

MASTEROPPGAVE

Profesjoner og samarbeid i rehabilitering.

Elisabeth Trømborg

30/4-2020

Tverrfaglig samarbeid i helse- og sosial sektoren
Avdeling for Helse og velferd



Innholdsfortegnelse

Sammendrag.	4
Summary.	4
1.0 INNLEDNING.	6
1.1 Samhandlingsreformen trådte i kraft 1 januar i 2012, ``Rett behandling- på rett sted- til rett tid``.	6
1.2 Tema og hensikt.	7
1.3 Praktisk politisk utgangspunkt.	8
1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål.	8
2.0 TEORI.	9
2.1 Hva kan være bestemmende for profesjonelt arbeid og samarbeid?	9
2.1.1 Utdanning.	10
2.3 Organisasjonsteori.	11
2.4 Kulturelle og strukturelle faktorer i en organisasjon.	15
2.5 Profesjoner.	17
2.6 Tverrfaglig samarbeid.	19
2.6.1 Individnivå.	20
2.6.2 Kommunikasjon.	21
2.6.3 Respekt.	23
2.6.4 Tillit og makt.	23
2.7 Oppsummering.	23
3.0 METODE 25	25
3.1 Forskningsdesign.	26
3.2 Kvalitativ metode.	27
3.3 Refleksivitet, hermeneutikk og fenomenologi.	28
3.4 Rekrutteringsprosessen.	29
3.5 Etikk.	30
3.6 Gjennomføring av intervjuene.	30
3.7 Tematisk analyse.	31
3.8 Oppsummering.	33
4.0 ANALYSE OG FUNN. 35	35
4.1. Innledning.	35
4.2 Hvordan er arbeidet organisert?	36

4.2.1 Hierarki.	37
4.2.2 Arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling.	39
4.2.3 Team.	42
4.2.4 Heltid/deltid.	44
4.2.5 Oppsummering.....	45
4.3 Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsoppgaver?	46
4.3.1 Fagområde.....	46
4.4 Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?.....	48
4.4.1 Roller.....	50
4.4.2 Arbeids- og møtekultur og prioriteringer.....	52
4.5 Oppsummering.....	53
5.0 DISKUSJON.	55
5.1 Innledning.	55
5.2 Hovedfunn ut fra forskningsspørsmålene:	56
5.2.1 Hvordan er arbeidet organisert?.....	56
5.2.2 Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?	59
5.2.3 Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?.....	61
5.3 Videre forskning.	65
6.0 KONKLUSJON.....	66
REFERANSER:	68
VEDLEGG.....	71
Vedlegg 1. Meldeskjema.	71
Vedlegg 2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.	73
Vedlegg 3. Intervjuguide.	76

Sammendrag.

Samhandlingsreformen (2012) sier at et helhetlig perspektiv på det samlede tjenestetilbudet er viktig for å gi en god helhetlig tjeneste til mennesker med sammensatte behov. Det er flere ulike profesjoner som skal yte forskjellige tjenester til de som har sammensatte behov.

Hensikten med reformen er å sikre at det er tilgang til gode helse- og omsorgstjenester til mennesker som er i behov av koordinerte tjenester, og skal være lik for alle i de fremtidige helse- og omsorgstjenestene. Reformen vektlegger også at oppgaver som skal utføres av de ulike helse- og omsorgstjenestene, skal deles på en rasjonell og koordinert måte for å nå felles mål. I denne oppgaven har fokuset vært på profesjoner og samarbeid i rehabilitering. Hvordan samarbeidet er organisert, og hvilke utfordringer som ligger i et tverrfaglig samarbeid. Det er innhentet teori og forskningsartikler for å belyse det aktuelle tema. Problemstillingen for oppgaven er: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov. Metoden for undersøkelsen har vært kvalitativ, med intervjuer fra et sykehus og et senter som har tverrfaglige team. Funnene viser at et samarbeid kan være både utfordrende og positivt. Det ser ut til at et hierarki er uunngåelig, men mine intervjupersoner opplever at de arbeider i et hierarki som fungerer så godt at de ikke legger merke til det i arbeidshverdagen. Noe av utfordringen for å få til et samarbeid, er at noen yrkesgrupper ser ut til å ha et større arbeidspress og flere utfordringer enn andre. Noe som vanskeliggjør at disse yrkesgruppene kan være like deltagende på teammøter som de andre.

Nøkkelord:

Profesjoner, team, organisering, samarbeid, rehabilitering.

Summary.

Samhandlingsreformen (2012) underlines that a holistic perspective on the combined efforts to assist patients with multifaceted needs is essential for securing the best offer to such patients. There are several different types of professions involved in different aspects of the treatment of patients with multifaceted needs. The purpose of Samhandlingsreformen is to secure the accessibility of treatment for all patients with need for such a supradivisional response to their condition, and to ensure that this accessibility is sustained in the future.

Samhandlingsreformen also emphasizes that tasks given to the different health service entities is to be distributed in a rational and coordinated manner in order to reach a common goal. In this paper the focus is on the different professions and the cooperation in between them in rehabilitative treatment. Hereunder the organization of such efforts, and which challenges interdisciplinary cooperation faces. Research articles and other theoretical sources have been studied. The research question states: Which challenges face professionals that cooperate to provide holistic health services to people with multifaceted needs. The method for answering this research question has been a qualitative one and has relied on interviews with subjects from a hospital and from a centre that has interdisciplinary teams. The findings indicate that cooperation can be both challenging and fruitful. It seems that the establishing of a hierarchy is inevitable. However, to the experience of the interview subjects this hierarchy is a well-functioning one. Some of the professions seem to have a higher workload than others. This can be challenging as some team members are less participant in team meetings and such.

Key words:

Professions, teams, organisation, cooperation, rehabilitation

1.0 Innledning.

1.1 Samhandlingsreformen trådte i kraft 1 januar i 2012, ``Rett behandling- på rett sted- til rett tid``.

I helse- Norge skjer det endringer som viser at det blir flere mennesker med kroniske og sammensatte sykdomsbilder og stadig flere eldre. Endringene gir utfordringer med å opprettholde et bærekraftig samfunn og videreutvikling av velferdsordningene for fremtiden. Samhandlingsreformen svarer på utfordringer knyttet til at samfunnet vil endres fremover. Reformens hensikt er å sikre at tilgangen til gode helse- og omsorgstjenester for mennesker med behov for koordinerte tjenester skal være lik for alle i de fremtidige helse- og omsorgstjenestene. Det vektlegges også at oppgaver som skal utføres av de ulike helse- og omsorgstjenestene skal deles på en rasjonell og koordinert måte for å nå felles mål (Helse og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13-15).

Et helhetlig perspektiv på det samlede tjenestetilbudet er viktig for å gi en god helhetlig tjeneste til mennesker med ett sammensatt sykdomsbilde. De forskjellige profesjonene yter ulike tjenester, hvordan samarbeidet/samhandlingen og utvekslingen dem imellom er har de minimalt med ansvar for. De tiltakene de gjør innenfor eget fagfelt er det de bedømmes for. Konsekvensen er at pasientene kan oppleve tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige. Samhandlingen profesjonene imellom kan være utfordrende for profesjonene selv, og pasientene kan oppleve det problematisk. Pasienter og deres pårørende må ofte selv koordinere de ulike tjenestene pasienten er i behov av (Helse og omsorgsdepartementet, 2008, s. 22-23).

Har pasienter behov for flere helsetjenester skal det ved yrkesutøvelse være samarbeid og samhandling med annet helsepersonell som er kvalifisert (Helsepersonelloven, 1999 § 4). Det fremkommer i Helse- og omsorgstjenesteloven at samhandling skal sikres, og at tjenestetilbudet skal være tilgjengelig for brukere og pasienter (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011 § 1-1).

1.2 Tema og hensikt.

Tema for oppgaven er samarbeid mellom yrkesgrupper med ulike profesjonsbakgrunn som skal yte helsetjenester til mennesker med sammensatte behov. Målsettingen er å finne ut hvilke stagnasjoner som kan oppstå i et tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner. Jeg spør om hvilke faktorer som kan føre til et godt samarbeid, og hvilke faktorer som kan føre til at samarbeidet fungerer dårlig. Videre vil jeg vite i hvilke situasjoner dette fungerer eller ikke. Utfra min nysgjerrighet omkring disse temaene, har jeg kommet frem til følgende problemstilling: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov? Dette studerer jeg i to rehabiliteringsinstitusjoner, ett sykehus og ett senter.

Bakgrunnen for valg av tema er samhandling/tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner, hvordan det fungerer og er bygget opp har interessert meg i mange år, siden jeg selv har innehatt tre profesjoner i min yrkeskarriere. Mine arbeidsplasser har vært i sykehus, sykehjem, psykiatrisk sykehus, psykiatrisk boenhet, hjemmesykepleien og som selvstendig næringsdrivende/akupunktør. I disse helseforetakene har det vært mange mennesker med kroniske sykdomstilstander og sammensatte behov, mennesker som har hatt behov for kunnskapen til ulike profesjoner for å kunne dekke sine behov. Erfaringene jeg har tilegnet meg så langt på denne yrkesveien innen helse, er at samhandling/tverrfaglig samarbeid både har gode og dårlige sider. Ofte har jeg erfart at profesjonene har lite eller ingen kunnskap om hverandres profesjonskunnskap, oppgaver, mål og myndighet. Jeg har arbeidet med mennesker som har vært avhengig av flere profesjoner for å få dekket sine helsemessige behov. Erfaringsmessig har jeg opplevd at i noen tilfeller kan profesjonene være så langt fra hverandre at de har lite eller ingen kunnskap om hverandres oppgaver, mål eller tanker. Samhandlingsreformen påpeker at profesjoner har minimalt med ansvar for utveksling og samarbeid seg i mellom. De bedømmes ikke for sitt samarbeid med andre profesjoner, bare for de tiltakene de gjør innenfor eget fagfelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 22-23). Hva gjør at det er slik, og hva skal til for å få et tverrfaglig samarbeide mellom profesjoner til å fungere?

I følge Reeves. S., Lewin. S., Espin. S., & Zwarenstein. M. (2010, s. 76) er det flere faktorer som har innvirkning på samhandling/tverrfaglig samarbeid. Et hierarki mellom de ulike profesjonene setter medlemmene i forskjellige relasjoner til hverandre. Et hierarki hvor

medlemmene har ulike roller kan enten skape ubalanse og friksjon, eller er godt samarbeid om de kan forhandle seg til enighet. Faktorer som plass, tid, ritualer, rutiner og forutsigbarhet/uforutsigbarhet har stor innvirkning på samhandlingen/det tverrfaglige samarbeidet. Mange krav og dårlig med tid kan forårsake at det blir for få muligheter og for lite fokus på samhandlingen/det tverrfaglige samarbeidet. Organisatoriske faktorer som økonomiske resurser og tilrettelegging for bruk av tid påvirker også samhandlingen/det tverrfaglige samarbeidet.

Hensikten med dette studiet har vært å få mer kjennskap til det tverrfaglige samarbeidet. Hvordan det fungerer i praksis både med hensyn til relasjonene profesjonene imellom og hvordan de blir styrt av organisasjonen de arbeider i.

1.3 Praktisk politisk utgangspunkt.

I helse- Norge skjer det endringer som viser at det blir stadig flere eldre, og en økende andel av kroniske og sammensatte sykdomsbilder. Endringene fører til utfordringer med å opprettholde et bærekraftig samfunn, samt problemer med videreutvikling av velferdsordningene for fremtiden. Reformens hensikt er å sikre at tilgangen til gode helse- og omsorgstjenester for mennesker med behov for koordinerte tjenester, skal være lik for alle i de fremtidige helse- og omsorgstjenestene. Det vektlegges også at oppgaver som skal utføres av de ulike helse- og omsorgstjenestene, skal deles på en rasjonell og koordinert måte for å nå felles mål (Helse og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13-15). Et helhetlig perspektiv på det samlede tjenestetilbudet er viktig for å gi en god helhetlig tjeneste til mennesker med et sammensatt sykdomsbilde.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål.

Med bakgrunn i dette har jeg valgt følgende problemstilling for min oppgave:

Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

Følgende forskningsspørsmål skal belyse problemstillingen:

1. Hvordan er arbeidet organisert?
2. Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?
3. Hvordan samarbeider de ulike profesjonene

2.0 Teori.

Teori jeg benytter i oppgaven er relevant i forhold til problemstillingen: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov? Jeg vil benytte teori som omtaler prosesser på både systemisk, organisatorisk og individuelt nivå. Kapitlet er viktig for å få en forståelse av hva som kan legge betingelser for profesjoners arbeid og tverrfaglig samarbeid. Jeg benytter tidligere forskning, samt at jeg presenterer og drøfter teorier om samhandling/tverrfagligsamarbeid, profesjoner, organisasjonsteori, teori om strukturelle og kulturelle faktorer i en organisasjon, samt teori om tverrfaglig samarbeid på individnivå og kommunikasjonsteori.

2.1 Hva kan være bestemmende for profesjonelt arbeid og samarbeid?

Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada- Videla (2005, s. 143) viser til systemiske, organisatoriske og mellommenneskelige determinanter for godt samarbeid mellom profesjoner.

På systemisk nivå identifiserer de blant annet disse determinantene:

Behov for endring av regler for å tillate mer fleksibilitet i profesjonsutøvelse og rolleavgrensning.

Utdanning.

Mangel på retningslinjer for regulering av yrkesutøvelsen.

Medisinsk juridiske hensyn som Helsepersonelloven som sier at det er legene som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som har med undersøkelser og behandling av en pasient å gjøre (Helsepersonelloven, 1999 § 4).

Behov for å endre systemiske determinanter som økonomiske bevilgninger, forskrifter for profesjonell praksis eller kompensasjonsordninger for de profesjonelle.

Lovgivere er de eneste som har mandat til å endre bevilgninger og gjennomføre andre typer endringer på dette nivået.

På det organisatoriske nivå identifiserer forfatterne følgende determinanter og faktorer:

Ledelsens kompetanse og hvordan det ledes.

Tilgjengelighet til kvalifiserte ledere (human resource management). Tilgang til strukturelle nivåer, spesielt finansiering.

De identifiserer også determinanter på det mellommenneskelige nivået. Dette er faktorer som virker på mikronivå for å stimulere til samarbeid. Eksempler er at det foreligger en kollegial utvikling, eller praksismanualer som er utarbeidet av de berørte profesjonene som er med i prosjektet. At de deler ferdigheter, kunnskaper og erfaringer, samtidig som det er klare definisjoner av rollene til de profesjonelle som skal samarbeide, for å lette delegasjon og minimere dobbeltarbeid.

2.1.1 Utdanning.

For å kunne bli kjent med andre yrkesgruppers fagområde, vil det være viktig med opplæring i studietiden i form av praksis, eller på arbeidsplassen der det er flere faggrupper som arbeider i tverrfaglige team.

Dette var temaet for et pilotstudium som ble gjennomført i Midt-Norge i 2008. Der en gruppe sykepleierstudenter var i praksis på en rehabiliteringsavdeling hvor de jobbet tverrfaglig med andre profesjoner. De som var i denne praksisen, ble sammenlignet med sykepleierstudenter som hadde vært i en tradisjonell praksis. Furunes & Brataas (2013) skrev en artikkel om dette prosjektet, der data er intervjuer som de gjorde med studentene to år etter endt utdanning. De fant at de som hadde hatt praksis i tverrfaglig samarbeid, savnet den tverrfaglige samarbeidsprosessen. Samtidig ser de viktigheten av et målrettet samarbeide, men at det er vanskelig å få til dette der de jobber nå. De mente at de hadde fått kunnskap, forståelse og erfaring med å jobbe i et tverrfaglig samarbeid, de mente at de hadde blitt kjent med hvordan andre profesjoner tenker og arbeider. De studentene som hadde vært i tradisjonell praksis mente at de ikke hadde lært noe om tverrfaglig samarbeid i praksis. De følte seg også usikre på hvordan andre profesjoner fungerer fordi de ikke hadde nok kunnskap om det.

Slike synspunkter får støtte hos Solvang. (2019, s. 47) som mener at «Tverrprofesjonell praksis må regnes som hovedformen for samarbeid mellom ulike profesjoner. Her arbeider deltagerne tett sammen og diskuterer sammen om hvordan finne frem til felles mål. Deltagerne åpner for innsikt i hverandres kunnskapstyper og åpner for en dialog der de forstår hverandres vurderinger og praksis. Det betyr ikke at de kontrollerer hverandre, men utvikler

en felles forståelse av hva det må arbeides med og hvordan det må gjøres. Det foregår dermed et arbeid der faggruppene lærer om hverandres praksis, men samtidig beholder fagligheten i egen profesjon.»

Også Glouberman & Mintzberg (2001, s. 58-69) som i sin artikkel beskriver en organisering i fire verdener innenfor helseforetak, Community, Control, Cure og Care deler oppfatningen om samarbeid. Community er den politiske ledelsen som har legitimitet og ressurser, og som legger de politiske retningslinjene og føringer i det samfunnet som foretaket er en del av og forholder seg til. Control er den økonomiske og administrative ledelsen i selve foretaket og er pålagt å følge regler lagt av Community. Cure er det medisinfaglige systemet med leger som både arbeider klinisk og administrativt. Care er det pleiefaglige systemet med sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, sosionomer, psykologer og andre som ivaretar pasientenes behov. Innenfor hver av disse fire verdener er det også ledere, spesialiseringer og interessefelt. Det er svært uheldig hvis det er barrierer eller ikke er kommunikasjon mellom disse fire verdener. Spesielt Care og Cure har behov for å arbeide tett og effektivt sammen, for å kunne samarbeide om pasientene og koordinere deres behov. I helseforetak er det noen ganger glidende overganger mellom Cure og Care, som for eksempel når leger delegerer oppgaver til sykepleiere og annet helsepersonell som igjen rapporterer til legene. Derimot ser det ut til at Cure forholder seg til Community i sterkere grad enn de gjør til Control, og det dannes en barriere dem imellom. Det vil være nødvendig å bringe Care og Cure sammen mer effektivt for å koordinere helsetjenester. Samtidig vil det være nødvendig å bryte ned barrierene mellom Care, Cure, Control og Community slik at det blir et bedre samarbeid, og at ressursene i hele systemet kan bli fordelt på en mer effektiv måte. Rodriguez et al., (2005) sin teori har fellestrekk med denne teorien til Glouberman & Mintzberg. Begge viser til lovgivere, den politiske ledelsen som har satt rammer for hvordan helseforetak skal organiseres. Der de medisinfaglige beslutningene tas av leger mens andre profesjoner ivaretar pasientenes behov og utfører arbeid delegert fra legene.

2.3 Organisasjonsteori.

Menneskebehandling organisasjoner er for eksempel sykehus, hjemmesykepleie og skoler. Det er organisasjoner som er rettet mot mennesker for å ivareta helse, livskvalitet og menneskelige behov. Ikke menneskebehandling organisasjoner er for eksempel industri. Menneskebehandling organisasjoner må forholde seg til tre verdsett:

Det er krav om effektivitet og sparsommelighet som er en målrasjonell organisering, hvor man forvalter felleskapets ressurser på en god måte. Og at ressursbruken blir forbeholdt oppgaver som er innenfor det offentlige ansvarsområdet.

Kontroll og innsyn er organisk organisering som handler om demokratiske spilleregler som forutsigbarhet og innsyn i forvaltningen.

