

Samhandling i tverrfaglige team

Hvordan kan man få til et godt tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan kan dette brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen?

Camilla Enerstvedt

Veileder

Jan-Erik Hallandvik

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder 2011

Fakultet for helse og idrett

Institutt for helse og sykepleievitenskap

Samhandling i tverrfaglige team

Hvordan få til et godt tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan kan dette brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen?

Masterprosjekt i Helsefag – fordypning i klinisk sykepleievitenskap

Camilla Enerstvedt

Veileder:

Jan-Erik Hallandvik

Universitet i Agder 2011

Fakultet for Helse- og Idrettsvitenskap

Institutt for Helse- og Sykepleievitenskap

Mastergrad i Helsefag, kull 09

Antall ord

Sammenbinding: 5295

Artikkel: 4054

Sammendrag

Samhandlingsreformen har til hensikt å bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen har derfor blant annet oppfordret til å samarbeide i tverrfaglige team. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan ulike faktorer virker inn på tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan denne arbeidsmåten kan iverksettes gjennom samhandlingsreformen. Det ble sett nærmere på tre prøveprosjekt organisert som team, i forbindelse med iverksettelsen av samhandlingsreformen. Tilnærmingen som ble valgt var en hermeneutisk- fenomenologisk og 6 deltakere fra 3 ulike helseteam ble intervjuet. Resultatene viser at følgende områder er viktige for et teamsamarbeid: En administrativ leder, ulik profesjonssammensetning, felles målsetting, engasjement og organisatorisk forankring. Konklusjonen var at skal tverrfaglige team brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen vil det være nødvendig med omorganisering av arbeidsmåten til de aktuelle helsearbeiderne. Kommunene må frigjøre mer arbeidskraft og spesialisthelsetjenesten må være villig til å flytte mer av sin kompetanse ut i kommunene. Det krever forankring i politisk miljø, blant ledere og fagfolk i kommunene så vel som i spesialisthelsetjenesten.

Nøkkelord: Samhandling, teamarbeid, tverrfaglig samarbeid, helsevesen

Abstract

The intention of the collaborative health reform is to increase the interaction between the different participants in the health care services. The government has encouraged collaboration in interprofessional teams. The purpose of this study was to gain knowledge about how various factors affect the interprofessional team work, and how this method can be implemented through the collaborative health reform. The study looked at three pilot projects organized as a team, relating to the implementation of collaborative reform in a municipality in the southern part of Norway. The approach chosen was a hermeneutic-phenomenological and 6 participants from 3 different health teams were interviewed. The results show that the following areas are important for team collaboration: An administrative leader, composition of team professions, a common goal, commitment and organizational affiliation. The conclusion was that if interprofessional team is used in the implementation of collaborative reform it will be necessary to reorganize the working methods to the health professionals in question. Municipalities need to release more manpower and the specialized health services must be willing to move more of their expertise in the municipalities. It also requires a good grounding in the political environment, among managers and professionals in the municipalities as well as specialist health services.

Key word: Collaboration, teamwork, interdisciplinary, multidisciplinary, healthcare

Forord

Siden jeg har erfaring som sykepleier fra både kommune og - spesialisthelsetjenesten har jeg sett de mange samhandlingsutfordringene som ofte oppstår på tvers av tjenestene og mellom de ulike fagarbeidere.

Da vi på masterstudie skulle ha eksamen høsten 2009 valgte å skrive om samhandlingsreformen. Denne reformen synes jeg er spennende og interessant fordi den vil få konsekvenser for oss alle; Helsearbeidere, pasienter, pårørende, utdanningsinstitusjonene og så videre.

Da jeg skulle starte med masteroppgaven min ønsket jeg derfor å ta utgangspunkt i denne reformen, men siden den er så omfattende, var det vanskelig å finne et konkret tema og konsentrere seg om. Høsten 2010 var jeg i prat med en prosjektleder som hadde ansvaret for lokale tiltak i forbindelse med iverksettelsen av samhandlingsreformen. Han var veldig engasjert og presenterte meg for ulike prosjekter som var satt i gang. Dette fikk meg nysgjerrig på tre av prosjektene som var iverksatt. Dette ble også mitt utgangspunkt for studien.

Prosessen med å skrive en masteroppgave har vært spennende og lærerik. Det har også vært en veldig strevsom periode, men det har vært verdt det. Den har bidratt til å stifte nye bekjenskaper og har bidratt til stor faglig og personlig vekst.

Dette hadde ikke godt uten hjelp og det er flere som fortjener en takk, en spesiell takk vil jeg gi til prosjektlederen som bidro til å inspirere meg til å skrive om samhandlingsreformen. Han gav meg også mye informasjon underveis. En stor takk til min samboer som har holdt ut med meg i denne tiden. Takk også til min veileder Jan-Erik for gode forslag på løsninger underveis. En spesiell takk til min medstudent som var en fantastisk støtte mot slutten av innlevering. Takk også til andre medstudenter som har vært gode støttespillere og diskusjonspartnere.

Arendal, mai 2011

Camilla Enerstvedt

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Hensikt og problemstilling	1
2.0 Teoretisk referanseramme	2
2.1 Samhandlingsreformen.....	2
2.2 Tverrfaglige team	2
2.3 "Helsehusteamene"	3
2.3.1 Diabetes prosjekt	3
2.3.2 Ny giv prosjekt	3
2.3.3 Smerte prosjekt.....	3
3.0 Tidligere forskning	5
3.1 Omgivelsenes påvirkning	5
3.3.1 Statlig styring	5
3.3.2 Avtale baserte virkemidler	6
3.2 Organisatoriske faktorer	6
3.2.1 Støtte fra organisasjonen	6
3.2.2 Ledelse	6
3.2.3 Tid og rom	7
3.2.4 Koordinering	7
3.3 Samhandling mellom profesjonene	8
3.3.1 Engasjement	8
3.3.2 Tillit og gjensidig respekt.....	8
3.3.3 Kommunikasjon	8
3.3.4 Møteplass.....	8
3.3.5 Rolleinndeling	8
3.3.6 Sammensetning	9
3.3.7 Felles målsetting.....	9
4.0 Metode.....	10
4.1 Utvalg og gjennomføring	10
4.2 Datasamling.....	10
4.3 Analyse.....	11
5.0 Etikk	12
5.1 Metodekritikk	12
6.0 Avslutning	14
Litteraturliste	15
7.0 Samhandling i tverrfaglig team	17
Vedlegg I - Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	28

Vedlegg II – Samtykkeerklæring	29
Vedlegg III – Intervjuguide	30
Vedlegg V – Innhold i prosjektbeskrivelse sendt FEK og FEK sin vurdering.....	32
Vedlegg VI – Godkjenning fra NSD	33

1.0 Innledning

Samhandlingsutfordringene mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten har vært kjent og drøftet gjennom mange tiår (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Problemene kan føres tilbake til flere forhold, blant annet er helsetjenestene blitt både mer spesialisert og desentralisert. Mange samhandlingsproblemer kommer til syne i grenselandet mellom de stadig mer spesialiserte sykehusene og den voksende kommunale helsetjenesten. Denne utviklingen har i noen grad sammenheng med at flere sykdommer har blitt mer komplekse, det er mulig å behandle flere lidelser og vi lever lenger i dag. Regjeringen mener hovedutfordringene er knyttet til at:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

Utfordringene ovenfor var bakgrunnen for den såkalte samhandlingsreformen som ble presentert av Stoltenberg regjeringen i 2009. Den er ment som en langsiktig forebyggingsreform hvor ambisjonen er at kommunene skal sørge for den helhetlige tenkningen, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Den tar samtidig sikte på oppfyllelse av det gamle helsepolitiske likhetsmålet om å sikre helse- og omsorgstjeneste til hver enkelt, uavhengig av personlig økonomi og bosted.

Regjeringen har allerede i St.meld nr 47 (2008-2009) oppfordret kommunene til å samarbeide i tverrfaglige team fordi dette vil kunne sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker. De mener også dette vil bidra til å bygge opp et tverrfaglig kompetansemiljø i kommunene. Formålet med teamene er å bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelse, og motvirke at pasienter og pårørende får lang en reisevei til sykehus (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hva slags faktorer som må være til stedet for å få et godt tverrfaglig teamsamarbeid. Det ble også sett på hvordan denne arbeidsmåten kan brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen.

Problemstillingene er:

Hvordan kan man få til et godt tverrfaglig teamsamarbeid?

Hvordan kan dette brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen?

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er på den ene siden en organisatorisk, administrativ og økonomisk reform. På den andre siden er den også en reform som vil endre arbeids- og samarbeidsmåten til den enkelte profesjonelle utøver.

Den retter seg spesielt mot forebygging og tidlig intervensjon av langvarige lidelser som diabetes type 2 pasienter, KOLS, demens, rus, rehabilitering, psykisk helse og lindrende behandling (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Innføringen av samhandlingsreformen skal formelt gradvis skje i kommunene fra januar 2012. Samtidig har mange kommuner og regioner startet opp med tiltak som oppfattes som en del av samhandlingsreformen. Reformen vil stille ulike krav til kommunene om blant annet, tydelig politisk utforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

2.2 Tverrfaglige team

Når vi snakker om tverrfaglig samarbeid innenfor helsevesenet omfatter det samarbeid mellom flere faggrupper som med hver sin særegne faglige kunnskapsbasis samarbeider om tilbudet til pasienten. Målet for samarbeidet er at en i felleskap skal lage felles målsettingen for behandlingen. For å nå målet må alle faggruppene bidra med sin respektive faglige kompetanse (Romsland, 2006).

Begrepet *team* brukes ofte om ulike grupperinger, blant annet som betegnelse på prosjektgrupper. Det finnes mange ulike definisjoner og vektninger av begrepet. I denne studien er det hensiktsmessig å velge Firth-Cozens (1998) sin definisjon:

”Teamworking is a way to tackle the potential fragmentation of care; a means to widen skills; an essential part of the need to consider the complexity of modern care; and a way to generally improve quality for the patient”

(Firth-Cozens, 1998)

Hun sier også at alle team er grupper, men ikke alle grupper er team. Forskjellen ligger i å arbeide sammen og det å arbeide sammen mot et felles mål. Den grunnleggende hensikt med team er at resultatet blir bedre enn summen av det enkelte fag. Mange profesjonelle ønsker å ha et ideal om at samarbeid er en måte å ivareta en helhetlig tilnærming som vil være til det beste for pasienten og brukere. En annen grunn er at velferdstjenestene har blitt mer spesialiserte, med behov for profesjonell kompetanse og organisering i tjenestene. Dette har ført til fragmentering og oppløsning av virksomheter. For å motvirke fragmentering er det behov for samarbeid for å integrere tjenester til brukerne (Willumsen, 2009).

