

Tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten – En styrke for pasienten sin pleie og behandling

Anne-Grethe Valentin Nielsen, NTNU-Ålesund, institutt for helsefag
May Helen Midtbust, NTNU-Ålesund, institutt for helsefag

Sammendrag

I dag og i årene fremover vil helsevesenet stå overfor store utfordringer, med en voksende eldre befolkning hvor mange har komplekse helseutfordringer. Mange bor i eget hjem med komplekse problemstillinger og sammensatte tjenestebehov. Hensikten med studien var å få innblikk i helsepersonells erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjeneste, og hvilken betydning dette har for å nå et helhetlig pasientforløp. Data ble samlet ved tre fokusgruppeintervjuer av i alt 13 helsepersonell i tre kommuner i Midt-Norge. Resultatet viser at tverrprofesjonelt samarbeid fordrer tid til samarbeid og avhenger av respekt og tillit mellom de forskjellige faggruppene.. Åpen og tydelig kommunikasjon er avgjørende for å kunne opprettholde et velfungerende tverrprofesjonelt samarbeid. Tverrprofesjonell samarbeidslæring, er en viktig kompetanse som må læres allerede gjennom helse- og sosialutdannelsene. Komplekse behov hos pasienten fordrer tjenester fra flere profesjoner, og tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta helhetlig pasientforløp.

Abstract

Today and in the years to come, the healthcare system will be facing huge challenges, with a growing elderly population, with severe complex health problems. Many of the patients live in their own homes with these complex and chronic conditions and need several services provided through the primary healthcare system. The purpose of this study was to gain insight into healthcare providers experiences with interprofessional collaboration in primary health care, and what significance this will have to provide a holistic care pathway for the patients. The collection of data was made through three focus group interviews, with 13 healthcare providers in three communities in West Norway. The result indicates that interprofessional collaboration consists of many complex challenges, and time, respect and trust amongst the members of the team, are clearly of huge importance. Clear and open communication is crucial to maintain a well-functioning interprofessional collaboration. Interprofessional collaboration must be taught already through the healthcare and social education system. To reach the goal of providing a holistic care pathway for the patients, services through the primary healthcare system, must be offered from several healthcare professionals in close and well-functioning collaboration.

Nøkkelord

Tverrprofesjonelt samarbeid, Tverrprofesjonell samarbeidslæring, fokusgruppe, primærhelsetjeneste og pasientforløp

Introduksjon

Denne studien har fokus på tverrprofesjonelt samarbeid mellom faggrupper i primærhelsetjenesten og hvilken betydning dette har for opplevelsen av et helhetlig pasientforløp. To nasjonale stortingsmeldinger, Samhandlingsreformen og Utdanning for velferd/samspill i praksis beskriver ut ifra hver sin innfallsvinkel, hvilke utfordringer helsetjenesten står overfor i fremtiden. Samhandlingsreformen fremhever et økende antall eldre personer over 80 år, ofte med flere komplekse lidelser og problemstillinger. Slike utfordringer vil kreve både høyere kompetanse og tettere samarbeid mellom de enkelte faggruppene i helsetjenesten. Ingen enkelt profesjon vil kunne gi et fullverdig behandlings- eller pleietilbud alene. Tverrprofesjonell samarbeidskompetanse skal være synlig og trenes på allerede gjennom helse- og sosialutdanningene (St. Meld. 13, 2011-2012; St. Meld. 47, 2008-2009). Også i lovverket er viktigheten av å kunne tilby pasienten et helhetlig og koordinert tjenestetilbud med utgangspunkt i den enkelte sitt behov understreket. Det skal sikres rett kompetanse, til rett tid i pasientforløpet. Det fremheves videre at yrkesutøvelsen skal skje i samhandling og samarbeide med andre faggrupper for å sikre et helhetlig tilbud (Helsepersonelloven, 2016; Helse- og Omsorgstjenesteloven, 2016).

I internasjonal sammenheng har World Health Organization, (WHO) rettet søkelyset på betydningen av tverrprofesjonell samarbeidskompetanse. En rapport basert på seks casestudier viser at tverrprofesjonell samarbeidskompetanse må læres allerede gjennom helse- og sosialutdannelsene. Respekt og anerkjennelse av de ulike profesjonene er viktige for å få til et helhetlig pasientforløp. God og tydelig kommunikasjon, samt felles fysiske møteplasser er også fremmede for et nært tverrprofesjonelt samarbeid. Studiene viser også at tverrfaglig samarbeid gir store fordeler for pasienten gjennom et bedre koordinert helsesystem som igjen vil kunne føre til bedre pasientsikkerhet (Chavez, 2013).

En systematisk kunnskapsoversikt av 44 kvalitative studier viser at helsesystemets oppbygning som et hierarki, vil kunne være en tydelig barriere for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Positive holdninger og bevissthet om fordelene ved å bruke de enkelte faggruppers kompetanse på rett måte er viktig for å fremme et godt samarbeid.

Kunnskapsoppsummeringen viser at det er viktig å sette av god tid når en skal etablere et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Et felles elektronisk dokumentasjonssystem og en lokasjon med mulighet for å kunne møtes fysisk, samt en ledelse som går foran med en positiv holdning til tverrprofesjonelt samarbeid understrekes også som en viktig faktor i pleie- og behandling med «best practice» som mål for pasientens helhetlige forløp (Supper et al., 2014). De samme faktorene synliggjøres gjennom to kvalitative studier fra Canada og et posisjonspapir fra England basert på funn gjennom workshops. I disse studiene viser funn at dårlig koordinert tverrfaglig samarbeid fører til fragmentert behandling for pasientene. Fragmenterte behandlingssystem fører til mindre kvalitet på pleie og behandling og økt risiko for feil i pasientforløpet (Miller et al., 2019). En av studiene fra Canada påpeker viktigheten av at alle faggruppene som er involverte i pleie- og behandling må kommunisere klart og tydelig mellom seg, pasienten og de pårørende (Dahlke et al., 2017). Studien påpeker også viktigheten av å lære tverrprofesjonell samarbeidskompetanse, allerede under utdannelsene innenfor helse- og sosial sektoren. For å kunne tilby tjenester i primærhelsetjeneste i fremtiden, som dekker pasientenes komplekse behov må det trenes på og bli naturlig for de involverte faggrupper å jobbe i et team (Supper et al., 2014; Miller et al., 2019; Dahlke et al. 2017).

Tidligere studier har konkludert med at manglende tid, forståelse og respekt for hverandres roller, er en barriere for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Det å ha samme organisatoriske tilhørighet og tillit til hverandre som profesjonelle helsearbeidere er svært viktig for å kunne jobbe godt sammen som fagpersoner (Xyrichis & Lowton, 2007). Klare definerte roller i det tverrprofesjonelle samarbeidet understrekes i flere tidligere studier. Tverrprofesjonelt samarbeid blir anbefalt som en faktor som kan bidra til helhetlig pleie og behandling. Det er vist at det kan bidra til effektiv bruk av ressurser og bedre kvalitet i tjenestene. I tillegg blir pasientsikkerheten ivaretatt på en bedre måte, bla. i form av riktig tjeneste til rett tid og med riktig ressursbruk fra riktig faggruppe, (Mager & Lange, 2014; Morgan et al., 2015; Beijer et al., 2017; Xyrichis & Lowton, 2007).

Nasjonalt synliggjør to kvalitative studier gjennomført i Norge om helsepersonells erfaringer med samhandlingsutfordringer i tverrprofesjonelt samarbeid, at gjensidig tilpasning, felles forståelse for situasjonen, samt bevissthet omkring egen og andre sin fagidentitet er vesentlig i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Videre er det svært viktig med en systematisk skriftlig og muntlig kommunikasjon for å sikre kontinuiteten i pasientforløpet. Det å bli sett og tatt på alvor av de andre faggruppene er essensielt (Kassah & Tønnesen, 2016; Kvilhaugsvik & Husøy, 2017).