Og byråkratisk grundighet som er byråkratisk organisering, hvor intuisjoner fungerer etter sin hensikt selv under vanskelige og ekstreme omstendigheter. Det er også forventninger til at organisasjonene skal fungere fleksibelt, slik at de kan håndtere de moralsk krevende og innfløkte menneskelige problemene. Menneskebeholdende organisasjoner er formasjoner av organisasjoner som må forholde seg til alle tre verdsettene (Vabø & Vabo, 2014, s. 20-22).

En bedrift eller sykehus er det vi ofte i dagligtalen omtaler som organisasjoner. Vi skiller mellom sosiale grupper og organisasjoner når vi ser på hva formålet er med at mennesker er koplet sammen. Vi har en organisasjon når de som deltar i gruppen har oppgaver og mål som er felles og knytter dem sammen. Det skal også eksistere prosedyrer og/eller retningslinjer for å samordne arbeidet til deltagerne for å nå målene. En organisasjon er en egen bevissthet, ikke en enhetlig aktør eller vesen, men organisasjonen har en person som har ansvar for å representere organisasjonen i bestemte situasjoner. Vi kan dermed si at en organisasjon er relasjoner som er opprettet mellom mennesker som har inngått kontrakter, dette gjør at de sammen utgjør et sosialt system. I dette systemet samarbeider de for å kunne oppnå å realisere bestemte mål. I varierende grad vil en organisasjon være avhengig av et samarbeid med andre organisasjoner. Dette for å innhente ressurser som kapital, råvarer og arbeidskraft som virksomheten er avhengig av. Organisasjonen er også avhengig av at det finnes noen som ønsker og har nytte av det organisasjonen produserer. Dette kan være klienter, kunder eller brukere. Disse bør også være villige til å betale, slik at organisasjonen kan innhente inntekter for å opprettholde sin virksomhet. Organisasjoner er i det store og hele opprettet fordi det er en effektiv måte å løse oppgaver på. Oppgaveløsning er kjernen i enhver organisasjon, viktigst er trolig at oppgaven løses med minst mulig bruk av ressurser og på best mulig måte. Organisasjoner ønsker også å realisere kortsiktige og langsiktige mål om hva de ønsker i fremtiden. Organisasjonen er utformet slik at de kan løse oppgaver på den mest effektive måten. Strategier og mål settes ofte inn i skriftlige dokumenter, ulike avdelinger får tildelt sine oppgaver og ansvar for hvem som gjør hva fordeles. Retningslinjer og uformelle regler

om hva som er akseptert i organisasjonen blir også forsøkt etablert. Som for eksempel høflighet (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 17-19).

En nøkkel for å få til et godt samarbeid mellom ulike profesjoner er støtte fra organisasjonen. «New public management» modellen har imidlertid resultert i at maktbalansen har blitt forskjøvet fra profesjonene selv og over til helseforetakene/organisasjonene. For de fleste profesjoner som er en del av en organisasjon, vil støtte fra ledelsen være avgjørende for å få til et godt samarbeid. Slik støtte vil være at profesjonene som skal samarbeide har økonomiske ressurser og tid til å jobbe sammen. I tillegg må de finne ut hvordan de kollektivt kan komme frem til hva som skal til for å dekke pasientenes helhetlige behov. Profesjonene som skal samarbeide, vil identifisere hvordan de samarbeider avhengig av hvilken forbindelse de har til organisasjonen. Er det mangel på, eller en dårlig forbindelse mellom dem som skal samarbeide og organisasjonen, vil det skape en rekke utfordringer. Reeves et al., (2010) opererer med begrepet moderorganisasjon, en moderorganisasjon er en overordnet organisasjon med underliggende organisasjoner, som for eksempel avdelinger. En utfordring kan være om det trengs ytterligere finansiering for å kunne møtes oftere, for eksempel hvis kravene for å kunne gi en helhetlig tjeneste øker i omfang. Problemer kan også oppstå når ulike grupper av profesjoner i en organisasjon må konkurrere med hverandre, for å få finansiering fra begrensede finansieringsmuligheter i moderorganisasjonen. En undersøkelse viste at leger og sykepleiere var bekymret for økt organisatorisk kontroll fra ledelsen angående den kontinuerlige profesjonsutviklingen fremover, med hensyn til å bygge godt samarbeid mellom profesjonene. Som et resultat av denne kontrollen opplevde profesjonene at deres autonomi ble begrenset (Reeves et al., 2010, s. 71).

Vi mennesker er forskjellige. Vi har ulike måter å se verden på, og vi har ulike evner og interesser. På tross av dette jobber mennesker sammen i ulike organisasjoner, og organisasjonene skaper en regularitet og stabilitet i hvordan ansatte jobber. På en måte kan man nesten si at organisasjoner tar bort de individuelle ulikhetene hos de ansatte slik at de jobber som et maskineri. Alle organisasjoner har en struktur som definerer hvordan de ulike arbeidsoppgavene skal koordineres, grupperes, fordeles og hvor beslutningsmyndigheten skal ligge. Denne strukturen bidrar til å definere en profesjons jurisdiksjon, altså sammenhengen mellom profesjonen og dens arbeidsoppgaver (Abbott. 1988 s. 20). En organisasjons struktur skaper to dilemmaer. Det første er spesialisering. De som jobber innenfor et spesielt felt har ofte et ønske om ytterligere spesialisering for å bli enda bedre innenfor sitt felt. Men en

organisasjon med mye spesialisering blir mer fragmentert og oppsplittet. Gevinsten som kan oppnås ved mer spesialisering må vurderes opp mot kostnadene som det økte behovet for koordinering gir. Det andre er fleksibilitet og innovasjon på den ene siden og stabilitet og forutsigbarhet på den andre siden. Det forutsigbare og stabile gir retningslinjer og rutiner, slik at de ansatte blir effektive i jobben med det som skal produseres. Men organisasjonen må starte en endringsprosess hvis ingen lenger ønsker det som produseres. Organisasjoner med mange ulike strategier og oppgaver kan ikke vektlegge stabilitet. Hva som er effektiv og god organisasjonskultur vil være forskjellig fra organisasjon til organisasjon (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 70-72).

I følge Schein (1996) er det i alle organisasjoner tre subkulturer innenfor en organisasjons kultur. Disse tre kaller han for operatørkultur (operator culture), som representerer fotfolket eller de arbeidende i organisasjonen. Ingeniørkultur (engineering culture), som systematiserer hvordan arbeidet skal organiseres, og utøvende kultur (executive culture) som er lederskapet i organisasjonen. Disse tre kulturene forstår ikke hverandre veldig godt, og jobber derfor med formål som krysser hverandre. Innenfor operatørkulturen er det arbeiderne som utfører arbeidet, suksessen til bedriften beror derfor på arbeidernes ferdigheter, læringsevne, kunnskaper og forpliktelser. Den nødvendige ferdigheten og kunnskapen er lokal og basert på organisasjonens kjerneteknologi, det spiller ingen rolle hvor nøyaktig produksjonsprosessen er eller hvor nøyaktig rutiner og regler er spesifisert. De som utfører, arbeiderne, må ha kapasitet og mulighet for å lære og håndtere overraskelser og usikkerhet. Arbeiderne må kunne arbeide som kollektive team hvor åpenhet, kommunikasjon, gjensidig tillit og forpliktelse er viktig. Knyttet til Glouberman og Mintzberg (2001) kan dette sammenlignes med både Cure og Care. I sykehuset er det leger og sykepleiere, samt andre som tilhører de medisinske yrkesgruppene. De må forholde seg til hverandre på det relasjonelle nivået og blant annet vise vilje til kommunikasjon og deling av kunnskap (Rodriguez et al., 2005).

Innenfor ingeniørkulturen er ingeniørene optimistiske i forkant og tror at de skal og kan være herrer over naturen. De spesifiserer organisasjonens teknologi, altså arbeidsredskapene, og er pragmatiske perfeksjonister som foretrekker løsninger der den ideelle verden er elegante prosesser og maskiner som arbeider med perfekt harmoni og presisjon, uten menneskelig innblanding. Ingeniørene er sikkerhetsorienterte og de foretrekker også enkle lineære årsak-virknings forklaringer samt kvantitativ tenkning. Dette kan ses på som Cure ifølge Glouberman og Mintzbergs (2001) terminologi. I det medisinske hierarkiet er det legen som

diagnostiserer og bestemmer hvilken behandling pasientene skal få. De legger dermed sterke føringer for hvordan arbeidsoperasjoner kan gjennomføres og hva som blir de andre yrkesgruppens arbeidsoppgaver, altså deres jurisdiksjoner (Abbott. 1988).

Innenfor den utøvende kulturen er det et finansielt fokus om å vokse, overleve og sørge for gevinst til samfunnet. Det økonomiske miljøet er konkurransedrevet og potensielt fiendtlig, dette gjør at det er isolert og alene. Samtidig som de viser seg som allvitende med total kontroll og føler seg uunnværlige. Organisasjoner og styrever er hierarkiske, hierarki har mål på suksess og status som betyr å opprettholde kontroll. Organisasjonen må være et team, men ansvarlighet må være individuell. Å være villig til å eksperimentere og ta risikoer strekker seg bare til faktorer som tillater at alt er under kontroll. Dette kan ses i sammenheng med Glouberman og Mintzbergs (2001) begreper om Control og Community. Den utøvende kulturen skal forholde seg til eksterne aktører, først og fremst styret, men også politisk nivå som setter reglene for hva de kan gjøre. Dermed kan det også ses i sammenheng med det Rodrigues et al., (2005) sier om systemiske determinanter.

Schein (1966) mener videre at fordi organisasjoner er store blir de upersonlige og abstrakte, derfor er det nødvendig med rutiner, ritualer og regler. Verdiene av forhold og samfunn blir borte når det foreligger et hierarki. Den ideelle verden er hvis organisasjonen utføres lik en velsmurt maskin, som bare trenger sporadiske reparasjoner og vedlikehold. Justeringer mellom de tre kulturene handler ikke om hvem som har det rette utsiktspunktet. Det handler om å skape gjensidig forståelse og utvikle løsninger som blir forstått og implementert. Organisasjoner vil ikke kunne lære før de forstår og konfronterer implikasjonen av de tre yrkeskulturene, og det må finnes veier for å kommunisere på tvers av de kulturelle grensene. Dette kan gjennomføres ved å etablere kommunikasjon som stimulerer mer til gjensidig forståelse enn til gjensidig skyldfordeling.

2.4 Kulturelle og strukturelle faktorer i en organisasjon.

I en organisasjon er de strukturelle faktorene viktige for å få til et godt samarbeid. Det handler derfor om hvordan arbeidet og samarbeidet er strukturert. Organisasjoner kan være hierarkisk strukturert. Det vil si at samarbeid foregår vertikalt mellom ulike nivåer i organisasjonen. Organisasjoner kan også være horisontalt strukturert, det vil si flatere og mer likeverdig og samarbeidet foregår på tvers på ett nivå i organisasjonen. Et hierarki vil si at de som er overordnet i organisasjonen har en formell myndighet til å gi ordre til de som innehar lavere

stillinger (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 78-81). For at samarbeid skal bli vellykket vil det kreves at det blir et skifte fra en hierarkisk struktur til en mer horisontal struktur. Hierarkiske strukturer vil antagelig ikke lette fremveksten av viktige faktorer for et godt samarbeid. Slike kan være en åpen og direkte kommunikasjon og delte beslutninger. Fleksible og desentraliserte strukturer vil derimot understreke viktigheten av samarbeid, og støtte felles beslutninger som vil være til gode for samarbeid i praksis (Rodriguez et al., 2005, s. 138).

Det kulturelle perspektivet viser hvordan organisasjoner egentlig fungerer. I et kulturelt perspektiv ser vi nærmere på hvordan mennesker kan utvikle felles mønstre av holdninger og meninger, som gjør at de får bestemte måter å handle på. Man kan si at om det er en sterk organisasjonskultur, vil den kunne samle de ansatte til en opplevelse av felleskap og tilhørighet. Kulturen i en organisasjon har blitt betraktet som et strategisk fortrinn, den vil kunne bidra til at organisasjonen kan hevde seg i en konkurranse som stadig blir sterkere. Det later til at det er fem generelle effekter som organisasjonskultur kan ha på adferd:

1. Felleskap og tilhørighet. Et grunnlag som organisasjonskultur kan gi er sosialt felleskap, der den enkelte kan få en følelse av tilhørighet, som er en viktig del av det grunnleggende sosiale behovet hos mennesker. Det vil kunne redusere utrygghet og usikkerhet å være en del av en gruppe. Felleskap vil også kunne skape trivsel, og kulturen vil også definere den enkeltes identitet. Det vil kunne skapes en lojalitet til organisasjonen som vil kunne gi seg utslag i mer stabilitet i arbeidsforholdet og mindre fravær fra jobb.

2. Motivasjon. En opplevelse av sosialt felleskap og identitet kan virke både angstreduserende og motiverende for den enkelte. Det vil også gi motivasjon til å yte når den enkelte får en opplevelse av å jobbe for en større helhet og større mål.

3. Tillit. Er kulturen sterk vil det kunne gi større tillit mellom ledelsen og de ansatte, og mellom de ulike enhetene og de ansatte. Det vil gi et mindre behov for å overvåke og kontrollere hverandre. Tillit kan fungere som et substitutt for informasjon og administrativ kontroll. Tillit er viktig, og det vil være viktig å finne hva som er forutsetningene for å skape tillit. Hva som vil kreves for at det arbeidet som utføres i organisasjonen kan baseres på tillit.

4. Koordinering og samarbeid. Tilhørighet, felleskap og tillit er faktorer som organisasjonskulturen vil skape i en organisasjon. Kulturen medvirker til at samarbeidet

mellom grupper, mennesker og hierarkiske nivåer blir lettere. Man ønsker å jobbe for fellesskapet istedenfor egeninteresser, man føler seg gjensidig avhengig av hverandre og stoler på hverandre. Koordinering av aktiviteter vil bli enklere fordi de ansatte ønsker å samarbeide.

5. Styring. Er det tillit mellom ledere og de ansatte vil organisasjonen kunne være en mer effektiv organisasjon enn der det brukes tradisjonelle byråkratisk-administrative styringsmidler (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 126-128).

2.5 Profesjoner.

I samfunn og yrkesliv bruker vi uttrykket profesjoner om ulike yrker, men det er et omstridt begrep. Hva som avgjør hva profesjonalitet er finnes det uenigheter om, men flere yrker har fått en status som profesjonelle. Når en yrkesgruppe har en bestemt måte å utføre oppgaver på og en spesiell kvalitet, bruker vi i det store og hele uttrykket profesjonell (Molander & Terum. 2008, s. 17-18). Døvig, Elstad & Storvik (2016, s 34-37) henviser til Molander & Terum som mener at yrkesgrupper i større eller mindre skala kan sies å være profesjonaliserte, knyttet til i hvilken skala som viser de ulike kjennetegnene for profesjonen. De definerer også profesjons jurisdiksjon som den skjermende posisjonen profesjonen har på arbeidsmarkedet. Det har de oppnådd ut fra tillit til yrkesgruppens kompetanse og tillit til at de vil ivareta oppgaven på best mulig måte (Døvig et al., 2016, s. 35).

I følge Abbott (1988) vil kjennetegnene en profesjon har definere deres subjektive preg (tankesett, organisasjonskultur, og så videre). En profesjons subjektive preg omfatter visse slutningsmønstre som gir et særpreg på løsningene de velger på de problemene de jobber med. Videre eksisterer profesjoner i et konkurranseutsatt og interaktivt system som kan bli utsatt for påvirkning fra utsiden. Utenforstående krefter påvirker hver enkel profesjon og deres subjektivitet, noe som kan medføre at det skapes endringer i profesjoners jurisdiksjon. Skapes det tomrom kan flere andre yrkesgrupper være interessert i å fylle dem. Noen kan da være heldige på bekostning av andre.

Hensikten med profesjonaliseringen var å sikre eierskap til spesielle fag og handlinger, samt arenaer for kunnskap og ekspertise. Dette for å effektivt sikre yrkesgrupper en viss status og økonomi. Ett annen viktig trekk er at lisensieringen av praksisen ofte blir gjennomført av

staten. Uten innvilgelse av en lisens ville profesjonen ikke kunne ha monopol på sin praksis og oppnå suverenitet på sitt fagfelt. Medisinen fikk den dominerende posisjonen i den hierarkiske profesjonaliseringsprosessen, og de kunne basere sin gevinst i det (Reeves et al., 2010, s. 86-87).

Profesjoner har en tendens til å handle på en slik måte at deres egne interesser blir beskyttet, slik at de kan få status og makt og begrense andre (Almeida. 2016 s. 448).

Både Almeida (2016) og Abbott (1988) beskriver at enkelte profesjoner lever i et konkurransepreget system som i noen tilfeller kan forstyrres og justeres av eksterne krefter, men profesjonene har en forpliktelse når det gjelder å definere sin struktur, sine verdier og mål. Som nevnt tidligere i dette kapittelet har også Rodriguez et. al., (2005, s. 143) identifisert determinanter på det systemiske nivå. Der skriver de blant annet at medisinsk juridiske hensyn kan være til hinder for et godt samarbeid mellom profesjoner, og at mangel på retningslinjer for regulering av yrkesutøvelse kan være et hinder for godt samarbeid.

Hall (2005) skriver i sin artikkel at helsepersonell/profesjoner er siloorganiserte. De forskjellige profesjonene innen helse har sin egen kultur som inkluderer adferd, skikker, holdninger, tro og verdier. Profesjonelle kulturer utviklet seg som de ulike yrkene utviklet seg, og gjenspeiler historiske faktorer samt sosial klasse og kjønn. Opplæring og sosialiseringsprosesser av helsepersonell styrker de felles problemløsende tilnærmingene, verdiene og språket/sjargongen i hvert yrke. Økende spesialisering har ført til at profesjonene knyttes enda sterkere til sin faggruppe. Profesjonelle kulturer bidrar til de utfordringene vi ser med tverrfaglig samarbeid.

Determinanter på det systemiske og organisatoriske nivå, viser at ulike profesjoner har utviklet seg innenfra egne og samfunnets historiske krefter og løpende sosiologiske prosesser. I pasientomsorgen har hvert yrke kjempet for å definere sin identitet, praksis, verdier og rolle. Dette har ført til at helsepersonell jobber i sin silo for å sikre at gruppens fagfolk har felles verdier, erfaringer, språk og tilnærming til problemløsning. Hver profesjonell retning vil bruke metoder som passer best til egen faglig retning, noe som styrker siloens grenser mot omverdenen ytterligere.

De profesjonelles verdier kan skape kommunikasjonsbarrierer mellom yrkene. Siden verdier er internalisert og i stor grad utalte, kan de skape viktige hindringer som faktisk kan være

usynlige for ulike teammedlemmer som skal samarbeide et problem. For å få en løsning må de faglige verdiene være tydelige for alle involverte. For å utvikle samarbeidskompetanse som kan endre grensene til profesjonelle siloer, trenger profesjonene muligheter til å tilbringe tid sammen for å lære å samarbeide på en meningsfull måte. Som det ble vist til over, kan det på systemnivå derfor tilrettelegges for tverrfaglighet i utdanningen (Rodriguez et al., 2005; Furunes & Brataas. 2013).

