

Forord

Så var denne faglige reisen ved sin ende. Det har vært 5 år med oppoverbakker og utforkjøringer. Jeg har lært utrolig mye faglig og personlig underveis i denne prosessen og jeg tror jeg har fått et mer nyansert syn på arbeidsprosessen i det tverrfaglige teamet. Det ble en lærerik prosess hvor jeg i starten av reisen være en del av den kommunale institusjonen, til å se prosessen på avstand når jeg ikke var en del av arbeidsplassen. Jeg hadde aldri klart denne reisen alene. Alle som har støttet meg og hjulpet meg fortjener en stor takk.

Min tidligere arbeidsplass fortjener en takk for å være positive til å at jeg kunne gjennomføre studien i noen av deres avdelinger. En spesiell takk til min daværende fagleder Astrid som var til stor hjelp for å få ut informasjon om prosjektet til avdelingene. Og tusen takk til deltakerne i tverrfaglig team prosjektet er basert på. Uten deres åpenhet hadde ikke prosjektet vært mulig.

Ørjan, du har vært min største støtte og motivator. Takk for at du har orket å være min personlige søppelbøtte gjennom hele prosessen. Din evne til å hjelpe meg å koble av når det har vært nødvendig er jeg også evig takknemlig for. Prosjektet tok lengre tid enn forventet, men så fikk vi både Ingeborg og Live underveis. Våre fantastiske jenter som vi ikke ville vært foruten.

Så vil jeg takke mamma for mange fine faglige diskusjoner, som har tatt imot frustrasjoner og ikke minst for korrekturlesing. Min søster Arnhild fortjener også en takk for støtte underveis og for å lese korrektur. Takk til mine venninner Marthe og Kaja. Veien har vært lettere både faglig og personlig med dere som støttespillere og faglige diskusjonspartnere.

Sist må jeg takke min veileder Marit Solbjør, som har kommet med konstruktive tilbakemeldinger og motivert meg underveis. Måten du har møtt meg på i både motbakkene og utforkjøringene har vært avgjørende for at jeg klarte å fullføre prosjektet. Tusen takk!

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	5
Summary	7
1.0 Introduksjon	9
1.1 Samhandlingsreformen	10
1.2 Et helhetlig pasientforløp	12
1.3 Lov om kommunale helse og omsorgstjenester	12
1.4 Tidligere forskning	13
1.5 Studiens formål	17
1.6 Problemstilling	18
1.7 Definisjoner	19
2.0 Teori	21
2.1 Profesjoner	21
2.2 Faglig skjønn	21
2.3 Skjønnsutøvelsen	22
2.4 Tverrfaglig samarbeid	23
2.5 Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning	24
2.6 Grunnlaget for en beslutning	26
3.0 Metode	27
3.1 Førforståelsen	27
3.2 Om studien og innsamling av data	28
3.3 Deltakere i studien	29
3.4 Videoopptak	30
3.5 Grounded Theory	31
3.6 Grounded theory i analyseprosessen	32
3.7 Koding	33
3.8 Validitet og Reliabilitet	36
3.9 Etske problemstillinger	37
4.0 Resultater	39
4.1 Møtestruktur	39
4.2 Tverrfaglige beslutninger	43
4.2.1 Roller og samarbeid	43

4.2.2 Avventende beslutninger.....	46
4.2.3 Beslutningsmakt.....	48
4.2.4 Sette en utreisedato	52
4.3 Lovpålagte oppgaver	53
4.4 Faglig skjønn	57
4.5 Ressursbehov	61
4.6 Pasientnære forhold	63
5.0 Diskusjon.....	67
5.1 Tverrfaglig samarbeid.....	67
5.2 Struktur og ledelse	72
5.3 Kriterier for beslutninger	77
5.4 Svakheter med studien.....	81
5.5 Videre forskning	82
6.0 Konklusjon	83
7.0 Litteraturliste	85
Vedlegg	91

Sammendrag

Denne studien har som hensikt å synliggjøre beslutningsprosessen i et kommunalt tverrfaglig team. Målet med studien er å identifisere hvem som tar beslutningene på tverrfaglig møter og hva som er grunnlaget for beslutningene. Dette er relevant fordi beslutninger i helsevesenet øker i kompleksitet når pasientene har flere diagnoser og det handler i større grad om å holde pasientens situasjon ved like fremfor å kurere. Samhandlingsreformen medførte et større ansvar for pasientforløpene til kommunene. Brukermedvirkning, helhetlige forløp og tydelig plassering av ansvar er noen av de sentrale områdene i den nye kommunerollen.

Høsten 2014 ble det gjennomført videoopptak av ni tverrfaglige møter ved en avdeling på en intermediær kommunal institusjon. Opptakene ble transkribert. Institusjonen hadde stort sett eldre pasienter som kom fra sykehusopphold. Deltakende profesjoner i tverrfaglig team var lege, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeut og fysioterapeut.

Resultatene i denne studien samsvarer med funn i tidligere studier hvor det ikke er noe hierarki i tverrfaglig team om hvem som tar beslutningene. Men resultatene tyder også at det er flere som påvirker beslutningene utenfor tverrfaglig team. Det er saksbehandlere ved helse- og velferdskontoret og pasientens pårørende. Kriteriene for beslutningene samsvarer også med tidligere funn hvor mental status, nettverk, funksjonsvurdering og evne til å ivareta medisinsk funksjon er de viktigste kriteriene. I tillegg viser funn i denne studien at bemanning i avdelingen også var av betydning.

Andre resultater som er relevante for grunnlaget for beslutningsprosessen er knyttet til om teamet arbeider tverrfaglig eller flerfaglig og om dette kan påvirke muligheten til å se helheten i pasientens situasjon. Funn i denne studien tyder det på at det er behov for å styrke teamets felles kunnskapsgrunnlag for å kunne imøtekomme samhandlingsreformens intensjon om helhetlige pasientforløp og en tydelig ansvarsfordeling mellom tjenester.

Summary

The purpose of this study is to explore the decision-making in a municipal interdisciplinary team. The aim of this study is identify who makes the decision in team meetings and what is the rationale of their decisions. This is relevant to study because the decisions in health care increases in complexity when the patients have several diagnoses and it is more about maintaining the patients situation above curing the patients. The Norwegian political document «Samhandlingsreformen» entailed a greater responsibility for the patient care in the municipalities. User involvement, patient pathway and a clearer responsibility between health services, is some of the important areas in the new role of the municipality.

During autumn 2014, nine interdisciplinary team meetings at one department in an intermediate municipality institution were video recorded and further transcribed. Most patients were elderly people discharged from hospital. The interdisciplinary team consisted of a medical doctor, nurses, social educators, auxiliary nurse, an occupational therapist and a physiotherapist.

In accordance with previous research, the study results indicate that there is no hierarchy between the professions when they make the decision. However, the results also indicates that several people outside the interdisciplinary team also affect the decisions, such as the executive officer at the welfare office and the patients' dependents. In line with previous findings, the patients' mental status, network, physical function as well as the ability to take care of own medical status was found to be the most important criteria for the decisions. Staffing at the department was also found to be significant for the decision of the patient's departure.

Other findings relevant for the basis of the decision-making are related to whether the team works interdisciplinary or multidisciplinary and if this affects their ability to see the entire situation of the patients. The findings in this study suggest that there is a need to strengthen the common knowledge base of the interdisciplinary team in order to ensure the patient pathway and a clear division of responsibility between healthcare services, as intended in "Samhandlingsreformen".