Tidligere studier viser altså at rammefaktorer som tid og mulighet for å kunne møtes fysisk er viktig for å lykkes i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Kunnskap om tverrprofesjonelt samarbeid, og forståelse for hverandres kompetanseområder virker også som viktige elementer for å skape helhetlige tjenester for pasienter med komplekse helseutfordringer i primær helsetjeneste. Til tross for en del kunnskap om temaet tverrprofesjonelt samarbeid er det behov for mer kunnskap om hvordan dette erfares av helsepersonell i primærhelsetjeneste som står overfor pasienter med svært komplekse problemstillinger, med stort behov for godt koordinerte tjenester og helhetlige pasientforløp.

Hensikten med denne studien er derfor å utforske helsepersonells erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid, og få kunnskap om hvilken betydning tverrprofesjonelt samarbeid har for helhetlige pasientforløp.

Metode

Design

Studien er en kvalitativ studie med mål om å utforske helsepersonell innenfor flere faggrupper sine erfaringer med tverrprofesjonell samarbeide, og hvilken betydning dette har for et helhetlig pasientforløp.

Utvalg

For å oppnå en god variasjonsbredde har jeg valgt et strategisk utvalg av informanter. En god variasjonsbredde vil kunne åpne for muligheter til å beskrive flere sider ved problemstillingen. Et strategisk utvalg vil også gi en god informasjonsstyrke som igjen har betydningen for validiteten i studien (Malterud, 2018, s.57-68). For å komme i kontakt med relevante informanter som kunne bidra med sine erfaringer i studien, tok jeg først kontakt med kommunalsjefene innenfor helse- og omsorg i tre forskjellige kommuner, og sendte videre informasjon om studien på epost. Deretter tok jeg kontakt med avdelingsledere ved primærhelsetjeneste i kommunene for å få hjelp til å komme i kontakt med relevante informanter. Jeg søkte å få kontakt med et bredt spekter av faggrupper, da dette ville kunne gi studien varierte data om temaet tverrprofesjonelt samarbeid. Informantene ble rekruttert fra primærhelsetjeneste, kriteriet var at de skulle være faste ansatte og ha vært ansatt i minst et år. Elever og studenter innenfor de enkelte helsefagutdanningene kunne også delta i studien, da

det også var interessant å innhente kunnskap om tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS). Dataene ble samlet gjennom tre fokusgruppeintervjuer i tre forskjellige kommuner. I henhold til studien var kjønn og alder av liten relevans.

Datainnsamling

Data ble samlet gjennom tre fokusgruppeintervjuer. Fokusgrupper er en egnet metode for å samle rikholdig data innenfor et gitt tema (Polit & Beck, 2017, s. 511-512).

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i tre forskjellige kommuner, en stor kommune og to mindre kommuner i Midt-Norge. Informantene ble bedt om å fortelle om sine erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjeneste. Det var ønskelig å samle erfaringer fra så mange faggrupper som mulig, for å samle varierte data til studien. I studien ble det intervjuet i alt 13 helsepersonell. Fire sykepleiere, hvor den ene var avdelingsleder, to fysioterapeuter, to hjelpepleiere, tre ergoterapeuter, en helsefagarbeider og en ergoterapeutstudent. Alle deltagerne mottok informasjon i forkant av intervjuet via et informasjonsskriv og skrev under på et informert samtykkeskjema. Informantene ble informert om at det var frivillig å delta, at de kunne trekke seg når som helst fra studien. Det ble også informert om at alt materiale vil bli behandlet konfidensielt. En intervjuguide ble benyttet, men om svarene fra informantene ledet intervjuet i en annen retning, var det ikke meningen at guiden skulle være bindende, men heller som en støtte i de spørsmålene som jeg i utgangspunktet ønsket å stille. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert fra tale til skrift og deretter ble lydfilet slettet.

Analyse

Datamateriale ble analysert ved inspirasjon av systematisk tekstkondensering – stc, som er utviklet av Kirsti Malterud (Malterud, 2018). STC er en tematisk tverrgående analyseprosess som er velegnet til bruk i kvalitative studier. Den beskriver en trinnvis analyseprosess i fire trinn. Etter å ha lyttet til opptakene og lest igjennom det transkriberte materialet flere ganger, var målet i første trinn å danne seg et helhetsinntrykk av hele datamaterialet. Trinn to handlet om å finne meningsbærende enheter i materialet. Her var det viktig å finne og markere meningsbærende enheter som var relevant i henhold til hensikten med studien. Ifølge Malterud (2018) er det ikke all tekst som kan fungere som en meningsbærende enhet, men tekstdeler som belyser studien sin problemstilling. Etterfølgende gikk jeg derfor igjennom de meningsbærende enhetene og sorterte ut det som var relevant og forkastet det som ikke kunne brukes i henhold til min studie. De meningsbærende enhetene ble sortert under koder ut ifra hva de enkelte enhetene handlet om. Kodene ble som korte overskrifter, og de

meningsbærende enhetene ble sortert under den relevante overskriften. Noen av de meningsbærende enhetene passet inn i flere kodegrupper. Dette ble en frem- og tilbake prosess. I trinn tre det kondenserte meningsinnholdet i hver kodegruppe skrevet ut, altså en fortettet tekst av innholdet i hver kodegruppe. I trinn fire ble det laget en innholdsbeskrivelse av kunnskapen fra hver kodegruppe, dette ledet frem til fire temaer (Malterud, 2018, s. 97-116). Analyseprosessen i henhold til emnet kommunikasjon er illustrert i tabell 1.

Trinn 1 – Råtekst	Trinn 2 – Finne meningsbærende enheter	Trinn 3 – Kondensert meningsinnhold i hver kodegruppe	Trinn 4 – Endelig tema
<p>Hjelpepleier: I starten hadde vi møte med legene annen hver uke. Men det ble det også slutt på. Så nå er det kun gjennom e-meldinger.</p> <p>Ergoterapeut: vi har hatt noen samarbeidsmøter, i forhold til litt sårne komplekse saker. Da har legene vært med, og det har vært veldig nyttig. Men jeg har jo aldri vært borti noe annet enn e-meldinger her. Ellers så er det mange ganger på telefon eller på teams. Men det er ofte på kort varsel da.</p> <p>Ergoterapeut: det vi savner er litt mere informasjon om hva som skjer i kommunen. Vi er litt for lang unna det som skjer litt høyere opp.</p>	<p>«Vi har hatt teamsmøter rundt denne brukeren»</p> <p>«men jeg har aldri vært borti noe annet enn e-meldinger her»</p> <p>«Eller så er det mange ganger på telefon eller på teams. Men det er ofte på kort varsel da.</p> <p>«Det vi savner er litt mere informasjon om hva som skjer i kommunen. Vi er litt for langt unna det som skjer litt høyere opp. Jeg kjenner at dess mere jeg vet fra det som skjer om det vi jobber med, jo mere motivert blir en da»</p>	<p>Tverrprofesjonell kommunikasjon</p> <p>«Jeg mottar stort sett informasjon gjennom e-meldinger her. Men jeg bruker også telefon eller teams. Jeg synes det er uklart når tildelingskontoret deler informasjon med oss i hverdagsrehabiliteringa. Jeg opplever de ofte tar kontakt til hjemmepleien, men jeg synes det mangler et klart system på dette. Jeg savner bedre informasjon om hva som foregår i kommunen. Jeg synes vi da ender opp med å gå her litt i våres egen boble. Jeg har opplevd at vi først mottar informasjon når beslutningene er tatt allerede»</p>	<p>Betydningen av god og tydelig kommunikasjon mellom faggrupper</p>

Etiske overveielser og personvern

Prosjektbeskrivelsen ble forelagt NSD – norsk senter for forskningsdata, som godkjente prosjektet og dermed gav tillatelse til at denne kunne gjennomføres (referansenummer:

887155). Studien følger de etiske prinsippene for helsefaglig forskning gjennom Helsinkideklarasjonen og den norske helseforskningsloven. Disse etiske overveielsene er sammen med hovedregelen om konfidensialitet tatt med i de etiske refleksjonene og overveielsene både før, underveis og etter studien (World Medical association, 1964; Helseforskningsloven, 2008). Deltagerne i studien ble informert i forkant og skulle også skrive under på et samtykkeskjema. De ble sikret konfidensialitet og det var viktig at de skulle føle seg trygge på at ingen av de var identifiserbare gjennom studien. Deltagerne ble også muntlig informert og det ble sikret at alle forstod at det var frivillig å delta i denne studien og at de når som helst kunne trekke seg fra denne.