2.3 ”Helsehusteamene”

En kommune på sørlandet har på bakgrunn av samhandlingsreformen iverksatt en strategiplan for å følge opp intensjonene bak denne. Et prosjekt ble derfor etablert våren 2009. Prosjektet skal bidra til systematisk erfaringsoverføring til de andre samarbeidskommuner. Det skal gjøres gjennom organisering av team, gjennomføring av behandlingsprogrammer, effektmålinger og deltakelse gjennom nettverk fra den aktuelle kommunen og skal overføres til interkommunale samhandlingskommuner. Disse vil videre i denne sammenbindingen omtales som ”Helsehusteamene” på grunn av personvern.

Det synes hensiktsmessig å gi en beskrivelse av disse teamene som ble brukt i utvalget til denne studien, for å få en forståelse av deres sammensetning og arbeidsområde. De aktuelle prosjektene var:

2.3.1 Diabetes prosjekt

Hensikten er å få diabetes pasienter til å mestre sykdommen og forebygge andre tileggssykdommer. Aktørene i dette teamet besto av fastlege og ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten, ernæringsfysiolog og diabetessykepleier fra spesialisthelsetjenesten og en folkehelsekoordinator. Pasientene ble rekruttert av fastlegen, hvor de fikk en individuell førstegangssamtale og samtale i uke 3 og uke 6. Det ble for eksempel tatt opp dette med avklaring rundt problemstilling, ønsker, behov, individuelle målsetninger, samt oppfølging av disse. Diabetesprosjektet foregikk over 6 uker og det var ni pasienter som deltok i det første kurset. Det pågår nå et kurs til. Ellers bestod ukene av fysisk aktivitet i grupper, bevisstgjøring og endring rundt egen helse, kosthold og ernæring, sykdomsundervisning og måling av blodsukker.

2.3.2 Ny giv prosjekt

Hensikten er å forebygge angst- og depresjonsplager i en tidlig fase. Aktørene i dette prosjektet var psykiatrisk sykepleier, kognitiv veileder og psykomotorisk fysioterapeut, fastlege fra kommunehelsetjenesten og en psykiater fra spesialisthelsetjenesten. De to sistnevnte utarbeidet program innholdet. De andre aktørene bidro med samtaler, veiledning og kurs. Pasientene blir rekruttert av fastlegen. Kurset er gruppebasert, men alle får tilbud om 6 individuelle samtaler annenhver uke i kursperioden. Programmet bestod av tre temaer, personlighetstyper, kroppsbevissthet og stressmestring og kognitiv atferdsterapi.

2.3.3 Smerte prosjekt

Hensikten var å ”fange” opp pasienter med kroniske smerteplager og sammensatte lidelser. I dette prosjektet deltok psykomotorisk fysioterapeut fra kommunen, nevrolog fra spesialisthelsetjenesten og pasientenes egne fastleger. Kurset er individbasert og gruppebasert. Pasientene blir henvist fra nevrolog til psykomotorisk fysioterapeut. Psykomotorisk fysioterapeut tok på eget initiativ selv kontakt med nevrolog på sykehuset i og deretter med prosjektleder i ”helsehuset”. 10 deltakere har deltatt så langt og prosjektet skal holde på til juni 2011. Da har prosjektet pågått et knapt år.

Programmet var individ og gruppebasert og bestod av: selvhjelpskurs, å leve med smerter, kunnskap om smerter, egenomsorg og fysisk trening. Den psykomotoriske fysioterapeuten fulgte selv pasientene til fastlegen for å fortelle hvordan behandlingen hadde virket.

Planen er at alle behandlingsprogrammene skal forankres på et lokalt legesenter, slik at pasienter kan bli rekruttert dit.

3.0 Tidligere forskning

Det har blitt gjort en del forskning rundt det å samarbeide i tverrfaglig team og det viser seg å ha flere positive fordeler. Borill et al.,(2000) sier at siden helseforetakene har blitt så store, strukturelle og komplekse har behovet for å arbeide tverrfaglig på tvers av nivå blitt mer nødvendig en noen gang. Borill et al., (2002) gjorde derfor en studie av tverrfaglig teamsamarbeid. Det viser seg at å samarbeide tverrfaglig i team fører til større kostnadseffektiv ved å redusere sykehus innleggelse. Det bidrar også til å bedre samarbeid mellom aktørene på tvers i helse- og omsorgstjenestene og det fører til bedre kvalitet i pasient omsorgen. Det viser seg også å øke de ansattes motivasjon. og bidra til nyskaping (Borrill., et al (2000). En studie gjort av Sommers et., al (2000) viser også at tverrfaglig teamarbeid fører til økt tilfredsstillelse og sosial aktivitet blant ansatte. Det viser seg også at pasienter som har tilgang til et primærhelse team, har en generelt bedre helse en dem som bare har tilgang til sin vanlige lege.

Rodríguez et. al (2005) gjorde en internasjonal gjennomgang av teoretiske og empiriske studier som viste at suksessfull samarbeid i helseteam handler om aspekter ved både omgivelsene rundt organisasjonen, organisatoriske faktorer innad i organisasjonen og samhandlingen mellom profesjonene. Den aktuelle forskningen vil presenteres med utgangspunkt i disse aspektene for å få en oversiktlig struktur over forskningen. Tverrfaglig teamarbeid som utarbeides på bakgrunn av iverksettelsen av samhandlingsreformen (St. meld. nr 47 (2008-2009)) vil også kunne bli påvirket av ulike faktorer fra regjeringen. Disse vil også bli belyst innledningsvis.

3.1 Omgivelsenes påvirkning

Politisk vilje til å fremme tverrfaglig samarbeid spiller en vesentlig rolle i implementeringen av teamarbeid. Policy dokumenter som St.meld nr 47 (2008-2009) kommer med anbefalinger om å arbeide i team, men gir få konkrete retningslinjer om utviklingen av teamaktiviteter. Dette gjør at komplekse implementeringer som samhandlingsreformen er, og blir, opp til lokale organisasjoner å forankre. Samtidig har mange kommuner og regioner startet opp med tverrfaglige samarbeidstiltak som oppfattes som en del av samhandlingsreformen. Reformen vil derfor stille ulike krav til kommunene blant annet tydelig politisk utforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

3.3.1 Statlig styring

Tverrfaglig teamarbeid iverksatt på bakgrunn av samhandlingsreformen vil påvirket av statlige virkemidler når samhandlingsreformen blir iverksatt. Disse vil dekke flere områder og vil være:

De rettslige som inkluderer nytt lovverk som inkluderer ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor det blant annet vil bli lovpålagt å opprette avtaler mellom kommuner

og helseforetak som blant annet skal regulere rammer for samarbeid på kort og lang sikt, hvilke virksomhetsområder som skal inngå, møtearenaer og aktuelle kontaktpersoner (Prop.91 L (2010-2011)).

De økonomiske inkluderer overføring av penger for kommunal medfinansiering av bruk av spesialisthelsetjenester til medisinske behandlingstilbud og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

De organisatoriske virkemidler omfatter endringer som skal bidra til mer hensiktsmessig oppgavefordeling, som økt ansvarsoverføring til kommunene.

De verdibaserte og faglige omfatter utarbeidelse av nasjonal helse og omsorgsplan, informasjonsvirksomhet og forsøksvirksomhet.

Disse viser at regjeringen kan legge føringer for hvordan tverrfaglig teamsamarbeid skal utføres.

3.3.2 Avtale baserte virkemidler

For å bedre samarbeide mellom første- og andrelinjetjenesten har også regjeringen foreslått forpliktende avtalesystemer mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid (Prop.91.L (2010-2011)) Avtalene har til hensikt å være et verktøy for å etablere møtearenaer, legge føringer for hvilke virksomhetsområder som skal samarbeid, og for hva de skal samarbeide om.

3.2 Organisatoriske faktorer

3.2.1 Støtte fra organisasjonen

Støtte fra organisasjonen er avgjørende for et effektivt teamarbeid siden teamet vil bli påvirket av interaksjonen med den organisatoriske konteksten. Teamet må derfor ha tilgang til støtteapparat som hjelper dem å maksimere deres arbeid i jobb sammenheng. Xyrichis og Lowton (2008) sin studie viser at teameffektiviteten kan reduseres over tid om det er en mangel på organisatoriske gevinster til å forberede praksis. Det viser seg derfor at organisatorisk støtte hjelper til å oppmuntre bruken av nytenkning og implementering av forandringer i teamet. Stor støtte av team nyskaping blir ofte knyttet til forbedring av kvaliteten av teamarbeidet. En mangel på støtte til å implementere team forandringer ser ut til å oppmuntre til "sløvhet" blant medlemmer i relasjonene til organisasjonen.

3.2.2 Ledelse

Nøkkelenrollen i teamet er teamlederen. Greenfield et al (2011) sin studie viser at en suksessfull leder er karakterisert av entusiasme, likevekt og evnen til å overkomme motstand. Lederen påvirker andre gjennom dens evne til å motivere, ta avgjørelser og oppmuntre til nyskaping (Reeves et al, 2010). Lederen må også ha evne til å overbringe visjonen av samarbeidet slik at det dannes en en

organisatorisk ramme. Borill et al. (2000) sin studie viser at manglende ledelse fører till frustrasjon og manglende beslutningstaking. Er det team som har leder utenfor teamet, vil teamet være avhengig av å løfte alle saker de ikke har fått delegert myndighet til, ut av teamet for en beslutning. Oppgaver og saker som løses er nedfelt i et mandat. Teamet vil da ha frihet til å velge hvordan oppgavene skal løses. De har også en oppgave til å prioritere saker og selv vurdere de beste løsninger (Assmann, 2008). I de fleste tilfeller er hensikten med etablering av team at det skal bidra til en flatere og mer fleksibel struktur. På den måten samler man profesjonell kunnskap fra ulike organisasjoner.

Firth-Cozens, (1998) viser at administrativ støtte bidrar til å forbedre kvaliteten i pasientomsorg og dermed øke pasientsikkerheten. Det viste seg også å redusere arbeidsmengde som forårsaker utbrenthet blant helse profesjoner.