Utrykket profesjonell blir altså brukt når en yrkesgruppe har en fast måte å utføre oppgaver på, og når oppgavene har en spesiell kvalitet (Molander & Ternum. 2008, s. 17-18). Reeves et al., (2010, s. 39) skriver at utførelse, koordinering og organisering av tjenester krever at profesjonelle regelmessig kommer sammen, deler informasjon og kommer frem til en avgjørelse om hvordan arbeidet skal utføres (egen oversettelse). « We view interprofessional teamwork as an activity wich is baste on a number of key dimensjons. These include: clear team goals: a shared team identity: shared team commitment: role clarity: Independence: and integration between team members». (Sitert i Reeves et al., 2010, s. 10). I en organisasjon med flere spesialiseringer, eller som arbeider tverrfaglig, er aktørene gjensidig avhengig av hverandre for å få til en helhet som dekker pasientens komplekse omsorgsbehov (Repstad. 2012, s. 76). Som vist til over er profesjoner ofte siloorganisert og de har en tendens til å handle på en måte som beskytter deres interesser, dette for å beskytte sin jurisdiksjon, begrense andre eller få status og makt (Abbott. 1988; Almeida. 2016, s. 448).

2.6 Tverrfaglig samarbeid.

Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 126-127) er tverrfaglig samarbeid avhengig av at både organiseringen og de relasjonelle forholdene mellom profesjoner fungerer. Hall (2005) peker på at profesjoner er siloorganiserte, og Abbott (1988) og Almeida (2016) skriver at profesjoner innehar en forpliktelse til å definere sine mål, strukturer og verdier. Enkelte profesjoner eksisterer også i et konkurransebasert system, som i noen tilfeller vil påvirke det tverrfaglige samarbeidet. Rodriguez et al., (2005, s. 138) ser på de organisatoriske og de relasjonelle determinantene. De påpeker at et vellykket samarbeid er avhengig av at strukturen ikke er hierarkisk. De påpeker videre at det er en åpen og direkte kommunikasjon og en fleksibel struktur der hvor samarbeid er sentralt, og at det er støtte for felles beslutninger.

Samhandling eller tverrfaglig samarbeid baseres på flere nøkkeldimensjoner. Eksempler er felles forpliktelser, felles mål, klare roller og at alle som er med integreres (Reeves et al., 2010, s. 10). Samtidig er samarbeid komplekst med mange forskjellige tilnærminger, det finnes derfor ikke én mal for samarbeid (Reeves et al., 2010, s. 106). Å løse oppgaver kan være mer effektivt om det faktisk samarbeides om dem, også ut fra økonomiske hensyn. Dessuten vil det være lettere for brukerne av tjenester å forholde seg til profesjonene om de er samordnet (Repstad. 2012, s. 11). Koordinering, organisering og utførelse av tjenestene vil kreve at profesjonelle kommer sammen regelmessig, og deler informasjon for å komme frem til en samlet avgjørelse, knyttet til de oppgavene de skal samarbeide om (Reeves et al., 2010, s. 39). Tverrfaglig samarbeid, eller en organisasjon som har flere ulike spesialiseringer, vil profesjoner og spesialiseringer være gjensidig avhengig av hverandre, for å skape den helheten som må til for å dekke behovet til pasienter med komplekse omsorgsbehov (Repstad, 2012, s. 76).

Rodriguez et al., (2005, s 138) ser på både relasjonelle og organisatoriske determinanter når de skriver om tverrfaglig samarbeid. Skal samarbeidet bli vellykket kreves det en struktur som er horisontal og ikke hierarkisk. Det vil si en fleksibel struktur med en direkte og åpen kommunikasjon, der det sentrale er viktigheten av samarbeid og felles beslutninger. En grunnleggende faktor for å få til et godt tverrfaglig samarbeid vil være at profesjonene blir likestilt med hverandre. Det kan slå negativt ut hvis profesjonene har forskjellige verdier og perspektiver. Forståelse for andre profesjoners perspektiver vil være nødvendig. Mangel på kunnskap om andre profesjoners oppgaver og yrkesarena kan være et hinder for godt samarbeid. Et faglig mangfold i utdanningssystemet til de forskjellige profesjonene kan være nødvendig for å forstå perspektivet til dem man skal samarbeide med (Rodriguez et al., 2005, s. 137).

2.6.1 Individnivå.

For at man skal få til et godt samarbeid er det viktige determinanter som vilje til samarbeid, kommunikasjon, respekt, tillit og makt som må til.

En nøkkel for å få til et samarbeid mellom ulike profesjoner som i felleskap skal yte tjenester til mennesker med sammensatte behov, er deres vilje til samarbeid. Utdannelse, erfaringer og modenhet er også faktorer som har stor betydning for et samarbeid mellom de ulike

profesjonene. En organisasjon bringer sammen ulike profesjoner med den kompetansen, dømmekraften og erfaringen hver enkelt profesjon har for å kunne tilpasse til en helhetlig tjeneste. Hvordan den enkelte profesjonsutøver ønsker, klarer og har vilje til å samarbeide, hvilke forventninger den enkelte har, samt hvordan mål og delmål analyseres og fordeles mellom samarbeidspartene er av betydning (Rodrigues et al., 2005 s. 132). Et samarbeid mellom profesjoner er altså avhengig av både organisering og hvordan det relasjonelle forholdet er dem imellom. Om de ulike profesjonene klarer å samle seg om ett felles mål vil det skape motivasjon for å yte. Den enkelte profesjon vil kunne føle at de er med på å jobbe mot ett større mål, som kan gi en motiverende effekt for å samarbeide (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 126-127).

2.6.2 Kommunikasjon.

Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess hvor mennesker i organisasjonen forandrer og opprettholder organisasjonen, ved å kommunisere med enkeltindivider og grupper, både eksternt og internt. Det oppstår en kommunikasjonsprosess når personer og grupper utveksler eller sender informasjon der fokuset er overføring av informasjon, men også overføring av følelser, holdninger og ideer fra en gruppe eller person til en annen. For å bestemme hva som egentlig menes med det som blir sagt må man tolke det ikke verbale språket. Mye kommunikasjon er ikke verbal, derfor er slik som stemmebruk, kroppsspråk og andre ikke verbale signaler viktige. Når det kommuniseres spiller både holdninger, assosiasjoner, følelser, informasjon og ideer inn. Dette vil påvirke hvordan det som sies tolkes og oppfattes av de som kommuniserer. Kommunikasjonsprosessen er en bestemt rekkefølge av handlinger der informasjon blir overført fra sender til mottaker. I alle kommunikasjonsprosesser må det identifiseres hvordan den enkelte fungerer som sender eller mottaker, og hvem som kommuniserer med hvem. Det veksles mellom å motta og å gi informasjon, og en person vil over tid få sine egne oppfatninger, og gjøre et forsøk på å påvirke oppfatningene til personen/personene som det kommuniseres med. Dette har betydning for hvordan den enkelte som deltar i en kommunikasjonsprosess kan påvirke meningsdannelsen i en organisasjon. Det er fire viktige elementer i en kommunikasjonsprosess:

1. Den som sender må kode informasjonen som sendes ut.
2. For å overføre meldingen må sender velge kanal. Muntlig eller skriftlig, uformelle eller formelle kanaler osv.

3. For å kunne danne et bilde av hva sender forsøker å formidle må mottaker dekode informasjonen.

4. Mottaker må gi en tilbakemelding på informasjonen som ble mottatt. I kommunikasjonen foregår det en dynamisk prosess, hvor forholdet mellom sender og mottaker hele tiden er i endring. Idet mottaker av informasjonen melder tilbake til sender hva mottakeren føler, mener eller tenker, endrer kommunikasjonen karakter fra å være en enveiskommunikasjon til å bli toveis. Toveiskommunikasjon er en dynamisk prosess som vil utvikle seg over tid. Mottaker kan overraske sender, ved at mottaker kan tillegge mer innhold og mening i informasjonen enn hva som var senders intensjon, og dermed reagere på en måte som gir følelsesmessige dimensjoner (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 280-282).

Kommunikasjon spiller en sentral rolle for å få til et godt samarbeid. Uten en god kommunikasjon vil det være vanskelig å vite og forstå hvordan samarbeidspartnerne tenker, og hvorfor de handler som de gjør. I det øyeblikket man oppnår at mottakeren av en informasjon oppfatter informasjonen slik den som gir fra seg informasjonen hadde tenkt, er det en effektiv kommunikasjon. Skal de få en felles forståelse, må senderen av informasjonen ha en evne til å kunne sette seg inn i situasjonen til mottakeren. Problemer kan oppstå når ulike profesjoner kommuniserer, fordi de har ulik fagsjargong og dermed snakker ulike språk. Ord og uttrykk kan være mer enn hva en ville si eller være noe annet enn det en ville si. Verbale og kroppslige uttrykk når man kommuniserer med andre ansikt til ansikt kommer også frem, ved å vise følelser og holdninger som man ikke har kontroll over. Oppstår det usikkerhet om hva som formidles, vil det kunne oppstå usikkerhet om oppgavene det skal samarbeides om er forstått. Et tett samarbeid er viktig om det er kulturforskjeller i gruppen som skal samarbeide. Man vil lettere kunne tilpasse seg hverandre hvis kommunikasjonen fungerer tilfredsstillende, slik at informasjon om hva den enkelte gjør eller har gjort, kommer tydelig frem (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 282-301). Gode og effektive kommunikasjonsferdigheter hos de som skal samarbeide er viktige faktorer for å få til et godt samarbeid. Det er nødvendig med aktiv kommunikasjon, der de lytter og forhandler med hverandre, og der tillit og respekt er faktorer som må til for å få til kommunikasjonen (Rodrigues et al., 2005, s. 141).

2.6.3 Respekt.

Det oppnås en gjensidig respekt for hverandre når den enkelte har kjennskap til, kunnskap om de andres profesjoner og erkjenner de andre og den uavhengigheten de har. Det kan hindre et godt samarbeid om bidragene fra de ulike profesjoner ikke anerkjennes, eller får forståelse fra gruppen (Rodriguez et al., 2005).

2.6.4 Tillit og makt.

Man kan si at en person eller en gruppe har makt om den/de er i stand til å påvirke andre. Det kan bli maktutøvelse om de som skal samarbeide er uenige om hva som skal utføres. Er det en eller flere som påvirker andre for å fremme sitt syn, vil det være noen som blir utsatt for maktbruk og noen som utøver den. Når noe skal gjennomføres, og det er flere som skal bidra kan makt fremkomme (Jakobsen & Thorsvik, 2013, s. 166-167).

Når det skal skapes et samarbeid er tillit uunnværlig. For å bygge tillit vil det være krav til vilje, tålmodighet, positive erfaringer og tid. Det skal skapes selvtillit og tillit til andre, og det vil være et behov for kompetanse, erfaringer, ferdigheter og kunnskap. For å kunne utvikle et samarbeid i praksis, vil det innebære forhandlinger mellom dem som skal samarbeide (Rodriguez et al., 2005, s. 132-141).

2.7 Oppsummering.

Det kommer tydelig frem i teorien at systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorer spiller viktige roller for samhandling mellom ulike profesjoner. Om de relasjonelle faktorene ikke er gode, vil ikke samhandlingen fungere optimalt uten støtte fra organisasjonen og systemiske faktorer. Er organisasjonen strukturert på en slik måte at den yter ressurser og stiller dem til rådighet for samhandling, vil dårlige relasjonelle forhold i samhandlingen kunne vanskeliggjøre samarbeidet. I et hierarki er det noen som har makt til å ta avgjørelser, mens andre utfører, dette er ikke samhandling. Med bakgrunn i den teorien jeg har presentert, er jeg nysgjerrig på og vil gå videre for å se på determinanter fra de organisatoriske og relasjonelle faktorene i samhandling. Jeg har kommet frem til disse forskningsspørsmålene:

1. Hvordan er arbeidet organisert?
2. Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?

3. Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?

Dette vil jeg behandle i analyse og diskusjonskapitlene. Neste kapittel handler om metode, datainnsamling og analyse, samt teknikker for koding av transkriberte intervjuer. Hvilken metode som er brukt for å finne frem til svar på forskningsspørsmålene. Og interessante temaer som er relevante for problemstillingen. Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

3.0 Metode

Tema for oppgaven er samarbeid mellom yrkesgrupper med ulike profesjonsbakgrunn, som skal yte helsetjenester til mennesker med sammensatte behov. Problemstillingen er: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

I en samfunnsvitenskapelig metode handler det om hva man gjør for å få frem informasjon om den sosiale virkeligheten. Det kalles empiri og er utsagn om virkeligheten som ikke er synsing, men har sitt grunnlag i erfaring. Når virkeligheten er observert og registrert er virkeligheten blitt til data. Data er representasjoner av virkeligheten, fordi det ikke er mulig å registrere alt siden virkeligheten er omfattende og kompleks. Metodelæren omhandler at forskeren må stille strenge krav til dataene før det skal trekkes en konklusjon. Forskeren bruker en metode for muliggjøre og sannsynliggjøre at antagelsene forskeren har er riktige (Johannessen et al., 2016, s. 25-32).

Man kan dele metode i tre, metodologi, metode og teknikk. Metodologi handler om å finne forbindelser mellom empiri og teori for å knytte sammen vitenskapelig metode og gyldighet. Metode er et begrep som brukes for å dekke prosedyrer og fremgangsmåter som blir benyttet i forskning for å samle inn datamaterialet. Det dekker innsamling av informasjon og bearbeiding av informasjonen. Teknikken er de metodiske hjelpemidlene som benyttes. Ved observasjoner kan man for eksempel ta i bruk videokamera, og man kan ta i bruk lydopptak ved intervjuer (Thornquist, 2018, s. 18-19). I analysefasen kan teknikker være ulike statistiske mål eller dataprogrammer som kan benyttes for å analysere kvalitative data. For å få kunnskap om virkeligheten i den store og lille verden må vi gå metodisk til verks.

Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan man skal finne informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan informasjonen analyseres, og hva informasjonen forteller om prosesser og samfunnsmessige forhold (Johannesen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. 2016, s. 25). Designet på forskningen kan være kvalitativ eller kvantitativ. Kvalitativ forskning brukes når man vil gå i dybden i noe, for å forsøke å forstå den sosiale virkeligheten. Kvantitativ forskning brukes når man vil skape en oversiktlig kunnskap for å undersøke et mangfold. Kvalitativ og kvantitativ forskning kan kombineres (Brottveit, 2018, s. 65-68).

3.1 Forskningsdesign.

En detaljert, overordnet plan som viser hvordan man skal gjennomføre et forskningsprosjekt kalles forskningsdesign (Brottveit, 2018, s. 62).

I mitt design har jeg valgt å bruke kvalitativ metode. I en kvalitativ metode går man i dybden innenfor et felt i et forsøk på å forstå den sosiale virkeligheten. Det finnes flere kvalitative metoder, for eksempel dokumentstudium som er et materiale som er overlevert fra en tidligere situasjon og ikke generert av forskerens egeninnsats. Et dokument gir informasjon om en sak, er nedtegnet på et sted og til et tidspunkt, og ofte med tanke på utvalgte lesere. Det sier noe om forfatterens virkelighetsforståelse, fakta beskrivelser og meninger som forfatterne ønsker å få frem. Dokumenter kan være av privat karakter som brev, dagbøker og fotografier. Det kan også være offentlige dokumenter som årsmeldinger og stortingsmeldinger. En annen metode er observasjon hvor man studerer mennesker og hva mennesker gjør, man får informasjon om en situasjon, både med forskerens tolkning som er tilstede og det som direkte observeres. Når man observerer bruker man alle sanser, lukter, smaker, hører, berører, føler og ser. Den tredje metoden er intervjuer som egner seg når forskeren ønsker å gi informantene en større frihet til å uttrykke seg, en større frihet enn det et spørreskjema tillater (Johannesen et al., 2016, s. 99-145). Oftest er intervjuene som en samtale mellom forskeren og informantene og det er en nærhet til informantene. Målet er å få frem en detaljrik kunnskap om enkeltindivider eller grupper, slik at det kan identifiseres hvordan informantenes handlinger og utsagn gir mening, og hvorfor de handler og tenker slik de gjør. Det kvalitative materialet vil gi forskeren en mulighet til å gjengi informantenes fortellinger så korrekt og ordrett som det lar seg gjøre, samt å vurdere om undersøkelsen kan ha en relevans og verdi for beslektede fagfelt og andre fagfelt (Brottveit, 2018, s. 65-68). Ved bruk av kvantitativ metode er det avstand mellom forskeren og informantene fordi det ofte tas i bruk elektroniske spørreundersøkelser eller statistikk. Kvantitativ metode inneholder data som gir et grunnlag for sammenlignbare analyser og statistisk generalisering, såkalte harde data som handler om å analysere og tolke statistisk materiale eller kvantifiserbare resultater (Brottveit, 2018, s. 68-71).

Man kan starte en undersøkelse uten å ha et teoretisk utgangspunkt. Forskerens forståelseshorisont påvirker hva forskeren observerer og hvordan observasjonene tolkes og vektlegges. Det er sjelden en forsker begynner en undersøkelse uten oppfatninger av det som

undersøkes og hvilke resultater man forventer av undersøkelsen. Tilnærmingen kalles induktiv (å føre inn) og går fra empiri til teori. Man samler inn data først for å kunne se mønstre som igjen kan overføres til generelle begreper og/eller teori. Det er også mulig å gå fra teori til empiri, som er en deduktiv (å utlede, å slutte) tilnærming. Da brukes det generelle påstander og teori som testes ut via empiriske data (Johannessen et al., 2016, s. 35-47).

3.2 Kvalitativ metode.

Kvalitativ metode er valgt i denne oppgaven fremfor en kvantitativ metode, dette fordi kvantitativ metode gir en oversiktskunnskap, men går ikke i dybden. Det er gjennomført intervjuer for å fremskaffe en detaljrik informasjon om de fenomenene jeg er interessert i. Det er interessant å innhente informasjon og data om hvordan de enkelte profesjonene, de som samarbeider, opplever og erfarer hverdagen med tverrfaglige samarbeidet. Jeg er også interessert i hvordan de opplever samarbeidet, ledelsen og den organisasjonen de arbeider i. Måten de er organisert på kan også ha betydning for hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerer og er inkludert i min intervjuguide (Brottveit, 2018, s. 65-73).

Jeg har valgt å bruke en deduktiv tilnærming. Jeg har samlet inn teori og tidligere forskningsmateriale om blant annet samarbeid, organisering, kommunikasjon og kulturelle perspektiv, for å kunne sammenligne mine resultater med hva andre har sagt om temaet/fenomenet (Johannessen et al., 2016, s. 47).

Jeg har utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden er en liste over spørsmål og temaer som jeg ønsker å gjennomgå under intervjuene av intervjupersonene. Basert i tidligere forskning og teori har jeg laget spørsmål og underspørsmål for å kunne utdype tema. Spørsmålene har vært av slik karakter at de har oppmuntret intervjupersonene til å komme med utdypende informasjon (Johannessen et al., 2016, s. 149). Brottveit (2018, s. 90) sier at intervjuguiden kan ha ulik utforming. Den må tilpasses tema og hvilken type kunnskap man ønsker å innhente. Intervjuet er som en samtale. Jeg har gjennomført en til en intervju fordi jeg ønsket å gå i dybden på hvordan informantene oppfatter, erfarer og forstår det tverrfaglige samarbeidet i hverdagen. Jeg er videre interessert i hvilke erfaringer de har, refleksjoner og personlige holdninger knyttet til samarbeidet mellom de ulike profesjonsgruppene. Gruppe- eller fokusgruppeintervjuer er en metode som kan være effektiv i datainnsamlingsprosessen fordi man kan snakke med mange samtidig, og kunnskap ulike personer besitter kan settes i spill i diskusjoner mellom deltakerne. Jeg har allikevel valgt å benytte enkeltintervjuer, fordi

det kan være vanskelig for intervjupersonene å beskrive det som føles negativt ved et gruppeintervju (Johannessen et al., 2016, s. 146). Under intervjuene er det brukt en halvstrukturert guide fordi jeg som forsker og intervjupersonene, skulle kunne være friere under intervjuene. I det halvstrukturerte intervjuet er det også mulig å stille oppfølgingsspørsmål som ikke er planlagt. Man kan endre rekkefølgen i spørsmålsstillingen og måten spørsmålene blir formulert på. Selv om alle spørsmålene fra intervjuguiden har blitt stilt til alle intervjupersonene, har intervjuene variert fra person til person. Det er brukt dybdeintervju, det vil si at det er åpne spørsmål og svarkategorier, slik at intervjupersoner har formet sine svar med egne begreper og ord. Intervjuet har dermed fått preg av en samtale (Brottveit 2018, s. 92- 89).