Metodekritikk

Denne studien har et lite utvalg og ut ifra antall deltagere kan det derfor være vanskelig å trekke noen endelige generelle konklusjoner (Malterud, 2018, s. 66-67). Sammensetningen av fokusgruppene kunne vært bredere. Det lykkes eksempelvis ikke å rekruttere noen leger til å delta i studien. Det ble forsøkt kontaktet et legesenter med tanke på nettopp å få med noen fra denne faggruppen. I den ene kommunen var det svært vanskelig å få med deltagere fra hjemmesykepleien og det ble derfor kun et intervju med to deltagere fra hverdagsrehabiliteringen. Flere mulige informanter som jeg hadde kontakt med, ønsket egentlig å delta, men var ukomfortable med å delta i fokusgruppene, også selv om jeg forsøkte å informere grundig om rettigheter og konfidensialitet. Andre mente det tok for mye tid. Responsen fra ledelsen var varierende, noen svarte raskt på henvendelsen og andre måtte jeg ta kontakt med mange ganger før jeg fikk respons. Det ville vært en styrke for studien å kunne få med alle involverte faggrupper fra de som typisk jobber i primærhelsetjeneste. Det kunne også vært interessant å kunne gå bredere ut og stille spørsmål om emnet via et spørreskjema. Kanskje en kunne nå noen mulige gode informanter som ellers synes det er vanskelig å delta i slike intervjuer? Studien er begrenset i størrelse, men kan allikevel være med på å gi et bilde av informantenes erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten.

Funn

Sammensatte behov i pasientforløpet krever tverrprofesjonell kompetanse

Alle faggruppene gav uttrykk for viktigheten av å bruke riktig kompetanse på riktig plass og til rett tid i pasientforløpet. Flere av informantene etterspurte en tydeligere tilgjengelighet til enkelte faggrupper. Psykisk helse- og rus-team ble løftet frem som en av disse faggruppene

som kunne være vanskelig å få tak i og som samtidig var mer og mer relevant i pleie- og behandling innen kommunehelsetjenesten. En ergoterapeut og en sykepleier fortalte hvordan psykisk helse og rus var et økende problem blant ensomme eldre. De understreker hvordan en slik problematikk er med på å skape et stort funksjonsfall for den enkelte pasient og viktigheten av å få inn den rette faggruppen til rett tid for å forbygge at slik skjer.

Folk sitter mye alene. Mye depresjoner. Det er jo da, at man kunne komme inn noe tidligere. For mange av dem er det jo for sent. Samme med denne psykisk helse biten også, du er jo på en måte så deprimert at du ikke kommer deg ut av det. Du blir bare gravd lenger og lenger ned. Så det er liksom det å få tid til denne forebyggende tankegangen på hele mennesket før, enn vi får til nå da.

I den ene kommunen var fysioterapeuten «spart bort» og de gjenstående faggruppene følte at de måtte ta over dennes oppgaver, selv om de ikke hadde kompetansen til dette. En ergoterapeut beskrev dette på følgende måte;

Nå har vi jo manglet en fysioterapeut, så vi føler jo vi har vært litt sånn, hobbyfysioer. Hobbyfysioer som jeg egentlig ikke kan. Og det er jo litt sånn småskummelt det også, når vi er borti noen som kanskje har litt komplekse diagnoser og sånn. Så skal vi holde på med øvelser med dem. Da er vi jo veldig avhengig av å ha en fysioterapeut.

En ergoterapeut og en hjelpepleier kunne fortelle om svært knappe ressurser i den kommunen hvor de jobbet, og det var derfor vanskelig å kunne opprettholde visse funksjoner.

Eksempelvis eksisterte det et hukommelsesteam, men «teamet» bestod bare av en person. En ergoterapeut beskrev det på følgende måte;

Vi har en sak nå i kommunen når det gjelder demente. At vi er litt for mange som gjør kartlegging i forhold til dem. At det er litt sånn rotete. Både for dem som har demens og pårørende og for at det skal se litt mere profesjonelt ut fra kommunen sin side.

Dette var med på å skape forvirring både i gruppen av ansatte, for pasienten selv og de pårørende. En slik situasjon vil kunne utviske faggrensene og gi dårlig definerte ansvarsområder for den enkelte ansatte. Dette vil igjen kunne gå ut over kvaliteten av pleie og behandling i pasientforløpet hos den enkelte pasient. Samarbeidet med legene ble fremmet

som stort sett positivt. Men hvor det var enkelt å sende forespørsler og beskjeder, var det svært variabelt hvor raskt man mottok svar. I den ene kommunen gikk samarbeidet tregere og det kunne være vanskeligere å få tak i legene ved behov, samtidig forteller noen av de andre informantene om viktigheten av den fysiske nærheten de hadde til legene. En sykepleier som var avdelingsleder, uttrykte det slik;

Altså den fysiske nærheten er jo klart en fordel. Det er jo slik at vi kan spare tid på logistikk.

Nå kan vi jo bare gå opp til dem og smette inn døra hvis vi trenger dem. Det kan jo være greit, ikke å skulle vente 14 dager på å få snakke med dem (om legene).

Samarbeidet med legene ble blant annet trukket frem som viktig i henhold til endringer i medisinordinasjonene til den enkelte pasient eller hvis pasienten hadde vesentlige endringer i sin tilstand. Flere og flere eldre som bor hjemme er i dag multisyke og har også av samme grunn svært komplekse problemstillinger. En fysioterapeut beskriver det slik;

De kommer jo hjem med ledninger fra alle samtlige kroppsdeler. Epiduralkateter, smertepumpe, subkutan pumpe, sonde og peg. Så har de med seg en prosedyre. Vi er da helt avhengige av å fare i lag. Jeg kan ikke komme inn til en slik pasient uten å ha med meg kompetansen.

Alle deltagerne i studien la stor vekt på viktigheten i å kjenne til hverandres kompetanse og bruke denne på en riktig måte i pasientforløpet. Å jobbe sammen som et tverrprofesjonelt team var en svært viktig faktor i pasientforløpet ifølge de som ble intervjuet. Å vite hvor man kunne få tak i hverandre og at systemet var organisert slik at det var lett å ha oversikt over hvor de forskjellige faggruppene befant seg rent fysisk ble også sett på som viktig i en travel arbeidshverdag. En ergoterapeut og en hjelpepleier uttrykte dette på følgende måte;

Jeg synes det er veldig kjekt og spennende å jobbe tverrfaglig, for da føler jeg vi får til så mye mere. Og det er jo derfor vi er satt sammen som et team og for å bruke hverandres ressurser og egenskaper vi har i utdanninga våres.

Vi kommer lenger med å samarbeide flere da og ha det samme målet.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helse- og sosialutdanningene blir lagt stor vekt på og dette kunne bekreftes fra en av informantene, som gav uttrykk for at hun merket en positiv endring i dette både i sykepleier og helsefag utdannelsene. En av informantene som var ergoterapistuderende fortalte også om, at de hadde en del om tverrprofesjonell samarbeidslæring i utdannelsen og at dette var svært nyttig. Når man lærer viktigheten av tverrprofesjonell samarbeidskompetanse, vil det også være lettere å kunne forstå pasienten ut ifra et helhetlig perspektiv. Mye av denne forståelsen kommer ifølge en av fysioterapeutene også med erfaring når du begynner å jobbe.