3.2.3 Tid og rom

Tid og rom for profesjonene til å drive med samarbeid er en viktig faktor. Tid er også sett som nødvendig for å utvikle gjensidig forståelse, respekt og tillit mellom profesjonene. Det kan også bidra til å forbedre mulighetene til sosial interaksjon som gir medlemmene mulighet til å bedre forstå hverandre også utenfor den formelle arena (Reeves et al., 2010). Denne studien viste også at en avgjørende faktor for samarbeid var tilgjengeligheten av tid og rom til å møtes. Et godt samarbeid krever at det er nok tid tilgjengelig for medlemmene til å dele informasjon, utvikle mellommenneskelige forhold og utveksle teamets utfordringer, oppgaver og erfaringer. Å dele arbeidssted eller jobbe i nær hverandre fysisk viste seg å redusere profesjonelle grenseoverganger og atavistisk oppførsel. Bruk av tid i en uformell setting, som for eksempel sosiale begivenheter, kan gi muligheter for en sosial samhandling som igjen kan bidra til utvikling av en bedre forståelse av hverandre utenfor de formelle rollene (Reeves et al., (2010). Det er derfor essensielt at organisasjonen gir tillatelse, tid og rom for profesjonene til å arbeide sammen, både formelt og uformelt. Tidspress har fått Engestrøm et al., (1999) til å spørre seg om den tradisjonelle ideen om samarbeid passer realitetene av å arbeide i tverrfaglige team (Reeves., 2010).

3.2.4 Koordinering

Utviklingen av samarbeid krever formålstjenelig koordinering og mekanismer for kommunikasjon. Samarbeid kan dra særskilt nytte av tilgjengelige standarder, samlet og standardisert dokumentasjon, samlinger, forumer og formelle møter hvor alle teammedlemmer er involert. Aktiv og åpen kommunikasjon, fysisk nærvær av teammedlemmene for å oppnå tillit er også faktorer som er gunstige for og positive faktorer samarbeid. (Rodríguez et al., 2005). Teamlederen vil kunne ha en positiv effekt ved å ta i bruk slike standarder, samt legge opp til en møtekultur og kommunikasjonsform som nevnt over.

3.3 Samhandling mellom profesjonene

3.3.1 Engasjement

For at et teamsamarbeid skal fungere må medlemmene ha lyst til å delta i samarbeidet og et slikt engasjement kan ikke tas for gitt. Til syvende og sist er det personen selv som avgjør om samarbeid skal forekomme. Dette engasjementet påvirkes av personens oppfatning av oppgaven, om oppgaven haster og tverrfaglig avhengighet. Personer kan og vil benytte en rekke spissfindige strategier for å motstå påvirkningen fra andre i å delta i aktiviteter de ikke ønsker å delta i (Reeves et al., 2010).

3.3.2 Tillit og gjensidig respekt

En annen nøkkelfaktor er at medlemmene må ha tillit til hverandre. Tillit krever tid, innsats og selvtillit blant medlemmene. Tillit og respekt oppnås gjennom delte erfaringer spesielt ved situasjoner hvor teammedlemmer kan vise sin kunnskap og profesjonell kompetanse. Ofte har ikke et nytt medlem i gruppen tillit før medlemmet har bevist dens evner. Mangel på respekt vil være en kilde til konflikter, manglende engasjement og fragmentert kommunikasjon (Reeves et al., 2010).

3.3.3 Kommunikasjon

Åpen og fri kommunikasjon mellom teammedlemmer er viktig for å kunne levere og tilby pleie og omsorg på en effektiv måte. Miskommunikasjon er den mest hyppige årsaken til uønskede hendelser i helseomsorgen (Reeves et al. 2010). Katzenbach & Smith (1993) sin studie viser at åpen kommunikasjon gjennom et trygt og avslappet klima bidrar er en viktig faktor i teamarbeid. Gjennom kommunikasjon skapes det mening og felles virkelighet. Det bidrar også til å fremme de mellommenneskelige relasjonene i teamet. Mangel på kommunikasjon blir sett på som den største årsaken til konflikter i samarbeid. Engestrøm et., (1999) sier det er mange faktorer som påvirker muligheter for effektiv kommunikasjon, eksempelvis hierarki, sosial status, forskjellige lokasjoner og tidssoner (Reeves et al. 2010).

3.3.4 Møteplass

I følge Xyrichis og Lowton (2008) sin studie viser at regelmessige møter fremmer positive mellommenneskelige relasjoner og bidrar til gjensidig respekt mellom deltakerne. Det gir også delt ansvarsfølelse og bevisstgjøring av ansvarsområder og arbeidsmetoder. Borill et al. (2000) viser at regelmessige team møter fører til mer nytenkning og innovasjon i samarbeidet. Det viste også at møter bidro til å bryte ned profesjonelle barrierer og forbedret tverrfaglig kommunikasjon.

3.3.5 Rolleinndeling

Et teamsamarbeid krever klare definerte profesjonelle roller. Det viser seg at en klar definering bidrar til å tydeliggjøre oppgaver, ferdigheter og ansvarsfordeling mellom profesjonene (West og Markiewicz, 2004). En slik tydeliggjøring vil avhenge av profesjonens utdanning og mottakelighet for ideen / årsaken til samarbeidet. Klare roller innenfor team hjelper til å definere oppgaver, ansvar og

ansvarsområde og bidrar således til å unngå brudd på medlemmenes profesjonelle grenser. En slik inndeling er imidlertid ikke alltid mulig og medlemmene kan ha mer generelle roller som igjen kan føre til mer uoverenstemmelse i teamet (Reeves et al, 2010).

3.3.6 Sammensetning

Sammensetningen av teammedlemmer har vist seg å være viktig i et effektivt og godt teamarbeid. Borill et al (2000) fant også ut at team med større yrkesmessig ulikhet var generelt mer effektive og nyskapende. De var også mer fremtredende og hadde mer innvirkning og tillit i pasient behandlingen. Avstanden bør dog heller ikke være for stor. Er det stor forskjell i kompetansen mellom aktørene i teamet, er det vanskeligere å skape integrerte og fleksible arbeidsprosesser. Reeves et al. (2010) sier at profesjonene derfor må forstå og verdsette kompetansen til hvert enkelt medlem og utnytte dette til det fulle for pasienten. Medlemmene bør derfor ha en felleskompetanse for å skape et samhandlingsmønster (Lauvås & Lauvås, 2004). Det viser seg at team med over ti medlemmer har vanskeligheter med å samarbeide fordi det oppstår vanskeligheter med koordinering, møtevirksomhet og uenighet rundt en felles tilnærming. Det er også en risiko at det kan oppstå grupper eller sub-kulturer i teamet som kan arbeide mer eller mindre på egenhånd (Poulton og West, 1999 og Reeves et al., 2010).

3.3.7 Felles målsetting

Katzenbach & Smith (1993) gjorde en studie på teamarbeid på tvers av en rekke organisasjoner. De fant ut at et godt team samarbeid avhenger av kollektive prestasjoner mot felles mål og hvor ansvaret for mål og resultat er kollektivt. Sammensetningen bør derfor ikke være tilfeldig siden medlemmene skal fungerer sammen som team. Et felles formål skapes gjennom disiplinert handling. Det er også slik man skaper en felles tilnærming til arbeidet og utvikler komplementære ferdigheter. Da holder medlemmene seg også gjensidig ansvarlige for resultatoppnåelse. Det viser seg at om resultatmålet er felles og forpliktelsen mellom medlemmene er høy blir også team effektiviteten stor. Medlemmene bør derfor ha delt enighet om rollene sine samt en egen individuell rolle. Det bør også være en felles enighet om hvordan arbeidet skal foregå (Sundstrom et al. 1990). Det er imidlertid vanskelig i tverrfaglige team å ha et overordnet felles mål siden forventningene om gevinstene av samarbeidet mellom deltakerne er basert på ulike ressurser, erfaringer og ekspertise (Vangen og Huxham 2009).

4.0 Metode

Fordi samhandlingsreformen ennå ikke er iverksatt er det vanskelig å utforske dens iverksettelse. Men de allerede oppstartede "Helsehusteamene" som er beskrevet tidligere kan gi en pekepinn på om teamarbeid kan være i tråd med samhandlingsreformens hensikt. Det var derfor aktuelt å se nærmere på erfaringene til de aktuelle medlemmene i teamene. Det ble av den grunn hensiktsmessig å velge en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming på bakgrunn av problemstillingen som var ute etter erfaringene til deltakerne. For å komme frem til disse erfaringene ble det valgt en kvalitativ metode. Hvor det ble gjennomført intervjuer med en semi- strukturert intervjuguide på de utvalgte deltakere fra de aktuelle teamene.

4.1 Utvalg og gjennomføring

I utviklingen av prosjektbeskrivelsen søkte jeg etter kontakt med nøkkelpersoner innen samhandling. Jeg fikk tips av en kollega om å ta kontakt med en enhetsleder i en kommune. Han henviste meg så videre til en prosjektleder i et lokalt prosjekt, tidligere omtalt som "Helsehusteam". Det viste seg at kommunen hadde flere tanker og planer rundt hvordan de skulle møte reformen. Det var igangsatt tre behandlingsprogram som var foreløpige prøveprosjekt, bestående av profesjoner fra første- og andre linjetjenesten.

Informantene ble rekruttert etter en prat med prosjektleder for "Helsehusteamene". Etter at jeg fikk navnene (fra prosjektleder) og oversikt på alle dem som deltok i teamene, valgte jeg å ta utgangspunkt i medlemmer som hadde vært med å utvikle behandlingsprogrammene. Valget falt derfor på prosjektleder, to fastleger, en ergoterapeut, og en psykomotorisk fysioterapeut. Siden disse presenterte kommunehelsetjenesten ville jeg også ha med et medlem fra andrelinjetjenesten og en diabetes sykepleier fra spesialisthelsetjenesten ble inkludert i utvalget. Jeg gjorde også et intervju med en prosjektleder for elektroniske overføringer mellom første- og andrelinjetjenesten, men dette ble ikke inkludert i analysen da det ble på siden av det jeg var ute etter. Alle informantene var i alderen 35- 45 år. Informantene ble kontaktet per telefon. Jeg hadde på forhånd sendt informasjonsskriv om tematikken elektronisk. Før intervjuene startet fortalte jeg igjen litt om meg selv og studien. Alle deltakerne skrev under samtykkerklæringen (vedlegg II) som de fikk da jeg kom. I intervjusituasjonen prøvde jeg og ha en empatisk og åpen tilnærming gjennom å lytte aktivt, være bekreftende og gi rom for taushet. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Intervjuene ble så transkribert ordrett samme dag. Lydbåndet var et godt hjelpemiddel og gav meg mulighet til å ha fullt fokus på hva informantene formidlet.