3.3 Refleksivitet, hermeneutikk og fenomenologi.

Refleksivitet er en teknikk jeg som forsker har brukt for å bevisstgjøre min egen rolle som et forskningsinstrument. Dette for å kunne vurdere kritisk de av mine egne erfaringer som kunne ha betydning for forskningsprosessen. Refleksivitet har blitt benyttet under hele forskningsprosessen. Ved å være bevisst min egen tilstedeværelse i møte med informantene har jeg forøkt å oppnå at informantene opplevde at de ble ivaretatt, hørt og respektert (Brottveit, 2018, s. 124-125). Da jeg selv har vært opptatt av tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner, har det vært viktig at jeg som forsker har vært bevisst min egen forståelseshorisont og stilt meg kritisk til mine egne erfaringer. Dette for at jeg skulle kunne få en ny forståelse og opplevelse av fenomenet. Dette har jeg gjort ved å lese forskning og teori og arbeide med dette i skriving av et teorikapittel.

Hermeneutikk er et verktøy som brukes for å kunne fortolke og forstå hva vi leser, hører og ser. Forståelsen omtales som en sirkelbevegelse, som går ut på å forstå delene ut fra helheten og omvendt. Dette vil si at tolkningsarbeidet har skjedd kontinuerlig, og dermed ikke blitt avsluttet før alt var ferdig. Det man konkret gjør i analysen når man har et hermeneutisk perspektiv, er å sammenligne egne data og tolkninger med kunnskap andre forskere har bidratt med. Jeg som forsker har hatt en antagelse og en teori om fenomenet jeg ønsket å undersøke når jeg nærmet meg undersøkelsesgjenstanden. Målet var å finne andre måter å forstå fenomenet på (Brottveit, 2018, s. 32-36).

Fenomenologi betyr læren om fenomenene, og metoden er at man studerer verden slik den blir oppfattet av mennesker. Tilnærmingen går ut på at man utforsker og beskriver mennesker og deres erfaringer, samt forståelsen av et fenomen. I det kvalitative designet vil en fenomenologisk tilnærming ha mening som nøkkelord, fordi forskeren forsøker å forstå meningen med ytringer eller handlinger sett gjennom øynene til en gruppe mennesker. Målet er å få innsikt og forståelse i hvordan andre ser verden (Johannessen et al., 2016, s. 78-79). Jeg har brukt en fenomenologisk tilnærming for å kunne utforske hvordan den enkelte opplever det tverrfaglige samarbeidet profesjonene imellom, og samtidig finne faktorer hvor ulike relasjoner til organisasjonen de jobber i spiller inn.

3.4 Rekrutteringsprosessen.

Tverrfaglig samarbeide mellom profesjoner foregår og er sentralt i rehabiliteringsinstitusjoner, i kommunen/hjemmebaserte tjenester og i sykehusavdelinger. Jeg har valgt å gjennomføre min forskning på et sykehus og et senter for rehabilitering. Dette fordi jeg synes det ville være interessant å se om det er likheter og ulikheter i de to helseforetakene. Et sykehus eller senter sees for meg ganske forskjellig fra kommune/hjemmebaserte tjenester, da kommune/hjemmebaserte tjenester har flere arbeidsarenaer, i sykehus og senter bor pasienten i en periode.

Valget var å ha hovedfokus på intervjupersonene i samarbeidsgruppen, men også ha med en person fra ledelsen slik at det kunne dannes et helhetlig bilde. Brottveit (2018, s. 86) har beskrevet viktigheten av å rekruttere intervjupersoner som har informasjon om fenomenet det er aktuelt å undersøke, og som kan bidra med sin informasjon. Rekruttering av intervjupersonene foregikk ved telefonisk kontakt og kommunikasjon via mail. Det er i følge Johannessen et al., (2016, s. 125-126) en fordel å rekruttere intervjupersonene på stedet hvor intervjuene skal foregå. Intervjupersonene slipper da å reise fra stedet, tiden brukt til datainnsamling blir redusert og intervjupersonene er fysisk tilstede der det tverrfaglige samarbeidet foregår til daglig. Johannessen et al., (2016) anbefaler også bruk av et tidsperspektiv hvor prosessen foregår over tre trinn: Først avtale tid for intervju omtrent to uker før intervjuene skal foregå. Så en uke før bør det sendes ut informasjon om hvor intervjuene skal finne sted og om det er forberedelser som intervjupersonene skal gjøre i forkant av intervjuet. Og til slutt gi en påminnelse til intervjupersonene dagen før de skal intervjues. I mitt tilfelle tok det litt lenger tid, jeg var i kontakt med ledere via telefon og mail

som videreformidlet forespørselen om intervju til avdelingene. Informasjonsskrivet sendte jeg på mail til lederne som videresendte det til avdelingene. Det var åtte personer som sa seg villige til å la seg intervju, hvorav to var avdelingsledere.

3.5 Etikk.

Etikk betegner noe formelt, men det handler også om moral og disse skilles ikke systematisk fra hverandre. Moral viser til daglig oppførsel, forestillingene om hvordan menneskelivet innehar moralske fordringer som å føle, tenke, handle og være på bestemte måter som kreves i bestemte situasjoner. Intervjuforskning er fylt med både etiske og moralske spørsmål. Moralske spørsmål er knyttet til intervjuundersøkelsens mål og midler. Det mellommenneskelige samspillet under intervjuene vil påvirke intervjupersonene, samtidig som det produseres kunnskap under intervjuene som vil påvirke forskerens syn på intervjupersonens situasjon (Kvale & Brinkmann, 2018, s 95-96).

Kvalitative data produseres i møte mellom intervjuer og intervjuperson. Og tema kan være sensitivt fordi intervjupersonene deler synspunkter og egne erfaringer med intervjueren, som det kan være utfordrende og personlige å snakke om. Det vil kreve mer av forskeren i forskningsprosessen enn de etiske retningslinjene (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016). Intervjueren har i oppgave å tilrettelegge møtet og intervjuet med intervjupersonen slik at denne opplever seg ivaretatt. Det kan gjøres med intervjuerens kroppsspråk, evne til å lese intervjupersonens opplevelse av å bli intervjuet, i tillegg til det å kommunisere muntlig. En forskningsprosess er uforutsigbar, og det vil stadig komme etiske dilemmaer i selve konteksten, og i relasjonen til intervjupersonene jeg møter. Refleksivitet kan være et nyttig verktøy for forskeren, for å kunne bevisstgjøre seg om å skape en etisk forsvarlig prosess og om etiske problemstillinger. Det kan være utfordrende for både intervjupersonene og forskeren hvis forskningstemaene er sensitive. Forskeren må påse at intervjupersonene ikke utsettes for skade, samtidig som forskeren selv skal være i stand til å utføre og gjennomføre studiet på en etisk forsvarlig måte (Brottveit, 2018, s. 119-124).

3.6 Gjennomføring av intervjuene.

I forkant av intervjuene har jeg undersøkt om det eksisterer tilgjengelig data om fenomenet jeg ønsket å forske på, for å se om det var data jeg kunne bruke i min forskning. Videre er

prosjektet meldt til personvernombudet i Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) (Norsk senter for dataforskning, 2018). Siden jeg har intervjuet intervjupersonene om hvordan de opplever sin arbeidshverdag, har jeg innhentet samtykke fra hver enkelt. Intervjupersonene ble informert om at de kan trekke seg fra undersøkelsen uten at de må begrunne hvorfor. Etske dilemmaer og problemstillinger som har kunnet oppstå under intervjuene er identifisert, tenkt igjennom og vurdert i forkant av gjennomførelsen (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016). Det er brukt en digital diktafon til opptak av intervjuene, og dataene er transkribert i anonymisert form slik informantene har uttalt seg (Brottveit 2018, s. 95-105). Det er også brukt sitater i teksten når jeg analyserte intervjuene og fremla funn, sitatene er autentiske, det vil si at de er skrevet ordrett slik intervjupersonene har uttalt seg.

3.7 Tematisk analyse.

I min oppgave har jeg valgt å bruke en tematisk analyse og jeg har funnet frem til relevant teori og forskning i forkant av datainnsamlingen. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer ut ifra innsamlede data. Temaene fanger det som er viktig i forhold til data som er relaterte til problemstillingen og forskningsspørsmål, og viser noen mønstre eller mening som finnes i dataene (Braun & Clarke, 2006, s. 79-82).

I forkant av analyse og koding leste jeg kapittel 2 i boka til Johannessen, Rafoss & Rasmussen (2019) hvor de forklarer hva det vil si å analysere og bruke teori. Og kapittel 3 i boka til Tjora (2018) hvor han beskriver koding og kodegruppering. Disse kapitlene, leste jeg for å få en forståelse av hvordan jeg kunne kode for å komme frem til interessante funn. Deretter brukte jeg steg- for stegmodellen med seks steg som Braun & Clarke (2006, s. 86-93) har beskrevet. Her følger en oversikt over hvordan jeg arbeidet med de ulike stegene:

Steg 1. Å bli kjent med egne data.

Her samlet jeg inn data fra åtte intervjuer som jeg transkriberte over i egne dokumenter, ett dokument for hvert intervju. Deretter leste jeg igjennom dokumentene flere ganger for å bli godt kjent med innholdet, og tok notater underveis i gjennomlesingen for å lage en liste over interessante uttalelser og forklaringer som kom frem i intervjuene.

Steg 2. Generere de første kodene.

For å systematisere og få en fullstendig oversikt over de innsamlede data, valgte jeg å ta i bruk fargekoder. Jeg valgte en farge for hvert av de ulike forskningsspørsmålene, og fargela deretter hele setninger, enkeltord og sitater som var av interesse og relevant i forhold til forskningsspørsmålene. For å komme i dybden på hva som var interessant og hva som var annerledes enn forventet, gjorde jeg denne prosessen i flere omganger. Og laget så nye dokumenter, ett for hvert intervju, hvor jeg skrev inn kodene.

Steg 3. Søke etter temaer.

Etter flere runder med koding, satt jeg igjen med en lang liste over forskjellige koder som jeg hadde identifisert. Disse kodene satt jeg inn i ett dokument og laget fargekoder for å finne frem til temaer som var relevante, interessante, hva som var likt og ulikt.

Steg 4. Gjennomgang av temaene.

Etter at jeg hadde funnet frem til relevante tema, gikk jeg tilbake til kodene og dataene jeg hadde bearbeidet og systematisert, for å finne hva som var relevant innenfor hvert tema. I starten hadde jeg flere temaer, men under prosessen falt noen tema ut på grunn av manglende relevans og ble erstattet med nye. Under gjennomgåelsen av temaene brukte jeg forskningsspørsmålene som utgangspunkt, men la også stor vekt på oppgavens problemstilling: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

Steg 5. Definere og navngi temaer.

Ut fra resultatene av mitt arbeid med steg 1 – 4 kom jeg frem til følgende aktuelle tema til forskningsspørsmålene:

- Hvordan er arbeidet organisert?
Viktige koder her ble: Organisering, hierarki, arbeidsoppgaver, team og heltid/deltid.
- Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?
Viktig kode her ble: Fagområde.
- Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?
Viktige koder her ble: Roller, samarbeid, arbeids- og møtekultur og prioriteringer.

Steg 6. Produsere en rapport.

Etter å ha definert og navngitt de temaene som var relevante og interessante for min oppgave, gikk jeg igjen inn i dokumentene for å samle data som var funnet frem, og laget et nytt dokument med beskrivelse av funn under hvert enkelt tema.

Fortolkningsprosessen har vært fenomenologisk. Denne typen analyse forbindes med hermeneutikken og det er den enkelte intervjuperson som har vært i søkelyset. Ved at det er fokusert på subjektive erfaringer og opplevelser den enkelte intervjuperson har om en handling, et fenomen eller en situasjon som har vært i søkelyset. Opplevelser og den subjektive jobberfaringen som er knyttet til samarbeid, profesjon, ledelse og organisasjon, og har en spesiell betydning for intervjupersonene, har vært det som ble fortolket og analysert. Den fenomenologisk analysen har ikke fokus på selve tema men på enkeltindividets perspektiv (Brottveit, 2018, s. 147).

3.8 Oppsummering.

Forskningsdesignet i oppgaven er kvalitativ, en metode for å gå i dybden innenfor feltet, i et forsøk på å forstå den sosiale virkeligheten. For å fremskaffe en detaljrik informasjon om de fenomenene jeg er interessert i har jeg gjennomført intervjuer, disse har vært på et sykehus og på et senter, åtte intervjuer tilsammen. Tilnærmingen er deduktiv, det vil si at jeg har samlet inn teori og tidligere forskningsmateriale i forkant av intervjuene, for å kunne sammenligne mine resultater med hva andre har sagt om temaet/fenomenet. Jeg utarbeidet en halvstrukturert intervjuguide for å kunne være friere under intervjuene og kunne stille spørsmål som ikke var planlagt på forhånd. Intervjuene ble gjennomført en til en. Refleksivitet er benyttet under hele forskningsprosessen for å være kritisk til mine egne erfaringer, og for å skape en etisk forsvarlig prosess om etiske problemstillinger. Hermeneutikk er brukt som et verktøy der tolkningsarbeidet har skjedd kontinuerlig til oppgaven var ferdig. Tilnærmingen har vært fenomenologisk for å kunne utforske hvordan den enkelte som ble intervjuet opplever temaet/fenomenet. Analysen i oppgaven har vært en tematisk analyse, hvor jeg først har samlet inn data fra intervjuer og transkribert disse. Dokumentene ble lest flere ganger slik at jeg ble kjent med egne data. Videre gjorde jeg en gjennomgang av dokumentene ved bruk av fargekoder, for å finne frem til hva som var interessant i intervjuene og hva som var annerledes enn forventet. Deretter søkte jeg igjennom dokumentene og laget en liste med forskjellige koder for å finne frem til forskjellige temaer.

Temaene ble så definert og navngitt og jeg laget en rapport om temaene. Deretter startet jeg med analysearbeidet.

4.0 Analyse og funn.

4.1. Innledning.

Min problemstilling er: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov? Ved siden av denne har jeg valgt å ha tre forskningsspørsmål som bidrar til å belyse problemstillingen. Underveis i kodingen av intervjuene kom jeg frem til ulike temaer som var interessante. Det er tre forskningsspørsmål med underliggende temaer.

1. Hvordan er arbeidet organisert?

Undertemaene til dette forskningsspørsmålet er: organisering, hierarki, arbeidsoppgaver, team og heltid/deltid.

2. Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?

Undertema er fagområde.

3. Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?

Undertemaene til dette forskningsspørsmålet er: roller, samarbeid, arbeids- og møtekultur og prioriteringer.

Artikkelen til Glouberman & Mintzberg (2001, s. 58-69) som er beskrevet over, sier i sin artikkel at en helseorganisasjon er delt i fire verdener. Disse er Community, Control, Cure og Care. Community er den interne ledelsen som har legitimitet og ressurser. Control er den økonomiske og administrative ledelsen. Cure er det medisinfaglige systemet, med leger som både arbeider klinisk og administrativt. Care er det pleiefaglige systemet med sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, sosionomer, psykologer og andre som ivaretar pasientenes behov. Videre påpeker Glouberman og Mintzberg at legene med sin jurisdiksjon er overordnet i organisasjonen og forholder seg til Community fremfor Control. Det er svært uheldig hvis det er barrierer, eller ikke er kommunikasjon mellom disse fire verdener. Spesielt Care og Cure har behov for å arbeide tett og effektivt sammen for å kunne samarbeide om pasientene og koordinere deres behov.

Utfordringer som omhandler det menneskelige i profesjonelle systemer og organisasjoner beskrives av Glouberman & Mintzberg med de fire verdener, de fire verdene belyser noe av forskningsspørsmålet om hvordan profesjonene er organisert. Profesjonene som er aktuelle her er både fra et sykehus og et senter, og de har ulik profesjonsbakgrunn som ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og logoped. Det er også disse som arbeider i samme team.

Intervjupersonene sier noe om at et hierarki eksisterer dem imellom, samtidig som de snakker om at alle er likeverdige. De er derfor samtidig både noe uklare og klare på dette fenomenet. Profesjonene arbeider i tverrfaglige team både på sykehuset og senteret. De tverrfaglige teamene ledes av en teamkoordinator eller teamleder. Noen profesjoner har en mindre stillingsprosent enn andre, og noen profesjoner er deltagere i flere team.

Det er flere muligheter for strategiske analyser og spesifikke forslag til organisering når det gjelder profesjonelle systemer, men det ser ut til at det er en begrensning i den menneskelige adferden som man skal være forsiktig med å ignorere. Menneskelig adferd står sentralt i å løse mange av de utfordringene det moderne samfunnet har. Det er derfor vi har organisasjoner i første hånd. Disiplin i et hierarki kan være nyttig, men det finnes en grense for hvor langt man kan gå i den forbindelse. Og selv om denne grensen kan være subtil må den forstås nøye, spesielt fordi det finnes mange strategier som er komplekse og trenger kreativ adferd som strategi (Mintzberg, 1994, s. 29).

4.2 Hvordan er arbeidet organisert?

Hovedfunnene i dette avsnittet er organisering, hierarki, arbeidsoppgaver, team og heltid/deltid. I sykehuset på den aktuelle avdelingen er det tre teamkoordinatorer med ulik profesjonsbakgrunn. Disse organiserer behandlingsteamet rundt pasienten, og det består av sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, leger og psykologer. Hver avdeling med sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter har en leder og felles kontor, legene har en egen leder og egne kontor, psykologene har egne kontor eller et felles kontor. Profesjonene har et felles kontor.

Den tverrfaglige jobbingen foregår flere steder og på flere måter, blant annet på profesjonenes tverrfaglige kontor. De har kontor på samme sted og det er lett å ta kontakt og spørre hverandre. Avdelingsleder på sykehuset har møter med sykepleiertjenesten hver morgen, og dialogmøte har avdelingsleder med sykepleierne en gang i uka. Det er også møter med de

ulike faggruppene og klinikkledelsen en gang i uka. Teamkoordinator har møte med faggruppene en gang i uka og tverrfaglig jobbing foregår på tverrfaglig kontor. To ganger i uka er det tverrfaglig møte hvor det ikke er så mye tid til hver enkelt pasient, men de lager også små team som kan møtes på pasientenes rom, eller at de tar et møte med de som er involvert i en problemstilling om de står fast i noe.