Betydningen av god og tydelig kommunikasjon mellom faggrupper

Det var stor enighet i at tydelig kommunikasjon og god informasjonsflyt er svært viktig i et nært og velfungerende tverrprofesjonelt samarbeide. Direkte kontakt mellom faggruppene gav ifølge helsearbeiderne som ble intervjuet, den sikreste og mest tydelige formen for kommunikasjon mellom utførerne av tjenestene. En ergoterapeut og en sykepleier gav uttrykk for dette slik:

Ellers er det mange ganger på telefon eller på teams. Men det er ofte på kort varsel da.

Er det nokke som bør skje fort, så ringer vi.

Svikt i kommunikasjon mellom faggruppene skjedde lettest der hvor det var større fysisk avstand mellom dem og imellom forskjellige etater, eksempelvis ved utskrivning fra sykehus til primærhelsetjenesten. En ergoterapeut og en hjelpepleier fortalte om en eldre kvinne på 90 år som hadde brukket armen og bodde alene. Hun ble sendt hjem, da det ikke var plass på ØHD. Det ble ikke sendt noen epikrise hverken til hjemmepleien eller hverdagsrehabiliteringa. Det var dattera som måtte ta kontakt for å etablere hjelp i hjemmet. Dette ble skildret som et godt eksempel på en svikt i systemet ved utskrivning av en pasient som hadde store hjelpebehov i hjemmet. Dette skapte uforutsigbarhet og usikkerhet for pasienten og de pårørende. Hjemmesykepleien som skulle være inne i bildet hadde heller ikke mottatt beskjed og dette skapte en uoversiktlig situasjon for de som skulle etablere hjelpen i hjemmet også. Videre fortalte de samme informantene om at slike situasjoner ikke var enkeltstående hendelser, men tvert imot noe som hendte ganske ofte. Opplevelsen av det å bli «glemt» å gi beskjed og ikke minst informere om pasienten sine behov for hjelp ved utskrivelse fra sykehus til kommunehelsetjeneste ble skildret i alle intervju som et

gjentakende problem i det tverrprofesjonelle samarbeidet omkring pasienten. Pasienten opplevde en dårlig start på hvordan det skulle bli å komme hjem og være avhengig av hjelp. En ergoterapeut beskrev samarbeidet med hjemmetjenesten som bra i noen tilfeller, men at de som faggrupper noen ganger «gikk i sin egen bane». Da var de ikke gode nok til å kommunisere og informere hverandre som faggrupper. Ergoterapeuten sa det på denne måten:

Noen ganger fungerer det, og andre ganger er vi helt i hver vår boks. Da har vi nok mye å jobbe med føler jeg da.

Godt tverrprofesjonelt samarbeide fordrer fysiske møter mellom faggruppene

Det var et gjennomgående tema i alle intervjuer, at å møtes fysisk ga best utbytte i den tverrprofesjonelle samarbeidsflyten. Der hvor de fysiske møtene var erstattet av kontakt utelukkende via elektroniske meldinger, ble dette sett på som et tap av et svært viktig møtepunkt i samarbeidsprosessen. Det var bred enighet i at elektroniske meldinger var kommet for å bli og var en god kommunikasjonsvei, men at det allikevel var viktig å ha faste møtetidspunkter. Rundt et felles bord var det takhøyde for å tenke høyt i felles lag og utveksle erfaringer og lage nye tiltak og sette nye mål. I et av fokusgruppeintervjuene kom dette synspunktet tydelig frem gjennom en dialog mellom en sykepleier og en hjelpepleier:

Jeg likte veldig godt at vi møttes fysisk.

Mye mere samarbeide før når vi hadde faste møter.

Mye lettere å ta opp ting på et fysisk møte.

Ja, vi har hatt faste møter med legene før, det savner jeg.

Det var tydelig at å møtes fysisk gav en tettere og tydeligere dialog mellom faggruppene og på denne måten gav det også et tettere samarbeide rundt pasienten. Som det var en informant som sa, for vi tenker ikke likt rundt pasienten. Forståelsen for hverandre sin kompetanse og hvordan denne igjen kan brukes til å skape et godt og helhetlig pasientforløp var svært viktig i samarbeidsprosessen. En hjelpepleier forteller om et tregt og til tider vanskelig samarbeide med hjemmesykepleien. Hun forteller om travelhet som den avgjørende faktoren i dette samspillet. De er blitt delt i to soner og da har hverdagsrehabiliteringa satt seg som mål å møtes med hver sone en gang i uken fast. Hun forteller videre om viktigheten i at møtene ligger på faste tidspunkter og ikke bare spontant i lunsjen. Samme hjelpepleier forteller også at hvor de tidligere hadde faste møter med legene annen hver uke, har de nå kun

samarbeidsmøter i henhold til komplekse saker. Følelsen av at samarbeidet var godt hang ifølge flere utsagn tydelig sammen med om det var etablert via faste møter eller ikke. Møter og kommunikasjon gjennom elektroniske plattformer var tydeligvis ikke erfart som tilstrekkelig for å sikre god kvalitet og kontinuitet i den enkelte sitt pasientforløp.

Ulike journalsystemer kan hindre det tverrprofesjonelle samarbeide

Det ble fortalt om flere ulike journalsystemer som ble brukt av helsepersonell. Flere av disse var ikke tilgjengelig eller synlige for de forskjellige faggruppene. Dette medførte flere glipp i kommunikasjonsflyten rundt pasienten. Alle var enige om at et felles journalførings system ville gitt bedre informasjonsflyt rundt pasienten. En fysioterapeut fortalte det på følgende måte:

Hvis det er noe spesielt med pasienten, så tar jeg gjerne en telefon til fastlegen eller skriver en elektronisk melding. Den sender jeg over helsenet, utfordringa er at det er et eget journalsystem, som ikke er kompatibelt med kommunene sitt.

Flere av informantene nevnte nettopp dette med ulike journalsystemer som en stor utfordring i kommunikasjonsflyten rundt pasienten. Flere opplysninger kom ikke frem til rette mottaker og en del opplysninger gikk rett og slett tapt. Systemet opplevdes av flere informanter som tungrodd og lite fleksibelt. En fysioterapeut hadde svært positiv erfaring med individuell plan og mente at denne var undervurdert som arbeidsredskap. Ved komplekse saker burde man bruke denne mere enn man gjør i dag, var hennes tanke. I en annen kommune var individuell plan kun noe man brukte til barn med svære hjelpebehov. Hvor Visma profil blir brukt i primærhelsetjenesten, er systemet et helt annet når pasienten er innlagt på sykehuset. Den ene fysioterapeuten var privatpraktiserende og hadde derfor ikke samme journalsystem som hjemmesykepleien. Vedkommende hadde heller ikke tilgang til Visma. Dette var svært problematisk i henhold til det som ble dokumentert og kontinuiteten i det tverrprofesjonelle samarbeidet. I en dialog mellom sykepleier, fysioterapeut og helsefagarbeider kommer dette tydelig frem, hvor de snakker om at de i hjemmetjenesten bruker Pasientflyt i Visma profil som plattform for kommunikasjon mellom faggruppene. Den privatpraktiserende fysioterapeuten aner ikke hva det er. Det betyr at en viktig del av hennes arbeidsområde ikke kommer frem i den interne dialogen mellom utførerne av helsetjenestene. En sykepleier trekker frem samhandlingsreformen som svært verdifull i henhold til det tverrprofesjonelle samarbeidet i helsevesenet. Både kommunikasjon med sykehuset og legene har blitt

betraktelig bedre etter den ble innført. Den elektroniske meldingstjenesten mellom leger og sykepleiere/helsefagarbeidere og sykehuset og primærhelsetjenesten fungerer stort sett veldig bra. Stort sett alle informantene la stor vekt på å fremme faste møtepunkter som svært viktig, hvor relevante tverrprofesjonelle samarbeidspartnere kan møtes rundt bordet og planlegge pleie og behandling sammen.

