og se nytten av samarbeid kan være med på å øke samarbeidsprosessen, tror jeg.

Teamet forteller at de opplever negative holdninger, liten velvillighet og de gir uttrykk for at det kan være både leger og sykepleiere som ikke ser nytten av samarbeid. Da føler de ansatte på teamet at de blir motarbeidet. Det å være i stand til å ha en god samhandling med disse forutsetningene mener både Reeves, Knutsen, Jacobsen og Thorsen er helt avgjørende for at samhandlingen skal fungere.

Informantene ved sykehjemmene snakket om at Ambulerende team alltid stiller opp og fortalte at de hadde et godt samarbeid med dem. Min forutforståelse var innstilt på at samarbeidet fungerte på denne måten. Når informantene ved sykehjemmene fortalte at de har minimal kontakt med teamet, måtte jeg gå dypere inn for å forstå hvorfor. Ved det største og det minste sykehjemmet forteller informanten at de aldri har kontakte Ambulerende team, verken i form av gruppe undervisning, individuell undervisning, eller hvis de ha behov for hjelp. Samtidig som de heller ikke har kontakt de ved innleggelse av pasienter. En av disse tre informantene var klar over at de skulle ringe sykehjemmet ved innleggelse, men gjordet det ikke. Det å utrykke at de synes de har et god samarbeid med Ambulerende team blir jeg derfor spørrende til. Ved de mellomste sykehjemmet varierer det fra 3-4 ganger på 2 år til ingen ganger på to år.

Jacobsen (2004) hevder at det er viktig at de ansatte i et tverrfaglig samarbeid ser at de er avhengig av hverandre. Dette er med å kunne styre det relasjonelle samarbeidet. Selv om det kan oppleves som en av partene er dominerende, hevder Jacobsen (2004) av at dette må man akseptere og inngå kompromiss til beste for pasienten.

7.1 Hvor er det blitt av pasienten?

Oppsporing av pasienten er en forutsetning for å få et helhetlig syn på pasienten, hevder informantene. Teorien sier at man skal jobbe sammen for pasienten slik at han eller hun får den beste effektive hjelpen uansett hvor i systemet pasienten befinner seg. Sykehuset skal være spesialisthelsetjenesten som gir hjelp til pasienten når det er behov for slik behandling. Informantene erfarer at den geriatriske pasienten som blir innlagt på sykehuset ofte opplever økt forvirring og at det tar tid før de blir "seg selv" igjen. Derfor sier informantene at de ønsker at pasienten blir behandlet der vedkommende er. Dette er i tråd med det som er ønskelig fra regjeringens hold. Det vil si at de ønsker at pasienten blir behandlet på lavest effektive omsorgsnivå, slik at man slipper akutt forvirrede pasienter og dermed legger mindre press på allerede overfylte medisinske avdelinger.

Ifølge informantene er sykepleierdekningen og kunnskapen ved sykehjemmene forskjellig. Den ene kommunen prøvde å kartlegge bruken av sykehuset, resultatet var at 90 pasienter ble

sendt sykehuset, mens 122 pasienter ble behandlet med utvidet behandling på sykehjemmet, der det hovedsakelig ble gitt antibiotika eller intravenøs veske. Tidligere mente kommunen at alle disse hadde blitt innlagt sykehuset. Pasienten som blir innlagt på sykehuset er der på grunnlag av sykepleie og lege vurderingen som tilsier at pasienten har dette behovet. Hvis en pasient innlegges på sykehuset, ser ikke informantene ved sykehjemmene nytten av å gi denne beskjeden til Ambulerende team. Om de ikke ser en umiddelbar effekt av et samarbeid, kan være en årsak til at informantene ikke kontakter sykehuset. I teorikapittelet refererer jeg til Knudsen som sier at det er viktig å se en umiddelbar effekt av samarbeid som kan være med på å gi en positiv gevinst (synergieffekten). Ambulerende team er klare i sitt intervju at det å finne de inneliggende pasientene er krevende, samtidig som de forteller om at de misliker å forstyrre sykepleierne i en travel arbeidshverdag på en hektisk sykehusavdeling. Jeg tenker at hvis sykepleierne ved sykehjemmene hadde sett hensikten med å ta en telefonsamtale med sykehuset, ville pasientene få et mer effektivt tilbud. Det helhetlige synet på pasientene vil da være tilstede på et tidligere stadium til tross for organisasjonsgrensene. Dette vil igjen føre til at pasientene får et godt behandlingsforløp, samtidig som det kan bli aktuelt med returnering til sykehjemmene på et tidligere tidspunkt.

I intervjuene kom det frem at de i utgangspunktet har en positiv holdning til Ambulerende team og deres oppgaver. Likevel ringer informantene ikke til sykehuset hvis de opplever problemer. Knudsen hevder at det å ha en positiv holdning til hverandre er helt avgjørende for at man i det hele tatt skal kunne samarbeide. Uten disse holdningene er utgangspunktet for samarbeid uutholdelig. Sykehjemmene snakker om hvor godt teamet fungerer, samtidig som de ikke benytter seg av teamets ekspertise. Her ser man et godt utgangspunkt for samarbeid, men er det andre faktorer som gir en forklaring på manglende samarbeid?