På senteret er det tre avdelinger og tre team på hver avdeling. To profesjoner er basisen, det er sykepleier og fysioterapeut. Andre profesjoner, som logoped, ergoterapeut og psykolog, blant andre, har en støttefunksjon i arbeidet rundt pasientene. Disse profesjonene er innom flere avdelinger. Når profesjonene er i møter som tverrfaglige team er alle samlet. De har tverrfaglige møter en gang i uka, men alle møtes til morgenmøte hver dag. Logoped, psykolog, leger og ergoterapeut har egne kontor men de andre har felles kontor. De som har felles kontor treffes ofte.

4.2.1 Hierarki.

Organiseringen i sykehuset og senteret er som en matrise, men hierarkiet er lett å se. Et hierarki vil si at det er overordnede i en organisasjon, og de som innehar disse stillingene har en formell myndighet til å gi ordre til de som innehar lavere stillinger (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 78-81). Det medisinske hierarkiet er fastsatt ved lov, legene er de som er øverst i hierarkiet fordi det er de som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål og behandling av pasienter (Helsepersonelloven, 1999 § 4).

På sykehuset er det veldig tydelig at det er et maktforhold hvor legene er øverst i hierarkiet.

Legen har klart det siste ordet uansett. (Intervju 2).

Alle intervjupersonene er opptatt av likeverd, men flere har erfart at legene, for å høyne det akademiske nivået, blir mer dominante fra år til år. Allikevel uttrykker flere av intervjupersonene at de opplever at alle er likestilt.

Står man litt fastlåst er det legen som kommer inn og tar en avgjørelse på hvordan det skal være, men jeg føler ikke legen så veldig over, vi er likestilt. (Intervju 5).

Ofte bruker intervjupersonene uttrykket «høy stemme» når de uttrykker hvem som blir lyttet til. Både på sykehuset og senteret, beskriver intervjupersonene at sykepleierne har en likeverdig posisjon fordi de har observasjoner av pasientene hele døgnet.

Særegent for sykepleierne med tjuefire timers kontakt med pasientene. (Intervju 5).

Det blir sagt at man bør komme bort fra at sykepleierne tar hele ansvaret og at det kan være en fallgrube om de går inn i andre profesjoners roller.

Både på sykehuset og senteret uttrykker de at man lytter til den profesjonen som har innsikt i pasientens problematikk, at alle de ulike profesjonenes innspill er likestilte og like viktige, for et fungerende og likeverdig team. Men det kommer også frem at enkelte yrkesgrupper opplever at det ikke er så viktig om de er med på møtene, fordi de ikke har hatt så tett pasientoppfølging og pasientkontakt. At de er opptatt av likeverdighet blir gjentatt flere ganger på senteret. Samtidig er det flere av yrkesgruppene som sier at de må slenge seg litt på under møtene når de har noe å si, spesielt hvis tema på møtet ikke helt konkret har fokus rundt det fysiske som er trening og kroppslige funksjoner.

Hvis man har noe en skal ha sagt må en være litt på, man kan sitte å tenke at det man har å si kanskje ikke er så viktig. (Intervju 7).

Flere av intervjupersonene uttrykker at noen lettere tar ordet under møter enn andre, det kan handle om trygghet og selvsikkerhet.

Jeg tror alle er like flinke til å si ifra i lukkede rom der man snakker med de folkene man er trygge på, men i de tverrfaglige settingene så er nok ikke alle det. (Intervju 8).

Hvilke argumenter og tilnærminger som er viktig å ha fokus på diskuteres mellom yrkesgruppene når de deltar i team.

Vi er nødt til å diskutere det, og når man diskuterer det så kommer man frem til at det er noen argumenter som er viktigere enn andre. Og det er noen tilnærminger som er viktigere enn andre, det kan fort bli vanskelig. Tverrfaglig samarbeide er ikke vellykket hvis du sitter på et møte og så får alle lov til å si sine ting, egentlig et bortkastet møte. (Intervju 8).

Det ser ut til å være et usynlig hierarki. Et hierarki som fungerer så godt at de ikke tenker over det i arbeidshverdagen.

Men til og med hos oss så er det sånn her, nesten ett sånt skjult hierarki om hvordan ting skal gjøres. (Intervju 8).

På senteret beskrives det at selv om legene ikke er tilstede hele tiden, eller aktiv på de tverrfaglige møtene, så er det legene som tar avgjørelsen på hvordan det skal være. Samtidig kommer det frem at det er sykepleier og fysioterapeut som er øverst i hierarkiet, fordi det er de som henviser til andre profesjoner, at de har mye innflytelse og er en stor og viktig faggruppe.

Tror ikke folk tenker det, men det dannes et hierarki. (Intervju 8).

Det beskrives at dette kan være et problem, men at det er vanskelig å få mange profesjoner inn i teammøtene av tidsmessige årsaker.

Skal det være seks stykker på et møte må vi vurdere ressursbruken mot kost og nytte. (Intervju 8).

4.2.2 Arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling.

Et yrkes diagnostisk klassifiseringssystem er ikke organisert som et logisk hierarki fra det generelle til det spesifikke, men som et sannsynlig hierarki fra det vanlige til det esoteriske. Etterhvert som diagnosesystemet beveger seg mot det esoteriske, blir systemet mer og mer strukturert og det medisinske diagnostiske systemet er dominert av legene, altså Cure over Care. Både Cure og Care er likevel representert i teamene (Abbot, 1988, s. 42; Glouberman & Mintzberg). Abbot (1988, s. 73) peker på at arbeidsoppgavene følger yrkesgruppens juristriksjoner og at disse ofte er funksjonelt uavhengige av hverandre, samtidig som de utgjør strukturelt likeverdige deler av en helhetlig arbeidsoppgave. I materialet ser arbeidsoppgavene i stor grad ut til å være funksjonelt avgrenset mellom yrkesgruppene, avhengig av kompetansen de innehar, og ansvarsfordelingen ser samtidig ut til å gjennomføres knyttet til hvilke arbeidsoppgaver de enkelte yrkesgrupper utfører.

På sykehuset kom det tydelig frem at sykepleierne har mye merarbeid og en hektisk hverdag, derfor blir det stilt spørsmål ved noen av deres arbeidsoppgaver.

Sykepleierne er med på alt som skjer, de har en viktig stemme. De får ikke alltid tid til å være med på møte, det har vært en utfordring lenge. Skal sykepleierne slippe å skrive i tverrfaglig rapport? Er det en ekstrabelastning? (Intervju 3).

Sykepleierne har det travelt, men det poengteres at sykepleierne ikke skal ta seg av alt, eller være med på alt pasientene skal igjennom den tiden de er på sykehuset eller på senteret.

Bort fra at sykepleierne tar hele ansvaret, det er lett å tenke det, viktig å spille ballen videre til rett profesjon. (Intervju 2).

Det nevnes samtidig at man skal våge å utforske andres arbeidsarenaer, om det dukker opp en setting så forsøker de å ta det der og da, for så å gå til andre med mer kompetanse angående en problematikk og spørre. Samtidig blir det sagt at det er viktig med klare roller og ikke «gå i bedene» til hverandre. Flere påpeker at noen yrkesgrupper har det mer travelt enn andre, og at det kan være at man ikke helt ser at andre er under press. Det kommer frem i intervjuene at sykepleierne på sykehuset har høyt fravær og er sykemeldt på grunn av høyt og krevende arbeidspress med mange forskjellige arbeidsoppgaver. Sykepleierne er tydelige på at det er viktig å videresende brukerne til de profesjonene som innehar rett kompetanse.

På senteret er det faste medlemmer i team, mens andre deltar etter behov.

Yrkesgrupper som har flere team å forholde seg til, kan oppleve at hverdagen blir hektisk med mange møter i flere team. Noen av profesjonene henviser pasienter som kommer til andre, og de synes dette er en utfordring fordi de skal vurdere behovet til pasienten. Noen av profesjonene beskriver det også som litt krevende når de skal fordele seg på mange.

Så er det ofte vi er opp mot fem seks yrkesgrupper mot en bruker da, ikke sant. Da får du mange områder samtidig, men det blir veldig komplekst da. Så jeg tenker mange ganger at klarer brukeren å fokusere på så mange områder samtidig? (Intervju 5).

Brukeren er på senteret i en periode på fire uker, intervjupersonene uttrykker at det er en for kort periode til å få med seg alle tilbudene senteret har, og at det er mest hensiktsmessig for

brukerne å forholde seg til de tilbudene de har størst nytte av. Det nevnes også at noen er svært tverrfaglig orientert mens andre liker å løse ting selv. Noen opplever også at de blir bedt om å gjøre oppgaver som de ikke helt forstår prioriteringen av, og at de ikke kjenner brukeren.

Det er en tilbakevendende diskusjon. Det handler ikke om sine ting, men det handler om hvis det er viktig for brukeren å ha fokus på det, så kan man jo overføre noen ting som fysioterapeuten har på øvelsesbasis til ergoterapeuten, til fysioterapeuten, til pleieren, at man også trener. Trener på stemme eller hva som... det blir ikke logopedi men det blir en assistent til logopeden. (Intervju 4).

Det sies også at det ikke alltid er behov for alle profesjonene, og at det noen ganger er uklart om hvem som har ansvar for hva.

I sykehuset rullerer legene mellom de ulike tverrfaglige teamene, og det ser ut til at noen faggrupper i Care har større arbeidsbelastning enn andre, og sykepleierne blir nevnt som den gruppen med størst arbeidsbelastning. Samtidig sies det også at den fysiske avstanden fra avdelingen hvor sykepleierne oppholder seg, til kontorer der de andre i det tverrfaglige teamet arbeider, har betydning for sykepleiernes deltagelse på møter.

Vi vil ha mer av sykepleierne, de blir dratt i hele tiden. De har mye i avdelingen og terapeutene sitter i «kjelleren» uten samme pågang. (Intervju 3).

Sykepleierne er en del av teamet og de sees på som likeverdige med de andre yrkesgruppene. Samtidig har de ofte ikke har anledning delta på de tverrfaglige møtene, fordi de har ekstrabelastning med at de er med på mye av det som skjer.

Sykepleierne er med i alt på en måte som skjer. Pluss at de observerer også på kvelden og natta når vi ikke er der. De blir sett som likeverdige. Observasjon og alt som skjer med pasienten, men så får de ikke alltid tid til å være med på møte. (Intervju 3).

Sykehuset har teamkoordinatorer som leder og koordinerer teamene. Team blir beskrevet som ett kollegium med mye forskjellig kompetanse.

Siden legene i sykehuset ser pasientene kun ved inn -og utskriving er de veldig avhengige av tilbakemeldinger fra medlemmene i det tverrfaglige teamet. Det sies også av intervjupersonene at primærsykepleier ikke alltid har oversikt over detaljene rundt pasienten, men at de vet at det blir tatt hånd om av andre som også kjenner pasienten.

Det blir også sagt at det kan være en fallgrube om sykepleierne går inn i oppgaver som andre yrkesgrupper har. Da oppfattes det som at det er viktig å sende pasienten videre til andre og ikke prøve å fange alt. Det kommer også frem av intervjuene at alle har like «høy stemme» (her menes det at alle har like mye de skal ha sagt), men at det spiller en rolle hvilket fagområde det er snakk om. Betydningen av «høy stemme» er at de alle er like viktige, likestilte, at de bidrar på forskjellig måte og at hele teamet er et likeverdig team.

På senteret kommer det frem at sykepleierne har et medisinsk ansvar for pasientene, dette delegeres fra legen. En av intervjupersonene beskriver at det er sykepleier og fysioterapeut som eier brukeren fordi de har definerte oppgaver, og at oppgavene til vedkommende er mer diffuse.

Det vil være av stor betydning om de har tverrfaglig kontor eller felleskontor, for å ha nærhet til hverandre og kunne diskutere og spørre hverandre. Dette er spesielt viktig om oppgavene til andre faggrupper enn dens egne er diffuse og ikke så godt kjent. Når pasientene kommer til senteret er det en sykepleier og en fysioterapeut som henviser videre til andre profesjoner. På sykehuset er det viktig for legene at de får innspill fra det tverrfaglige teamet, legene er også tilgjengelige og kommuniserer godt med de andre.

4.2.3 Team.

Arbeidslag eller team gjenkjennes ved at det er fokus på en arbeidsgruppe og ikke enkeltpersoner. Det rettes oppmerksomhet mot oppgaver som skal løses og at disse utgjør en helhet og ikke en enkel operasjon. Teamet har delegert frihet til å utføre arbeidet slik gruppen finner det hensiktsmessig (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 266).

Logoped, leger, ergoterapeuter og psykologer som er de yrkesgruppene som er knyttet til hele huset og ikke bare en avdeling, prøver å få med seg de tverrfaglige møtene, spesielt om de har brukere på den aktuelle avdelingen. For disse profesjonene er hverdagen hektisk på

grunn av mye møter. Yrkesgruppene har noe de kaller nærteam som er mindre enn tverrfaglige team. I nærteam diskuterer de hvis de står fast i en problemstilling. Det kan være at de møtes på en pasients rom sammen med pasienten, eller at de møtes for å snakke om en problemstilling. For eksempel at sykepleier og fysioterapeut møtes på pasientrommet for å finne løsninger på forflytning fra seng til stol for pasienten.

Flere av profesjonene sier uoppfordret at det er et hierarki. Det blir også påpekt at det ikke nødvendigvis bør være deltagelse fra alle faggruppene på hvert møte, da dette krever mye resurser. De halvtimes tverrfaglige møtene gjennomføres en gang i uka, med alle profesjonene. Det fremkommer også at de som jobber på tvers av avdelingene får mange møter å forholde seg til. Det tar mye tid og resurser og det hender at de ikke kan møte på de tverrfaglige møtene. De mener at det resulterer i at prosessen ikke blir så god.

På senteret er det tre team, i tillegg har profesjoner som psykiatrisk sykepleier, logoped, ergoterapeut, psykolog og lege støttefunksjoner og arbeider på flere avdelinger. De deltar i tverrfaglige team hvor alle er samlet, mens andre yrkesgrupper kan snakke sammen utenom møtene fordi de har felles kontor. De profesjonene som ikke er knyttet til et team eller avdeling, men arbeider i alle teamene og avdelingene går på mange møter.

Felles for sykehuset og senteret, er at det ikke alltid er alle profesjonsgruppene som er tilstede på de tverrfaglige møtene og deltar i team. Profesjonene mener at de har god kjennskap til hverandres kunnskap og har en oversikt over hva de kan bidra med. Samtidig kommer det frem at de små profesjonsgruppene må kaste seg litt rundt under møtene, for å finne løsninger på konkrete utfordringer for pasienten. Noen profesjonsgrupper er større og mer fremtredende enn andre og det er tydelig hvilke arbeidsoppgaver de har, mens det kan være noe uklart hva de mindre yrkesgruppene jobber med og gjør. Mindre yrkesgruppene som blant annet logoped og ergoterapeut har flere områder de jobber med enn hva som er synlig for de andre faggruppene.

De er ikke klar over at det er mye annet en jobber med. (Intervju 6).

Logopeden sier noe om at de har et større arbeidsfelt enn det de andre kanskje er klar over.

Det er som om feltet kommer litt mellom barken og veden, fordi det er en mellomting mellom

kropp og sinn hvis man tenker dualisme her. (Intervju 6).

Det kan se ut til at medlemmene i team på en måte er samlet, men på en annen måte ikke. Noen arbeider fast i teamet, og noen kommer og går. Dette er felles for både på sykehus og senter. Noen profesjoner har stort arbeidspress, og andre skal forholde seg til flere team og avdelinger samtidig, noe som også kan gi et høyt arbeidspress. Det blir også sagt at det er viktig å overføre kompetanse til hverandre og gi hverandre opplæring.

Viktig å være god på eget fag for å kunne jobbe godt tverrfaglig, få god opplæring av teamet. Fagmøter, overføre kompetanse, veilede hverandre. (Intervju 4).

Alle som ble intervjuet var tydelige på at de trives godt med å jobbe i team, og med det tverrfaglige samarbeidet, fordi de jobber som en helhet ut mot pasientene.

Det mest positive med tverrfaglig samarbeid, er at det bryter opp et sånn helt finurlig hierarki innenfor profesjoner som er fullstendig unaturlig og rart..... (Intervju 8).

Her blir det sagt at det tverrfaglige samarbeidet bryter opp hierarkiet, samtidig som det har blitt sagt at det eksisterer et hierarki, det blir en motsetning mellom hierarki og team.

4.2.4 Heltid/deltid.

Både på sykehuset og på senteret er det noen profesjoner som jobber deltid. Dette gjelder sykepleiere, logoped, ernæringsfysiologer eller ergoterapeuter. Det beskrives at det kan være vanskelig å ha oversikten og oppfølging av pasientene om en har en lav stillingsprosent. Å arbeide i team handler om å være en del av noe, det er lettere å falle litt ut på sidelinjen når en ikke er like mye tilstede som de som har hele stillinger.

Skulle ønske jeg hadde hatt mulighet til å følge opp bedre, men det er begrenset med så lav stillingsprosent. (Intervju 6).

De som arbeider deltid har derfor ofte ikke lett tilgang på den informasjonen de trenger for å utføre jobben sin på best mulig måte. Mye sies uten at de er tilstede, det sies også at det kan begrense handlingsrommet de har i sitt arbeid med pasientene.

Jeg føler at jeg har ganske stort handlingsrom på mange måter, men det er jo begrensa når en har en så lav stilling egentlig. For da er det jo en del ting som en ikke får gjort og som en kunne bidratt med selvfølgelig. (Intervju 6).

De som har en lavere stillingsprosent er altså avhengig av å bli informert og få støtte av de med hele stillinger i teamet. Det kan se ut til at med heltid og deltidsstillinger kan det gå mot et hierarki, det usynlige hierarki som er der, men som vi ikke ser. Dette fordi de med reduserte stillinger ikke har mulighet til å følge opp hver dag i løpet av arbeidsuken og kan gå glipp av informasjon om pasientene og utviklingen til pasientene.

4.2.5 Oppsummering.

Både senteret og sykehuset har avdelingsledere som leder hele avdelinger og teamkoordinatorer som leder teamene. Organiseringen minner derfor sterkt om matriseorganisasjoner. Profesjonene har tverrfaglige kontor hvor de fleste yrkesgruppene deler kontor, og hvor de tverrfaglige møtene gjennomføres. Noen yrkesgrupper som leger, psykologer og logoped har egne kontorer.

Noen av yrkesgruppene har en mer hektisk hverdag enn andre, og sykepleierne blir nevnt som den gruppen med mest merarbeid og arbeidspress. Det stilles også spørsmål ved noen av sykepleiernes arbeidsoppgaver. Det har vært en utfordring lenge at sykepleierne ikke alltid har tid til å være med på de tverrfaglige møtene på sykehuset. Det blir kommentert at man kanskje ikke ser at andre er under press. På senteret er det støttefunksjonene som kan oppleve en hektisk hverdag, med mange møter i forskjellige team. Noen av faggruppene rullerer mellom teamene, mens andre er faste medlemmer i teamet. Noen har også større arbeidspress enn andre. De har mye arbeid i avdelingen, samtidig som de skal delta i det tverrfaglige teamet. På senteret blir det satt spørsmålstejn ved at alle yrkesgruppene skal være med på de tverrfaglige møtene hver gang. Det blir beskrevet som ressurskrevende, og at det kanskje ikke er behov for deltagelse for alle hver gang det avholdes tverrfaglige møter. Intervjupersonene omtaler alle yrkesgruppene som likeverdige. Samtidig er de klare på at det er et hierarki, spesielt mellom Cure og Care. Det kommer ikke frem av intervjuene om noen opplever at hierarkiet begrenser dem i jobben, men det beskrives at alle må være litt frempå i de tverrfaglige møtene for å komme til orde om de har noe de vil si. Det er heller ikke alltid slik at alle faggruppene deltar på de tverrfaglige møtene. Noen rullerer mellom teamene og er på

de møtene hvor deres pasienter er tema, mens andre som også rullerer mellom teamene, er med på flere møter. For disse siste blir det hektisk, da dette krever mye tid og ressurser. Intervjupersonene beskriver at de har god kjennskap til hverandres fagfelt og vet hvilken kompetanse de ulike yrkesgruppene har.