Diskusjon

Hensikten med studien var å øke forståelsen for helsepersonell sine erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeide, og hvilken betydning det har for et helhetlig pasientforløp. Hovedfunn i studien tyder på at samspillet i det tverrprofesjonelle samarbeidet er komplekst og det er mange faktorer som spiller inn for å kunne få det til å fungere godt i en arbeidshverdag.

Den teoretiske forståelsen av begrepet tverrprofesjonelt samarbeid vil i den videre diskusjonen ta utgangspunkt i Almås et al.'s (2018) definisjon: Tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren handler om samarbeid, ansikt til ansikt, mellom representanter fra ulike profesjoner (Almås et al., 2018, s. 27). Almås et al. definerer også begrepet pasientforløp, som jeg i denne studien tar utgangspunkt i: Et pasientforløp er hele pasienten sin sykehistorie fra vedkommende ble syk til han eller hun er tilbake til sitt vanlige liv igjen (Almås et al., 2018, s. 25). Husebø og Ballangrud (2021) presenterer et rammeverk for tverrprofesjonelt samarbeide. Dette rammeverket illustrerer hvilke faktorer som vil være essensielle for prosessene i det tverrprofesjonelle samarbeidet i helsevesenet. Rammeverket består av fire områder, her nevnes noen av de faktorene som er skissert under de forskjellige områdene. Funnet i studien her fokuserer på enkelte av disse faktorene:

1. Det relasjonelle – profesjonell makt, hierarki, sosialisering sammensetning og roller i team og teamprosesser.
2. Det prosessuelle- tid og rom, rutiner og ritualer, informasjonsteknologi og kompleksitet.
3. Det organisatoriske – organisatorisk støtte og profesjonell representasjon
4. Det kontekstuelle – kultur, mangfold og politisk vilje

(Husebø & Ballangrud, 2021, s. 70-71).

Kommunikasjon som nøkkelen til et godt tverrprofesjonelt samarbeid

Funn i denne studien viser at god og tydelig kommunikasjonsflyt var en svært viktig faktor i samspillet i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Dette gjaldt både skriftlig, så vel som muntlig kommunikasjon. I Husebø og Ballangrud (2021) sitt rammeverk, blir kommunikasjon beskrevet under det relasjonelle område, som en del av en viktig teamprosess.

Kommunikasjonen vil skje både verbalt og nonverbalt, via informasjonsteknologi og muntlig. Det understrekes at det må skapes tid og rom for at de forskjellige profesjonene kan kommunisere åpent og fritt. Dette anses som en forutsetning for å kunne lykkes med å tilby pasienten faglig forsvarlige tjenester, og vil være avgjørende for opplevelsen av et helhetlig pasientforløp. Tid og rom for å kunne møtes fysisk og planlegge pleie- og behandling rundt samme bord, med felles målsetting for pasienten, ble også fremhevet av helsepersonell i denne studien. Tidligere studier viser også til effektiv og tydelig kommunikasjon som en av de viktigste faktorene for å kunne lykkes med et godt tverrprofesjonelt samarbeide. En vellykket kommunikasjonsflyt, både muntlig og skriftlig, vil være vesentlig i henhold til kontinuiteten i pasientforløpet og dermed også ha stor betydning for pasientsikkerheten (Xyrichis & Lowton 2008; Dahlke et al. 2017; Mager et al. 2013; Kassah & Tønnesen 2016; Kvilhausvik & Husøy 2017). I studien til Mager og Lange (2013), tyder funn på at for både pasientene og deres pårørende var det viktig med åpen og tydelig kommunikasjon i planleggingen av pleie- og behandlingsforløpet. I egen studie ble dette fremhevet av flere helsepersonell, hvor det kom frem at man flere steder i systemet ikke dokumenterte pleie- og behandling på samme journalplattform. Dette ble ansett som problematisk i henhold til det tverrprofesjonelle samarbeidet, da det ofte medførte at de forskjellige involverte profesjonene ikke visste hva de andre hadde utført av pleie- og behandling.

Barrierer i det tverrprofesjonelle samarbeidet

Når helsepersonell i denne studien diskuterte hvilke faktorer som kunne være barrierer for et godt tverrprofesjonelt samarbeid, ble det bla. fremhevet at mangel på respekt og tillit til hverandre som faggrupper var en hindring. Gjennom rammeverket som Husebø og Ballangrud (2021) presenterer, vil mangel på en teamledelse som anser tverrprofesjonelt samarbeid som viktig og som støtter opp om og muliggjør samspillet mellom teammedlemmene, være en stor barriere for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Dette kom frem forskjellig i de tre kommunene hvor jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuene. I den ene kommunen var ledelsen svært opptatt av å støtte opp om det tverrprofesjonelle samarbeidet og uttrykte tydelig, at de ikke er bedre enn hva de oppnår sammen som helsepersonell. Det var en tydelig flatere struktur mellom ledelsen og det øvrige helsepersonellet og dette medførte en

svært god og lett informasjonsflyt og velfungerende kommunikasjon. Til forskjell fra en av de andre kommunene, hvor det ble fremhevet at det var vanskelig å komme i kontakt med hjemmesykepleien, selv om de rent fysisk befant seg i samme bygget. I samme kommune gav de også uttrykk for, at de sjeldent visste hva som foregikk på ledelsesnivå. Tidligere forskning viser også at mangel på struktur innad i teamet og ledelse som anser tverrprofesjonelt samarbeid som lite viktig er et hinder for en god tverrprofesjonell samhandling med mål for pasientens beste. Mistillit, helsevesenets hierarkiske oppbygning og uklare roller innad i teamet er også fremhevet som faktorer som kan hindre tverrprofesjonelt samarbeid (Xyrichis & Lowton, 2007). Funn i egen studie viste at i en kommune måtte helsepersonell utføre oppgaver de ikke følte seg kvalifiserte til å utføre, pga. mangel på kvalifisert helsepersonell. Flere helsepersonell uttrykte usikkerhet når de opplevde å stå i situasjoner hvor de ikke var kvalifiserte til å gjennomføre oppgavene eller de hadde opplevelsen av å ikke ha mottatt tilstrekkelig opplæring. Tidligere studier indikerer også at uklare faggrenser og ansvarsområder vil medføre dårligere samarbeid, og det vil lettere oppstå misforståelser og dårlig eller ikke-eksisterende kommunikasjon mellom faggruppene. Mangel på kunnskap om hverandres kompetanseområde og personlige og profesjonelle kvalifikasjoner er også en barriere i det tverrprofesjonelle samarbeidet. (Kassah & Tønnesen, 2016; Kvilhaugsvik & Husøy 2017; Morgan et al., 2014; Mager et al., 2013; Beijer et al., 2018).