7.2 Hvor er kunnskapen?

Stortingsmelding 47 sier at sykehuset bør opparbeide seg et Ambulerende team som består av sykepleiere som har tilleggsutdanning i geriatri. Dette systemiske nivået er helt avgjørende for at man i det hele tatt skal kunne ha en god samhandling. Regjeringen har tydelig kunngjort at de ansatte som driver en ambulerende virksomhet bør ha en profesjonsbakgrunn som er relevant i forhold til den jobben de skal utføre. Ambulerende team er et geriatrik team, men har ansatte med kun en generell sykepleierutdannelse. Som Album (Jacobsen 2007:127) presiserer, blir geriatri ikke sett på som et prestisjefyllt område for leger og sykepleiere å jobbe med. Ut fra Stortingsmelding 47, kan en konstatere at det er blitt satt større fokus på gruppen med eldre pasienter som ofte har komplekse lidelser og sykdommer.

De informantene som har erfaring fra gruppeundervisning, sier at de føler at sykepleierne i Ambulerende team ikke ser at de alle har den samme profesjonen. Informantene på sykehjemmene har god kjennskap til den geriatrike pasienten som de jobber med til vanlig. Selv om de heller ikke har videreutdanning innen geriatri, har alle informantene som har vært med på gruppeundervisning erfaring fra å jobbe med geriatrike pasienter. I henhold til det mellomstore sykehjemmets ansatte, mener de at Ambulerende team har dårlig kompetanse i forhold til geriatrik behandling og generell prosedyre. Derfor nedprioriterer de å gå på undervisning, siden de ikke ser hensikten med å være med på en undervisning som de får lite eller intet utbytte av.

Et av de overordnede målene for Ambulerende team er at de skal være med og gi en kunnskapsheving til sykehjemmene. Dette skal gjøres ved hjelp av sykepleierfaglig rådgivning, veiledning og undervisning. Kunnskapsoverføring over eksterne grenser involverer begge av disse to store organisasjonene. Hvis en organisasjon deler sin kunnskap, kan det være med på å øke kapasiteten til den andre organisasjonen, ifølge Kim (1993). Dette er helt avgjørende fordi det er satt høyere krav til sykehjemmene på det organisatoriske nivået. Ønsket er at pasienter skal få rett og forsvarlig behandling der han eller hun er. Dette tilsier at ansatte ved sykehjemmene må få økt kunnskap. For at pasientene skal føle seg trygge er dette et viktig kriterium å oppfylle. Informantene i denne studien har erfaring av å være med på både gruppeundervisning og individuell veiledning. De ansatte ved de to andre sykehjemmene hevder at de ikke ser hensikten av gruppeundervisningen og har derfor ikke vært med på denne. Derfor kan de heller ikke si noe om denne undervisningsformen er bra eller ikke.

Ambulerende team benytter seg også av individuell undervisning. Det er få av informantene som har benyttet seg av dette, og noen mener det har fungert bra, mens andre hevder at det ikke fungerer. Uansett hvilke opplevelser de har hatt med Ambulerende team, er alle informantene klare på at de velger å bruke kompetansen som andre ansatte ved sykehjemmene har, før de tar kontakt med Ambulerende team. En informant sier tydelig at grunnen til at hun bruker andre sykepleiere i organisasjonen først, er at hun ikke føler at Ambulerende team har god nok kunnskap og erfaring. I tillegg er det ekstra bryderi å tilkalle Ambulerende team, siden de som regel likevel må kontakte legevakten etter at teamet har prøvd å bistå, men ikke har lykket.

Sykepleierne som jobber i Ambulerende team påpeker i sitt intervju at de ikke er pedagoger og at de ikke har nok erfaring innenfor pedagogikk for å kunne gi tilfredsstillende undervisning. En informant ved sykehjemmet informerer også at de opplever

undervisningsformen som lite motiverende. Selv om Ambulerende team ikke består av pedagoger, tror jeg det er viktig at de har en form for økt basiskunnskap utover den generelle sykepleierutdannelsen. Ifølge informantene ved Ambulerende team opplever de at de blir sett på som eksperter av de ansatte på sykehjemmene. Er det riktig å få dette stempelet på seg? Det faktum at Ambulerende team blir sett på som en gruppe eksperter tror jeg har sammenheng med bakgrunnshistorien til dette teamet. For det første startet dette teamet opp allerede i 2007 og det ble sagt at sykehuset var tidlig ute med denne arbeidsformen. Samhandlingsreformen (2008-2009) tredde i kraft fem år senere og gav da egne retningslinjer for hvordan et slik team bør opparbeides. For det andre kommer teamet fra sykehuset som er en spesialisthelsetjeneste og det forventes at de har gode erfaringer. Sykepleierne ved sykehuset kan diverse prosedyrer som "sitter i hendene" og er kanskje mer uredde enn en sykepleier ved et sykehjem ifølge en sykehjemsinformant og Ambulerende team informantene.