4.2 Datasamling

Alle intervjuene fant sted på arbeidsplassene til hver enkelt. Intervjuene ble gjennomført på 1 til 1,5 time. Den semi-strukturert intervjuguide var utgangspunkt for alle intervjuene. En semi-strukturert

intervjuguide er i følge Kvale og Brinkmann (2009) spesielt egnet når man søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens opplevelser og erfaringer. Semi-strukturerte intervjuer kan ligne på en vanlig samtale, men det er forskeren som i større eller mindre grad bestemmer hvilke temaer som skal tas opp og som definerer situasjonen. Den semi-strukturerte intervjuguiden ble utprøvd på spesialsykepleieren som deltok i studien. Jeg informerte intervjupersonene om at dette ville være sentrale tema i intervjuet: Egen rolle i prosjektet/teamet, samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten, samarbeidsform, arbeidsoppgaver, ansvarsfordeling og ledelse. Det ble lagt vekt på å stille enkle og åpne spørsmål. I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål. Jeg avsluttet intervjuene med å spørre medlemmene om hvordan de opplevde intervjusituasjonen og spørsmålene. Deltakerne gav bare positive tilbakemeldinger og sa at det var bare å ringe eller sende mail om det var noe jeg lurte på. Spesielt var prosjektleder positiv og gav meg mye informasjon om teamsamarbeidet.

Etter intervjuene gjorde jeg egne refleksjoner omkring intervjusituasjonen. Det bidro til en bevisstgjøring før neste intervju. De to første intervjuene gav meg også ideer om spørsmål til de neste intervjuene.

4.3 Analyse

Når dataene var transkribert, ble teksten analysert. Til hjelp i analysearbeidet benyttet jeg Malteruds (2003) presentasjon av analysemodellen systematisk tekstkondensering. Analysemodellen inneholder fire trinn. Det første trinnet er å få et helhetsinntrykk av materiale. Det fikk jeg ved å lese igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Deretter laget jeg oppsummeringsnotater hvor jeg også noterte refleksjoner av inntrykk jeg satt igjen med etter intervjuene. Trinn to i analysemetoden innebærer en systematisk gjennomgang av materiale for å identifisere meningsbærende enheter. Etter å ha fått et helhetsinntrykk av intervjuene (trinn 1) skrev jeg ned temaer intervjupersonene hadde snakket om. For å få konkretisert temaene lagde jeg subgrupper for å avklare for meg selv hva kategoriene dreide seg om. Jeg brukte farger for lettere å skille mellom kategoriene. Det åpnet seg etter hvert opp nye sammenhenger i teksten. De nye sammenhengende hjalp til å abstraheres innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene som ble trinn tre. I analysens fjerde trinn ble alle enhetene satt sammen under temaer for å få en sammenhengende betydning. Disse temaene ble resultatene av studien: Viktigheten av en prosessorientert leder, sammensetningens betydning, målsettingens betydning, engasjementets betydning og forankring i organisasjonen (Malterud, 2003; Polit og Beck, 2010)

5.0 Etikk

Høsten 2011 arbeidet jeg med prosjektbeskrivelsen og der ble det vurdert forhold rundt mulige etiske utfordringer som kunne oppstå. I ettertid av gjennomføringen ser jeg at det ikke har oppstått noen etiske dilemmaer, men det kunne kanskje ha oppstått. Teamene dreide seg om pasienter med ulik sykdomshistorie og samtalen kunne fort ha dreid seg om dem. Det var derfor viktig å klargjøre at det var samarbeidet mellom informantene jeg var opptatt av. Informantene var veldig interessante og tilført meg mye kunnskap. Det bidro også til personlig utvikling.

I planleggingen av studien tenkte jeg på hvem som kunne ha nytte av en slik studie. Jeg ser at studien har gitt meg kunnskap og erfaring om hva som skal til for å få et godt team samarbeid innenfor helsevesenet. Studien har også gitt meg kunnskap om samhandlingsreformens mange utfordringer. Når det gjelder medlemmene kan jeg ikke si om de har hatt direkte nytte av studien, de har kanskje blitt mer bevisst på hvordan de selv samarbeider. I intervjuene har medlemmene fått mulighet til å rette søkelyset på et tema som de har interesse for. Medlemmene synes tema var interessant og de synes det var veldig ”inn i tiden” siden samhandlingsreformen var ”rett rundt hjørnet”.

Prosjektbeskrivelsen ble levert Fakultets etiske komitè ved Universitetet i Agder oktober 2010 hvor den ble godkjent. Det ble også søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Database (NSD). Her ble prosjektet raskt godkjent, men det måtte gjøres noen endringer.

Medlemmene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og om anonymisering av data. De fikk informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket det.

Medlemmene ga skriftlig informert samtykke i henhold til helsinkideklarasjonen og forskningsetiske retningslinjer (Reuyter, 2003). Informasjonsskrivet inneholdt forskningsprosjektets hensikt, fremgangsmåte, anonymitet og taushetsplikt. Anonymitet er sikret ved at studien ikke inneholder personidentifiserbare data.

Jeg har under hele studien passet på at etiske retningslinjene og at lover og regler blir fulgt (Ruyter, 2003). Lydopptakene av intervjuene ble behandlet på pc og ble lagret elektronisk på en egen hemmelig mappe. Navnene ble holdt avskilt ved hjelp av en koblingsnøkkel som ble oppbevart adskilt fra annen data. Det var bare meg som forsker som hadde tilgang til materiale.

5.1 Metodekritikk

Å bruke dybdeintervju som metode har blitt kritisert for å ikke være vitenskapelig nok. Dette har sammenheng med at intervjuene blir sett på som ensidig og personavhengig. Spørsmålene kan fort bli for ledende og dermed gi upålitelige svar. Den kan også bli påvirket av subjektive inntrykk (Kvale og

Brinkmann, 2009). Dette kan føre til at samme intervju gjort av samme person, kan gi ulike svar ut i fra hvem som analyserer. Kvale og Brinkmann (2008) sier at det kan stilles mange spørsmål til en tekst og at ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. Siden jeg har arbeidet i første og andre linjetjenesten og vet hvor vanskelig samhandling kan være mellom disse nivåene, ble nok min forforståelse påvirket av den informasjonen jeg søkte. Mine antakelser ble nok gjort gjeldende i at jeg stilte ledende spørsmål når intervjupersonene snakket om vanskeligheter rundt samarbeidet. Jeg spurte også intervjupersoner som hadde deltatt i det samme teamsamarbeidet de samme spørsmålene hvis det kom frem faktorer som hadde påvirket samarbeidet. På den måten ble nok samtalen noe styrt av meg som intervjuer. Dette har nok også gjort seg gjeldende i analysen (Kvale og Brinkmann, 2008).

Da jeg startet intervjuene var det jeg som la føringen i rollen som intervjuer. Etter hvert som intervjuene kom i gang, ble jeg mer tilbaketrukket og opplevde at intervjuene fungerte mer som en åpen samtale omkring studiens tematikk. Jeg opplevde å bli sikrere i rollen som intervjuer. Alle intervjupersonene hadde ulike meninger om samhandlingsutfordringene og vektla ulike faktorer som viktige. I noen av intervjuene brukte jeg intervjuguiden mer enn i andre. Det ble da lettere og holde seg innenfor tematikken og ikke å snakke om andre ting. I etterkant hørte jeg på båndopptakeren at det var flere utsagn jeg burde fulgt bedre opp for å få mer informasjon. Dette hadde nok med min usikkerhet i min rolle som forsker.

Det å intervju seks medlemmer er et lite utvalg, det kan få en til å spørre seg om disse er representative for andre enn seg selv.

6.0 Avslutning

Denne sammenbindingen har gått i dybden i det teoretiske bakteppet som ligger til grunn for prosjektet, samhandling i tverrfaglig team. Den har vist gangen i prosjektet både praktisk og metodologisk. Etter referanselisten følger vedlegg med henholdsvis, informasjonsskriv, samtykkeerklæring, intervjuguide til informantene, innhold i prosjektbeskrivelsen, NSD sin vurdering av prosjektbeskrivelsen og til slutt artikkelen som viser resultatet av dette prosjektet.

Artikkelen er skrevet ut i fra forfatterveiledningen i tidsskriftet Nordisk tidsskrift for helseforskning.

Litteraturliste

- Assmann, R (2008) *Teamorganisering- Veien til mer fleksible organisasjoner*, Fagbokforlaget, Bergen
- Borrill, C, S, Carletta, J, Carter, J, A, Dawson, F, J, Garrod, S, Rees, A, Richards, A, Shapiro, D og West, A, M (2000) The effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. *Aston Centre for Health Service Organization Research*. University of Glasgow
- Cozens, F, J (1998) Celebrating teamwork. *Quality in Health Care* .3-7. Newcastle
- Day, A, R og Gastel, B (2006) *How to write and publish a scientific paper*, Greenwood press, London
- Greenfield, D, Nugus, P Travaglia, J og Braithwaite, J (2011) Factors that shape the development of interprofessional improvement initiatives in health organisations. *BMJ Quality & safety Online*. 10.1136
- Hillestad, T (2008) Team og ledelse. I Assmann, R. (red) *Teamorganisering- veien til mer fleksible organisasjoner*. (s. 161- 191). Bergen. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2003). Forståelse, beskrivelse og forklaring- Innføring i samfunnsvitenskaplig metode for helse- og sosialfagene. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (1993): *The Wisdom of Teams- Creating the high- performance organization*. London: McGraw- Hill
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauvås, K, og Lauvås (2004) *Tverrfaglig samarbeid. (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice (7th)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poulten, C.B., West, A, M. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13:1
- Prop.91.L Forslag til :*Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste m.m (helse-og omsorgstjenesteloven)* Helse- og omsorgsdepartementet
- Rafferty A, Ball J og Aiken, H (2001) Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*; 10: 32-37.