Tverrprofesjonell samarbeidslæring – et viktig ledd for å bli en god samarbeidspartner

Helsepersonell i denne studien gav uttrykk for en merkbar positiv endring i kulturen rundt synet på viktigheten av tverrprofesjonelt samarbeide, både blant helsepersonell, men også hos de forskjellige profesjonene som er under utdanning. En ergoterapistudent fremhevet betydningen av å lære om tverrprofesjonelt samarbeid i utdanningen. Hun gav klart uttrykk for betydningen av å komme ut i praksis med en bedre ballast i form av bedre forståelse for de andre profesjonene, samt viktigheten av å tenke som et team. Flere som deltok i studien var tydelige på at tverrprofesjonelt samarbeide var av stor betydning og de var bevisste på at man nådde lenger ved å ha et godt samarbeid mellom profesjonene. Ifølge Husebø og Ballangrud (2021) sitt rammeverk, vil svikt i det tverrprofesjonelle samarbeidet kunne føre til dårligere pasientsikkerhet og fragmenterte tjenester som igjen vil lede til nedsatt kontinuitet i pasientforløpet (Husebø & Ballangrud, 2021). Dette stemmer med funn i egen studie der spesielt helsepersonell fra hverdagsrehabilitering gav uttrykk for at det var utfordrende å komme i kontakt med helsepersonell i hjemmesykepleien, og at dette førte til mer fragmenterte pasientforløp. Ifølge Almås et al. (2018) og Carpenter og Dickinson (2016) er

tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS), viktig å lære seg allerede under helse- og sosialfagutdannelsene. Hver profesjon har sin kultur, sitt språk og sitt tankesett ut ifra sin utdanning. Det er derfor viktig å trene på å lære seg å forstå de forskjellige profesjoner sin kompetanse og hvordan man kan mest effektivt bruke hverandres kunnskaper. En sykepleier i studien gav uttrykk for at hun opplevde at studenter som kom til dem i praksis var bedre rustet nå enn tidligere. De hadde med seg en verdifull læring og bedre forståelse omkring tverrprofesjonelt samarbeid og hvilken betydning det har i henhold til pasienten sitt forløp. Dette vil ifølge tidligere studier også styrke forståelsen for og respekten for andre profesjoner sin verdi. For å kunne løse de stigende komplekse helseutfordringene som mange pasienter har i dag i primærhelsetjeneste, må de ulike profesjonene samarbeide tett, samkjøre de ulike tjenestene på en bedre måte og danne felles mål til det beste for pasienten (Almås et al. 2018; Carpenter & Dickinson, 2016).

Konklusjon

Helsepersonell i denne studien erfarte at det å jobbe tverrprofesjonelt i primærhelsetjeneste var en styrke for å sikre pasienten et helhetlig pasientforløp. Tydelig og åpen kommunikasjon mellom helsepersonell er en viktig faktor for å kunne få det tverrprofesjonelle samarbeidet til å fungere. Respekt og tillit mellom de enkelte profesjonene og en ledelse som legger til rette for tverrfaglig samarbeid er også en avgjørende faktor. I helse og sosialfagutdannelsene er det viktig å sette tid av til tverrprofesjonell samarbeidslæring slik at studentene er godt faglig rustet til å samarbeide med andre profesjoner om pasientens beste etter endt utdanning. Komplekse behov hos pasienten fordrer tjenester fra flere profesjoner, og tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta et helhetlig pasientforløp.

Implikasjoner for praksis vil være at helsepersonell er bevisste på betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid for å kunne tilby pasienten godt koordinerte tjenester med rett kompetanse til rett tid i pasientforløpet. I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i helsepersonell sine erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid. Det er fortsatt behov for videre forskning om hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet kan fungere best mulig i praksis. I denne studien har det ikke vært fokusert på brukerinvolvering, i henhold til å kunne være delaktig i planlegging av egen pleie-og behandling. Dette er naturligvis en annen viktig faktor som det kan være relevant og viktig å forske mere på. Forskning med utgangspunkt i pasienter sine erfaringer med tverrprofesjonell samarbeid og hvilken betydning det ifølge dem vil ha for deres forløp i helsevesenet, ville være svært verdifull kunnskap.

Litteraturliste

- Beijer, U., Vingare, E.L., Eriksson, H.G. & Carlsson, O.U. (2018). *Are clear boundaries a prerequisite for well-functioning collaboration in home health care? A mixed methods study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2018: 32: 128-137.* Doi: 10.1111
- Carpenter J. & Dickinson H. (2016). *Interprofessional education and training* s. 1-2.
- Chavez, F. (2013). *Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health care: Nursing and midwifery perspectives – Six case studies.* In collaboration with WHO – World Health Organization. S. 1-17.
- Dahlke, S., Steil, K., Heritage, R.F., Colborne, M., Labonte, S., & Wagg A. (2017). *Older people and their families' perceptions about their experiences with interprofessional teams. Published online- Wiley Nursing Open.* 1-9. Doi: 10.1002
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *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/>
- World Medical Association, (1964). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra 13.09.2017.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Helseforskningsloven (2008)
- Helsepersonelloven (2016)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2016)
- Husebø, S., & Ballangrud R. (2021) *Teamarbeid i helsetjenesten. Universitetsforlaget, s. 65-79).*
- Kunnskapsdepartementet (2012). *Utdanning for velferd – samspill i praksis.* (Meld. St. 13 (2011-2012)).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- Kassah, B.L.L & Tønnesen, S. (2016). *Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer.* Tidsskrift for velferdsforskning (2016) s. 342-358. Doi: 10.1826
- Kvilhaugsvik, B. & Husøy, G. (2017). *Må samarbeide på tvers. Sykepleien.* 105(3): 64-67. doi.org/10.4224/sykepleiens.2017.60913
- Mager D. R. & Lange J. (2014). *Teambuilding across healthcare professions: The elder project. Elsevier* (2014), 141-143. doi.org/10.1016
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* Universitetsforlaget s. 57-68 og 97-116.
- Miller R., Scherpbier N., Amsterdam L.V., Guedes V. & Pype P. (2019). *Inter-professional education and primary care: EFPC position paper.* Published online 2019, Oct 4. 1-20, Doi: 10.1017
- Morgan, S., Pullon S., & McKinlay E. (2015) *Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. International journal of nursing studies,* 52 (2015) 1217-1230, Doi: 10.1016
- Polit D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* s. 511-512.
- Supper I., Catala O., Lustman M., Chemla C., Bourgueil Y. & Letrilliart L. (2014). *Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. Journal of Public Health,* 37 (4), 716-727.
- Vasset F., Almås S.H. & Ødegård A. (2018) *Tverrprofesjonell samarbeidslæring* s.25 & 27.

Xyrichis A. & Lowton K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of Nursing Studies* 45 (2008) 140-153, Doi: 10.1016

Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD

[Meldeskjema](#) / [Tverrprofesjonelt samarbeide i primær helsetjenesten - En styrke for pasienten sin pleie og behandli...](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

887155

Prosjekttittel

Tverrprofesjonelt samarbeide i primær helsetjenesten - En styrke for pasienten sin pleie og behandling

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Prosjektperiode

07.04.2021 - 01.08.2022

[Meldeskjema](#) 

Dato

21.03.2022

Type

Standard

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

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 med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

ENDRINGEN GJELDER SOM FØLGER

Det er oppnevnt ny prosjektansvarlig i masteroppgaven. Kontaktopplysninger til ny prosjektansvarlig er oppgitt i meldeskjemaet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Henriette N. Munthe-Kaas

Lykke til videre med prosjektet!

Vil du delta i forskningsprosjektet
Tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten
- En styrke for pasienten sin pleie og behandling

Vil du delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle mere kunnskap omkring helsepersonell sine erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten.

Formål

Formålet med prosjektet er å utvikle mere kunnskap omkring helsepersonell sine erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeide i kommunehelsetjenesten og hvilken betydning dette har for opplevelsen av et helhetlig pasientforløp. Målet er å kunne bidra til et mere helhetlig og samhandlende tjenestetilbud, med utgangspunkt i den enkelte pasient sitt behov og en tydelig samhandling på tvers av faggrenser og nivåer.

Prosjektet er en del av min masterutdannelse – Master i klinisk avansert sykepleie, som jeg tar på deltid på NTNU, Ålesund og skal ferdiggjøre sommeren 2022. Min veileder er May Helen Midtbust.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du jobber som helsepersonell i primærhelsetjeneste og har erfaring med å jobbe her gjennom minimum et år. Jeg ønsker å samle forskjellige faggrupper, for å få en verdifull breddekompetanse og erfaring fra flere vinkler fra de som jobber i kommunehelsetjenesten. Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan som deltager trekke deg fra studien når som helst, uten å oppgi årsak.

Hva vil det innebære for deg å delta?