Kim (1993) forklarer viktigheten av å ha prosedyrer i en organisasjon. En organisasjon kan ha mange prosedyrer, men kunnskapen og erfaringen forsvinner når ansatte ikke ønsker å jobbe lenger i en organisasjon. Ambulerende team er rammet av dette. Tidligere hadde de ansatte i teamet erfaringer fra andre poster. Denne gruppen av erfarne sykepleiere har gradvis sluttet og blitt erstattet med nye og dyktige sykepleiere som mangler erfaring. Ifølge Kim (1993) er dette et stort tap for organisasjonen, siden den fragmenterte læringen forsvinner. Jeg tenker at prosedyrer kan læres, men ikke erfaring. Ambulerende team bør bestå av sykepleiere med erfaring fra forskjellige avdelinger. Dette vil gi en bred plattform for sykepleierne i forhold til kunnskapsgrunnlaget og erfaringsbakgrunnen. Det er kun når man har bred erfaring at man kan videreformidle den kompetansen slik at sykehjemmene får den utvidede kunnskapen de ønsker, og sikrer at pasienten får rett behandling, til rett tid og rett sted. Ambulerende team er også pliktig, ifølge sitt overordnede mål, å videreformidle kompetanse, veilede og rådføre sykehjemmene. Det å miste disse erfarne sykepleierne blir derfor en utfordring for teamet. Hvis en ser på sykepleierne ved sykehjemmene, har alle informantene lang erfaring som inkluderer sykehuserfaring. De har solid erfaring, men er rusten i utførelsen av enkelte prosedyrer i praksis, ifølge dem selv. De mener at dette er fordi de ikke har fått lov til å utøve enkelte prosedyrer. Dette er blitt satt i et nytt perspektiv etter Stortingsmelding 47 (2008-2009) har satt samarbeidet mellom sykehuset og kommunen inn i et mer organisert perspektiv og avtaler er blitt inngått.

Da jeg tidligere jobbet i Ambulerende team, hadde jeg en opplevelse av at teamet var faglig dyktig, og at sykehjemmene hadde behov for økt kompetanse. Etter å ha analysert intervjuene, samt vært fraværende i teamet de siste årene, er mitt inntrykk at sykehjemmene nå har økt

kompetanse. Samtidig har kompetansen til Ambulerende team vært stabil, kanskje til og med redusert, på grunn av frafallet av ansatte med solid erfaring.

7.3 Møte med sykehjemmet! Resignert?

Informantene som ble intervjuet i Ambulerende team forteller om at de ofte møter motstand når de oppsøker sykehjemmene. Det oppleves som om de har resignert i forhold til det å møte motstand fordi de har vært vant til å bli møtt med negativitet når de kommer til sykehjemmene. Informantene sier at dette er helt ok og at de blir overrasket hvis de blir møtt med positive holdninger.

San Martin-Rodriguez et al (2005) er klare i sitt syn på den relasjonelle delen av et samarbeid. I et samarbeid er det viktig å ha gjensidig respekt, tillit til hverandre og god kommunikasjon. Samtidig sier Ambulerende teams årsrapport fra 2008 at det er viktig at man møter hverandre med en positiv holdning, respekt og god kommunikasjon. Når jeg ser på informantenes utsagn i forhold til disse faktorene viser det seg at dette er helt avhengig av personen de møter. Det kommer fram at Ambulerende team mener det er lett å samarbeide med sykehjem når de ønsker hjelp. Det er personavhengig hvem som er på jobb og hvilken innstilling ansatte på sykehjemmet har til samarbeid.

7.4 Lite bruk?

Hvorfor bruker sykehjemmene teamet så lite? Det første jeg tenker på er at de faktisk klarer utfordringene selv. De har fått opplæring og flere av dem har erfaring fra andre poster på sykehuset. I tillegg tror jeg teamet oppfattes som upålitelig. De er ikke alltid på jobb, selv om de snakker om viktigheten av å være tilgjengelig. Sykepleierne ved sykehjemmene opplever at de ofte må vente til mandag, selv om behovet for hjelp er akutt.

Denne påliteligheten er helt avgjørende for tilliten mellom de to enhetene. Uten tillit til hverandre kan det ikke oppstå et optimalt samarbeid. Det å ha tillit til at Ambulerende team er tilgjengelig er avgjørende for at sykehjemmene skal ringe dem. I mine øyne fikk Ambulerende team et godt rykte etter prosjektet som startet i 2005. De var interessert i å lære. Kim (1993) hevder at viljen til å lære noe er viktig for å være fortrolig med å lære. Hvis sykehjemmet ringer og ber om hjelp vil Ambulerende team kunne bidra, og da vil denne tilliten kunne bygges opp. Når sykehjemmene opplever at de ikke får den hjelpen som teamet reklamerer for, tror jeg også at teamet vil miste sin status. Men på grunnlag av "ryktet" som teamet innehar, er tilliten til dem allerede positiv. I intervjuene kom det frem at de ikke brukte teamet så mye. Dette tror jeg kan være fordi teamet ikke klarte å stille opp slik de reklamerte

for. I tillegg er kunnskapsgrunnlaget de viser ikke godt nok til at sykehjemmene vil ha tro på dem.