De som jobber deltid er tydelige på at de ikke får fulgt opp pasienter like godt som de som arbeider heltid. De med lavere stillingsprosent mener at det er begrenset hva de får gjort når de har så lav stillingsprosent. De er i behov av informasjon fra de andre yrkesgruppene som arbeider heltid. Dette skaper også et hierarki.

4.3 Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsoppgaver?

Profesjonene har ulike oppgaver i de tverrfaglige teamene, fysioterapeuten og ergoterapeuten arbeider med det fysiske hos pasientene som for eksempel opptrening etter skader og mestring av en hverdag med fysiske utfordringer. Psykologer, psykiatriske sykepleiere og logopeder arbeider for eksempel med psykisk helse, uttrykk og språk. Disse yrkesgruppene tilhører Care mens legene som har det medisinske og overordnede ansvaret for pasientene tilhører Cure.

4.3.1 Fagområde.

De ulike yrkesgruppene vet godt hva som kjennetegner profesjonen de tilhører, det kan også være ulike skoleretninger innenfor en og samme profesjon. Selvfølgelig som de ulike yrkesgruppene har innad i egen profesjon knyttet til arbeidsoppgaver, kan være en annen enn hva andre forstår av profesjonen og hvordan de praktiserer (Solvang, 2019, s. 39).

Det foregår en del undervisning for pasientene på sykehus som de nyansatte blir anbefalt å være med på. Praksisen er at nyansatte blir en del av teamet med en gang de starter i jobben. I starten arbeider de sammen med en i samme yrkesgruppe gjennom arbeidsdagen, men har etter hvert også mulighet til å følge andre faggrupper. I tillegg gjennomføres det undervisning hvor de ulike profesjonene kurser hverandre og overfører kunnskap. Det er litt delte meninger blant intervjupersonene om det ville vært en fordel med mer tverrfaglighet i utdanningene og tverrfaglig praksis for sykepleierstudenter.

I sykehuset har faggruppene jobbet sammen lenge og kjenner hverandre godt. De har fagmøter der det foregår kompetanseoverføring mellom faggruppene. Intervjupersonene poengterer at det er viktig å dele kompetanse og å lytte til hverandre, fordi de opplever at det gjør arbeidet enklere.

Det gjør det enklere å jobbe, man vet hvor man skal plassere ballen videre, til en som har en bedre posisjon, bedre muligheter. Det gjør at teamet fungerer godt sammen, og det er det som er hele kluet egentlig. (Intervju 2).

På senteret har de også fagmøter med kompetanseoverføring og veiledning av hverandre.

Fordi det er viktig å være god på eget fag for å kunne jobbe godt tverrfaglig, få god opplæring av teamet. (Intervju 4).

Både på sykehuset og på senteret mener intervjupersonene at de har god kunnskap om hverandres arbeidsområde, og god kunnskap om når de ulike profesjonene må aktiveres.

På senteret hvor sykepleierne, som før beskrevet, arbeider med litt endret fagområde, beskriver intervjupersonene at sykepleierne må jobbe med seg selv og sin identitet som sykepleier.

Når du blir sykepleier her, så skal du arbeide litt med at du har endret din funksjon, så de er redde for å miste faget. Jeg tror man bygger opp en identitet når man går på skole. (Intervju 4).

De beskriver også at sykepleierne må jobbe litt med at verdien og viktigheten av det de gjør på senteret er like stor og vel så det, som på et sykehus. En sykepleier beskriver det slik at når de jobber på et sykehus, gjør de nesten alt for en pasient mens på ett senter jobber de med hendene på ryggen.

Det som også kommer frem på senteret er at noen yrkesgrupper som logoped og ergoterapeut, arbeider innenfor et fagområde som ikke så mange kjenner til, og at de dermed kan ha flere arbeidsoppgaver enn hva både kollegaer og brukere er klar over. Disse faggruppene sier også noe om at det ikke er så enkelt for andre å fange opp det de fanger opp med basis i sin kompetanse.

Litt sosionom, litt sykepleier, litt fysio, litt logoped, det er litt av mye. Og så er det vanskelig for andre å vite hva er det vi driver med. (Intervju 7).

Det som også kommer frem av intervjuene på senteret er at det er et stort fokus på det fysiske, som har med trening og kroppslige funksjoner å gjøre, og mindre fokus på andre områder.

Det er veldig stort fokus på at pasienten må ha fysisk trening for å føle at rehabiliteringen har vært nyttig, og det er et problem slik jeg ser det. (Intervju 8).

Samtidig påpekes det også at det er vanskelig å henvise videre fordi man ikke vet nok om de ulike faggruppene for å kunne henvise, og at det kan være vanskelig å holde de faggrupper som man kun trekker inn etter behov, oppdaterte på hva som skjer fra dag til dag.

Det nevnes også at kanskje ikke alle faggruppene skal inn hver gang, at man ikke kan fange alt for pasientene. Det blir for mye og alle har ikke behov for alt.

.....et slags koldtbord av tjenester som pasienten skal benytte seg av..... (Intervju 8).

Flere av yrkesgruppene beskriver at de noen ganger «tar på seg hatten» til en annen profesjon når det er behov for det, og at de i etterkant snakker med den profesjonen som har kunnskapen om tema. Det viser at de ikke tar dette med de profesjonelle jurisdiksjonene så høytidelig, de er fleksible og ser over egne grenser.

4.4 Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?

Samarbeid i helseteam er en prosess hvor fagfolk er gjensidig avhengig av hverandre for å strukturere kollektiv handling for å imøtekomme pasienters omsorgsbehov. Denne samarbeidsprosessen er bygget på frivillig basis, og innebærer forhandlinger og krever at partene vedtar å basere seg på samarbeid, både mellom fagfolk og mellom helseinstitusjoner. Implementering av endring er ikke en enkel sak. Å utvikle samarbeidspraksis blant en gruppe helsepersonell, representerer fortsatt en betydelig utfordring for politiske beslutningstakere og samt organisatoriske ledere (Rodriguez et al.,2005, s. 133).

De tverrfaglige teamene samles til faste møter. Hvem som deltar på disse møtene varierer av ulike årsaker. Noen profesjoner har merarbeid og har ikke tid til å være tilstede på alle møtene, mens andre profesjoner fordeler seg på flere team og møter på de teamene hvor de har brukere.

Så jeg har jo valgt å være tilstede på en del fordi det gir meg mye tilbake, og hjelper meg å se brukeren i et helhetlig perspektiv da, men det tar tid. Så det er noen som ikke er fast på møtene og noen som kanskje skulle ha vært der fast, men det koker sånn at de ikke rekker alltid. (Intervju 6).

De ansatte forteller også at det er en del uformell møtevirksomhet utenom de tverrfaglige møtene, hvor man tar tak i hverandre i gangene, skriver gule lapper og mailer til hverandre.

Det kan være via møter vi avtaler, sender en mail, levere en gul lapp til terapeuten eller tar en telefon. Eller vi treffes i gangen. (Intervju 2.)

Det hender også at de har uformelle møter på rommet til brukeren/pasienten. Fysisk avstand er også noe som flere sier noe om, noen profesjoner har kontorer i en annen etasje, og det blir en del løping opp og ned i gangene. Andre profesjoner har felles kontor på vaktrommene i avdelingene. Som vist over, er arbeidsfordelingen noe forskjellig, avhengig av hvilken profesjon man tilhører og hvilke arbeidsoppgaver, samt arbeidsmengde enkelte profesjon har. Det snakkes om å forsøke å se arbeidsmengden til hver enkelt, og å avlaste de som har merarbeid. Samtidig snakkes det om å ikke skulle «gå i hverandres bed» (utføre ting som en annen profesjon har mer kompetanse på). Det foregår et samarbeid når det er flere parter involvert i å løse en arbeidsoppgave, og når de er klar over at de er gjensidig avhengig av hverandre og at de vil tjene på å koordinere sin virksomhet (Repstad, 2012, s. 82).

Utvikling av samarbeidspraksis avhenger av at profesjonene anerkjenner den gjensidige avhengigheten de har av hverandre, og at de aksepterer gråsoner mellom dem. Deres respektive bidrag kan overlape hverandre. Over ble det vist til at profesjonene hadde et fleksibelt og avslappet forhold til å kunne gjøre hverandres arbeidsoppgaver, men dynamikken i profesjonaliseringsprosessen fører ofte til differensiering av fagfolks kompetanser, og de handler da for å beskytte sine jurisdiksjoner, dette kan også kalles territoriell adferd (Abbot, 1988; Rodriguez et al., 2005, s. 136-137).

Det som vekker min oppmerksomhet er at sykepleierne i sykehus ser ut til å trekke seg litt ut av det tverrfaglige teamet. Noen ganger fordi de mener de ikke har noe å tilføre, andre ganger fordi de blir dratt i hele tiden. Psykologer blir også nevnt som en profesjon som har større belastning enn andre i teamet. Det blir nevnt at nyansatte leger også noen ganger sier at de ikke ser hva de kan bidra med i teamet, fordi teamene er så samkjørte og innehar mye kompetanse. Ut fra intervjuene virker det som om de ulike profesjonene er godt samkjørte og at de diskuterer og veileder hverandre. De er altså ikke så opptatt av å beskytte jurisdiksjoner, og de handler i liten grad territorielt. Det skrives rapporter om pasientene ved utskrivelse, disse rapportene er tverrfaglige, og det oppfattes som viktig at alle yrkesgruppene er deltagende og skriver i denne rapporten. Resultatet av dette blir at det gis en helhetlig vurdering av pasienten, og institusjonene fremstår som en helhetlig helsetjeneste. Teamkoordinator på sykehuset mener at det kan være en mulighet for at de ulike profesjonene ikke ser at de andre er under press. Ut fra dette utsagnet er det nærliggende å tenke at noen profesjoner har en mer hektisk arbeidshverdag enn andre, og at de tverrfaglige møtene blir en ekstra belastning, ikke nødvendigvis bare for sykepleierne men også for andre profesjoner. Alle tre profesjonene jeg intervjuet på sykehuset snakket om ressurser på avdelingen.

Så har vi også gjort det sånn, at nå begynner vi å ha møtene oppe, for det er også en sånn terskel det å måtte gå ned i ``kjelleren`` for å ha møter. (Intervju 3).

Inntrykket av at det var etablert et sterkt tverrfaglig samarbeid, ble styrket av at teamkoordinator på sykehuset hadde fått gode tilbakemeldinger på mail, sendt til teamet, om at alle yrkesgruppene kunne hjelpe til i avdelingen.

4.4.1 Roller.

Rodriguez et al., (2005, s. 143) identifiserte makrostrukturelle barrierer i et samarbeid mellom profesjoner. Et eksempel på dette er Helsepersonellovens bestemmelser om at leger tar beslutninger i medisinske spørsmål, et annet eksempel er at sykepleierstudenter ikke vanligvis får utdanning i tverrfaglig samarbeid. For å tillate mer fleksible roller for fagfolk må noen retningslinjer gjennomgås. Utover reglene i Helsepersonelloven er det få klare retningslinjer som regulerer yrkesutøvelsen mellom Cure og Care, altså mellom leger og sykepleiere.

Det tverrfaglige teamet på sykehuset og senteret består av fysioterapeut, ergoterapeut, psykologer, leger og sykepleiere. Legerollen er formell og klar, dette ser det også ut til at de andre profesjonsrollene også er, bortsett fra sykepleierrollen. Det ser ut til at sykepleierne, spesielt på sykehus, har flere roller samtidig. I tillegg til rollen som sykepleier, som er flytende, med mange ulike forventninger, har de en rolle i det tverrfaglige teamet. På senteret har sykepleierne en litt annen rolle fordi de er koordinatorene og derfor arbeider noe annerledes. Det er et inntrykk fra leder at sykepleiere som begynner å arbeide ved senteret har en utfordring. Når sykepleierne begynner å arbeide ved senteret, må flere av dem jobbe litt med seg selv og funksjonsendringen i sitt arbeid. Det vil si at de arbeider mer med koordinering og mindre med medisinsk oppfølging. Mange er engstelige for å miste faget sitt, identiteten de har fått som sykepleier igjennom utdanningen. Sykepleierne samarbeider med legene, og legene har delegert medisinsk ansvar til dem. Sykepleier på senteret opplever at sykepleierrollen er annerledes på senter enn den er på sykehus, det blir en endring i arbeids- og kunnskapsområdet som går fra å være en som følger opp pasientene til å være den som koordinerer tjenestene til pasientene.

Kanskje den største overgangen jeg synes var jo at når du har pasienter på sykehus så er de veldig passive, og du overtar jo egentlig alt for dem. Mens innenfor rehabilitering, så skal man mere ansvarlig gjøre brukerne, og de skal være en aktiv del av behandlingen, man jobber litt mer med hendene på ryggen da. Det synes jeg var den største forskjellen. (Intervju 5).

Sykepleier på senteret skal også koordinere teamet i forhold til blant annet møter og tiltak. Både på sykehuset og senteret har sykepleierne ansvar for å observere brukerne. Men der sykepleier på senteret har en rolle hvor de henviser til andre, gjør de ikke dette så mye på sykehus hvor det er legene som henviser. Dette ifølge en sykepleier ved senteret.

Den sykepleierrollen er jo veldig allsidig, og man er jo som en potet nesten. (Intervju 5).

Felles for ergoterapeut og logoped som har tilknytning og støttefunksjoner på flere avdelinger/team som de skal delta på, er opplevelsen av at dette er krevende.

Alle brukerne som kommer til senteret får tildelt to kontaktpersoner. Disse har roller som primærkontakt og henviser.

Det er veldig fint at det er to, litt usikker på om det er nødt til å være en fysioterapeut som er sammen med sykepleier. Jeg er opptatt av at sykepleierne, de tenker jeg at er veldig viktig at er der, for de har så tett kontakt hele tiden med pasienten. Men hvorfor det akkurat er fysioterapeuten det tror jeg egentlig ikke alle.... så lenge det er to tenker jeg..... (Intervju 8).

Det oppleves som en utfordring at det ligger så mye ansvar på sykepleier og fysioterapeut i forhold til å vurdere hva som er behovet til brukerne.

Da er det jo ikke nødvendigvis fysioterapeuten sammenlignet med ergoterapeuten eller en idrettspedagog, det er ikke akkurat sånn at vi innehar noen unik kunnskap som gjør at vi i større grad enn de andre kan hen vise og se helheten til pasienten. (Intervju 8).

Flere av intervjupersonene nevner at det kunne vært bra med rullering, men at den profesjonen som skal være mest i kontakt med pasienten er den som har det største ansvaret.

4.4.2 Arbeids- og møtekultur og prioriteringer.

Intervjupersonene på senteret sier noen yrkesgrupper kan sitte i møte og har noe å si om en bruker, men at andre da ikke ser hensikten med å bruke mere møtetid på denne brukeren.

På møtekulturen så må man melde seg litt på av og til. Noen blir overivrige, noen snakker, noen får ikke snakket seg ferdig. Det som er mest tydelig kanskje, og det som senteret er mest kjent for, er disse fysiske tingene tror jeg. (Intervju 6).

Flere nevner dette med gruppedynamikk, at noen har lettere for å ta ordet, at noen blir hørt mer på mens andre er mer forsiktige. Noen «har andre briller på», og andre profesjonsgrupper er større og sterkere, og det påpekes at man bør bli hørt faglig sett, selv om man ikke er av de som kaster seg frempå.

Det fremstilles kanskje litt hierarkisk dette, men det er jo egentlig sånn det er da. (Intervju 8).

Flere nevner at det er veldig fysisk rettede mål (som for eksempel fysisk trening) på senteret, og at de profesjonene som arbeider med den fysiske biten får en mer sentral rolle, men at andre også blir hørt, tatt med i samtalen og lyttet til.

Det oppleves at de profesjonene som eier brukerne mer på senteret, er de som har definerte oppgaver mens andre profesjoner kan ha mere diffuse oppgaver.

Og det har jeg kjent at det har vært litt sånn at vi har forskjellige briller på noen ganger. Og så har de på en måte kanskje vært flere og litt sterkere og litt tydeligere i talen. (Intervju 6).

Noen av yrkesgruppene forteller også at de må være frempå for å komme med sine synspunkter og faglige erfaringer for å bli hørt.

Jeg tenker at det kanskje ikke skulle være nødvendig jeg da, jeg tenker at man kan bli hørt allikevel, sånn faglig sett. (Intervju 7).

De profesjonene som ikke har helt fysiologiske oppgaver føler ofte at de blir et supplement i det tverrfaglige samarbeidet.

4.5 Oppsummering.

På både sykehuset og senteret gjennomføres det undervisning og fagmøter, hvor yrkesgruppene underviser hverandre og overfører kompetanse seg i mellom. Det påpekes at det er viktig å være god på eget fag for å kunne jobbe godt tverrfaglig. Noen av yrkesgruppene har fagområder som de andre ikke kjenner så godt til. På senteret er det et stort fokus på den fysiske biten med trening og kroppslige funksjoner, og mindre fokus på andre områder som også kan være viktig for pasientene. På senteret blir det også påpekt at alle pasientene ikke har behov for alle tjenester, og at alle yrkesgruppene kanskje ikke trenger å bidra hver gang.

På sykehuset nevnes det at sykepleierne ser ut til å trekke seg litt ut av det tverrfaglige teamet, noen ganger fordi de mener at de ikke har noe å tilføre, og andre ganger fordi de blir dratt i hele tiden. Profesjonene er godt samkjørte og diskuterer og veileder hverandre. Det skrives også felles rapporter om pasientene ved utskrivelse, og det anses som viktig at alle skriver i denne. Det gjøres både på sykehuset og senteret. På sykehuset var det også snakk om ressurser på avdelingen, og at det tverrfaglige kontoret ligger et annet sted enn vaktrommet på avdelingen der sykepleierne befinner seg.

Det fremkommer av intervjuene at sykepleierrollen er den som er mest flytende og strekker seg over flere fagområder, dette er spesielt for sykehuset. Derimot er sykepleierrollen annerledes på senteret fordi sykepleierne har en koordineringsfunksjon i og med at de henviser pasienter til andre yrkesutøvere. Dette medfører at de er høyere i hierarkiet enn sykepleierne på sykehuset, og muligens har de ikke like mye å gjøre på senteret som på sykehuset. De andre profesjonene har klarere roller enn sykepleierne.

På senteret kommer det frem at noen har lettere for å ta til ordet under møter enn andre, og blir dermed lettere hørt, mens andre er mer forsiktige. At noen yrkesgrupper har flere medlemmer enn andre, kan føre til at disse yrkesgruppene får en høyere plass i hierarkiet enn yrkesgrupper med færre medlemmer. Det kan føre til at de yrkesgruppene som er i mindretall ofte må være litt frempå under møtene for å bli hørt.

For å komme enda mer i dybden av analysen og se på de mest interessante funnene går jeg over til diskusjonskapittelet.

5.0 Diskusjon.

5.1 Innledning.

Når jeg nå går over til diskusjon viser jeg til teorikapittelet som er grunnlaget for diskusjonen.