Jeg vil samle informasjon om de forskjellige faggruppers erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeide gjennom fokusgruppe intervjuer. Målet er å gjennomføre tre fokusgruppe intervjuer, i henholdsvis Ålesund, Sula og Giske kommune. Dette for å kunne få en spennende bredde inn i oppgaven og ha et godt sammenligningsgrunnlag. Gruppene som skal intervjues skal bestå av 6-8 deltagere, alle med erfaring innenfor arbeide i kommune helsetjenesten. Intervjuene vil vare fra 1- 1 ½ time. Det vil bli tatt notater underveis og det vil også bli foretatt lydopptak som i etterkant vil bearbeides, analyseres og bli brukt i

oppgaven. Som deltager i studien vil du bli sikret konfidensialitet og dine opplysninger og bidrag vil ikke være gjenkjennelig for andre. Dataene som innsamles vil bli lagret på en sikker database på NTNU. Opplysningene vil bli slettet når de er bearbeidet.

Dine rettigheter

Opplysningene som samles inn vil ikke kunne identifiseres i oppgaven, men allikevel har du rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg. Du har rett til en kopi av disse opplysningene om du skulle ønske dette. Du har også rett til å få endret og slettet opplysningene som er samlet inn om deg.

Du kan også sende en klage til datatilsynet om behandlingen av dine opplysninger.

Opplysninger om deg vil bli behandlet basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU 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 gjerne kontakt med:

NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, avdeling Ålesund.

Masterstudent og oppgaveskriver: Anne-Grethe Valentin Nielsen.

Email: agv.valentin@gmail.com

Telefon: 94 54 95 65

Veileder/overordnet prosjektansvarlig: May Helen Midtbust

Email: mmi@ntnu.no

Hvis du har spørsmål til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

May Helen Midtbust (overordnet prosjektansvarlig) og Anne-Grethe Valentin Nielsen (masterstudent)

Vedlegg 3.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen som er gitt om prosjektet;

Tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten

- **En styrke for pasienten sin pleie og behandling, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:**
- **Å delta i fokusgruppe intervju**
- **At mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet**

Ålesund, 16.03.2021

Vedlegg 4.

Intervjuguide – Tverrprofesjonelt samarbeid i primærhelsetjenesten

En styrke i pasientens pleie og behandling

Tema 1. Samarbeide på tvers av faggrupper -

1. Hvilke faggrupper samarbeider du/dere med i deres arbeide i kommunehelsetjenesten?
2. Opplever du/dere spesielle utfordringer i dette samarbeidet? Hvilke?
3. Er det spesielle faggrupper du/dere av en eller annen grunn ikke ønsker å samarbeide med? Hvorfor?
4. Opplever dere samarbeide på tvers av faggrupper som relevant og fruktbart i planlegging og gjennomføring av pasientforløp?
5. Hvilke fordeler mener dere tverrprofesjonelt samarbeide kan ha for et helhetlig pasientforløp?

Tema 2. Fagidentitet -

1. På hvilken måte kan egen fagidentitet påvirke samarbeidet på tvers av faggruppene?
2. Hvilke erfaringer har du/dere med helsevesenets oppbygging, herunder måten det oftest er bygget opp på – som en rangorden?
3. Kan helsevesenets oppbygging være et hinder for et godt samarbeide på tvers av faggrensene og etater?
4. Regjeringen legger vekt på at helse- og sosial utdanningene skal inndra utvikling av tverrprofesjonell samarbeidskompetanse allerede under utdannelsene. Anser dere dette som et viktig element og på hvilken måte tenker dere at denne samarbeidskompetansen kan være nyttig i tverrprofesjonelt samarbeide senere i arbeidslivet?

Tema 3. Pasientforløpet -

1. Både innenfor forskning og nasjonale- og internasjonale rapporter viser funn at mange pasienter opplever helsevesenet som fragmentert og lite koordinert. Hvilke erfaringer har dere som helsepersonell med slike pasientopplevelser?
2. Kan dere gi konkrete eksempler på et dårlig koordinert helsesystem?
3. På hvilken måte kan en negativ samhandling på tvers av faggruppene være med på å gi opplevelsen av et fragmentert system?
4. Hva betyr et helhetlig pasientforløp for dere som helsepersonell?
5. På hvilken måte kan et positivt tverrprofesjonelt samarbeide ha betydning for opplevelsen av et bedre koordinert system og helhetlig pasientforløp?

Tema 4. Helsesystemet og komplekse problemstillinger i kommunehelsetjenesten –

1. Det sies at fremtidens komplekse problemstillinger innen kommunehelsetjenesten, ikke kan løses av kun et fagfelt. Vi må samhandle på tvers. Hvilke erfaringer har dere med dette?

2. For å løse komplekse pasientproblemstillinger i fremtidens kommunehelsetjeneste, har vi bruk for å kunne tenke og jobbe annerledes enn det vi gjør nå. Vi har ikke kun bruk for dybdespesialister, men i kommunehelsetjenesten har vi snarere bruk for helsepersonell med større breddekompetanse. Har dere som helsepersonell gjort dere noen tanker om dette kan være et godt poeng for å kunne løse de komplekse problemstillingene vi står i på en bedre og smartere måte?
3. Har dere som helsepersonell gjort dere andre tanker om hvordan vi kan endre/bedre systemet med mål om å nå et godt koordinert og helhetlig pasientforløp?

Intervjuguiden er tenkt som veiledende under selve intervjuet. Men som et semistrukturert intervju, skal det gjennom hele intervjuet være åpenhet for det gode samspillet og de gode dialogene. Det er også i dette spillerommet at det oppstår nye vinkler og tanker som kan være relevant og viktig kunnskap i henhold til studien sin problemstilling.

Masterstudent – Anne-Grethe Valentin

Ålesund, 17.03.2021

Vedlegg 5.

Forfatterinstruks

Velkommen som bidragsyter til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet holder en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og praksisfelt. Tidsskriftet publiserer fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler og eller vitenskapelige essays. Tidsskriftet har knyttet anerkjente forskere på professor, dosent- og førstenivå til vurdering og referee-bedømming av artiklene. Tidsskriftet tar også inn fagartikler og faglige utviklingsarbeider. Vi tar også imot kronikker, bokanmeldelser og debattinnlegg.

Alle innsendte tekster blir vurdert av ansvarlig redaktør og fagredaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom vitenskapelige manuskript vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Fagartikler og faglige utviklingsarbeider sendes ikke til fagfelle-vurdering, men vurderes av redaksjonen.

Det er ansvarlig redaktør som til slutt avgjør om en vitenskapelig artikkel, essay, fagartikkel eller annet kan publiseres. De innsendte manuskriptene må være originale. Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiatskontroll.

Tidsskriftet forholder seg fra høsten 2021 til innførte retningslinjer til universell utforming: (For nærmere informasjon, se [Microsoft-veiledningen om hvordan gjøre Word-dokumenter tilgjengelige](#) for personer med funksjonsnedsettelse.)

Kriterier for forfatterskap

Bare forfattere som tilfredsstillt kravene til forfatterskap, kan oppføres som medforfattere av en artikkel. Forfatterskap skal tilfredsstillt ICMJE (The International Committee of Medical Journal Editors) med norsk oversettelse av: Nylenna, M.

Medforfatterskap i medisin og helsefag (Sist oppdatert: 8. september 2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene.

Tilgjengelig på:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Medforfatterskap/Medforfatterskap-i-medisin-og-helsefag/>

Enhver forfatter skal ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta et offentlig ansvar for innholdet.

For medforfatterskap kreves også at samtlige forfatterne oppfyller

Vancouverreglene:

1. a) Vesentlig bidrag til ide og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
2. b) Utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
3. c) Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.
4. d) Enighet om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon og integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt og løst.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt kan presiseres. Slik takk forutsetter at de aktuelle personer har samtykket. En slik takk legges inn ved en ev. publisering, ikke ved innsending, pga anonymisering.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt /ikke antatt sendes til korresponderende forfatter.