Om sykehjemmene overser eller avviser beskjeden om at de skal samarbeide, har jeg ikke fått noe svar på. Har de ansatte fått beskjed om viktigheten av telefonhenvendelser til Ambulerende team? Er ikke informasjonen gitt fra Ambulerende team til alle de ansatte ved sykehjemmene eller har de ansatte glemt dette? Jeg har ikke fått noe godt svar på disse spørsmålene. Mitt inntrykk, samt min erfaring fra det største sykehjemmet, gjør at jeg vil påstå at de faktisk har fått denne beskjeden, men glemmer det i hverdagen. Dette skjer fordi de i utgangspunktet behandler sine pasienter der de er. Informantene sier i intervjuet at de skulle ønske Ambulerende team var mer synlig og faktisk minner dem om at de er der. Så hvis Ambulerende team hadde vært mer synlige ville kanskje denne informasjonen nådd frem til alle ansatte ved sykehjemmene.

Om det er en maktbalansegang mellom organisasjonene kom ikke frem i intervjuene. Min erfaring er at kunnskap gir makt. Om Ambulerende team har den kunnskapen som gir makt er jeg mer usikker på. Ambulerende team er 100% avhengige av at sykehjemmene har behov for deres kompetanse. Hvis sykehjemmene ikke har bruk for tjenestene til Ambulerende team vil det heller ikke være et behov for selve teamet. Sykehjemmene er i en maktposisjon når det gjelder personlig kjennskap til pasientene. Men har de nok kunnskap om utvidet behandling? Ut fra min egen erfaring og forutinntatthet, er nok sykehjemmene svært forskjellige og de har forskjellig utgangspunkt når det gjelder størrelse, bemanning, erfaring og holdning til samarbeidet om pasientens beste.

Mine antakelser var at Ambulerende team var trygge i sin jobb og utførte den jobben de skulle. Det at de opplever ikke-verbal eller verbal motstand, var heller ikke overraskende for meg. Det som overrasket meg mest, var hvor lite teamet blir brukt i forhold til førsteinntrykket jeg hadde fått. Men det er nødvendig med mer forskning på dette. Jeg tror ikke informasjonen som er samlet inn til denne oppgaven er nok for å si at teamet skal fortsette. Når alle sykehjemmene har oppnådd høyt nok kunnskapsnivå, tror jeg funksjonen med Ambulerende team vil sakte forsvinne. Forhåpentligvis vil et team med høyere kompetanse, pålitelighet og stabilitet være med på å dekke sykepleierinformantenes behov, kanskje også i samarbeid med en legetjeneste.

Etter å ha analysert intervjuene sitter jeg igjen med en vurdering av faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet. Det ser ut som Ambulerende team fungerer når de treffer kjente personer som er fortrolige med deres funksjon og oppgaver. I tillegg føler jeg at samarbeidet

fungerer når sykehjemmene trenger teamets hjelp. Det kan hevdes at Ambulerende team i sine kommentarer ikke fungerer optimalt i forhold til det sykehjemmets informanter ønsker. Dette kan ha sin årsak i at informantene ved sykehjemmene har økt sin kunnskap de senere årene, takket være lovendringer og organisatoriske endringer. Men på samme tid har Ambulerende team blitt mer ustabil på grunn av utskiftninger av ansatte, som har resultert i at teamet ikke har økt sitt kunnskapsnivå i takt med sykehjemmene. De har fått kjenneskap til nivået til sykehjemsansatte. Det blir ofte snakket om gode og dårlige sykehjem der de viser til at samarbeidet fungerer eller ikke. Det å være tilgjengelig og synlig er avgjørende, hevdes det i litteraturen. Ambulerende team forteller at de kanskje er for tilgjengelig, mens sykehjemmene opplever at teamet er "usynlig". De forteller at de ønsker å ha mer kontakt med Ambulerende team, og at de burde være mer synlig, samtidig som Ambulerende team forteller at de blir møtt med massiv nonverbal og verbal motstand når de oppsøker sykehjemmene. Hvorfor det er slik er vanskelig å svare på, men en mulig forklaring er at det å møte "ekspertene" i teamet får de ansatte til å sette seg i forsvarsposisjon fordi de føler seg truet. Som sagt, kommer det frem at teamet ikke har et like høyt kompetansenivå som tidligere, og jeg er usikker på om teamet forstår hvordan informantene ved sykehjemmene opplever dette.