- Reeves, S, Lewin, S, Espin, S og Zwarenstein Merrick (2010) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Wiley- Blackwell Ltd, United kingdom
- Ruyter, K (2003) *Forskningsetikk - beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rodriguez, L, S, M, Beaulieu, M, D, D Àmore, D og Videla, F, M (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1:132- 147
- Romsland, G. I (2006) Tverrfaglig samarbeid og etikk. I: Slettebø, Å og Nortvedt, P. (Red.). *Etikk for helsefagene*. (1. utg., s.149-169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sommers, L.S, Marton, K.I., Barbaccia, J.C. & Randolph, J (2000). Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors, *Archives of Internal Medicine*, 160, 1825-1833.
- Skjørshammer, M (2001) *co-oration and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts*. *Journal Of Interprofessional care*, 15 (1)
- St. meld. Nr 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen*. Rett behandling - på rett sted- til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet.
- Sundstrom E, de Meuse K og Futrell D (1990) Work teams: Applications an d effectiveness. *American Psychologist*; 45:120-133.
- Vabo, S, Iog Røisland, A (2008) Governance på norsk. Samstyring som empirisk og- analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. Nr 01-02
- Vangen, S og Huxman, C.(2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: Mekki, T.E.(Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid* (1.utg s.67-85). Oslo: Universitetsforlaget
- West, M og Markiewicz, L (2004) *Building Team- Based Working: A practical Guide to Organisational Transformation*. British Psychology Society/Blackwell, London
- Willumsen, E (2009) *Tverrprofesjonelt samarbeid*, Universitetsforlaget, Oslo
- Xyrichis, A og Lowton, K (2007) What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of nursing studies* 45 (2008) 140- 153

Samhandling i tverrfaglige team

Hvordan få til et godt tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan kan dette brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen?

Camilla Enerstvedt og Jan-Erik Hallandvik

Camilla Enerstvedt: Mastergradsstudent. Universitetet i Agder, Institutt for helse- og idrettsfag. Langbryggen 7, 4841 Arendal. Epost: ceners03@student.uia.no Tlf 41528805.

Jan-Erik Hallandvik: Førsteamanuensis Universitetet i Agder, Institutt for Helse- og idrettsfag.

Sammendrag:

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan ulike faktorer virker inn på tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan denne arbeidsmåten kan brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen. Det ble også sett på hvordan denne arbeidsmåten kan brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen. Det ble sett nærmere på tre prøveprosjekt organisert som team, utarbeidet på bakgrunn av samhandlingsreformen i en kommune på sørlandet. Det ble valgt et kvalitativt design med hermeneutisk- fenomenologisk intervju som metode. Funnene ble analysert etter Malteruds (2003) systematiske tekstkondensering. Funnene viser at følgende områder er viktige for et teamsamarbeid: En administrativ leder, riktig/ulik profesjonssammensetning, felles mål, engasjement og organisatorisk forankring. Konklusjonen var at det vil være nødvendig med omorganisering av arbeidsmåten til de aktuelle profesjonene. Kommunene må frigjøre mer arbeidskraft, og spesialisthelsetjenesten må være villig til å flytte mer av sin kompetanse ut i kommunene. Det kreves også god forankring i det politiske miljø og blant ledere og fagfolk i kommunene så vel som spesialisthelsetjenesten.

Nøkkelord:

Samhandling, teamarbeid, tverrfaglig samarbeid

Tidsskrift:

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

(<http://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/index>)

Introduksjon

Samhandlingsutfordringene mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten har vært kjent og drøftet gjennom mange tiår (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Problemene kan føres tilbake til flere forhold, blant annet er helsetjenestene blitt både mer spesialisert og desentralisert. Mange samhandlingsproblemer kommer til syne i grenselandet mellom de stadig mer spesialiserte sykehusene og den voksende kommunale helsetjenesten. Denne utviklingen har i noen grad sammenheng med at flere sykdommer har blitt mer komplekse, det er mulig å behandle flere lidelser og vi lever lenger i dag. Regjeringen mener hovedutfordringene er knyttet til at:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (St. meld. nr 47 (2008-2009)).

Utfordringene ovenfor var bakgrunnen for samhandlingsreformen som ble presentert av Stoltenberg regjeringen i 2009. Den er ment som en langsiktig forebyggingsreform hvor ambisjonen er at kommunene skal sørge for den helhetlige tenkningen, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Den tar samtidig sikte på oppfyllelse av det gamle helsepolitiske likhetsmålet som å sikre helse- og omsorgstjeneste til hver enkelt, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Regjeringen vil derfor bruke ulike styringsvirkemidler for å bidra til å nå målet. Disse vil være: nye lovverk som inkluderer ny helse- og omsorgslov og folkehelselov (Prop. 91 L (2010-2011)), omfattende IKT- utbygging, planarbeid gjennom faglige virkemidler som nasjonal helse- og omsorgsplan og nye finansieringsmodeller (St. meld nr 47 (2008-2009)).

Regjeringen har allerede oppfordret kommunene til å samarbeide i tverrfaglige team fordi dette vil kunne sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker (St.meld nr 47 (2008-2009)). De mener også dette vil bidra til å bygge opp et tverrfaglig kompetansemiljø i kommunene. Formålet med teamene er å bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelses, og motvirke at pasienter og pårørende får lang en reisevei til sykehus (St. meld. nr 47 (2008-2009)). Det stiller derfor krav til de ulike faggruppene i helsevesenet om å arbeide sammen og delta sammen i kunnskapshenting, analyserer problemområder, planlegger og beslutter løsninger i felleskap. Sammen skaper de ny viten som er en syntese av partenes ulike bidrag (Lauvås og Lauvås, 2004 og Willumsen, 2009).

Problemstilling

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan ulike faktorer virker inn på tverrfaglig teamsamarbeid og hvordan denne arbeidsmåten kan iverksettes gjennom samhandlingsreformen.

Problemstillingene er:

Hvordan kan man få til et godt tverrfaglig teamsamarbeid?

Hvordan kan tverrfaglig team brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen?

Bakgrunn

Katzenbach & Smith (1993) har studert tverrfaglig teamsamarbeid på tvers av en rekke ulike organisasjoner. De har kommet frem til flere faktorer som vil være vesentlig for teamsamarbeid:

Ledelse

Studien viser at en god leder har egenskaper som har evnen til å motivere, støtte og engasjere de andre team medlemmene. Han/hun vil derfor være mer som en veileder for prosessene enn å styre aktivitetene. Hovedoppgaven blir å skape best mulig resultater, uten selv å delta direkte i utførelsen av oppgavene (Katzenbach & Smith, 1993). Lederen må også ha evne til å overbringe visjonen av samarbeidet slik at det dannes en organisatorisk ramme. Borill et al. (2000) studie viste at mangel på ledelse har vist seg å føre til mindre teameffektivitet, mye frustrasjon og mangelfull beslutningstaking (Borill et al. 2000)

Felles målsetting

Viktigheten av klare, definerte roller og felles oppfattelse rundt mål er en vesentlig faktor. Det bidrar til at medlemmene ønsker å dele kunnskap, erfaringer og ferdigheter mellom seg og til å tydeliggjøre ansvarsfordelingen (West og Markiewicz, 2004). Medlemmene har også høy motivasjon og en klar forståelse av hva som skal til for å nå felles mål. Innsats fra hvert medlem er derfor helt nødvendig for å gjennomføre oppgaven (Katzenbach & Smith, 1993) Et godt samarbeid krever at det er nok tid tilgjengelig for medlemmene til å dele informasjon, utvikle mellommenneskelige forhold og utveksle teamets utfordringer, oppgaver og erfaringer. Å dele arbeidssted eller jobbe i nær hverandre fysisk viste seg å redusere profesjonelle grenseoverganger og atavistisk oppførsel. Bruk av tid i en uformell setting, som for eksempel sosiale begivenheter, kan gi muligheter for en sosial samhandling som igjen kan bidra til utvikling av en bedre forståelse av hverandre utenfor de formelle rollene (Reeves et al., (2010).

Sammensetning

Samarbeidet består av medlemmer med ulik faglig kompetanse. De har også et ønske om å bruke tid og ressurser på å få gruppen til å jobbe som team. Medlemmene har også mellommenneskelige ferdigheter og har kapasitet og mulighet til å selv lede aktiviteter i teamet (Katzenbach & Smith, 1993) Nok tid for medlemmene gir også mulighet til å dele informasjon, utvikle mellommenneskelige forhold og utveksle teamets utfordringer, oppgaver og erfaringer. Å dele arbeidssted eller jobbe i nær hverandre fysisk viste seg å redusere misforståelse og konflikter. Bruk av tid i en uformell setting, som for eksempel sosiale begivenheter, kan gi muligheter for en sosial samhandling som igjen kan bidra til utvikling av en bedre forståelse av hverandre utenfor de formelle rollene (Reeves et al., (2010). Borill et al (2000) fant også ut at team med større yrkesmessig ulikhet var generelt mer effektive og nyskapende. De var også mer fremtredende og hadde mer innvirkning og tillit i pasient behandlingen. Avstanden bør dog heller ikke være for stor. Er det stor forskjell i kompetansen mellom aktørene i teamet, er det vanskeligere å skape integrerte og fleksible arbeidsprosesser. Reeves et al. (2010) sier at profesjonene derfor må forstå og verdsette kompetansen til hvert enkelt medlem og utnytte dette til det fulle for pasienten. Medlemmene bør derfor ha en felleskompetanse for å skape et samhandlings-mønster

Hensiktsmessige arbeidsmåter

Arbeidet bør struktureres slik at medlemmene opplever en gjensidig avhengighet i teamet. Det vises at rutiner og måter å akseptere feil på bidrar til å fremme gruppens læring, uten å angripe hverandre. Innsatsen konsentreres rundt oppgavene og prestasjonene evalueres kontinuerlig. Medlemmene samarbeider internt, men også eksternt med andre parter for å generere nye tanker (Katzenbach & Smith, 1993)

Kommunikasjon

Katzenbach & Smith (1993) sin studie viser også at åpen kommunikasjon gjennom et trygt og avslappet klima bidrar er en viktig faktor i teamarbeid. Gjennom kommunikasjon skapes det mening og felles virkelighet. Det bidrar også til å fremme de mellommenneskelige relasjonene i teamet. Mangel på kommunikasjon blir sett på som den største årsaken til konflikter i samarbeid.

Organisatorisk støtte

Støtte fra organisasjonen er også avgjørende for et godt teamsamarbeid siden teamet vil bli påvirket av interaksjonen med den organisatoriske konteksten. Det blir derfor viktig for medlemmene å ha tilgang til et støtteapparat som hjelper dem å maksimere arbeidet. Xyrichis og Lowton (2008) sin studie viser at teameffektiviteten kan reduseres over tid om det er en mangel på organisatoriske gevinster til å forberede praksis. Det viser seg derfor at organisatorisk støtte hjelper til å oppmuntre bruken av nyskapning som bidrar til forbedring av kvaliteten av teamsamarbeidet.

Metode

For å kunne få kunnskap om teamsamarbeids påvirkning på samhandlingsreformen ble det aktuelt å få tak i erfaringer med teamsamarbeid. Det ble derfor valgt en kvalitativ metode, med hermenautisk-fenomenologisk design for å kunne analysere erfaringene og trekke konklusjoner opp mot samhandlingsreformen. Deltakere fra tre team i et pågående prosjekt knyttet mot samhandlingsreformen ble derfor utgangspunktet for utvelgelse.