1.0 Introduksjon

En aldrende befolkning kombinert med kroniske og langvarige sykdommer synes å medføre et økende behov for pleie- og omsorgstjenester i kommunene etter sykehusopphold (Hellesø & Melby 2013). Utskrivningsprosessen har blitt beskrevet som en av de mest kritiske faktorene i det interprofesjonelle samarbeidet (ibid). Det interprofesjonelle samarbeidet synes også å bli påvirket av at ulike faggrupper har ulike tradisjoner når det gjelder planleggingshorisonter. Noen har behov for å kontakte kommunale instanser og avklare pasientens situasjon før det er mulig å avklare pasientens helsesituasjon. Andre profesjoner har kortere tidshorisonter og kan avklare videre pasientforløp i løpet av en dag eller to (Hellesø & Melby 2013). I tillegg til at ulike profesjoner har ulike arbeidsformer når det gjelder tidshorisonter, kan det oppstå akutte endringer i pasientens helsesituasjon. En allerede avklart medisinske diagnose og planlagt utskrivning må endres og planlagt utreisedag må forskyves. Dette gjør et godt planlagt forløp uforutsigbart (ibid).

I det interprofesjonelle samarbeidet er det viktig å være enig om riktig omsorgsnivå for pasienten. Det kan være ulike meninger om hva som er riktig omsorgsnivå for en og samme pasient (Hellesø & Melby 2013). Mange pårørende ønsker sykehjemsplass for sine, Sykehuspersonellet kan ha en annen formening om omsorgsnivået og kommunen kan ha en tredje formening. Derfor må det ofte flere forhandlingsrunder til (Hellesø & Melby 2013). Diskusjonene kan dreie seg om uenighet når det gjelder riktig omsorgsnivå, men også om hva som er pasientens funksjonsnivå (ibid). Selv om det kan synes å være rutinearbeid, er utskrivningsprosessen kompleks. Det kreves kunnskap, fleksibilitet og forhandlingsevne hos helsepersonellet (Hellesø & Melby 2013).

Molleman, Broekhuis, Stoffels og Jaspers (2010) påpekte i sin studie at det finnes lite kunnskap om hvordan helsearbeidere med ulik yrkesbakgrunn kommuniserer i samarbeidsmøter. Lamb, Brown, Nagpal, Vincent, Green og Sevdalis (2011) gjorde en litteraturstudie av beslutningsprosessen i tverrfaglige team innen kreftbehandling. De kom fram til at det er viktig med høy kvalitet på kliniske beslutninger. De konkluderte også med at det fantes svært lite kunnskap om beslutningsprosessen i seg selv.

Effekten av samhandlingsreformen på pasientforløp og behandlingstilbud for eldre, er begrenset (Helsedirektoratet 2016). Antall reinnleggelser og mortaliteten hos eldre over 70 år har økt. En økning i antall reinnleggelser kan sannsynligvis knyttes til færre liggedager på sykehus (Helsedirektoratet 2016). Det har blitt bedre kommunikasjon mellom kommunen og

helseforetakene (ibid). Den tydeligste effekten av samhandlingsreformen er i forhold til utskrivningsklare pasienter. Det er en tydelig nedgang i antall liggedager på sykehus for pasienter som blir meldt kommunen som utskrivningsklar (Helsedirektoratet 2016). I 2014 ble 81% av de som ble meldt utskrivningsklare, tatt imot av kommunen samme dag (Helsedirektoratet 2016).

Denne statistikken forteller både at kommunen tar imot flere pasienter enn før iverksetting av samhandlingsreformen, og at disse pasientene kommer tidligere i behandlingsforløpet enn før. For kommunen medfører dette at flere pasienter har behov for midlertidige opphold på kommunale institusjoner. Det kreves raskere beslutninger omkring pasientenes opphold fordi det er nødvendig med god pasientsirkulasjon slik at det er mulig å ta imot nye utskrivningsklare pasienter. Med utgangspunkt i dette problemområdet vurderes det relevant å se på hvordan et tverrfaglig team arbeider i prosessen fram mot en beslutning, hvilke vurderinger som gjøres, hvordan beslutninger blir tatt og hvem som er aktørene i beslutningen.

1.1 Samhandlingsreformen

Bakgrunnen for Samhandlingsreformen var et behov for en strategi for å møte en folkehelse i endring og en endring i pasientgruppene (Meld.St.47 (2008-2009)). Stortingsmeldingen (Meld.St.47 (2008-2009)) gir retningslinjer for flere sektorer hvor det er behov for større grad av helhetlig tenkning og tilnærming. Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester fra flere sektorer og ulike tjenestesteder (ibid). Eksempelvis er spesialisthelsetjenestens kjennetegn primært av å ha fokus på medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten i større grad har fokus på pasientens funksjon og mestring. Dårlig koordinering av tjenester vil kunne medføre dårlig eller lite effektiv ressursbruk i de ulike tjenestenivåene (Meld.St.47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen ble implementert i 2012.

Samhandlingsreformen skisserer fem hovedgrep for å imøtekomme endringene i befolkningens behov og for å kunne fokusere på helhetlige pasientforløp (Meld.St.47 (2008-2009), Melby & Tjora 2013). Det første grepet er en tydeligere pasientrolle. Herunder ligger utvikling og ivaretagelse av brukermedvirkning (ibid). Brukermedvirkning er lovfestet og skal inkludere pasientene i deres egen helse og i beslutninger som skal tas på pasientens vegne (Helsedirektoratet 2016). Et helhetlig pasientforløp skal nå handle om å tilrettelegge for livsmestring og å gjennomrette funksjoner i størst mulig grad (Meld.St.47 (2008-2009),

Melby & Tjora 2013). Det andre grepet er en ny kommunerolle. Her fokuseres det på forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Bruk av ulike profesjoner og ulik fagkompetanse anses som viktig. Den forebyggende tenkningen er at pasientens behov bør identifiseres på et tidlig tidspunkt i et sykdomsforløp og tilpasset hjelp settes inn tidlig (Meld.St.47 (2008-2009), Melby & Tjora 2013). Det tredje grepet handler om økonomiske intensiver. Kommunen har et økonomisk ansvar for pasienter som er definert ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og meldes utskrivningsklar. (Meld.St.47 (2008-2009), Melby & Tjora 2013). Hvis kommunen ikke har mulighet til å ta imot en utskrivningsklar pasient må kommunen dekke kostnadene med liggedøgn på sykehus (Meld.St.47 (2008-2009)). Det fjerde grepet er at spesialisthelsetjenesten i større grad skal kunne bruke og utvikle sin spesialiserte kompetanse. Når rollene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen blir klarere, skal det medføre trygghet i befolkningen (Meld.St.47 (2008-2009)). Dette betyr at det må være en riktig oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som innebærer et større fokus på helhetlige pasientforløp. Et større fokus på helhetlige pasientforløp skal sørge for at pasientens behov blir sett og ivaretatt til rett tid og med relevant kompetanse fra riktig tjenestenivå (Meld.St.47 (2008-2009), Melby & Tjora 2013). Det siste og femte grepet er at det skal legges til rette for tydeligere prioriteringer. Framtidens beslutninger når det gjelder prioriteringer skal fokuseres på helheten i pasientforløpene slik at beslutningene svarer til de aktuelle pasientbehovene (Meld.St.47 (2008-2009), Melby & Tjora 2013).

Konsekvenser for kommunene etter samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen gir føringer for hvordan kommunene skal ivareta sine oppgaver. En av de grunnleggende momentene i reformen er å gi kommunene en ny rolle (Meld.St.47 (2008-2009)). Oppgavene strekker seg fra økt innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, til oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere medisinske tilstander, og dermed unngå innleggelse på sykehus (ibid). Skal kommunene kunne lykkes både med bedre samhandling på tvers av sektorer innad i kommunen og mellom nivåene i helsetjenesten, er det vesentlig for både brukere og samarbeidspartnere at ledelsesansvaret er tydelig plassert (Meld.St.47 (2008-2009)).