8.0 Avslutning

I mine funn opplever jeg at det er sprik på flere områder mellom teamets og sykehjemmenes opplevelse av samarbeid. Det ble sagt i intervjuene at de synes Ambulerende team er et team som er på tilbudssiden og prøver å gjøre alt for pasienten. Samtidig opplyser informantene at det er et stort sprik mellom dette og hvor ofte de faktisk bruker teamet. Sykehjemmene ønsker at Ambulerende team er mer synlig, slik at de blir minnet om å bruke dem. Samtidig oppsøker Ambulerende team sykehjemmene mindre, for de har en opplevelse av at de blir mottatt med negative holdninger fra ansatte når de kommer til sykehjemmene.

Det kom ganske klart frem i intervjuene at sykehjemmene ikke mener at Ambulerende team har nok kunnskap og kompetanse til å fortsette slik de gjør i dag. Dette på grunnlag av at de selv sier de har god nok kompetanse om den generelle sykepleien, men det er det spesielle de ønsker å lære mer av. Når sykehjemmene kontakter Ambulerende team opplever de ofte å få beskjed om at de ikke kan hjelpe, og når de eventuelt kommer til dem, så har de ikke kompetanse for å gjennomføre det de trenger hjelp til. Dette tror jeg er en stor medvirkende årsak til at sykehjemmene ikke vil bruke Ambulerende team. Stortingsmelding 47 (2008-2009) sier klart og tydelig at sykepleierne må ha tilleggskompetanse for å drive en ambulant virksomhet. Selv om teamet er bevisst på at de ikke klarer alt, så tror jeg at økt kompetanse hos sykepleierne i Ambulerende team kan være med på å gjøre teamet attraktivt igjen i forhold til undervisning og veiledning. Samtidig som de erfarne sykepleierne ved sykehjemmene kan bli påminnet om glemte fenomener og prosedyrer, kan de nyeste medarbeiderne på sykehjemmene få ny kunnskap.

Dette kan være med på å øke samarbeidet, siden sykehjemmene vil se nytten av å ringe Ambulerende team. Når samarbeidet blir bedre kan forholdene bli harmoniske igjen. Hvis teamet fortsetter å arbeide på samme måte som i dag, vil sykehjemmene gradvis kutte all kontakt, tror jeg. Uten videre kontakt med teamet, er det pasienten som blir den skadelidende part. I tillegg bør man vurdere tilgjengeligheten til teamet. Hvordan kan Ambulante tjenester vise sin tilstedeværelse på den mest effektive måten? Er det slik de gjør det i dag eller slik informantene ved sykehjemmet ønsker? Jeg tror det er viktig å ta stilling til dette for å være sikker på at resultatet blir best for pasienten. Bør Ambulerende team fortsette å eksistere slik det er i dag, er jeg usikker på. Basert på informasjonen som kom frem under intervjuene med ansatte på sykehjemmene, tror jeg teamet kan avvikles.

8.1 Veien videre

Undersøkelsen peker på enkelte faktorer som er med på å hemme og fremme samarbeidet mellom sykehjemmene og Ambulerende team. Antall informanter som deltok i denne undersøkelsen er ikke nok til at man kan generalisere svarene. Likevel kan disse resultatene være med på å kunne identifisere faktorer på andre samhandlingsarenaer. Det å gjøre en lignende undersøkelse med et annet tverrfaglig team, kan muligens gi helt ulike resultater. Selv om denne oppgaven dekker en to års periode, tror jeg den kan være med på å gi en liten pekepinn på hvordan tilstanden også er i dag. Kanskje denne oppgaven kan være med på å se på hva som er relevant for sykehjemmene og hva Ambulerende team bør jobbe med videre. Videre forskning kan hjelpe oss med å forstå hvordan eventuelle hindringer kan bli fjernet slik at en får til et godt samarbeid til beste for pasienten. Det viktigste er at pasienten blir den vinnende part, og at vi som jobber i helse- og omsorgsektoren tenker på dette.

Ambulerende team er et team som er i stadig endring. De har vært med på utvidelsen fra å dekke en kommune frem til i dag der samarbeidet gjelder alle 17 kommuner i Østfold. I dag er også Åpen omsorg involvert i enkelte kommuner. Teamet er i konstant utvikling og det siste som har skjedd er at de er med på å få røntgen "på hjul" ut til sykehjemmene fra sykehuset.

9.0 Litteraturliste

Anderson, K (1988) Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet Berlings, Arløv: Seved Lundback

Axelsson, S B og T Axelsson (2009) *Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse*. I: Willumsen, E (red) (2009) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget

Bondevik, M (2012) *Sykepleie til eldre - grunnleggende prinsipper*. I: Bondevik, M. og H.A.Nygaard (red). *Tverrfaglig geriatri - en innføring*. Bergen: fagbokforlaget 2. utgave

Borill, C et al (1999) *The Effectiveness of health Car teams in the National Health Service*. Rapport. University of Glasgow, Aston University og University of Leeds

Easterby-Smith, M., Lyles, A.L og Tsang E.W.T (2008) *Inter- Organizational Knowledge Transfer: Current Themes and Future Prospect*. Journal of Management Studies 45:5 June 2008

Eggen Nils Arne og S.M Nyrønning (2003) *God foten - samhandling - veien til suksess*. Oslo: Aschehoug

Eriksen, T.H (red)(2006) *Trygghet*. Oslo: universitetsforlaget 1 utgave

Fugelli, P (2011) *Grunnstoffet tillit*. I: *Sykepleier forskning 2011 6(5)* Oslo: Stibo Graphic AS

Hallanvik (2002) *Helsetjenester og helsepolitikk* Oslo: Gyldendals akademiske 3 utgave.