Problemstillingen i denne oppgaven er: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov? Ut ifra problemstillingen kom jeg frem til tre forskningsspørsmål, som basis for de åtte intervjuene jeg hadde på sykehuset og senteret. Disse er:

1. Hvordan er arbeidet organisert?
2. Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?
3. Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?

Som vist i analysekapittelet kom jeg frem til temaer som var knyttet til forskningsspørsmålene, forskningsspørsmålene med undertemaer svarer på problemstillingen i oppgaven.

Intervjupersonene på sykehuset og senteret har det felles at de har en hektisk, men god arbeidshverdag. På begge steder har de en stabil arbeidsgruppe som har jobbet sammen over tid og kjenner hverandre godt, de er samkjørte og har god kunnskap om hverandres fagfelt. Intervjupersonene forteller at de er trygge på hverandre og utveksler kompetanse og erfaringer når det er behov for det, og sikrer på denne måten overføring av kompetanse og undervisning yrkesgruppene imellom. Denne overføringen fører også til konstruktive diskusjoner og intern veiledning, og er med på å skape en god arbeidskultur hvor de ansatte trives, og hvor samarbeidsklimaet er godt og konstruktivt. Men, intervjupersonene er også enige om at det følger noen utfordringer med det å jobbe tverrfaglig og i team.

Der hvor det er fysisk avstand mellom avdelingen og tverrfaglig kontor, gjør dette at de ansatte flere ganger ikke får anledning til å delta på de aktuelle tverrfaglige møtene, i en hektisk og travel hverdag. Dette oppleves som en utfordring og frustrasjon for sykepleierne som er på avdeling et annet sted. Ansatte på senteret stiller spørsmål ved om alle de ulike faggruppene skal være med på alle tverrfaglige møtene. Møtedeltakelse kan være ressurskrevende og deltakerne bør velges ut fra relevans. Det bør vurderes fra møte til møte

hvilke fagområder som skal være representert, noe flere av yrkesgruppene på senteret har løst gjennom rulling på teamene og møtene. Kan dette overføres til helseforetak og hvordan yrkesgruppene er organisert? Er det slik at de som utformer systemene og organisasjonsstrukturene ikke tenker på de yrkesgruppene som skal utføre oppgavene, samarbeide og gi en helhetlig tjeneste ut mot pasientene? Ingeniørene utformer i denne kulturen i følge Schein en mal på hvordan systemet skal være i organisasjonen, men de ulike yrkesgruppene som skal utføre arbeidet, må selv finne ut av hvordan de skal samarbeide for å få oppsatte mål gjennomført. I den utøvende kulturen er hovedfokuset på det finansielle, det å overleve, vokse og sørge for gevinst til samfunnet og aksjonærer. Og det er for helseforetaket viktig med et godt omdømme sett utenfra, i et økonomisk og resultatorientert perspektiv. Videre sier Schein (1996) i sin artikkel at fordi organisasjoner er store blir de upersonlige og abstrakte, og at det derfor er nødvendig med rutiner, ritualer og regler. Det å skape justeringer mellom de tre kulturene handler ikke om hvem som har det rette utsiktspunktet, men om å skape gjensidig forståelse og utvikle løsninger som blir forstått og implementert.

5.2 Hovedfunn ut fra forskningsspørsmålene:

5.2.1 Hvordan er arbeidet organisert?

Det første forskningsspørsmålet handler om hvordan arbeidet er organisert.

Som beskrevet i teorikapittelet er det i følge Schein (1996) tre kulturer innenfor organisasjonens subkultur i alle organisasjoner. Disse tre kulturene kaller han for operatørkultur, ingeniørkultur og utøvende kultur. Scheins funn er at disse tre kulturene ikke forstår hverandre godt og at de derfor har ulik oppfatning av vellykket måloppnåelse. Innenfor operatørkulturen er det arbeiderne som utfører arbeidet, og bedriftens suksess handler her om arbeidernes læringsevne, ferdigheter, kunnskaper og forpliktelser. Arbeiderne må i denne kulturen ha kapasitet og mulighet til å kunne tilegne seg kunnskap og kunne håndtere uforutsette hendelser. Innenfor ingeniørkulturen derimot, slik artikkelen beskriver, er ingeniørene pragmatiske perfektjonister som foretrekker menneskefrie løsninger. Og den ideelle verden består av prosesser og maskiner som arbeider i perfekt harmoni og presisjon uten menneskelig innblanding. Jakobsen & Thorsvik (2013, s. 70-71) beskriver også at en organisasjon på en måte tar bort individuelle ulikheter hos de ansatte slik at de jobber som et maskineri.

I det store og hele er organiseringen av helseforetak ofte organisert slik Glouberman & Mintzberg (2001, s. 58-69) beskriver i sin artikkel om de fire verdener innen helseforetak med Community, Control, Cure og Care. Community som beskrevet i tidligere forskning 1.3 er både den interne ledelsen som har legitimitet og ressurser, som legger de politiske retningslinjene og føringer i det samfunnet som foretaket er en del av og forholder seg til.

I analysen kom det frem at de ulike foretakene hadde en hierarkisk oppbygging, men intervjupersonen opplever allikevel at de er likeverdige. De er samstemte om at det er legen som har det siste ordet. Kan hierarki unngås og er hierarkiet nødvendigvis negativt? Loven om helsepersonell slår fast at når det er samarbeid mellom helsepersonell, er det legen som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som har med undersøkelser og behandlinger av en pasient å gjøre (Helsepersonelloven, 1999 § 4). Slik jeg ser det, er det hva den med mest kompetanse innenfor et område råder til i forhold til en problematikk som bør vektlegges. Om det ruller mellom yrkesutøverne, vil det i mine øyne være en fordel, da ruller hierarkiet også. Samtidig er det legene som har beslutningsmyndigheten, og det er det vi må forholde oss til så lenge det er fastsatt i lovverket. Men man kan stille spørsmål over om hvor vidt legene vet nok om andre profesjoners viten og kompetanse, til å eventuelt overprøve andre yrkesutøveres avgjørelse.

Rodriguez et al. 2005, s. 143 skriver også at i alle organisasjoner ligger det offentlige retningslinjer, økonomiske bevilgninger, føringer og lovverk for profesjonell praksis som styrer hvordan organisasjonen skal være.

Videre i artikkelen til Glouberman & Mintzberg beskriver de Control som den økonomiske og administrative ledelsen i selve foretaket. Control er pålagt å følge regler pålagt av Community. Cure er det medisinfaglige systemet, med leger som både arbeider klinisk og administrativt. Care er det pleiefaglige systemet med sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, sosionomer, psykologer og andre som ivaretar pasientenes behov. Innenfor hver av disse fire verdener er det også ledere, spesialiseringer og interessefelt. Innenfor Care er yrkesutøverne organisert som en matrise fordi oppgaver som er likeartede er samlet i enheter, enhetene på sykehuset og senteret er de tverrfaglige teamene, og yrkesutøverne har flere enn en leder. Det er også et hierarki innenfor organisasjonen i helseforetakene hvor intervjupersonene arbeider, fordi det er overordnede ledere som har formell myndighet til å gi ordre til de med lavere stillinger (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 78-81).

Som tidligere nevnt i denne oppgaven, vil det ikke alltid være et hierarki på en eller annen måte i foretak og organisasjoner? Dersom profesjonene rullerer om å ha ansvar for pasientene vil det sannsynligvis alltid være en som har bestemmende myndighet. I analysen min kommer det frem at tverrfaglig samarbeid bryter opp hierarkiet, men gjør det det? Om det fungerte slik at den profesjonen det var mest behov for, i forhold til den enkelte pasients problematikk, var den som hadde størst beslutningsmyndighet. Ville det da bli en naturlig rulling hvor alle profesjonene på et eller annet tidspunkt, var den som var øverst i hierarkiet og dermed også hadde makt til å ta avgjørelser og bestemme? Mine data viser at det er de største yrkesgruppene og de yrkesgruppene som henviser som er de øverste i hierarkiet etter legen. Det er i tilfelle da viktig at legene og de største yrkesgruppene har kunnskap om de andre profesjonene, og at de er representert der hvor de kan bli veiledet og undervist av andre.

Rodrigues et al., (2005) skriver at en grunnleggende faktor for å få til et godt tverrfaglig samarbeid, er at yrkesutøverne likestilles med hverandre, og at det kan slå negativt ut hvis yrkesgruppene har forskjellige verdier og perspektiver. Forståelse for andre yrkesgruppers perspektiver er nødvendig og mangel på kunnskap om andre yrkesgruppers yrkesarena kan hindre et godt samarbeid.

Hvorfor har enkelte profesjoner fått ansvar for å se helheten hos pasienten fremfor andre profesjoner? Dette er et spørsmål en av intervjupersonene stiller. Det kommer frem av intervjuene at flere av profesjonene ikke opplever at de er likestilt med de andre, og at de ikke blir hørt eller får taletid på møter. De påpeker imidlertid at dette er litt personavhengig og også et resultat av personlig kjemi. Det at arbeidstedet er basert på prinsippet om liten avstand mellom profesjoner, og lik rangering profesjonene imellom, betyr ikke nødvendigvis at de opplever seg likeverdige. Mine data viser at det er et uformalisert hierarki, både på sykehuset og senteret som intervjupersonene i denne oppgaven representerer. Hva gjør dette med likeverdet? Har enkelte yrkesgrupper større beslutningsmyndighet og en mer sentral og viktig rolle, vil jo det tilsa at det ikke er et likeverd. Kan man snakke om likeverd når en faggruppe er mer dominant en andre? Det kan se ut til at det ikke blir reflektert over strukturer, arbeidskultur og beslutninger på disse arbeidsplassene. Hvordan vi oppfatter virkeligheten kan være annerledes enn det den faktisk er. Oppfatninger er nødvendigvis ikke sanne for at de kan få virkelige konsekvenser, at vi handler i den tro at de er sanne er nok (Johannesen, Rafoss & Rasmussen, 2019, s. 44).

I sin artikkel skriver Hall (2005) at verdiene til yrkesgruppene kan skape både intern og uttalt kommunikasjonsbarrierer mellom de ulike gruppene. I verdier kan det ligge usynlige hindringer for teammedlemmer som arbeider med en problemstilling. For å utvikle samarbeidskompetanse som kan bryte ned profesjonelle siloer, trenger profesjonene muligheter for å tilbringe tid sammen, for å lære å samarbeide på en meningsfylt måte. Den tiden yrkesutøverne får sammen i team er kanskje for liten for å lære hverandre å kjenne, lære om hverandres yrkesarenaer. I en hektisk hverdag er det kanskje for ressurskrevende for yrkesgruppene å tilbringe mer tid sammen i møter enn det de allerede gjør.

5.2.2 Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?

Det andre forskningsspørsmålet handler om kunnskap og å se hverandre.

Teamkoordinator på sykehuset sa at det kan være at man ikke ser at andre er under press. Mine data viser at noen profesjoner har en mer hektisk arbeidshverdag enn andre, og at de tverrfaglige møtene blir en ekstra belastning for noen. Ikke nødvendigvis bare for sykepleierne, men også for andre yrkesgrupper som logoped, psykolog, ergoterapeut. Alle intervjupersonene på sykehuset snakker om ressurser på avdelingen, også at de tverrfaglige teamene har kontor ett sted og sykepleierne har vaktrom på avdelingene. Legene sitter også adskilt. Hva gjør dette med arbeidsmiljø, tilrettelegging for samarbeid og innsikt i hverandres fagområde ?

Mine data viser at sykepleierne ser ut til å trekke seg litt ut av det tverrfaglige teamet. Noen ganger fordi de ikke mener de har noe å komme med til drøftinger, andre ganger fordi dagen er hektisk. Psykologene blir også nevnt som en arbeidsgruppe som har større belastning enn andre i teamet, fordi de har mange arbeidsoppgaver. Er alle de andre yrkesgruppene klar over dette? I dataene fremkommer det at det er viktig å få informasjonen og observasjonen sykepleierne innehar for det tverrfaglige teamet, fordi de observerer pasientene hele døgnet. At sykepleierne oftere enn andre ikke er deltagende på teammøtene, kan også være at de ser på de arbeidsoppgavene de har i avdelingen som mer relatert til fagområdet de har enn det å være i tverrfaglig team.

De ulike yrkesgruppene vet godt hva som kjennetegner profesjonen de tilhører, det kan også være ulike skoleretninger innenfor en og samme profesjon. Selvforståelsen som de ulike yrkesgruppene har innad i profesjonen, kan være en annen enn hva andre forstår av profesjonen og hvordan de praktiserer (Solvang, 2019, s. 39).

Motsetningen med å definere yrker etter deres meninger eller funksjon, løses ved å minne om at viktigheten av den profesjonelle sosiale strukturen ligger i dens effekt på yrkets evner til å overleve innenfor et konkurransepreget system. Når en gruppe først deltar i konkurransen, er det som betyr noe for oss, ikke hva gruppen påstår å være, men hva den faktisk er (Abbot, 1988, s. 82).

De innsamlede data viser at profesjonene mener at de har god kjennskap til hverandres fagområder og arbeidsoppgaver, samtidig fremkommer det at de ikke har den fulle oversikten over hva de ulike faggruppene arbeider med og kan arbeide med. Spesielt nyansatte leger, det blir sagt at de ofte uttrykker at de ikke ser hva de kan bidra med i teamet fordi teamene er så samkjørte.

De siste ti årene har helseforetakene vært preget av nedbemanninger av pleiere, pleieassistenter og sekretærer. I denne forbindelse er det interessant å se på hvordan dette har preget arbeidshverdagen og arbeidsoppgavene til arbeidsstokken. Hadde sykepleierne og de andre yrkesgruppene som er representert i teamene, mer handlingsrom tidligere til å ta seg av alle arbeidsoppgavene? For eksempel skriver legene nå rapporter og journaler selv, mens de tidligere leste inn tekst på en diktafon som ble transkribert av en sekretær. Man har sett på sekretæroppgaver som unødvendig manuelt arbeid, og har hatt en forventning om at fagpersoner i den nye digitale hverdagen kan utføre disse oppgavene på en lite belastende måte selv. Det kan nok, basert på problembeskrivelsen for de som nå utfører dette selv, se ut som om dette tar en større andel av fagfolkenes arbeidsdag enn antatt. Parallelt med denne utviklingen har dokumentasjonskravene generelt, men i helsevesenet spesielt, økt betydelig de siste årene.

Ut fra intervjuene virker det som om de ulike profesjonene er godt samkjørte, og at de diskuterer og veileder hverandre. De skriver tverrfaglige rapporter, hvor alle er representert med sin vurdering, og gir en helhet ut mot pasientene som et «vesen». I mine data kommer det frem at noen ganger gjør de oppgaver som tilhører en annen yrkesgruppe. Men det sies

også at det er viktig med klare roller og at de «ikke skal gå i andres bedd», og at sykepleierne ikke bør ta hele ansvaret for pasienten. For meg fremstår denne holdningen til å både ha klare ansvarsområder i hierarkiet, samtidig som man utfører andres arbeidsoppgaver som dualistisk. Dette fordi de ansatte både må utføre oppgaver innen for eget ansvarsområde samtidig som det ofte oppstår situasjoner som krever en rask reaksjon og løsning, og involvering av ansvarlig yrkesgruppe gjøres først i etterkant av hendelsen/henvendelsen.

5.2.3 Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?

Det tredje forskningsspørsmålet handler om hvordan samarbeidet mellom de ulike profesjonene er og hvordan det foregår.

Alle intervjupersonene beskriver et godt arbeidsmiljø, et godt samarbeid og trivsel på jobb. På begge arbeidsplassene er det lite utskiftning og de har jobbet sammen i mange år, noe som tyder på trivsel. Det som allikevel blir nevnt er at sykepleiere og psykolog på sykehuset har et større arbeidspress enn de andre. På senteret er det de som har deltidsstillinger som føler at de har et større arbeidspress enn andre. Dette fordi de har mindre stillinger og må prioritere møter og pasienter, noe som kan være en utfordring.

På sykehuset foreslås det av intervjupersonene at for å avlaste sykepleierne burde de slippe å skrive i tverrfaglig rapport. Dette kan resultere i at sykepleiernes deltagelse på teammøtene øker. I dagens situasjon så har denne gruppen mye fravær på grunn av høyt arbeidspress i avdelingen. Hva gjør dette med teamet? Vil da sykepleierne være medlemmer av det tverrfaglige teamet på lik linje med de andre yrkesgruppene? Det gjentas av flere av intervjupersonene, og det gjentas av den enkelte intervjuperson, at sykepleierne har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet, fordi det er de som har observasjon av pasientene hele døgnet, mens de andre treffer pasientene når de er til konsultasjon eller trening. Hvilken informasjon om pasientens tilstand er det de andre da ikke får kjennskap til?

Under analysen av mine data, ser jeg at det kanskje ikke foreligger samarbeid, de tverrfaglige møtene bærer mer preg av informasjonsutveksling enn samarbeid. Dette fordi det kommer frem av dataene at det under møtene blir satt fokus på hva den enkelte yrkesgruppe kan bidra med, og at noen faggrupper har et fagområde som ikke så mange kjenner til. Flere av profesjonene har begynt å stille spørsmålstegn ved om alle yrkesutøverne skal være med i

teamet rundt en pasient hver gang. Dette fordi det er en ressurskrevende måte å jobbe på og at alle pasientene ikke nødvendigvis har behov for alle tjenestene, og at det blir for mye og for mange å forholde seg til for enkelte pasienter. Flere nevner i tillegg at det er den fysiske biten med trening og kroppsfunksjoner som er prioritert.

De to helseforetakene hvor jeg har vært og intervjuet, er begge organisert som en matrisestruktur hvor de fleste ansatte i organisasjonen har flere ledere. Intervjupersonene har det til felles at de er tydelige på at de trives godt i organisasjonen, og at de opplever at de er likeverdige i de tverrfaglige teamene. På begge arbeidsplassene har yrkesutøverne jobbet lenge sammen og det er lite utskiftning, noe som tyder på høy grad av trivsel. Det virker allikevel som om det er vanskelig å etablere en arbeidskultur uten hierarkiske elementer og strukturer. Intervjupersonene sier at deres arbeidsplass er preget av uformaliserte over- og underordnede relasjoner eller flere.

Mine tanker rundt dette samsvarer med funn beskrevet i teori som for eksempel i artikkelen til Rodrigues et al., (2005). Som sier at utvikling av samarbeidspraksis avhenger av gjensidig anerkjennelse av profesjonene, for deres gjensidige avhengighet og aksept av gråsoner. Deres respektive bidrag kan overlappe hverandre. Dynamikken i profesjonaliseringen fører til en differensiering av fagfolk innad i profesjonen og til territoriell adferd i teamet (Rodriguez et al., 2005, s. 136-137).

Roller og rolleutøvelse har jeg syntes vært interessant igjennom prosessen med intervju, transkribering og analyse. I et samarbeid har vi ulike roller og noen ganger like roller, det er spennende å se litt på hvilken betydning roller har.

Hva forventes av rolleinnhaverne? Det stilles forventninger til rolleinnhaverne og rolleutøvelse kan også føre til konflikter mellom rolleinnhaverne. I mine data kom det frem at det forventes av sykepleierne at de skal utføre sin rolle som pleiere i avdelingen hvor de dekker pasientenes primære behov. Dette fordi sykepleierrollen generelt innebærer å ivareta disse behovene, i avdelinger i helseforetak og i kommunene. Samtidig forventes det også at sykepleierne skal ha en rolle som en del av det tverrfaglige teamet i helseforetak. Ut i fra intervjuene kan det se ut til at dette skaper arbeidspress på denne yrkesgruppen.