1.2 Et helhetlig pasientforløp

For en pasient kan et helhetlig helsetilbud innebære mange dimensjoner. Det kan bety at både tjenestetilbud og behandlingstilbud må framstå helhetlig og godt koordinert og samtidig tilpasses pasientens livs- og helsesituasjon (Melby & Tjora 2013). Spesialisering og helsetjenestens differensiering sies å skape et rikholdig tilbud. Likevel ser man at det kan bli store utfordringer når pasienter med komplekse og sammensatte helseproblemer skal ha et helhetlig tilbud (ibid). Pasientforløpene blir ofte uoversiktlig for pasientgrupper som har flere diagnoser eller uklare diagnoser (Melby & Tjora 2013). Utredningen i forkant av samhandlingsreformen påpekte at mangelen på helhetlige pasientforløp kunne skyldes mangel på kapasitet i deler av tjenestetilbudet. Manglende kapasitet kan også skape utfordringer for samhandlingen (Melby & Tjora 2013).

1.3 Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstilbudene i kommunene i Norge må forholde seg til lovverk som både beskriver hvilke tjenester kommunen har plikt til å gi og hvilke rettigheter pasienten har. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester er sentral blant de lovverk kommunene må forholde seg til (Helse og omsorgsdepartementet 2011). I tillegg til at loven sier at alle har rett på nødvendig helsehjelp og hvilke pasientgrupper dette gjelder, sier loven også at kommunen har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere egen virksomhet (ibid).

Kommunene har også plikt knyttet til samhandling og samarbeid (Helse og omsorgsdepartementet 2011). Dette innebærer at kommunen plikter å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med sentrale tjenesteleverandører utenfor kommunen der dette er nødvendig for å tilby helhetlige og koordinerte tjenester.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) gir retningslinjer for hvordan helsepersonell i kommunen skal levere forsvarlige tjenester og tjenester med god kvalitet og ivareta pasientsikkerhet. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at det gis helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstilbud til den enkelte. Det skal gis et verdig tjenestetilbud og det skal være tilstrekkelig fagkompetanse. Kommunen skal sørge for at fagpersoner som utfører tjenestene er i stand til å overholde de lovpålagte pliktene (ibid).

1.4 Tidligere forskning

Effekter ved bruk av tverrfaglig team

Tverrfaglige møter kjennetegnes ved at det skapes et forum for klinisk diskusjon mellom forskjellige klinikere og profesjoner (Lanceley, Savage, Menon & Jacobs 2008, Goud, Keizer, Riet, Wyatt, Hasman, Hellemans & Peek 2009). Det drøftes diagnose, behandling og det etableres en behandlingsplan for hver enkelt pasient (Lanceley et al. 2008, Crepeau 1993, Devitt, Philip & McLachlan 2010). Tverrfaglig møter kan betraktes som en arbeidsmåte som forbedrer koordinering, kvalitet og kontinuitet i pasientforløpet (Goud et al. 2009, Devitt et al. 2010). Crepeau (1993) fant i sin studie at de tverrfaglige møtene var organisert for at teamet skulle kommunisere og koordinere pasientens behandling. I tillegg var møtene en arena hvor hvert enkelt teammedlem rapporterte sin samhandling med pasienten og pasientens pårørende (Crepeau 1993). Molleman et al. (2010) diskuterte i sin studie at et tverrfaglig team består av klinikere som har hver sin unike informasjon å dele med de andre i temaet. Det er derfor nødvendig med informasjonsutveksling for å kunne tilnærme seg pasientens problem. Molleman et al. (2010) fant at denne informasjonsutvekslingen primært er det som motiverer profesjoner til å delta i tverrfaglig team.

Det er funnet ulike effekter ved bruk av tverrfaglige team. Devitt et al. (2010) fant i sin studie at tverrfaglig behandling viste seg å bedre overlevelsesraten hos kreftpasienter. Patkar, Acosta, Davidson, Jones, Fox & Keshtgar (2011) fant at den tverrfaglige diskusjonen ikke gav noe bedre kvalitet i beslutningsprosessen når det gjaldt behandling av kreftpasienter. En studie på eldre mennesker viste at en tverrfaglig tilnærming gav bedre overlevelsesrate, bedre funksjonsstatus og redusert liggetid på opphold (Hickman et al. 2015). Tydelige kommunikasjonsstrategier mellom profesjoner reduserte også risikoen for reinnleggelse av eldre pasienter (ibid).

Studier som har sammenlignet tverrfaglig arbeid og flerfaglig arbeid, konkluderer med at teamarbeidet og teamets effektivitet er bedre i team som arbeider med en tverrfaglig tilnærming (Körner 2010) sammenlignet med en flerfaglig tilnærming. Samme studie argumenterer for at det å arbeide tverrfaglig gir et holistisk syn på pasientens problemer og at teamarbeid derfor er noe av de mest fundamentale faktorene i rehabilitering (ibid). Lanceley et al. (2008) fant i sin studie at det var en fordel å bruke tverrfaglige team fordi dette gav er bedre håndtering av pasientbehandlingen, redusert liggetid på institusjon, bedre koordinering

mellom ulike behandlinger. Det er også rapportert om bedre mental helse for de som deltar i tverrfaglige team og bedre kommunikasjon på tvers av profesjoner (Lanceley et al. 2008).

Körner (2010) identifiserte noen kritiske punkter som var tilstede i team som jobbet flerfaglig. De kritiske punktene dreide seg om grad av gjennomføring av oppgaver, samhold i teamet og hvor villig man var til å ta ansvar. Disse kritiske faktorene ble ikke funnet hos de som praktiserte en tverrfaglig tilnærming. De som var i tverrfaglig team hadde bedre score på organisasjon, kommunikasjon og tilfredshet på arbeidsplassen. Mest tydelig var forskjellene på tilnærmingen innen det somatiske fagfeltet (Körner 2010).

Hvordan arbeide effektivt og med beste kvalitet

Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby & Roots (2013) fant i sin studie at det finnes lite dokumentasjon på tverrfaglig samarbeid og arbeidsmetoder som sikrer effektivitet. En utfordring med å skulle kombinere effektivitet og kvalitet på beslutningene, er at klinikere ikke har tydelige kriterier for hvordan de innhenter pasientinformasjon på en sykehusinstitusjon. Man fant at klinikerne innhentet all tilgjengelig pasientinformasjon for hver pasient. Uansett hva pasientens problemstilling var (Bowels, Foust & Naylor 2003). En slik tilnærming innebærer en lite systematisk tilnærming til pasientinformasjon og kan påvirke objektiviteten og dermed gi inkonsistente beslutninger (ibid). En systematisk innhenting av pasientinformasjon kan derimot sikre bedre kvalitet og redusere risikoen for beslutninger bygd på subjektive vurderinger (Bowels et al. 2003).

Det er mange faktorer som kan påvirke effektiviteten til et tverrfaglig team. Manglende rolleavklaring for teamlederen synes å være en utfordring for å få til et velfungerende team (Mickan & Rodger 2000, Schofield & Amodeo 1999, Gair & Hartery 2001, Nancarrow et al. 2013) I tillegg er det en utfordring når det ikke er faste teammedlemmer men disse skifter avhengig av hvem som er på vakt. Et eksempel er sykepleiere som roterer hyppig i forhold til hvem som er tilstede (Schofield & Amodeo 1999, Gair & Hartery 2001). De deltakende profesjonene i tverrfaglig team må være sikker på egen profesjonsrolle for å være bevisst på hva de tilfører teamet. I tillegg må de kunne stole på, og vite hva de andre profesjonene tilfører (Bronstein 2003, Nancarrow et al. 2013). Tillit og liten grad av hierarki mellom de representerte profesjonene ble også funnet å influere på effektiviteten i teamet. (Schofield & Amodeo 1999, Gair & Hartery 2001).