Halvorsen, K (2008) *Å forske på samfunnet en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* Oslo: Cappelen akademisk forlag 5 utgave

Hansen, G.V og R: Fugletveit (2010) *"Vi driver og rydder vi." - evaluering av et oppsøkende rusteam*. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport.

Helse og omsorgsdepartementet (sist endret 2012): *Lov om spesialisthelsetjenester m.m § 2.1e* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Helse og omsorgs departementet: *NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjenestetjeneste* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Helse og omsorgsdepartementet Prop.91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Helse og omsorgs departementet: *Slik er spesialisthelsetjeneste bygget opp* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Helse og omsorgs departementet: *Stortingsmelding nr 47 (2008-2009): samhandlingsreformen, rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet

Holmås, T. H og E. Kjærstad (2009) *Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale pleie- og omsorgstjenestene I: Haug, K., Kaarbøe, O. og T. E Olsen (red). Et helsevesen uten grenser* Otta: Cappelen damm as. 2 utgave

Jacobsen, D. I (2004) *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I: Repstad, P. (red) Dugnadsånd og forsvarverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Kristiansand: Høgskoleforlaget 2 utgave

Jacobsen, G (2007, nr 21) *Sykdommers prestisje*127:2794 Oslo:Tidskrifte for norsk lægeforening

Johannessen, A., P.A Tuft og L. Christoffersen (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag 4 utgave.

Karlsen, T og P. Gottschalk (2008) *Prosjektledelse - fra initiering til gevinstrealisering.* Oslo: Universitetsforlaget. 2 utgave.

Kaufmann, G. og Kaufmann, A (2011) *Psykologi i organisasjon og ledelse.* Bergen: Fagbokforlaget 4 utgave.

Kim, D.H (1993) *The link between Individual and organizational learning* Sloan Management Review Full s 37-50.

Knutsen, H (2004) *Samarbeide på ters av organisasjonsgrenser. I: Repstad, Pål (2004). Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget 2 utgave.

Kristoffersen, L. B (2010) *Samspill.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS 2 utgave.

Kristoffersen, L.B (2010) *Yrke.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS 3 utgave.

Kvale, S. og Brikmann S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervjuet* Oslo: Gyldendal akademiske 2 utgave.

Molander, A og L.I Terum (red) (2008) *Profesjonsstudier* Oslo: Universitetsforlaget as 1 utgave

Nygaard, H. A og O.R. Skogen. (2008) *Geriatris som klinisk fag. I: Bondevik, M. og H.A.Nygaard (red). Tverrfaglig geriatris - en innføring.* Bergen: fagbokforlaget 2. utgave

Næss, G. og Helbostad, J.L (2012) *Geriatrisks vurdering og behandling - Tverrfaglig samarbeid.* I: Bondevik, M. og H.A.Nygaard (red). *Tverrfaglig geriatris - en innføring.* Bergen: fagbokforlaget 2. utgave

Levin, M., M. Rolfsen (2004) *Arbeid i team - Læring og utvikling i team.* Bergen: Fagbokforlaget as 2 opplag

Ramsdal, H. og G. V. Hansen (2009) *Administrativ samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer.* Halden: Høgskolen i Østfold, oppdragsrapport

Reeves; Scott et al (2010) *Interprofessional teamwork for health and social care.* Chichester, West Sussex United Kingdom

San Martin-Rodriquez, L., Beaulieu, M-D, D'Amour, D & Ferrada-Videla (2005): *"The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies";* Journal of Interprofessional Care (May 2005) Supplement 1

Slettebø, Å. (2012) *En fenomenologisk inngang til profesjonsetikken. Tillit i praksis - forutsetning eller fortjeneste?* Universitetet i Agder.

Statistisk sentralbyrå (2011) *Spesialisthelsetjenesten* Oslo: Statistisk sentralbyrå

Thorsen, R (2011) *Trygghet*. I: Kristoffersen, N.J., F Nordvedt og E-A Skaug (red)(2011) *Grunnleggende sykepleie 3 pasientfenomenet og livsutfordringer* Oslo: Gyldendal Akademiske 2 utgave.

Tjora, A (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske

Willumsen, E (red) (2009) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget

Internett

Forskningsetiks komite (2012) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. URL: (<http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>) [lest011112]

Helsedialogne - program for samhandling i helsetjenesten (2007) *Ambulant virksomhet* URL: (http://www.helsedialog.no/ambulant_virksomhet/) og (http://www.helsedialog.no/gode_eksempler_pa_samhandling)[lest 20/0212].