Hva slags konflikter kan oppstå i forbindelse med rolleutøvelse? Forventninger til rolleinnhavere kommer vanligvis fra flere aktører, og det kan være ulike forventninger som står i motsetning til hverandre. Rollekonflikter kan oppstå innad i roller og mellom roller. At jeg tar frem sykepleierrollen som et eksempel er fordi det kommer tydelig frem at de innehar flere roller. Eksempel på rollekonflikt for sykepleierne er at det forventes fra pasientene og andre yrkesgrupper at de utfører sine oppgaver i henhold til pasientenes behov, samtidig som det forventes fra det tverrfaglige teamet at de skal være med på møter og skrive tverrfaglige rapporter, på lik linje med de andre yrkesgruppene. Dette kan forårsake motstridende forventninger til en og samme rolle.

Hvordan forhandler vi med rolleforventningene våre? Individuer tilpasser seg ikke passivt til rolleforventninger, noe forkastes og noe aksepteres, og på den måten setter de sitt personlige preg på rollen. Igjen tilbake til sykepleierne, i en hektisk hverdag må de prioritere pasientenes behov og rekker mange ganger ikke å møte til de tverrfaglige møtene. De får forståelse for problematikken fra de andre yrkesgruppene, og har da på den måten forhandlet seg frem til at sykepleierrollen prioriteres fremfor rollen som en del av det tverrfaglige teamet.

Hvordan læres rolleforventningene? Hvordan spilles rollen i praksis? Når noen klart og tydelig forteller oss hva vi er forventet å gjøre eller ikke gjøre, som under en sykepleierutdanning, finner det sted læring av rolleforventninger. Dette kalles eksplisitt læring, en implisitt læring vil si at man ikke trenger å bli direkte instruert for å forstå hva som forventes av oss i en rolle. Sykepleierne er utdannet til og instruert i hva som forventes av de når de har en tittel som sykepleier, å ivareta pasientenes primære behov. Samtidig så forstår de at når de arbeider med mennesker med en problematikk som krever at flere yrkesgrupper involveres, forventes det at de også er delaktige i de tverrfaglige teamene, med rolle som medlem på lik linje med de andre yrkesutøverne (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2019, s. 223-233).

Rodriguez et al., (2005, s. 143) identifiserte makrostrukturelle barrierer i et samarbeid mellom profesjoner. For å tillate mer fleksible roller for fagfolk må noen regler gjennomgås, det er også tradisjonelt ressursdrevet istedenfor å ha en objektiv drevet finansiering. Klare retningslinjer som regulerer yrkesutøvelse for sykepleiere og leger mangler i lisensieringsorganer. Relasjonelle faktorer som at profesjonene har like perspektiver, verdier og er likestilt med hverandre, er viktige faktorer. Samt at den enkelte yrkesutøver ønsker,

klarer og har vilje til samarbeid. Hvilke forventninger den enkelte har og hvordan delmål analyseres og fordeles mellom samarbeidspartene (Rodriguez et al., (2005, s. 132-138),

Er det slik at noen av profesjonene har en kamp de andre ikke kjenner? På sykehuset er det tverrfaglige teamet vanligvis representert med fysioterapeut, ergoterapeut, psykologer, leger og sykepleiere. Alle rollene i et slikt beskrevet team, har slik jeg ser det, definerte og formelle roller. Bortsett fra sykepleierne, som innehar flere roller samtidig. I tillegg til å ha en rolle i det tverrfaglige teamet har sykepleierne også en mer flytende kompleks stilling med kryssende roller og forventninger. Det kommer frem i intervjuene at det er et problem med mye fravær og sykemeldinger blant sykepleierne. Årsaken til dette kan være høyt arbeidspress og forventninger til å utfylle mange roller. Sykepleieren som er intervjuet er samtidig klar på at man som sykepleier ikke skal være involvert i alt, og videresende pasientene til den yrkesgruppen som har det fagområdet pasienten er i behov av.

På senteret har yrkesutøverne, bortsett fra sykepleierne, de samme rollene. Sykepleierne har her, sammen med fysioterapeut, det overordnede ansvar for å koordinere tjenester til pasientene og å henvise dem videre. Det ser ut til at sykepleierne på dette helseforetaket ikke har så stor arbeidsbelastning som sykepleierne på sykehuset. I mine data fremkommer det at faggruppene forsøker å se arbeidsmengden til hver enkelt og avlaste dem som har merarbeid, på senteret er det yrkesgrupper som må jobbe mer for å bli hørt under teammøtene. De som er ansatt i deltidsstillinger, opplever at de går glipp av informasjon og at de ikke har tid til å utføre de oppgavene de ønsker å gjøre.

Samhandlingsreformen oppfordrer profesjonene til tverrfaglig samarbeid, men det å få til et godt faglig og tverrfaglig samarbeid avhenger også av økonomiske spørsmål og menneskelige ressurser. Det avhenger også av om det er noen profesjoner som opplever større arbeidspress og har større arbeidsmengde enn de andre på arbeidsplassen, fordi stort arbeidspress påvirker de menneskelige ressursene. For eksempel å få tid til alle arbeidsoppgaver og møtevirksomhet.

Hvordan løses endringene i helse- Norge når det i fremtiden blir fler eldre og økende mengde med mennesker med kroniske og sammensatte sykdomsbilder? Som nevnt i 2.3. Er det mulig å spare økonomiske og menneskelige ressurser, hvis det var flere arbeidstakere som la til rette for og gjorde grunnarbeid som pleie, vasking og matutdeling for eksempel for å lette arbeidspresset for profesjoner med stort arbeidspress.

Bli det vanskelig fordi ikke alle yrkesgruppene oppleves som like viktige? Eller blir det vanskelig fordi det krever for mye tid og ressurser hvis alle skal avgjøre hva som er til det beste for brukeren? Mine data viser at noen yrkesgrupper mener at de kroppslige, fysiske behovene blir prioritert, at fysisk trening blir prioritert, men at det noen ganger kan være annen problematikk som pasienten er i behov av å finne løsninger på. Det kommer frem av dataene at det ikke alltid er behov for alle fagområdene rundt en pasient, og det stilles spørsmål om hvorfor det skal være seks forskjellige yrkesgrupper på et møte hvis det bare er behov for tre. Dette er både ressurskrevende og tar mye tid for yrkesgrupper som skal forholde seg til flere team.

5.3 Videre forskning.

Med tanke på arbeidspresset som ligger på yrkesgrupper som arbeider i pleien av pasienter i helseforetak, og hvordan dette kan bli i fremtiden, er det spennende med roboter og algoritmer. En robot er en mekanisk programmert enhet som kan programmeres til å hjelpe mennesker, algoritmer er programmering med koder som brukes i en datamaskin. Disse kodene gjør at hvis man for eksempel har søkt mye på ett nettsted, vil det dukke opp forslag om lignende nettsteder eller temaer ved senere søk. Dette er interessant, min oppgave handler ikke primært om dette, men jeg synes det er verdt å nevne, for det vil antagelig gjøre noe med det arbeidspresset som noen yrkesgrupper sliter med i dag. Om det er positivt eller negativt med hensyn til pasienter og pleiere vil vise seg i fremtiden og hører ikke til denne diskusjonen.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen i oppgaven er: Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov? Prosessen med denne oppgaven har vært både spennende og utfordrende. Problemstillingen er omfattende og behovet for ytterligere forskning på feltet er tilstede.

Godt teamarbeid på tvers av profesjonene kan være en viktig suksessfaktor for en helhetlig tjeneste ut mot pasientene. I de to helseforetakene hvor jeg har hatt intervjuer er det ikke en sterk hierarkisk organisasjonsstruktur, men en mer flatere og teambasert struktur.

Jeg har med min oppgave ønsket å finne ut av hva det er som utgjør forskjellen på et vellykket og et mer utfordrende teamarbeid mellom de ulike profesjonene. Underveis har jeg vært i kontakt med åtte intervjupersoner fra to forskjellige institusjoner, og samlet inn mine data kvalitativt gjennom dybdeintervju. Disse dataene har jeg analysert for å se hvilke erfaringer intervjupersonene har med tverrfaglig samarbeid. Min konklusjon etter å ha gjennomført denne analysen, er at faktorer som er med på å spille en rolle for godt tverrfaglig samarbeid, vil være at teamene er organisert slik at yrkesgruppene har en nærhet til hverandre. Slik at det er lett å ta kontakt med hverandre og være til stede på de tverrfaglige møtene. En fallgrube kan være når det er avstand fra der en yrkesgruppe oppholder seg til daglig og hvor teammøtene foregår. I en hektisk hverdag hender det at ikke alle medlemmene har mulighet til å være med på teammøtene, men som intervjupersonene nevner, så er det kanskje ikke behov for alle på hvert møte. Andre faktorer for å få til et velfungerende samarbeid er klare mål for samarbeidet og tydelighet på hvem som gjør hva. At det er god kommunikasjon mellom teammedlemmene og at alle får taletid på møtene, tillit til de andre teammedlemmene og organisasjonskulturen generelt.

Mine funn viser at det er flere utfordringer i det å jobbe tverrfaglig og i team. Vi mennesker er forskjellige, noen tar mer plass enn andre og noen går lettere inn i lederroller enn andre. De ansatte på sykehuset og senteret er organisert som en matrisestruktur, og i en matrisestruktur kan det oppleves som ubehagelig å ta lederrollen, fordi de kan bli beskyldt for å tro at de er bedre enn sine kolleger. Både sykehuset og senteret er organisert som en matrise, men det eksisterer også et hierarki innenfor matrisestrukturen. Det ser ut til at hierarkiet er uunngåelig, fordi det er noen yrkesgrupper som er større enn andre og kan da bli mer fremtredende. Noen yrkesgrupper arbeider deltid, og vil være avhengig av informasjon fra de andre, det skaper en

mer hektisk arbeidshverdag for å rekke over møter og arbeidsoppgaver. Og i tillegg er det fastsatt ved lov at det er legene som skal ta avgjørelser angående undersøkelser og behandling av pasienter. Kan det være slik, at det da ikke bestandig er samsvar mellom at det er de som jobber tett sammen i teamene, kjenner pasientene best og til de som tar den endelige avgjørelsen? Denne personen (legen) befinner seg kanskje på et annet sted og kjenner ikke nødvendigvis pasientene, medarbeiderne og situasjonen like godt? Intervjupersonene påpekte at det ikke nødvendigvis er negativt med en hierarkisk organisering av arbeidsplassen. Det å oppleve seg likestilt, være en del av et team og trives på arbeidsplassen, selv om det er et hierarki, er viktig. Det er et skjult hierarki fordi yrkesgruppene er klar over at hierarkiet er der, men hierarkiet er ikke noe de tenker over i arbeidshverdagen. Det ser ut til at hierarkiet fungerer så godt at det ikke oppleves som noe hierarki. Det som imidlertid er utfordrende, er at noen yrkesgrupper har et større arbeidspress enn andre, og det blir ressurskrevende å være på alle teammøtene. Intervjupersonene stiller spørsmål om alle faggruppene trenger å være tilstede på alle møtene, fordi dette kan være ressurskrevende og ikke alltid like nødvendig. Hvilke yrkesgrupper som burde være tilstede på alle teammøtene presiseres ikke av intervjupersonene, derimot kommer det frem at det er et stort fokus på det fysiske, som trening og bevegelse, mens andre behov blir satt litt til side. Dette kan føre til at yrkesgrupper som har kompetanse innenfor andre felt, som de andre kanskje ikke er klar over, ikke blir vektlagt i like stor grad. Det kan medføre at noen pasienter ikke får dekket de behovene som er viktigst for de å få hjelp til.

Kompetanseoverføring og undervisning av hverandre skjer i teammøtene og egne møter, hvor det rulleres mellom de ulike faggruppene om hvem som skal undervise fra gang til gang. Det er klare og like roller for hvem som gjør hva, bortsett fra sykepleier rollen som er noe forskjellig fra sykehuset til senteret. Min forskning viser utfordrende komponenter i det tverrfaglige samarbeidet, men allikevel opplever intervjupersonene at samarbeidet fungerer godt til det beste for pasientene både i sykehuset og på senteret.

Referanser:

Abbot, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Almeida J. (2016). *Complementary and alternative medicine's occupational closure in Portuguese healthcare: Contradictions and challenges*. *Health*. Vol 20(5), s 56-92.
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363459316660857>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brottveit, G., (red.) (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal.

Døvig, E., Elstad, B., & Storvik, A. (2016). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

De Nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Okant Oslo AS
www.etikkom.no

Furunes, K. A., & Brataas, H. V. (2013). *Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studiepraksis som arena for tilegnelse av trygghet på rolle og ansvar*. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 98-11.
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2814>

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). *Managing the Care of Health and the Cure of Diseases – Part I & Part II*. *Health Care Management Review*. 26(1), 56-92.

Hall, P. (2005). *Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers*. *Journal of Interprofessional Care*. Supplement 1: 188 – 196.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011.*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid.* Meld. St. 47 2008 – 2009.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec3>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999.*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

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

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2017). *Samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag AS.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal.

Mintzberg, H. (1994). *Rethinking Strategic Planning Part 11: New Roles for Planners.* Long Range Planning. Vol. 27, No. 3, pp. 22 to 30, 1994.

Molander, A., & Terum, L. I. (red.) (2008). *Profesjonsstudier.* Oslo: Universitetsforlaget.

Repstad, P. (red.) (2012). *Dugnadsånd og forsvarsverker.* Oslo: Universitetsforlaget.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and Social care.* Oxford, UK: Blackwell – Wiley.

San Martin- Rodriguez, L., Beaulieu M.-D., D'Amour, D., & Ferrada- Videla, M. (2005). *The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies.* Journal of interprofessional care, 19 (1), 132- 147.

Schein, E. H. (1996). *Three Cultures of Management: The Key to Organizational Learning.* Sloan Management Review: Fall 1996: 38, 1: Business Module.

Solvang, P. K. (2019). *(re)habilitering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Vabø, M., & Vabo, S. I. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg.

Vedlegg 1. Meldeskjema.

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 05.03.2019, 17.58



NSD sin vurdering Prosjekttittel

Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

Referansenummer

495012

Registrert

20.02.2019 av Elisabeth Trømborg – elisabeth.tromborg@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marit Kristine Helgesen, marit.k.helgesen@hiof.no, tlf: 69608791

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elisabeth Trømborg, elisabeth.63@hotmail.com, tlf: 41519761

Prosjektperiode

08.01.2019 – 01.06.2020

Status

26.02.2019 – Vurdert

Vurdering (2)

26.02.2019 – Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Profesjoner og samarbeid i rehabilitering.”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke kunnskapen om utfordringer med et tverrfaglige samarbeid mellom ulike profesjoner i helseforetak. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Prosjektet er en masteroppgave i samhandling av helse og velferdstjenester ved Høgskolen i Østfold.

Formål

Formålet med denne studien vil være å få mer kjennskap om tverrfaglig samarbeid. Hvordan det fungerer i praksis og hvordan det er organisert. Kunnskap som kan legges til annen kunnskap som er forsket fram knyttet til tverrfaglig samarbeide og samhandlingsreformen.

Problemstillingen er:

Hvilke utfordringer ligger i et tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner som skal yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

Forskningsprosjekt i en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å innhente kunnskap om tverrfaglig samarbeid har jeg tatt kontakt med to helseforetak hvor det er ulike profesjoner som samarbeider for å gi tjenester til mennesker med ulike behov. Tilsammen er det seks intervjuobjekter, 2 fra ledelsen og 4 med ulik profesjonsbakgrunn. Det er ledelsen i de to helseforetakene som er kontaktet og har videreformidlet kontakt med de ansatte.

Hva innebærer det for deg å delta?

Opplysningene om det tverrfaglige samarbeidet som samles inn vil foregå som intervjuer og med bruk av diktafon.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til opplysningene som kommer frem er meg som student og min veileder.
- Opplysningene anonymiseres og blir mellomlagret i Onedrive systemet til Høgskolen i Østfold. Når intervjuene er transkribert blir de slettet fra Onedrive systemet. Navnet

og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Og det vil bli mellomlagret på Høgskolen i Østfold sitt Onedrive system.

- Opplysninger som vil publiseres omhandler det tverrfaglige samarbeidet og intervjuene anonymiseres slik at deltakerne ikke kan gjenkjennes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2020.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Personopplysninger blir ikke samlet inn, bare telefonnummer, mail adresse, arbeidsted og hvilken stilling/profesjon du har.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskolen i Østfold ved student *Elisabeth Trømborg*, telefon: 41519761, mail: elisabeth.63@hotmail.com Veileder *Marit Kristine Helgesen*, telefon: 69608791/91600857, mail: marit.k.helgesen@hiof.no Vårt personvernombud: *Martin Gautestad Jakobsen*, tlf: 69608009, mail: martin.g.jakobsen@hiof.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marit Kristine Helgesen.
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Elisabeth Trømborg
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Profesjoner og samarbeid i rehabilitering*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca mai 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide.

Intervjuguide for forskningsprosjekt masteroppgave vår 2020

Profesjoner og samarbeid i rehabilitering.

Problemstilling:

Hvilke utfordringer er det for profesjonelle som skal samarbeide for å yte helhetlige tjenester til mennesker med ulike behov?

Small talk.

Åpningsspørsmål/Inngangsspørsmål:

Kan du fortelle meg om en vanlig arbeidsdag?

Hvor mange ulike profesjoner har dere?

Hva tenker du om tverrfaglig samarbeide?

Kan du gi eksempler på hvilke behov dere dekker i det tverrfaglig samarbeide?

Hvilket område er deres spesialitet?

Om det er en problematikk som ligger utenfor deres spesial område, hva gjør samarbeidsgruppen da?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan er arbeidet organisert?

Hvordan er dere organisert, er dere organisert i grupper, team, matrise?

Har dere pakkeforløp eller lignende?

Hvor stor beslutningsmyndighet har dere?

Hvordan er kommunikasjonen mellom dere og ledelsen i organisasjonen?

Hvilke rutiner har dere i det tverrfaglige samarbeidet?

Hva er dine arbeidsoppgaver?

Hva slags struktur har dere, opplever du at strukturen er horisontal eller hierarkisk og hvorfor?

Er profesjonene likestilte eller er den noen i en lederrolle, om en har beslutningsmyndighet hvordan påvirker det dine faglige avgjørelser?

2. Hvilken kunnskap har de forskjellige profesjonene om hverandres arbeidsområder?

*Synes du at profesjonene har god kunnskap om hverandres arbeidsområde?
Har dere noen form for kompetanseoverføring mellom de ulike faggruppene?
Veileder dere hverandre og hvordan foregår det?
Foregår det undervisning på arbeidsplassen?*

3. Hvordan samarbeider de ulike profesjonene?

*På hvilken måte kommuniserer dere?
Hvordan opplever du kommunikasjonen dere i mellom, har dere lik terminologi, like ord og uttrykk for fenomener?
Er det faste regelmessige møter mellom profesjonene som samarbeider og hvordan foregår de?
Hvordan opplever du forholdet mellom profesjonene som samarbeider?
På hvilken måte samarbeider dere?
Er det problemer med å få til det tverrfaglige samarbeidet, evt hvilke?
Er noen samarbeidsproblemer gjentakende?
Hva synes du er positivt med det tverrfaglige samarbeidet?
Hvor god kjennskap har du til de andre profesjonenes arbeidsområde?*