Artiklene og essayene publiseres fortløpende.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et skandinavisk språk, det vil si norsk, svensk eller dansk. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at forfatterne har hatt en kritisk gjennomgang av språket og korrekturlest manuskriptet før innsending og publisering.

Selve innsendingsprosessen

For å sende inn et manuskript, gå til [Online innsending av manuskript](#). Er du en ny bruker, husk å hake av for rollen Forfatter under registreringen. Tekster sendes inn som wordfiler, ikke pdf.

Forfatter legges inn etterspurte metadata ved innsending:

Navn i korrekt rekkefølge for publisering med ev. titler på forfatter eller forfattere, tilhørighet, orcidnr om du har dette, samt epostadresse.

For artikler og essays: en kopi av det skandinaviskspråklige sammendraget og nøkkelord fra selve manuskriptet.

Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i dialog med redaksjonen før en ev. publisering

Anonymisering av tekster som skal sendes til fagfellevurdering

Navn legges ikke inn på dette stadiet.

Gjenkjennbare tekstelementer slik som prosjektnummer fra NSD, stedsnavn eller referering til egne publikasjoner skal ved innsending fjernes i selve manuskriptet. Dette erstattes foreløpig med ("anonymisert").

Informasjon om forfatternavn som finnes under «fil/informasjon» i word-fila fjernes før innsending.

Navn, tilhørighet, korrekte henvisninger og andre gjenkjennbare detaljer legges inn igjen i manuskriptet i dialogen med redaktørene før en eventuell publisering.

Notat til redaktøren legges inn i publiseringsverktøyet og skal inneholde følgende:

Hvilken sjanger bidraget er skrevet innenfor: -forskningsartikkel, vitenskapelig essay, fagartikkel eller annet. Dette skal også stå på første side i manuskriptet.

Eventuelt referansenummer fra behandlingen i REK og eller NSD, samt anonymiserte egne publikasjoner som er benyttet i teksten og referert til.

Manuskriptets utforming:

Last ned og legg manuskriptet inn i [tidsskriftets Word-mal](#).

Lengden på manuskriptet bør ikke overskride 5000 ord for vitenskapelige fagfelle-bedømte artikler og essays. Andre bidrag bør ha en lengde mellom 2000 og 5000 ord. Sammendrag og litteraturliste regnes ikke med i omfanget av artikkelen.

Alle tekster, inkludert figurer, tabeller og referanser, leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1.5 pt. Venstre og høyre marg, topp- og bunnmarg skal alle være 3,5 cm. Innbindingsmarg skal være 0,5 cm.

Tidsskriftet benytter tre nivå overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler som oppgitt i [malen](#).

Sammendraget

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord på det skandinaviske språket teksten skrives i.

Under sammendraget skal forfatterne foreslå på 3-6 nøkkelord som synliggjør innholdet i artikkelen og essayet.

Nøkkelordene (separert med komma) skrives på artikkelens originalspråk i selve manuskriptet.

Både sammendrag og nøkkelord settes også inn i «metadata» i publiseringsverktøyet ved innsending. Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i metadata i dialog med redaksjonen før ev. publisering.

Generelt i teksten

Manuskriptet skal ikke ha innrykk (unntatt ved sitater over tre linjer), tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Manuskriptet skal heller ikke ha sideskift og tomme linjer mellom avsnitt.

Sitater inntil tre linjer settes inn som en del av hovedteksten – med stilen «Normal», i kursiv. Sitater over tre linjer har stilen «Sitat».

Tabeller, figurer og bokser

Tabeller, figurer eller bokser plasseres inn i manuskriptet av forfatter.

Tidsskriftet tar imidlertid forbehold om at tabeller og figurer kan flyttes av redaksjonelle hensyn. Tabell- og figurnavn settes inn som nummerert bildebeskrivelse og ulike typer

nummeres uavhengige av hverandre. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn i tidsskriftets

Word-mal. Er det mye innhold i tabellen, kan du tilpasse ved å benytte mindre font. Tabeller bør ha en enkel struktur (uten delte/sammenslåtte celler) og presenteres på en oversiktlig måte.

For å ta hensyn til kravene til universell utforming (for brukere med nedsatt syn) skal informasjonen i kolonneoverskriften

være formatert som overskriftsrad. Tabeller skal av samme grunn ha alternativ tekst i henhold til universell utforming.

Høyreklikk på tabellen og velg «Rediger alternativ tekst». Skriv inn en kort beskrivende tekst som forteller om innholdet i tabellen.

Bilder

Det er egne opphavsrettigheter for fotografier og andre bilder. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning publiserer ikke fotografier og andre bilder uten at det foreligger skriftlig tillatelse fra rettighetshaver. Det vil si den som er opphav til bildene.

Litteraturhenvisninger

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur med stilen «kilder» slik det er beskrevet i [malen](#).

Tidsskriftet har til og med 2021 brukt referansestilen APA 6th i artiklene, men benytter fra nyttår 2022 stilen APA 7th.

Utforming av referanser med gode eksempler finner du på nettstedet [Kildekompasset](#)

Om du bruker EndNote, kan stilen (for norsk bokmål) lastes ned fra <https://uit.no/ub/skrive/endnote#linje5>. Du kan også finne hjelp til bruk av stilen her:

https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864

Referansene i litteraturlista skal alltid inkludere DOI (Digital Object Identifier) for kildene som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du bruke [dette gratis verktøyet](#) for å finne ev. DOI.

Anonymiserte referanser fra egne publikasjoner som gjør forfatter gjenkjennbar skal bare tas ut, ikke merkes i den alfabetiske litteraturlista, men i selve artikkelteksten merkes manglende referanse med (anonymisert). Både i tekst og litteraturliste legges referansene tilbake ved en ev. publisering.

Noter og appendikser

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Notene skrives med arabiske tall (1,2,3 osv.). Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig.

Noter bør i første rekke innarbeides i teksten. Unngå appendikser.

Revideringsprosessen

Ved en fagfelleevaluering må det påregnes en til flere runder før en endelig avgjørelse blir tatt. Denne prosessen med nye versjoner og kommentarer mellom partene foregår i selve publiseringsverktøyet. Både fagredaktører og forespurte fagfeller gjør dette arbeidet på frivillig basis og det kan derfor ta noe tid før prosessen er gjennomført.

Forfatter besvarer fagfellenes anmerkninger på en strukturert, gjerne punktvis måte. Reviderte manuskript lastes opp som beskrevet i publiseringsverktøyet under «revideringer», gjerne med revideringer/ny tekst i rødt: husk også anonymisering av nye opplastede versjoner under «fil»/»informasjon».

Før publisering:

Før siste innsending før artikkelen/essayet blir publisert, må teksten være i tråd med kravene beskrevet ovenfor og følgende være på plass:

Malen skal være fulgt med utforming, topptekster og bunntekster med beskrevet innhold.

Artikkelen eller essayet skal være korrekturlest.

Engelsk tittel, abstract og keywords sendes til redaktøren i kommentarfeltet i publiseringsverktøyet for innlegging i

metadata (som forfatter kun har tilgang til å skrive i ved innsending)

Sjekk at det tidlig innsendte sammendraget i metadata og endelig versjon i artikkelen/essayet stemmer overens.

Sjekk at forfatterrekkefølge og -informasjon stemmer

Legg inn anonymiserte data i teksten: forfatternavn, ev. NSD-/REK-prosjektnummer, egne publikasjoner som det refereres til: i tekst og i litteraturlista.

Utviklingsarbeider i helsefagene

Kategorien "Utviklingsarbeider i helsefagene" har i hovedsak vært benyttet for fagartikler. Fra 2021 vil Nordisk tidsskrift for helseforskning kanalisere manuskripter i kategorien fagartikler under sin egen seksjon med samme navn.

Erklæring om opphavsrett

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet, aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

Erklæring om personvern

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.