Sander, K (2004) Deskriptivt design. Kunnskapsendtert.com URL: (<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2516/1/Deskriptivt-design/Deskriptivt-design.html>) [lest 021111]

Saksdokumenter

Ambulerende team sykehjem (2010) *Informasjonsbrosjyre*

EK dokument (2009a) Arbeidsbeskrivelse for sykepleiere med Ambulerende team vakt - korttidsposten SØF

EK dokument (2009b) Arbeidsbeskrivelse sykepleier 1 med fagansvar Ambulerende team - korttidsposten SØF

EK dokument (2009c) Arbeidsbeskrivelse sykepleier som betjener Ambulerende team telefon - Korttidsposten SØF

EK dokument (2010) Beskrivelse av virksomheten - Ambulerende team - Korttidsposten SØ

Evaluerings/analyse av spørreundersøkelsen i forbindelse med "*Prosjekt samarbeid - kompetanseoverføring mellom sykehus og sykehjem 2005*", utfør av Prosjektsykepleier Maria Blomberg o Brit Maren Skafle

Metodebok (2008) *Bruk ved akutte sykdom ved sykehjemmene.*

Møtereferat (03.05.2011) *Referat fra Ambulerende team 03.05.2011*

Presentasjon til sykehjemmene (2010) "*Hva gjør vi i Ambulerende team?*"

Prosjekt klinisk utvalg ambulante tjenester (2009) en Sluttrapport

Samhandling om ambulante tjenester - *Korttidsposten i sykehuset Østfold og sykehjem i ___ kommune En avtale som gjøres mellom de to.*

Styringsgruppemøte (26.04.2006) *Samarbeidprosjekt - 4 sykehjem i Fredrikstad kommune og SØ.* Saksbehandler. Prosjektleder Anne Johannessen. Sakstype: Orienteringssak.

Årsrapport fra *Ambulerende team - sykehjem (2008)*

Årsrapport fra *Ambulerende team - sykehjem (2010)*

10.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Forespørsel om gjennomføring av intervju



XX. XX.XXXX

Til: _____

Forespørsel om gjennomføring av intervju.

Viser til hyggelig telefonsamtale og sender herved nødvendig informasjon. Jeg er en mastergradstudent ved høgskolen i Østfold avdeling helse og sosialfag. Jeg skriver nå min avsluttende masteroppgave, der tema er rettet mot "ambulerende team sykehjem" og samhandling med sykehjemmene. Mitt ønske er å ferdigstille oppgaven innen 31.12.2012.

Målet med studiet er å se på samarbeidet mellom sykehusets ambulerende team og sykehjemmene i Fredrikstad og Sarpsborg kommune.

Min foreløpige problemstilling er: *Hvordan fungerer ambulerende team sykehjem i samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset?*

Jeg ber med dette om tillatelse til å utføre en del av studiet ved deres institusjon. Jeg ønsker å intervju sykepleiere som jobber ved _____. Deltakelsen fra sykepleierne er frivillig og de har muligheten til å trekke seg fra studiet uten konsekvenser. Jeg kan komme og informere om studiet i forkant, om dette er ønskelig.

Intervjuet vil foregå i en fokusgruppe med 3-4 personer, og jeg vil bruke en medhjelper under intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og anonymisert ved transkripsjon. Selve intervjuet vil ta ca 1.5 time. I tillegg kommer tid i forlengelse av intervjuet til å utdype og oppklare spørsmål. Maksimal tid vil være 2 timer.

Jeg ønsker å gjennomføre intervjuet i august/september 2011. Om det dukker opp spørsmål eller problemstillinger som må avklares, ber jeg om tillatelse til å kontakte sykepleieren på nytt.

Hvis det er mulig ønsker jeg å få navnet på en kontakt person som jeg kan kontakte for å avtale den praktiske gjennomføringen både rund informasjon og selve intervjuet. Om det er noe du lurer på, er jeg å treffe på telefon 944 390 75. eller guro75@fredfiber.net / hgberg@hiof.no. Min veilederer i prosjektet er høgskoledosent Helge Ramsdal ved høgskolen i Østfold avdeling helse og sosialfag. Han kan treffes på telefon 69 30 30 39 eller helge.ramsdal@hiof.no

Med vennlig hilsen

Hanne-Guro Gellein Berg

Vedlegg 2 Samtykker erklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studiet ”samarbeidet mellom ambulerende team og sykehjem” og ønsker å være med på fokusgruppe intervju.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra studiet uten å oppgi grunn.

Jeg er også informert om at intervjuet blir tatt opp på lydbånd og at det vil være en medhjelper tilstede. Medhjelperen har taushetsplikt på lik linje med forskeren. Jeg er informert at alt jeg sier blir anonymisert. Jeg gir tillatelse til at anonymisert skriftlige data kan oppbevares av forskeren og eventuelt kan brukes i en annen studie ved en senere anledning

Dato

Signatur

Vedlegg 3 Intervju guide ambulerende team

Problemstilling

Hvordan fungerer ambulerende team sykehjem i samhandling mellom kommunehelsetjesten og sykehuset?