Utvalg og gjennomføring

De aktuelle teamene har til hensikt å være forebyggende behandlingsprogram med foreløpig begrenset tidsaspekt. De har noe ulikt fokus og retter seg mot pasienter med livsstilsrelaterte lidelser (diabetes), pasienter med lettere angst- og depresjonsplager, og pasienter med psykosomatiske lidelser. Alle teamene hadde aktører fra første- og andrelinjetjenesten. Det første teamet bestod fra kommunehelsetjenesten av: Ergoterapeut som hadde veiledningsansvar til pasientene og hadde organisatorisk ansvar i teamet (sammen med prosjektleder) og en fysioterapeut. Fra spesialisthelsetjenesten var det: to spesialsykepleiere og en ernæringsfysiolog i tillegg til en folkehelsekoordinator. Det andre teamet bestod av fra kommunehelsetjenesten: fastlege, spesial fysioterapeut, kognitiv veileder og psykiatrisk sykepleier. Fra spesialisthelsetjenesten deltok t en psykiater. I det tredje teamet var det en spesialfysioterapeut fra kommunen, nevrolog fra spesialisthelsetjenesten og fastlegene til pasientene.

Informantene ble strategisk utvalgt for å representere både første - og andrelinjetjenesten og ulike profesjoner. Medlemmene ble først kontaktet via telefon. Intervjuene fant så sted på arbeidsplassene til hver enkelt av dem.

Deltakerne i prosjektet var: prosjektleder for de tre teamene, to fastleger, en spesial fysioterapeut, en ergoterapeut og en spesialsykepleier. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som ble utprøvd på spesialsykepleieren, dette intervjuet ble også tatt med i analysen. Intervjuene ble gjennomført på 1 til 1,5 time. Sentrale tema i intervjuguiden var: Egen rolle i teamsamarbeidet, syn på samarbeidsform, arbeidsoppgaver, ansvarsfordeling og ledelse. Det ble lagt vekt på å stille konkrete, enkle og åpne spørsmål. I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert ordrett samme dag.

Intervjuene ble gjennomført høsten 2010 og vinteren 2011.

Analyse

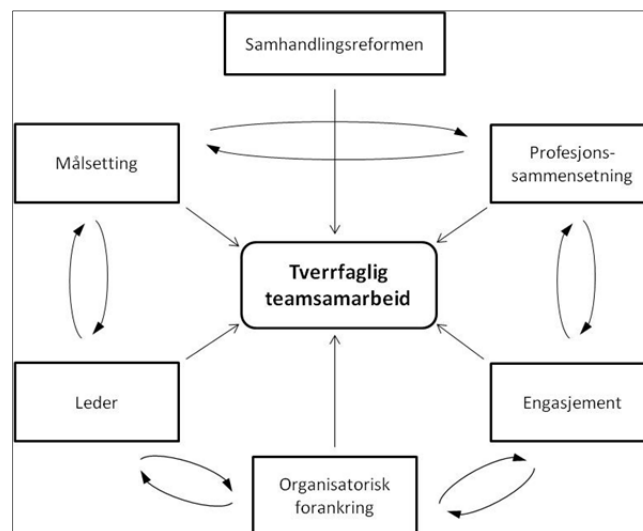
Intervjuene ble analysert ved hjelp av fenomenologisk- hermeneutisk metode basert på Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2003). Stegene i denne metoden er å få et helhetsinntrykk av materialet, deretter lage oppsummeringsnotater med refleksjoner, identifisere meningsbærende enheter, sortere de meningsbærende enheter etter tema, lage undergrupper av temaene. Dette abstrahere de meningsbærende enhetene. Til slutt blir alle enhetene satt sammen under temaer for å få en sammenhengende betydning (Malterud 2003 & Polit & Beck, 2010 & Kvale & Brinkmann, 2009).

Etiske vurderinger

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. De fikk informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket det. Informantene gav skriftlig informert samtykke (Ruyter, 2003)

Presentasjon av funn

Funnene presenteres i fire hovedkategorier: Prosjektleder, profesjonssammensetning, betydning av engasjementet og viktigheten av organisatorisk forankring. Tverrfaglig teamsamarbeid utviklet i forbindelse med samhandlingsreformen, vil bli påvirket av statlige virkemidler ovenfra så vel som faktorer innad i teamet. Modellen (fig 1) viser at alle faktorene vil avhenge av hverandre.



Figur 1

Prosjektleder

Prosjektleder har vært en pådriver i alle tre teamene og har hatt overordnede administrative ansvaret. I studien kom det tydelig frem at fire av informantene var "avhengig" av prosjektleder for å få samarbeidet til å fungere. En uttrykker det slik:

"Prosjektleder er helt eksepsjonell, mens mange av oss andre er fastlåst, er nok fordelene med prosjektleder at han ikke har noen helseutdannelse. Ingen fast profesjon. Det er derfor ekstremt viktig at en slik person driver det, hvis ikke hadde det blitt farget av det miljøet en er vant til å være i."

Prosjektleder ser ut til å ha stor betydning for alle tre teamene. Flere beskriver ham også som en nettverksbygger som skaper gode relasjoner på tvers av nivåer og profesjoner. Det at han ikke tilhører en profesjon virker til å bidra til at han ser løsninger der de andre ser hindringer. Dette viser at personlige egenskaper og profesjonell distanse kan være en viktig faktor som leder.

Om sin egen oppgave sier han:

”Det kreves hele tiden påfyll og initiativ, innkalling til møter, det er min oppgave, å være prosess driveren, sørge for at folk kommer sammen, flagge en sakliste, avtale noe til neste gang, være en pådriver. Det dør ut med en gang det ikke gjør et. De (faggruppene) er ikke selvgående sånn administrativt, men når de kommer sammen går ting av seg selv.”

Dette viser at viktigheten av en leder også er prosessrelatert. Informanten har også andre oppgaver utenfor teamarbeidet, men interessen og ønske om å levere noe til teamet er til stedet.

Profesjonssammensetning

De tre teamene besto av ulike personer med ulik profesjonell bakgrunn. De profesjonene som hadde mest ansvar og som deltok i utarbeidelsen av det faglige innholdet tok også mer ansvar for utførelsen. I to av teamene var det to informanter (en i hvert team) som ikke hadde den samme tilknytningen til teamet som de andre. De bidro med undervisning og deltok på fellesmøter, men virket mest opptatt av sin egen oppgaveutførelse. En informant uttrykte ”*jeg er nok mer opptatt av det jeg holder på med, i min lille sirkel, det blir vel sånn at man blir opptatt av sitt eget*”. Utover dette mente likevel tre av informanter (3-årige profesjoner) at samarbeidsmåten hadde skapt en kunnskapsutvidelse i form av mer kjennskap til de andre profesjonene (spesielt til fastlegene). Terskelen for å ta kontakt med hverandre var blitt lavere. Dette gjaldt hovedsakelig for ansatte i kommunen.

I et av teamene ble spesialfysioterapeuten med pasientene til fastlegen. Dette ble en utfordring for henne å komme over. Hun ble usikker på sin rolle. Hun uttrykte det slik: ”*Jeg begynte å tvile på min egen rolle og stilte meg spørsmål som: Hvem er jeg som fagperson i samhandlingen? Er det nødvendig at jeg samhandler med fastlegen? Synes han jeg er interessant nok? Er det egentlig nødvendig? Jeg måtte overgå en grense, frigjøre meg fra det gamle rollemønsteret*”.

Spesialfysioterapeuten hadde sendt ut et skriv til fastlegene i forbindelse med et prosjekt om psykomotorisk behandling, men ingen hadde svart. Når hun kontaktet dem for andre gang ble det avtalt et møte. Møtene gikk derimot bedre enn hun hadde trodd. Fastlegene hadde lyttet til henne og det var en god dynamikk. Det hadde vært et par avventende leger også, men det gikk på personligheten deres, mente hun. Å bruke eget initiativ til å informere fastlegene om hennes behandlingsprosjekt, var ikke noe hun kunne fortsette med. Hun sier: ”*Jeg kommer jo på legekontoret i pasienttiden så det er jo servert, det er ikke en arbeidsmetode jeg kunne gjort for mye av. Det blir for tidkrevende*”. I neste prosjekt skal derfor pasientene rekrutteres fra et felles legesenter sammen med de andre behandlingsprogrammene. Hvor hensikten vil være å forankre pasientene inn i allerede eksisterende behandling. Dette ville også spare bruk av tid. Medlemmene fra kommunehelsetjenesten så at dette på sikt ville bli tidsbesparende når all møtevirksomhet også kunne skje derfra.

Betydning av engasjementet

I teamene var engasjementet stort blant dem som hadde hatt et faglig eller administrativt ansvar. Dette gjaldt hovedsakelig medlemmer fra kommunehelsetjenesten. Utfordringen hadde lagt i å få fagkompetanse fra spesialisthelsetjenesten og ut i kommunen. Tre hadde svart nei til å delta på grunn av det de opplevde som *"tidspress på sykehuset"*. Spesial sykepleieren som deltok, signaliserte også at arbeidsmåten ble vanskelig på grunn av arbeidspress på sykehuset. Dette har ført til at sykepleieoppgavene hun utførte, nå blir gjort på et legesenter.

Prosjektleder hadde "håndplukket" fastleger med et personlig engasjement og som ville det lille ekstra. Han så en tendens til at yngre leger hadde mest engasjement. I to av teamene ble fastlegen fremholdt som nøkkelperson. Det er de som er pasientens primære kontaktpunkt. Det er fastlegen som henviser pasienten videre til de andre profesjonene og det er fastlegen som får pasientene tilbake og skal følge dem videre. Fastlegene får dermed et "eieforhold" til pasienten som kan være positivt med tanke på oppfølging.

Forankring i organisasjonen

Alle informantene fra kommunehelsetjenesten virket fornøyde med bidragene fra spesialisthelsetjenesten (kursing, foredrag osv). De møttes omtrent 2-3 ganger i måneden mens teamarbeidet holdt på. Flere medlemmer da, hovedsakelig fastlegene uttrykker viktigheten av at første- og andrelinjetjenesten må finne løsninger sammen. En fastlege sa: *"Vi har helt forskjellige perspektiver. Vi sitter på en helt annen klode en disse spesialistene"*. Et forslag fra legen var å finne felles møteplasser for å få bedre forståelse for hverandres arbeidsmåter. Medlemmene fra kommunehelsetjenesten så at det kunne bli utfordringer å få rekruttert engasjerte fagfolk fra spesialisthelsetjenesten på grunn av problemer med å frigjøre fagfolk på sykehusene. Et medlem sa: *"Det kan nok bli litt kjemping parallelt om ressurser fra sykehuset"*. Dette var også i tråd med spesialsykepleierens oppfatning. Hun mente at om hun skulle få tid til å bidra i slike tverrfaglige team, måtte det skje en endring i hennes arbeidssituasjon. Hun kunne ikke arbeide både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. I så fall måtte hun frigjøres fra arbeid på sykehuset.