Effektivt teamarbeid påvirkes også av hver enkelt sitt personlige bidrag (Mickan & Rodger 2000, Nancarrow et al. 2013). Dette dreier seg om tillit, forpliktelse, fleksibilitet og selvinnsikt (Mickan & Rodger 2000, Bronstein 2003). Fleksibilitet kan synliggjøres ved at ny kunnskap som er tilegnet gjennom det tverrfaglige samarbeidet, kommer pasienten til gode gjennom bedre kvalitet i pasientbehandling (Ibid). Selvinnsikt ble funnet å være mest avgjørende fordi det i stor grad påvirker teamet og dets medlemmers forståelse og samhandling med hverandre. Team som ble vurdert som effektive ble funnet å ha god koordinering, god kommunikasjon, godt samhold, de tok felles beslutninger, håndterte konflikter, hadde gode sosiale relasjoner innad i teamet og de gav hverandre tilbakemeldinger (Mickan & Rodger 2000, Nancarrow et al. 2013). Grad av kompleksitet på pasientproblemet synes å påvirke teammedlemmenes motivasjon til å bidra. Hvis kompleksiteten er lav er det ikke sikkert det er behov for at alle i teamet bidrar på lik linje og dette vil kunne påvirke hvordan teammedlemmene deler sin unike informasjon om pasienten (Molleman et al. 2010). På den andre siden, hvis kompleksiteten på pasientproblemet er høyt, vil det i større grad være behov for alle de ulike profesjonenes vurderinger og bidrag. Dette vil medfører at teammedlemmene anser møtene som viktig og de har behov for de andre medlemmenes informasjon i sitt arbeid med pasienten (ibid). Flere studier viser at beslutningsprosessen i effektive team påvirkes når alle i teamet føler at de er fullt informert og har eierskap til beslutningene. Da blir teammedlemmene mer forpliktet og mer produktiv (Mickan & Rodger 2000, Bronstein 2003).

Beslutningsprosessen

Greenhalgh, Flynn, Long & Tyson (2008) konkluderte i sin studie med at det eksisterte en begrenset oversikt over det kliniske arbeidet i helsesektoren. De fant også at kliniske beslutninger var en kollektiv aktivitet som oppstod mellom ulike klinikere på en diffus, langvarig måte og ofte på flere tjenestesteder (ibid). Beslutningsprosessen ble ikke gjennomført i en bestemt situasjon, men som en pågående prosess med forhandlinger kombinert med en kontinuerlig søking etter enighet blant fagpersonene i teamet. Det var vanskelig å finne spesifikke øyeblikk hvor en beslutning ble tatt (Greenhalgh et al. 2008). Tidligere observasjoner av tverrfaglige møter viste at klinikerne i stor grad stolte på sine subjektive vurderinger. På møtene hvor tester eller andre scoringer bekreftet de subjektive kliniske vurderingene, ble scoringene brukt til å underbygge den kliniske vurderingen. Når de kliniske vurderingene og scoringene ikke stemte overens, ble det i størst grad tatt hensyn til

den kliniske subjektive vurderingen. I stedet ble testenes validitet diskutert (Greenhalgh et al. 2008).

Deltakelsen fra de ulike profesjonene kan til tider være ulik på møtene. En studie fant at leger og sykepleiere i liten grad prioriterer planlegging av utskrivelses. Dette har reist flere spørsmål ved om den medisinske dominansen i tverrfaglige team er for høy (Gair & Hartery 2001). Under tverrfaglige møter hvor leger, sykepleiere, sosialarbeidere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og logoped var tilstede, viste tidligere funn at møtene tilsynelatende domineres av legen som er tilstede. Ofte har legen en fast stol som ingen andre i teamet gjør krav på. Legen som satt i den stolen var også den som etterspurte pasientinformasjon fra de andre yrkesgruppene og som avgjorde når teamet skulle konkludere og ta en beslutning i forhold til videre forløp (ibid). Til tross for at flere fagpersoner deltar i tverrfaglige team og møter, blir legen ansett som den som er ansvarlig for pasienten (Devitt et al. 2010). Å ta en tverrfaglig beslutning påvirkes av den sosiale konteksten. Den sosiale konteksten er sosiale faktorer som påvirker beslutningsprosessen som kan være personlige erfaringer, type profesjon, mellommenneskelige relasjoner og personlighetstrekk hos teammedlemmene (Goud et al. 2009).

En beslutning skal lede fram til en utskrivelse i en eller annen form; utskrivelse til hjemmet eller en annen institusjon. Bowels et al. (2003) mente at utskrivelse fra sykehus skal ivareta flere ulike pasientensyn. Det dreier seg om dagens behov, forutse fremtidige behov, ta riktige beslutninger på pasientens vegne og bestemme hvilke tjenestefunksjoner pasienten skal ha ved utskrivelse. Ved en utskrivelse skal klinikere både ha god oversikt over pasientens status og også finne tid til informasjonsutveksling om pasientene, koordinere og kommunisere nåværende og fremtidig forløp med andre deltakere i pasientens tverrfaglige team. (Bowels et al. 2003). Temaer som diskuteres er medisinsk status, funksjonell status, motivasjon, familiesituasjon, pasientens egne ønsker og tilgjengelige tjenester til hjemmet ved en eventuell utskrivelse (Gair & Hartery 2001, Devitt et al. 2010). Bowels et al. (2003) fant flere faktorer som innvirket på helsepersonellens beslutning. Både pasientens mentale status, egen evne til å ivare ta medisinske behov, grad av svekket funksjon og lav sosial støtte av omgivelser og antall reinnleggelser var sentrale faktorer som innvirket på beslutningen. Hvorvidt pasienten hadde depressive trekk innvirket også på helsepersonellens beslutning (Bowels et al. 2003).

Kvaliteten på planleggingen, inkludert hvilke beslutninger som tas, påvirkes av lengden på pasientens opphold, inkonsistente vurderingskriterier, varierende grad av ekspertise i teamet og risikotoleranse i beslutningene som vurderes (Bowels et al. 2003). Bidrag eller synspunkter fra teammedlemmer som er godt kjent i gruppa eller informasjon som er kjent for flere i teamet, har større sannsynlighet for å bli vurdert når beslutninger skal tas (Devitt et al. 2010). Når det gjelder beslutninger omkring lengde på opphold, utskrivning til hjemmet eller behov for sykehjem, synes legen i mindre grad å influere på beslutningen (Gair & Hartery 2001).

1.5 Studiens formål

Denne studien har som formål å synliggjøre hvordan de ulike profesjonene i et tverrfaglig team på en intermediær kommunal institusjon bidrar i en beslutning eller et vedtak. Et vedtak er den beslutningen som blir gjort sammen med eller på vegne av pasienten. Et vedtak kan for eksempel være at pasienten har behov for et rehabiliteringsopphold eller et korttidsopphold. Det kan også være vedtak om utskrivning til heimen eller til å søke permanent sykeheimplass. Det er også et vedtak om tjenester som pasienten skal motta i hjemmet. Dette kan være hjemmesykepleie, fysioterapi og / eller ergoterapi. Studien vil undersøke hvordan beslutningene tas og på hvilket grunnlag de tas.

Det vurderes som relevant å gjøre denne studien fordi man mener å se en effekt av samhandlingsreformen etter den trådte i kraft i 2012. På en institusjon som den i studien, medførte strategiplanen til samhandlingsreformen (Meld.St.47 (2008-2009)), økt press fra sykehuset om å ta imot utskrivningsklare pasienter på et tidligere tidspunkt sammenlignet med før samhandlingsreformen. Den valgte institusjonen i denne studien har i stor grad behandling av eldre pasienter. Hos eldre mennesker øker kompleksiteten i sykdomsforløpet på grunn av aldersrelaterte tilstander, psykososiale utfordringer (Hickman, Phillips, Newton, Halcomb, Al Abed og Davidson 2015, Nancarrow et al. 2013). Dette medfører at informasjons- og samhandlingsbehovet mellom ulike profesjoner krever en tverrfaglig tilnærming både på omsorgs- og behandlingstilbudet (Hickman et al. 2015, Nancarrow et al. 2013).