Tema guide

- Sykepleierens tanker om hvem som inkluderes i det tverrfaglige samarbeidet og hvem som gjør hva.
- Sykepleierens opplevelse av økt kompetanse (kunnskapsfordeling), kunnskap, ferdigheter, økt kvalitet, økt ressursutnyttelse og samarbeid
- Sykepleierens tanke om "rett behandling – til rett tid – og rett sted"
- Sykepleierens rolle i forhold til pasienten i sentrum

Intervju spørsmål

I. Hvem, Kjønn, Alder, Hvor lenge sykepleier? Hvor lenge i ambulerende team? Hva er din rolle i ambulerende team? Hvorfor valgte du å arbeide i det ambulerende teamet? I hvilken grad føler du at forventningen til jobben blir oppfylt? Hvordan oppfatter dere samarbeidet generelt med ambulerende team? Hvilke faktorer kan forklare hvorfor det fungerer bra (f.eks i forhold til noen sykehjem) og mindre bra (i forhold til andre?)

II. Når var dere i kontakt med sykehjem sist? Hva skjedde? Hvordan opplevde dere situasjonen? Hva fungerte/fungerte ikke? Har dere opplevd en annen situasjon der dere synes det var utfordrende? Ville dere gjort noe annerledes i dag? Kan dere beskrive en vellykket situasjon? Hvorfor var denne vellykket?

III. Hva er utfordrende med å jobbe i det ambulerende team? Hvor ofte opplever dere kontakt fra kommunen når dere er på jobb? Opplever dere øket samarbeid mellom kommunen og avdelingene? Føler dere at dere har en viktig rolle her?

IV. Har dere opplevd faglig uenighet med sykepleierne i kommunen? Utdyp? Opplever dere en klar ansvars fordeling mellom nivåene? Kan dere beskrive dette? Føler dere, dere ivaretatt ved sykehjemmene? Får dere tilbakemelding fra sykehjemmene? Hva skjedde? Har dere opplevd situasjon der dere føler det er uforsvarlig? Opplever dere at det er økt kompetanseoverføring til sykehjemmene? Har dere kontakt med pasient eller pårørende?

V. Hvordan er samarbeidet mellom ambulerende team og andre tjenester ved sykehuset? Er det noe som fungerer bra eller mindre bra? Eksempler? Hva

er ambulerende teams rolle/status innad i sykehuset? Hvilke andre etater/grupper samarbeider dere med?

Vedlegg 4 Intervju guide Sykehjemmene

Problemstilling

Hvordan fungerer ambulerende team sykehjem i samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset?

Tema guide

- Sykepleierens tanker om hvem som inkludere i det tverrfaglige samarbeidet og hvem som gjør hva.
- Sykepleierens opplevelse av økt kompetanse, kunnskap, ferdigheter, økt kvalitet, økt resursutnyttelse og samarbeid
- Sykepleierens tanke om "rett behandling – til rett til – og rett sted"
- Sykepleierens rolle om i forhold til pasienten i sentrum

Intervju spørsmål

II. Hvem, Kjønn, Alder, Hvor lenge sykepleier? Hvor lenge ved sykehjemmet? Hva er din rolle ved sykehjemmet? Hvorfor valgte du å arbeide ved sykehjemmet? Hva slags type avdeling jobber dere på? I hvilken grad føler dere at forventingen til jobben blir oppfylt? Hvordan oppfatter dere samarbeidet generelt med sykehuset? Hvilke faktorer kan forklare hvorfor det fungerer bra (f.eks i forhold til noen sykehuset) og mindre bra (i forhold til andre?) hva skal til for at dette skal fungere bedre?

III. Når var dere i kontakt med ambulerende team sist? Hva skjedde? Hvordan opplevde dere situasjonen? Hva fungerte/fungerte ikke? Har dere opplevd en annen situasjon der dere synes var utfordrende? Ville dere gjort noe andreledes i dag? Kan dere beskrive en vellykket situasjon? Hvorfor var denne vellykket? Føler dere at ambulerende team er med på å gjøre arbeidsdagen trygg?

IV. Er det utfordrende å jobbe ved sykehjemmet? Hvor ofte opplever dere kontakt fra sykehuset når dere er på jobb? Opplever dere at det er en økt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten? Føler dere at dere har en rolle her?

VI. Har dere opplevd faglig uenighet med sykepleiene ved ambulerende team? Hva dreier det seg om? Opplever dere en klar ansvar fordeling mellom nivåene? Kan dere beskrive dette? Føler dere, dere hørt? Opplever dere tilbakemelding fra ambulerende team? Hva skjedde? Har dere opplevd situasjon der dere føler det er uforsvarlig? Opplever dere at det er økt kompetanseoverføring? Er ambulerende team synlig for dere?

VII. Hvordan er samarbeidet mellom avdelingene andre sykehjem eventuelt åpen omsorg? Er det noen som er fungerer bra eller mindre bra? Eksempler? Hva er ambulerende team rolle/status innad i sykehuset?