Det viste seg også å være vanskelig å frigjøre folk i kommunehelsetjenesten fra sine ordinære oppgaver. Dette resulterte i at i to av teamene måtte det leies inn ressurser, kommunen leide derfor inn: Privatpraktiserende fysioterapeuter, prosjektleder, ergoterapeut, kognitiv veileder. Det ble også praktisert noe frikjøp fra kommunen, blant annet fastleger. Dette viser at profesjonene trenger mer støtte fra organisasjonen for å delta i teamsamarbeid i tillegg til sitt vanlige praksisfelt og prosjektleder mente det var helt avgjørende at det kommer friske finansielle midler for at intensjonen i samhandlingsreformen skal bli innfridd. Han sa også at det krever ressurser å opprette team fordi medlemmene av teamet ikke har mulighet til å gjøre sin vanlige jobb ved siden av arbeidet i teamet.

Diskusjon

Funnene viser at det er flere faktorer som virker inn på et tverrfaglig teamarbeid. Det vil nå bli gitt en gjennomgang av faktorer som kan ha betydning for et godt tverrfaglig teamsamarbeid.

Leders rolle

Prosjektlederen kommer frem som en viktig faktor for samarbeidet. Han bidro til samhandlingsprosesser mellom medlemmene ved å opprettholde kommunikasjonen internt i teamet, men også eksternt ved å være nettverksbygger mellom første- og andrelinjetjenesten (Katzenbach & Smith, 1993). Det å være prosjektleder for tre team kan være utfordrende og

krever et stort engasjement (Greenfield et al., 2011). Det at medlemmene arbeider på tvers og dermed har ulike perspektiver (første versus andrelinjetjenesten) kan vanskeliggjøre oppgavene for lederen siden han ikke har helserelatert bakgrunn. Det å delegerer oppgaver og samarbeide med andre fagpersoner kan dermed bli utfordrende. Derimot synes det å bidra positivt og kan bidra til at medlemmene tenker mer helhetlig og ikke bare innenfor det miljøet de arbeider i til vanlig (Assmann, 2008).

Målsettingens betydning

Forebyggende psykisk teamarbeid er vanskelig å måle fordi helseeffekten gjerne kommer sent og for psykiske lidelser vil det være vanskelig å måle effekt fordi denne måles i stor grad med subjektive parameter. Det kan dermed bli vanskelig vite hva man har oppnådd. Diabetes, derimot, kan enklere måles i form av blodprøvetaking og objektive mål. Samarbeidet bar preg av ”prøve og feile metoden”. Dette ser ut til å være motstridende i forhold til intensjonen med tverrfaglig samarbeid som definerer viktigheten av klare mål (Lauvås & Lauvås 2004). Profesjonene viste seg å tilføre ulike ressurser, ulik erfaring og ulik ekspertise. Dette i seg selv kan medføre til at de i utgangspunktet har sine egne ulike målsettinger og dermed visjoner (Vangen og Huxham, 2009). Medlemmene vil derfor søke etter ulikt utbytte av samarbeidet og på den måten kan det å skulle oppnå enighet om felles mål være problematisk i praksis. Derimot ser det ut som at samarbeidet har bidratt til mer kjennskap mellom profesjonene og har på den måten styrket relasjonene mellom disse hvilket er i tråd med samhandlingsreformens intensjon (St.meld nr 47 (2008-2009)).

Sammensetningen i teamene

I teamene var det ulik sammensetning av medlemmer med ulik fagkompetanse. Dette er essensielt for at samarbeide skal fungere (Katzenbach & Smith, 1993). Ulikheter i profesjonene viser seg å ha større innvirkning og tillitt i pasientbehandlingen og bidrar til større grad av effektivitet (Borill et al. 2000). Oppgavene ble fordelt ut fra faglige kunnskaper som bidro til å tydeliggjøre oppgaver, ferdigheter og ansvarsfordeling (West & Markiowicz, 2004). Det viste seg likevel at der fastlegen hadde et eierforhold til pasientgruppen bidro det til at han tok mer ansvar i behandlingen. Siden legen har en viss opphøyet status og måten profesjonene er organisert hierarkisk, kan det oppstå en barriere mot effektivt teamarbeid (Lauvås og Lauvås, 2004). Dette understrekes når det var en fysioterapeuten som tok med pasientene til fastlegen. Assmann (2008) snakker om personlighetens betydning i teamet. Forfatteren sier det er vanskelig å arbeide sammen med personer som er forskjellig fra en selv. Denne problemstillingen finner man igjen ved at interessen til å delta i prosjektene ikke var like stor blant alle fastlegene når det var en lavere utdannet profesjon som var pådriver. På den annen side kan denne manglende interessen bare være de personlige egenskapene til noen leger og ikke et resultat av hierarkiske forskjeller. Reeves et al., (2010) sier at konflikter i et teamarbeid ofte er relatert til personlige egenskaper, ulikheter eller sosialiseringen mellom medlemmene. Det viser seg også at om teamet tidligere har samarbeidet, vil samarbeidet lettes med tiden. Da dette var et førstegangsprosjekt kan forskjellene være spesielt store, og ved et eventuelt nytt prosjekt kan det være at samarbeide vil fungere bedre (West og Markiowicz, 2004).

Organisatorisk forankring

Både første- og andrelinjetjenesten opplevde at det var vanskelig å frigjøre folk fra deres vanlige oppgaver på grunn av tidspress. Jaques (1998) sier at tid med hverandre trengs for å involvere og utvikle gjensidig forståelse, respekt og tillit (Reeves et al. 2010). Det er

essensielt at organisasjonen gir tillatelse, tid og rom for profesjonene til å arbeide samme (Rodriguez et al. 2005). Det viste seg å være vanskelig å få med medlemmer fra både første- og andrelinjetjenesten. Kommunen var derfor nødt til å leie inn arbeidskraft til teamene. Dette er i strid med intensjonen bak behandlingsprogrammene som har som mål å integrere programmene inn i allerede eksisterende behandling med tilgjengelig faglig personell. Spørsmålet man kan stille seg er hvordan kommunene skal klare å samarbeide om kompetanseutvikling når man allerede ser en manglende faglig kompetanse og tid blant helsepersonell i kommunen. Det kan også tenkes at vanskeligheten med å skaffe folk bunnet i manglende engasjement. Personlig engasjement blir sett på som nødvendig for at oppgaver skal løses og at profesjonene føler en gjensidig avhengighet til hverandre (Skjørshammer,2001). Derimot viste det seg at engasjementet hadde vært bra og kunne nok heller skyldes manglende støtte fra sykehuset. Det blir derfor viktig med en kultur i organisasjonene som støtter det tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene (Rodriguez et al., 2005).

Konklusjon

Ut i fra denne studien ser man at et godt tverrfaglig teamsamarbeid avhenger av mange faktorer. Disse faktorene er hensiktsmessige å ta hensyn til under etablering av tverrfaglig team når samhandlingsreformen iverksettes i 2012. Oppsummert viste funnene at et tverrfaglig teamarbeid avhenger av en leder som er mer en nettverksbygger og koordinator enn en helsefaglig leder. Det viser seg at ulik sammensetning av medlemmer med ulik faglig bakgrunn er en vesentlig faktor. Medlemmene må ha felles målsetting og fastlegene bør ha eieforhold til pasientene ved at de har fagansvaret og til slutt må det være støtte fra den organisasjonen fagpersonene er tilknyttet. Skal tverrfaglige team brukes i iverksettelsen av samhandlingsreformen vil det være nødvendig med omorganisering av arbeidsmåten til de aktuelle profesjonene. Det kreves også at kommunene må tilføre mer arbeidskraft. Spesialisthelsetjenesten må være også være villig til å flytte mer av sin kompetanse ut i kommunene. Skal slike tverrfaglige team iverksettes fra kommunehelsetjenesten krever det god forankring i politisk miljø og blant ledere og fagfolk i kommunene så vel som spesialisthelsetjenesten.

Avslutning

Denne studien er en liten kvalitativ studie og beskriver bare erfaringene fra de aktuelle prosjektene. Den kan derfor ikke nødvendigvis overføres til andre prosjekter. Samhandlingsreformen er ennå ikke satt i gang, og det er vanskelig å konkret trekke en konklusjon opp mot denne så tidlig. Men disse erfaringene kan likevel være nyttige å lære av i senere prosjekter med teamsamarbeid og kan være aktuell å ta hensyn til i oppstarten av samhandlingsreformen. Etter oppstart av samhandlingsreformen vil det være aktuelt med jevnlig evalueringer av det tverrfaglige samarbeidet for å lære mer om optimale teamsamarbeid for på denne måten å kunne gi best mulig kvalitet på helsetjenestene.

Litteraturliste

- Assmann, R (2008) *Teamorganisering- Veien til mer fleksible organisasjoner*, Fagbokforlaget, Bergen
- Borrill, C, S, Carletta, J, Carter, J, A, Dawson, F, J, Garrod, S, Rees, A, Richards, A, Shapiro, D & West, A, M (2000) The effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. *Aston Centre for Health Service Organization Research*. University of Glasgow
- Day, A, R & Gastel, B (2006) *How to write and publish a scientific paper*, Greenwood press, London
- Greenfield, D, Nugus, P Travaglia, J og Braithwaite, J (2011) Factors that shape the development of interprofessional improvement initiatives in health organisations. *BMJ Quality & safety* Online. 10.1136
- .Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (1993): The Wisdom of Teams- Creating the high-performance organization. *Harvard Business School Press*. Boston
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauvås, K, & Lauvås (2004) *Tverrfaglig samarbeid*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7th). Philadelphia: Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prop.91.L Forslag til :*Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste m.m (helse-og omsorgstjenesteloven)* Helse- og omsorgsdepartementet
- Reeves, S, Lewin, S, Espin, S og Zwarenstein Merrick (2010) *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Wiley- Blackwell Ltd, United kingdom
- Ruyter, K (2003) *Forskningsetikk - beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Rodriguez, L, S, M, Beaulieu, M, D, D Àmore, D og Videla, F, M (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1:132- 147
- St. meld. Nr 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen*. Rett behandling - på rett sted- til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet.
- Vangen, S og Huxman, C.(2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: Mekki, T.E.(Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid* (1.utg s.67-85). Oslo: Universitetsforlaget
- West, M & Markiewicz, L (2004) *Building Team- Based Working: A practical Guide to Organisational Transformation*. *British Psychology Society/Blackwell*, London
- Willumsen, E (2009) *Tverrprofesjonelt samarbeid*, Universitetsforlaget, Oslo
- Xyrichis, A & Lowton, K (2007) What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of nursing studies* 45:140- 153

Vedlegg I - Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Samhandlingsreformen i praksis- Utforming av tiltak på tvers av nivåer og profesjoner”

Foreløpig problemstilling: Hvordan kan pilotprosjekt (behandlingsprogram) i tilknytning til samhandlingsreformen innvirke på det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjoner og nivåer i 1. og 2. linjetjenesten?