1.6 Problemstilling

Med bakgrunn i samhandlingsreformen hvor en ny kommunerolle ble introdusert ønsker denne studien å undersøke beslutningsprosessen i et tverrfaglig team i en kommunal institusjon. Tidligere forskning synliggjør noe kunnskap om effekter av tverrfaglig samarbeid. Det finnes kunnskap om hvordan et tverrfaglig team arbeider mest mulig effektivt og om selve beslutningsprosessen. Samhandlingsreformen gav en ny kommunerolle med retningslinjer for ansvar, ledelse og pasientforløpene. Det gjør denne studien aktuell fordi kommunen har fått et økt ansvar og det er derfor relevant å se på hvordan det tverrfaglige teamet kommer frem til sine beslutninger. Tidligere forskning som er benyttet i denne studien viser at det finnes få studier gjennomført på det norske helsevesenet.

Denne studien har følgende problemstillinger:

Hvem tar beslutningene i en kommunal institusjon?

Hva ligger til grunn for beslutningene i et tverrfaglig team i en kommunal institusjon?

1.7 Definisjoner

I denne studien hvor tverrfaglig samarbeid og beslutningsprosesser i tverrfaglige team skal undersøkes, er det aktuelt å definere feler begreper; samhandling, forløp, tverrfaglighet og flerfaglighet. Deltakere i studien samhandler på tvers av profesjoner om et pasientforløp.

Samhandling: *«Ett uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»* (Meld.St.47 (2008-2009), s 13)

Forløp: *«Den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.»* (Meld.St.47 (2008-2009), s 15)

Tverrfaglighet: *«Tverrfaglig samarbeid forutsetter at flere yrkesgrupper med ulik fagbakgrunn går sammen om en oppgave. Det forutsettes at den enkelte yrkesgruppes kompetanse er tydelig og kjent for alle parter. De ulike yrkesgruppene kjenner grensene for sin egen kompetanse og må kunne bruke og utfylle hverandre»* (NOU 2000:12, side 112)

Flerfaglighet: *«Flerfaglig samarbeid innebærer at flere yrkesgrupper arbeider med samme oppgave, men på hvert sitt område. Mange gjør jobben sin, men uten at helheten alltid blir ivaretatt»* (NOU 2000:12, side 112)

2.0 Teori

2.1 Profesjoner

De ulike faggruppene eller profesjonene har ulik utdanning og utøver ulike yrker. Alle har det til felles at de tilhører helse- og sosial-profesjonene og favnes av Helsepersonelloven (Helsepersonelloven 1999). Det er flere aspekter ved profesjonene som kan påvirke graden av samarbeid. Hver enkelt profesjon har ulik tilnærming til etikk, faglig skjønn og hvordan man samarbeider med andre. Med etikk menes de moralske reglene som er knyttet til hvordan vi bør handle i ulike situasjoner (Store norske leksikon 2015). Dette har betydning for hvordan en utfører arbeidet (Helsepersonelloven 1999). Det finnes visse kriterier for at et yrke skal kunne betegnes som en profesjon (Torgersen 1972). Det krever for eksempel en bestemt formell utdanning av en viss varighet (Torgersen 1972). Profesjon brukes som en bred betegnelse på kunnskapsbaserte yrker (Smeby 2013). En profesjon har en ekspertise (Smeby 2013). De som er eksperter skiller seg fra de som ikke er eksperter ved at de løser et problem innenfor sitt felt raskere og de tenker annerledes (ibid). En profesjon har et definert vitenskapelig kunnskapsgrunnlag som brukes for å løse yrkesgruppens oppgaver (Smeby 2013). Kunnskapsgrunnlaget er en viktig del av det å bli en profesjon (ibid). De ulike yrkesgruppene har ulike normer og yrkesetiske retningslinjer som har betydning for profesjonsutøvelsen og utøvelse av faglig skjønn. Dette kan ha noe å si for hvordan man handler, samhandler og forholder seg til andre mennesker på. Dette har igjen betydning for hvilke roller som inntas i samarbeid med øvrige yrkesgrupper og med brukeren (Torgersen 1972).

2.2 Faglig skjønn

Det å ta beslutninger om andres helse og velferd er regulert gjennom ulike lov- og regelverk. Eksempel på slikt lovverk kan være Pasientrettighetsloven (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim & Sommerseth 2015) som synliggjør at det er rettslige krav til framgangsmåten frem til beslutningene. Et slikt krav er at brukeren skal medvirke og kunne influere på hvordan tjenesten gjennomføres (ibid). Det er også krav til en forsvarlig beslutningsprosess hvor det ikke foreligger forskjellsbehandling eller urimelig resultat (Hanssen et al. 2015).

Grimen & Molander (2008) beskriver selve skjønnsutøvelsen som en *resonneringsprosess*. Resonneringsprosessen deles i tre faser: 1) *Kartlegging*. Her handler det om å samle inn relevant informasjon for å kunne forstå hva situasjonen dreier seg om og deretter være i stand til å vurdere forskjellige handlingsvalg. 2) *Analyse og tolkning*. Den relevante informasjonen fra kartleggingen analyseres og fortolkes. Det kreves et samarbeid mellom bruker og den profesjonelle. Det viktige er å forstå situasjonen fra den profesjonelles ståsted med sin kunnskap og se situasjonen fra brukeres erfaringer og forståelse av eget liv.

3) *Avveiningsfasen*. I denne fasen foregår «skjønningen». Det vil si forståelse og vurderinger av ulike hensyn for å komme fram til en faglig forsvarlig beslutning til beste for brukeren. Resonneringsprosessen munner ut i en *skjønnsbasert beslutning* (Grimen & Molander 2008, Hanssen et al. 2015).

Betegnelsen «faglig skjønn» forutsetter at skjønnsutøvelsen baseres på kjente og overførbare teorier og metoder innenfor et fagfelt, og at det benyttes faglige begrunnelser for en beslutning (Grimen & Molander 2008, Hanssen et al. 2015).

Innenfor helse- og omsorgstjenesten vil beslutninger som baserer seg på faglig skjønn, være av en normativ karakter (Hanssen et al. 2015). Dette betyr å vurdere hva som er det beste, det riktige og det mest hensiktsmessige. Dette er spørsmål som ikke alltid kan løses ved bruk av kun fagkunnskap og regler, men også gjennom etiske verdier og moralske normer (Hanssen et al. 2015). Dette åpner for at det kan oppstå norm- og verdikonflikter, både mellom den profesjonelle yrkesutøveren og brukeren, innad i hjelpeinstansen og mellom hjelpeapparatet og den allmenne oppfatning i samfunnet (ibid).

2.3 Skjønnsutøvelsen

Skjønnsutøvelsen er knyttet til den personen som utøver skjønn. Dette kommer til syne når det ikke er retningslinjer for hvordan ulike hensyn skal bli vektlagt i prosessen (Norheim 2015). I tillegg til den formelle kunnskapen en profesjon har, vil det vokse frem en kunnskap basert på erfaringer. Den erfaringsbaserte kunnskapen som blant annet handler om en evne til å tolke og forstå ulike situasjoner – og ta beslutninger ut fra dette (Hansen et al. 2015). En profesjon er sammensatt av tre kunnskapstyper. Den teoretiske kunnskapen, den erfaringsbaserte og den personlige kunnskapen (ibid). Den personlige kunnskapen refererer til den empatiske evnen, sinnelaget og holdninger. (Hansen et al. 2015). Men for å ta beslutninger som er til det beste for en annen person er ikke dette nok. I tillegg må pårørendes

kunnskap om den som har hjelpebehovet anerkjennes (ibid). Pårørende kjenner brukerens livshistorie, ressurser og utfordringer (Hansen et al. 2015). Bruk av skjønn erkjenner at individuelle behov og at menneskers forutsetninger er ulike (ibid). Det har blitt påpekt at skjønn som resoneringsform er utfordrende. Det refereres da til idealene om likebehandling og reproduserbarhet. Med dette menes at like tilfeller skal behandles likt og at kun relevante forskjeller kan rettferdiggjøre ulik behandling (Hansen et al. 2015). Det kan også argumenteres for at idealene om likebehandling og reproduserbarhet skal tas hensyn til under prosessen på veien mot en beslutning (ibid). Beslutninger i helsevesenet som er basert på skjønn vil også være preget av subjektivitet. Det betyr at resoneringsprosessen også vil inneholde subjektive erfaringer i tillegg til den andre kunnskapen (Hansen et al. 2015). Brukermedvirkning er en forutsetning for å utøve godt faglig skjønn (Humerfelt 2015). Utøvelse av skjønn i helsevesenet er nødvendig, men skjønnets legitimitet kan alltid diskuteres (Humerfelt 2015).

2.4 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid innebærer at ulike yrkesgrupper jobber tett sammen for å sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede kompetansen blir utnyttet maksimalt (Lauvås & Lauvås 2004). Tverrfaglig samarbeid er en effektiv prosess som handler om målsettinger som ikke kan nås når profesjoner arbeider individuelt (Bronstein 2003) I tillegg er formålet å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og profesjon samt stimulere til faglig utvikling. Det betyr at de som samarbeider skal utvikle tverrfaglig kompetanse, ikke bare fagspesifikk kompetanse (Lauvås & Lauvås 2004). Samtidig er det en rekke utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid. Det dreier seg om relasjoner, strukturer og samspill både på personnivå, organisasjonsnivå og ledelsesnivå (Willumsen 2009). Tverrfaglighet er også betraktet som «her er det representanter fra ulike profesjoner som samarbeider» (Lauvås & Lauvås 2004). Felles utdanning kan bidra til at profesjonsutøvere vil komme til å arbeide bedre sammen, både for å ivareta brukernes interesser bedre og samarbeide lettere. De som samarbeider skal altså ha sin bakgrunn i forskjellige profesjoner, og de har fått et grunnlag i utdanningen til å forstå hva tverrfaglig samarbeid går ut på, og et visst grunnlag for å delta i slikt samarbeid (ibid). Tverrfaglighet handler om at teamet er sammen om å utføre oppgavene og har en forståelse for at spesialkompetanse som en av teammedlemmene innehar skal gjøres tilgjengelig for andre teammedlemmer (Lauvås & Lauvås 2004). Tverrfaglig samarbeid

innebærer en interaksjon mellom representanter hvor alle involverte er avhengige av hverandre for å fullføre og nå sine oppgaver og målsettinger (Bronstein 2003)

Lauvås og Lauvås (2004) viser til at mange bruker begrepet tverrfaglig samarbeid for å synliggjøre at det er flere yrkesgrupper representert i enheten, men uten at man er opptatt av relasjonen mellom dem. Willumsen (2009) mener uklar bruk av begrepet tverrfaglig samarbeid kan handle om at ulike fagmiljøer har utviklet begreper og definisjoner uavhengig av hverandre. Det pekes på at fokuset rettes mot ulike grader og former for samarbeid. Lauvås og Lauvås (2004) presenterer synonyme begreper til tverrfaglig samarbeid. *Flerfaglig samarbeid* innebærer at det er personer med ulik faglig bakgrunn som skal ivareta bestemte funksjoner. Hvert fag bidrar for å belyse et problem, men det etableres ikke noen direkte kontakt mellom de ulike kunnskapsbasene som fagene representerer (ibid).

Fellesfaglig samarbeid beskrives til å være et integrert samarbeid og er ofte et samarbeid som har fått utvikle seg over tid. Det betyr at faggruppene har felles kunnskapsgrunnlag og forståelse, noe som medfører at helhetsforståelsen er viktigere enn den enkeltes særinteresser. Felles ansvar står sentralt (Willumsen 2009). Av flere grunner er det mer og mer aktuelt å jobbe flerfaglig inn mot pasientgrupper. Dette fordi sykdomsbildet ofte er komplekst og det er behov for å involvere flere yrkesgrupper når kliniske beslutninger skal tas for og med pasientene (Taylor, Munro, Glynne-Jone, Griffith, Trevatt, Richards & Ramirez 2010).

2.5 Tverrfaglig samarbeid og brukervedvirkning

Flere forfattere (Lauvås & Lauvås 2004, Willumsen 2009) har problematisert bruken av begrepet tverrfaglig samarbeid. Dette fordi det i teorien ekskluderer brukerne i samarbeidet. Hvis man skal inngå et likeverdig samarbeid med brukerne, må man utvide begrepet tverrfaglig samarbeid til å integrere dem i det «faglige» samspillet som aktive aktører. Det betyr at den kunnskapen brukerne selv har om sin situasjon, må inngå som et viktig bidrag til den felles tverrfaglige innsikten. «Open team» er et begrep som kan benyttes i denne sammenhengen (ibid). Definisjon av det åpne teamet inkluderer både de profesjonelle samt brukerne og deres nettverk. Det er viktig å være bevisst hvordan reell brukervedvirkning skal gjennomføres i praksis (Lauvås & Lauvås 2004, Willumsen 2009).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999), og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Seim & Slettebø (2007) beskriver brukermedvirkning som todimensjonal. Den ene dimensjonen omtales som det *faglige brukerperspektivet* og gir et uttrykk for at fagpersonen skal se brukeren og ha brukerens interesser og behov i sentrum – en «ovenfra-og-ned-synsvinkel». Den andre dimensjonen kalles brukerens perspektiv og kan beskrives som brukerens egen forståelse av seg selv og sin situasjon i fortid, nåtid og framtid – en nedenfra-og-opp-synsvinkel (Seim & Slettebø 2007).

Det finnes metoder og rammeverk for å ivareta brukermedvirkning. Den første metoden er å ha en individuell plan (Helsedirektoratet 2017, Hanssen et al. 2015). En individuell plan er brukerens egen plan og skal utarbeides sammen med bruker. Planen skal gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål (Helsedirektoratet 2017). For det andre er det sentralt med en koordinator og fast kontaktperson som er en fasilitator eller los for å gjøre tjenester tilgjengelige. Som en tredje metode skal brukere med behov for langvarig og koordinerte tjenester tilbys koordinator (Helsedirektoratet 2017).

Jo mindre pasienten er i stand til å ivareta seg selv, jo flere rettigheter har pårørende. Når en pasient over 16 år ikke kan ivareta sine egne interesser, har nærmeste pårørende rett til nødvendig informasjon som gjør det mulig å få innsikt i helsetilstanden til pasienten og innholdet i helsehjelpen slik at pårørende kan sikre pasientens rettigheter og interesser (ibid). De nærmeste pårørende til pasienter uten samtykkekompetanse har også rett til å medvirke sammen med pasienten (Helsedirektoratet 2017). Helsepersonellet tar beslutningen om helsehjelp, men nærmeste pårørende har rett til å motta informasjon om helsetilstand og helsehjelp, kan uttale seg om hva pasienten ville ha ønsket av helsehjelp, medvirke sammen med pasienten ved gjennomføring av helsehjelp og medvirke ved utforming av tjenester og ved utarbeidelse av individuell plan (Helsedirektoratet 2017). Brukermedvirkning reiser et spørsmål om ansvar (Norheim 2015). Når pasienter gis «tillatelse» til å gjøre noe på egen hånd, gir profesjonsutøveren fra seg kontrollen ved å gi pasienten frihet. Profesjonsutøveren tar en risiko og det må vurderes nøye med tanke på faglig forsvarlighet (ibid).