Hensikt: Hensikten med studie er å se nærmere på hva slags (foreløpige) erfaringer medlemmer i pilotprosjekt har om det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjoner og nivåer i 1. og 2. linjetjenesten. Du har blitt spurt fordi du nylig har vært med i et pilotprosjekt. Studien gjennomføres i forbindelse med en master i sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder.

Hva innebærer studien? Studien innebærer at du deltar i ett intervju som varer om lag 1-1 ½ time. Under intervjuet er det kun undertegnede og deg til stede. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Du bestemmer hvor intervjuet skal finne sted. Forslag kan være på arbeidsplassen din.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. I publikasjoner vil datamaterialet anonymiseres så langt det lar seg gjøre, men det er mulig at du kan bli gjenkjent av andre prosjektdeltakere. Du som informant vil derfor få tilbud om å lese igjennom det avsnittet som måtte omhandle deg. Datamaterialet skal oppbevares konfidensielt og det er bare jeg som forsker som har tilgang til lydopptaket og øvrige person opplysninger Prosjektet vil bli avsluttet innen 30.06.2011. Lydbåndopptaket vil da være slettet, og alt datamateriale vil være anonymisert. Med unntak det som etter samtykke skal publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Camilla Enerstvedt på telefon: 41528805 eller e-post: ceners03@student.uia.no. Du kan også kontakte min veileder Jan-Erik Hallandvik tlf 90773638 ved Universitetet i Agder. Prosjektet er også meldt til Personvernombudet for forskning (NSD).

Vedlegg II – Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

NAVN:

Jeg er villig til å delta i studien og jeg bekrefter å ha fått informasjon om den

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Vedlegg III – Intervjuguide

Presentasjon

- Jeg vil se nærmere på erfaringer fra pilotprosjektene, ikke minst hvordan det tverrfaglige samarbeidet har vært mellom profesjonene og på tvers av nivåene.
- Er en del av en mastergrad
- Skal kanskje publiseres i et vitenskapelig tidsskrift, men da er opplysningene anonymisert
- Jeg har taushetsplikt med mindre det gjelder liv og helse
- Dataene vil presenteres anonymt- informasjonen skal ikke føres tilbake til enkeltpersoner
- Du kan la være å svare på spørsmål og velger selv hvor mye du vil fortelle.
- Du kan når som helst trekke deg helt til dataene er ferdig analysert (da vil det ikke lenger gå an å se hva som er ditt og hva som er andres)
- Du har rett til innsyn og kan se på materialet, rette det opp eller kreve det slettet. Dette gjelder det transkriberte intervjuet og min analyse og fortolkning
- Har du noen spørsmål før vi starter?
- Ønsker du fremdeles å delta i studien?

Deg:

- Hva slags stilling har du?
- Hvor arbeider du?
- Hva har din rolle der i pilotprosjektet?

Erfaringer fra prosjektarbeidet:

- Hva er/har vært intensjonen med pilotprosjektet?
- Har det vært interessant å delta i prosjektet?
- Hvem har deltatt?
- På hvilken måte har du og de andre deltakerne/profesjonene samarbeidet?
- Hvordan opplever du at det tverrfaglige samarbeidet har fungert?
- Har du inntrykk av at de andre deltakerne mener det samme som deg om dette?
- Førte det til at din rolle/måte å jobbe på ble endret i forhold til hvordan du jobber ellers?
- Hva mener du om denne måten å jobbe faglig på? Er dette veien å gå for å forebygge sykdom?
- Ser du noen utfordringer i forhold til dette?
- Hva tror du skal til for at prosjektet kan implementeres videre?

Pilotprosjektet og samhandling/nettverk

- Hvordan tror du 2. linjetjenesten (sykehuset) kan bidra mer ute i kommunehelsetjenesten?
- Det er sagt fra kommunens side at målet er å forankre pilotene direkte inn i eksisterende behandlingslinjer i 1. og 2. linjetjenesten og deretter konkretisere en samhandlingsrutine basert på dette. Har dette skjedd? Evt på hvilken måte har det skjedd/eller skal skje?
- På hvilken måte og i hvilken grad bidro prosjektet til samhandling med brukerne?
- Har prosjektet hatt konsekvenser utover selve teamarbeidet? Evt på hvilken måte? (Kan gjelde tiltak/behandlingsmodeller, nye kommunikasjonskanaler, nye samarbeidsformer og lignende)
- Hva slags erfaringer sitter du igjen med så langt?

Brukerne:

- Hvordan mener du prosjektet virket i forhold til brukerne?

Veien videre

- Er det andre måter du tror ville ha vært bedre for å få til samhandling over den aktuelle gruppen av brukere? På hvilken måte evt ?
- Bør rollen til de ulike deltakerne, som fastlegen, være annerledes i et slikt prosjekt?
- Er det noe du vil si om pilotene, eller i sammenheng med disse, som ikke har kommet frem?
- Hvordan har samarbeidet med de andre kommunene (østre Agder) vært?

Hvordan synes du spørsmålene har vært? Har de vært dekkende/utfyllende i forhold til å gi et bilde av pilotene?

Vedlegg V – Innhold i prosjektbeskrivelse sendt FEK og FEK sin vurdering

1.0 Bakgrunn og problemstilling.....	
2.0 Metode.....	
3.0 Design og metode.....	
3.1 Utvalg og gjennomføring.....	
3.2 Metode.....	
4.0 Ethiske overveielser.....	
4.1 Forskerens rolle.....	
4.1.1 Anonymisering.....	
4.2 Frivillig informert samtykke.....	
4.3 Konsekvenser.....	
5.0 Fremdriftsplan.....	
Referanser.....	
Vedlegg I – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	
Vedlegg II – Intervjuguide.....	

Fakultetets etiske komité's kommentar til prosjektet

Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til mastergradstudent Camilla Enerstvedt sendt 11/2010 og fattet følgende råd: Godkjent for prosjektoppstart som beskrevet i søknaden. FEK forutsetter at prosjektene er godkjent av Personvernombudet hos NSD før oppstart.

Vedlegg VI – Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Jan-Erik Hallandvik
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 29.11.2010

Vår ref: 25440 / 4 / IB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25440
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Samhandlingsreformen i praksis. Utforming av tiltak på tvers av nivåer og profesjoner
Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder
Jan-Erik Hallandvik
Camilla Enerstvedt

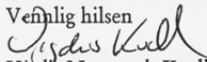
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Camilla Enerstvedt, Langbryggen 7, 4841 ARENDAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25440

Utvalget består av sykepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter som har deltatt i et forebyggende behandlingsprogram.

Det innhentes samtykke basert på skriftlig og muntlig informasjon. Informasjonsskrivet finnes tilfredsstillende, forutsatt at følgende endringer foretas:

- Det bør tilføyes (f.eks. i tredje avsnitt) at datamaterialet oppbevares konfidensielt, samt hvem som har tilgang på lydopptak og øvrige personopplysninger i materialet.
- Siste setning i tredje avsnitt endres til: "I publikasjoner vil datamaterialet anonymiseres så langt det lar seg gjøre, men det er mulig at du kan bli gjenkjent av andre prosjektdeltakere." Det bør videre tilføyes at informanten vil få tilbud om å lese igjennom avsnitt som omhandler ham/henne i identifiserbar form, og godkjenne disse før publisering.
- Det må tilføyes at prosjektet avsluttes innen 30.06.2011, og at lydopptak da vil være slettet og alt datamateriale anonymisert, med unntak av de personopplysninger som etter samtykke fra den enkelte skal publiseres i oppgaven.
- Navn og kontaktopplysninger til veileder må tilføyes.
- Det kan med fordel angis at prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Personvernombudet ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv til gjennomlesning før dette distribueres til utvalget.

Det forutsettes at den muntlig informasjonen som gis samsvarer med innholdet i det reviderte informasjonsskrivet.

Data innhentes ved personlig intervju. Lydopptak av intervjuene behandles på pc. Ombudet forstår det slik at navn vil være knyttet til intervjumaterialet gjennom en koblingsnøkkel som oppbevares adskilt fra øvrige data, og som kun prosjektleder har tilgang på. Intervjumaterialet inneholder for øvrig opplysninger som i kombinasjon med utvalgskriterier (kommune) kan være indirekte personidentifiserende, bla. om stilling, arbeidssted, hvilket pilotprosjekt informanten deltar i, samt hvilken rolle informanten har der.

Ombudet forutsetter at det ikke registreres opplysninger om identifiserbare tredjepersoner (kollegaer/samarbeidspartnere/brukere) i prosjektet, og anbefaler prosjektleder å instruere informanten om dette ifm intervjuet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc tilknyttet internett. Ombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Agder sine rutiner for datasikkerhet.

Prosjektleder opplyser at full anonymisering av informantene i oppgaven kan bli vanskelig. Personvernombudet forutsetter at det foreligger samtykke fra den enkelte informant til publisering av personopplysninger i oppgaven. Ombudet har i den forbindelse anbefalt prosjektleder å gi informanten anledning til å lese gjennom avsnittene med egne personopplysninger, og godkjenne disse før publisering. Prosjektleder anser dette som gjennomførbart (jf. telefon 26.11.10).

Prosjektet avsluttes innen 30.06.2011. Lydopptak vil da være slettet og alt datamateriale anonymisert, med unntak av de personopplysninger som publiseres etter samtykke fra den enkelte. Med anonyme opplysninger menes opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom kode og navneliste/koblingsnøkkel. Anonymiseringen vil innebære at alle personidentifiserende opplysninger slettes, grovkategoriseres eller omskrives. Koblingsnøkkel og opptak slettes.