2.6 Grunnlaget for en beslutning

En beslutning er en konklusjon eller en løsning som man kommer frem til etter å ha gjort flere betraktninger (Muir 2004). Viktige komponenter i en beslutning er at den ofte avslutter en diskusjon eller tvil. Den er basert på indikasjon eller fakta og det er flere løsningsalternativer som kan blitt valgt (Muir 2004). Ansvarer hos de som tar beslutningene er viktig og beslutninger blir tatt innenfor rammer med skjønn, prinsipper og retningslinjer (Hansen et al. 2015). Det bør være en åpenhet om når det er brukt skjønn i beslutningsprosessen. Dette fordi det berører et sentralt rettssikkerhetsspørsmål for pasienten (ibid). Å synliggjøre kliniske beslutninger i et tverrfaglig team krever dokumentasjon som viser hvordan teamet samarbeider og hvordan ansvaret fordeles mellom teamdeltakerne (Hansen et al. 2015). Det stilles store krav til dokumentasjonen som skal synliggjøre de faglige prosessene, hva som er beslutningsgrunnlaget og en konkretisering av selve handlingen (ibid).

Beslutninger i helsevesenet har blitt mer komplekse. Det er ikke lenge siden man hadde relativt få diagnoser å forholde seg til sammenlignet med dagens diagnosesystem. Det fantes også få tester og behandlingsformer (Hunink, Weinstein, Wittenberg, Drummond, Pliskin, Wong & Glasziou 2001). Det har vært en utviklingen med flere og flere diagnoser som skal forstås og kontrolleres bedre enn tidligere. Med denne kunnskapen har også kompleksiteten på beslutningene som skal tas, økt. Ofte er det fokus på å bedre eller stabilisere pasientenes tilstand fremfor å helbrede (ibid). Å ta beslutninger i helsetjenesten innebærer også å ta beslutninger selv om man er usikker. Det som bør påvirke beslutningene i stor grad er å kunne se de ulike sidene av pasientens problem (Hunink et al. 2001). På veien mot en beslutning er det viktig at man identifiserer det riktige problemet eller hovedproblemet. Når dette er gjort kan det være lurt å finne ut hva er hovedutfordringene knyttet til problemet, hva må overveies på veien mot en beslutning? Det kan også være fordelaktig å se problemet fra ulike sider eller av andre profesjoner (Ibid). Å bruke skjønn i beslutningsprosessen er nødvendig (Hansen et al. 2015). Eksempel på dette er hvor mye pasientens egne ønsker og behov skal vektlegges i en beslutning (ibid).

3.0 Metode

I denne oppgaven er det valgt å benytte kvalitativ metode. Målet med kvalitative studier er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv i deres naturlige sammenheng (Malterud 2003). I helsesektoren bidrar kvalitative metoder til å forstå hvordan sosiale prosesser og handlinger oppstår og hva som er meningen bak dem i ulike kontekster. I kvalitativ forskning er observasjon en metode som blir brukt for å innhente informasjon om mennesker, prosesser og ulike kulturer (Kawulich 2005). Gjennom bruk av observasjon oppnår man en direkte dokumentasjon av samhandlingsprosesser (Malterud 2003). Det er relevant å benytte observasjon som metode når man ønsker å studere kroppsspråk eller undersøke hvem som samhandler i en sosial kontekst (Kawulich 2005). Observasjonsdata er materiale som samles inn og har til hensikt å representere en hendelse som ikke er iscenesatt (Malterud 2003). Å velge ikke-deltakende observasjon gir deltakerne mulighet til å diskutere eller evaluere uten at forskerens tilstedeværelse virker forstyrrende på samtalen (Malterud 2003). Ved bruk av video vil man i ettertid ha muligheten for å utvikle presise beskrivelser ved at man kan sjekke ord, uttrykk og argumenter (Tjora 2012). Malterud (2003) har erfart at partene ofte glemmer at det pågår opptak når den virkelige hendelsen er i gang. Studien må likevel ta høyde for at profesjoner som deltar i dette prosjektet ønsker å gi et riktig og godt bilde av seg selv og vil dermed påvirkes av at møtet filmes.

Å bruke observasjon som metode er en mulighet til å beskrive enhver hendelse. Hver hendelse kan ha flere ulike versjoner (Malterud 2003). Forskeren i denne studien har samme ståsted som deltakerne i studien. Dette medfører at det er stor mulighet for at forskeren forstår situasjonene og det som blir uttrykt (Malterud 2003). På den andre siden mister forskeren i denne studien det utenforstående perspektivet som gjør det mulig å oppdage andre sider av saken enn de som observeres (ibid).

3.1 Førforståelsen

Å gjennomføre en feltstudie kalles en hermeneutisk sirkel hvor man veksler mellom forståelse og førforståelse. Man vil alltid ha en førforståelse før man begynner forskningen (Fangen 2010). Før datainnsamlingen startet var jeg kjent med hvem som skrev referat fra de tverrfaglige møtene og hvem som deltok på møtet. I og med at jeg arbeider på samme institusjon, var jeg også godt kjent med terminologier og benevnelser som blir brukt. Min førforståelse er i stor grad basert på at jeg selv har arbeidet med samme målgruppe og

samarbeidet med de samme profesjonene som deltakerne i denne studien. Jeg har selv deltatt i et tverrfaglig team hvor mange av de samme problemstillingene har vært relevante.

I forkant av studien hadde jeg en oppfatning av at det ofte ble jobbet flerfaglig og ikke tverrfaglig. Med dette menes at hver profesjon samarbeidet med pasienten og satte mål for og med pasienten uten å koordinere målsettingene med de andre profesjonene. Når hver profesjon setter egne mål sammen med pasienten, medfører det flere målsettinger for samme pasient. Når en profesjon måler fremgang eller tilbakegang i forhold til sin egen målsetting, blir det utfordrende å ta en felles beslutning. Dette fordi de ulike profesjonene i det tverrfaglige teamet ikke har fokus på de samme funksjonsområdene hos pasienten. Jeg hadde også en førforståelse av at tilnærmingen til den tverrfaglige beslutningen var noe ustrukturert og tilfeldig. Min erfaring var at teamet ikke hadde noen faste kriterier de jobbet ut fra for å vurdere om pasientene var utskrivningsklare til heimen eller permanent plass på annet omsorgsnivå eller hadde behov for lengre midlertidig opphold før utskrivning. Jeg tenker at dette medførte at hver pasient ble vurdert individuelt og at det ikke var mulig å sammenligne ulike pasientsituasjoner.

Ut fra egne erfaringer antok jeg at pasientens medisinske og kognitive situasjon var mest avgjørende for om en hjemreise var realistisk eller ikke. I forhold til det fysiske funksjonsnivået var vurdering av tekniske hjelpemidler for å kompensere funksjonstap. Jeg hadde også en førforståelse av at de de tverrfaglige møtene i tillegg til å ta beslutninger om utskrivning, var en arena for informasjonsutveksling omkring viktige pasientnære problemstillinger mellom de ulike faggruppene. Mange faglige målsettinger kan vanskeliggjøre beslutningsprosessen omkring utskrivning. Det ble på forhånd antatt at tverrfaglige møter ble brukt som en informasjonsplattform, fremfor tverrfaglig samarbeid om pasientforløpet.

3.2 Om studien og innsamling av data

Institusjonen i denne studien er en intermediær kommunal institusjon hvor det i stor grad kommer eldre pasienter. En intermediær institusjon vil si at pasientene som kommer til institusjonen skal reise hjem eller til et sykehjem etter endt opphold. Hovedoppgave er vurdering og behandling av pasienter etter sykehusopphold. Underveis i oppholdet vurderes veien videre sammen med pasienten og dens pårørende. Pasientene skal kartlegges, vurderes, behandles av ulike yrkesgrupper og planlegges for utskrivning til heimen, til permanent

sykeheimplass eller forlengelse av oppholdet og senere beslutning om utskrivning.

Faggruppene som samhandler med pasientene har ulik kompetanse, ulike erfaringer og ulikt antall år i arbeidslivet innenfor sine fagområder.

Høsten 2014 tok jeg kontakt med institusjonens ledelse og presenterte studiens hensikt og mål. Ledelsen godkjente studien og at datainnsamlingen skulle foregå på deres avdelinger. Målet var å samle inn data fra tre ulike tverrfaglige team. Ledelsen på institusjonen var behjelpelig med å organisere møteplasser hvor studien ble presentert og samtykkeskjema ble delt ut til de aktuelle deltakerne. Det tok noe lengre tid enn forventet å få returnert samtykkeskjemaene. Etter flere frister og to måneder betenkningstid til de ansatte var det nok signerte samtykkeskjema til å filme på en av de utvalgte avdelingene. Med tanke på å rekruttere flere informanter til studien ble det gjennomført en ny runde med informasjon og utlevering av samtykkeskjema. Imidlertid kom ikke nok skjema i retur denne gangen heller. I avdelingen som deltok i studien var det 20 informanter som hadde samtykket til å delta. Alle potensielle deltakere i tverrfaglig team ved avdelingen gav sitt samtykke. Det teamet som hadde gitt samtykke til å bli filmet, fikk informasjon om studien og tidsperioden før datainnsamlingen startet. Videoopptak bidrar til at det som blir sagt på møtene lettere kan forstås fordi man også kan observere det nonverbale (Malterud 2003). Det ble valgt videoopptak fordi en i minst mulig grad ønsket å påvirke det valgte teamet i deres daglige rutiner. Tverrfaglig team på denne avdelingen hadde møter hver mandag og onsdag klokken 1230. Datainnsamlingen foregikk over en måned høsten 2014. Det ble totalt filmet 9 tverrfaglige møter. Møtene varierte i lengde fra 16 minutter til 35 minutter. Gjennomsnittlig møtetid er på 25-29 minutter. Totalt er det ca 4 timer og 15 minutter med videofilm.

3.3 Deltakere i studien

Denne studien har valgt å studere beslutningsprosessen i tverrfaglig team på en avdeling på en kommunal institusjon. Dette betyr at utvalget består av deltakere i det tverrfaglige teamet. Det tverrfaglige teamet består av en lege, en fysioterapeut, en ergoterapeut og sykepleiere. Det kan også være andre helsefagarbeidere som arbeider i avdeling. Ved behov er også logoped tilstede. På møtene som ble filmet til denne studien, er lege og dagsansvarlig sykepleier alltid tilstede. Det er ofte flere tilstede fra pleiepersonalet. Det kan være sykepleiere, hjelpepleiere eller vernepleiere. Det er ikke et fast antall pleiere på møtene. Enkelte ganger var det en pleier i tillegg til dagsansvarlig sykepleier og andre ganger var det fire i tillegg. Noen ganger var alle

pleiere tilstede fra starten av møtene, mens andre ganger kom det flere underveis i møtet. Fra terapeutgruppen var ergoterapeut og fysioterapeut representert. Det forekom møter hvor enten ergoterapeuten eller fysioterapeuten manglet. Om en av terapeutene manglet ble møtet likevel gjennomført.

3.4 Videoopptak

I forkant av de tverrfaglige møtene ble det satt opp et kamera. Jeg var ikke tilstede under møtet. Kameraet ble satt opp slik at det er synlig hvilken fagperson som formidler hva i teamet. Med hensyn til taushetsplikt og for ikke å få pasientopplysninger som står skrevet på en stor tavle i rommet, ble denne tavlen ikke filmet. I rommet hvor tverrfaglig møte ble avholdt var det et stort bord midt i rommet og flere datamaskiner som sto inntil veggene. Ergoterapeuten eller fysioterapeuten skrev referat fra møtet rett inn i pasientjournalen på en av datamaskinene. Resten av det tverrfaglige teamet sitter rundt bordet som står midt i rommet. Legen sitter på samme plass på hvert møte. På den ene veggen er det en stor tavle med romnummer, pasientnavn, innleggelsesdato, utreisedato og eventuelle andre viktige opplysninger. Tavlen er førende for det tverrfaglige teamet på den måten at de bestandig begynner med pasienter som står øverst på tavlen og jobber og fortsetter kronologisk nedover listen av pasienter. Det blir skrevet korrigeringer på tavlen hvis teamet endrer utreisedato eller det har kommet nye opplysninger som alle som arbeider på avdelingen bør være kjent med. Hvor mange pasienter som drøftes på møtet varierer. Antallet som drøftes avhenger av hvor mange pasienter som til enhver tid er innlagt i avdelingen og hvem det er tatt beslutninger på tidligere. Pasienter som har tydelige avklaringer eller venter på sykehjemsplass blir ikke drøftet med mindre det er noen ny informasjon. I avtale med det tverrfaglige teamet ble innspillingen avsluttet når møtet var ferdig. Jeg hentet kameraet etter hvert møte. Etter hvert opptak ble videofilmen lagret på en ekstern enhet som ble oppbevart i et innelåst skap.

De ulike faggruppene i teamet inntar ulike roller. Noen tar en aktiv rolle der de snakker mye mens andre framstår mer passiv og snakker mindre. Legen stiller ofte spørsmål åpent til hele teamet og til enkeltpersoner i teamet. Ansvarlig sykepleier snakker totalt mer enn legen, men oppleves ikke å lede møtet. Hvorvidt de andre pleierne som er tilstede tar ordet, virker å være personavhengig. Noen snakker mye på eget initiativ, mens andre er tilstede uten å ta ordet eller svarer hvis de blir spurt. Fysioterapeuten tar initiativ til å snakke på egen hånd, men tar oftest ordet når det blir stilt et spørsmål omkring fysioterapeutens vurderinger. Ergoterapeuten

tar ordet når det blir stilt direkte spørsmål. Fysioterapeuten og ergoterapeutens rolle kan påvirkes av at en av dem skriver referat fra møtet mens møtet pågår. Delaktigheten kan påvirkes av dette. Det identifiseres ikke at en bestemt profesjon tar mer beslutninger enn andre. Møtene struktureres gjennom å følge en tavle i rommet hvor pasientnavnene står skrevet. Under opptakene er det hovedsakelig diskusjon omkring pasientene, men det føres av og til interne samtaler mellom to av deltakerne om andre tema enn den konkrete pasienten teamet snakker om akkurat da. Det hender at teamet bruker litt humor omkring situasjoner som oppstår med pasientene eller deres pårørende. Det er også brukt som en arena for å få ut frustrasjon over pasienter og pårørende. Opptakene viser få bestemte situasjoner der beslutninger fattes med utgangspunkt i vurdering fra en fagperson. Oftest er det summen av vurderinger fra flere fagpersoner som fører frem til en beslutning. Det er vanskelig å finne hvilke vurderinger som fører frem til hvilke type beslutninger.

3.5 Grounded Theory

Grounded Theory er en av de mest detaljerte beskrevne og en av de mest misforståtte vitenskapelige metodene som finnes (Gynhild 2014). Det blir vanskelig når det i tillegg til klassisk GT, finnes tre retninger som har gått ut fra den klassiske, og som alle gjør krav på begrepet Grounded Theory. Disse retningene er Straussian grounded theory, konstruktivistisk grounded theory og feministisk grounded theory (Gynhild 2014). Straussian grounded theory, som også kalles qualitative data analysis, skilte seg fra den klassiske GT med tydeligere krav til hvordan kodingen skulle gjennomføres (Evans 2013). Den konstruktivistiske tar i større grad for seg hva mennesker konstruerer og hvordan denne sosiale konstruksjonen utfolder seg (Charmaz 2008). Den konstruktivistiske retningen starter med å få en oversikt over litteraturen som finnes på temaet, i motsetning til den klassiske hvor litteraturen kobles underveis i analysen (Evans 2013). Feministisk grounded theory er mer et perspektiv enn en ny metode. Perspektivet blir ansett som godt egnet for felt hvor det forskes på kvinner (Evans 2013).

Grounded Theory (GT) er annerledes enn andre vitenskapelige metoder ved at den ikke er deskriptiv, men abstrakt og begrepsfokuseret. GT er en induktiv, sosiologisk metode som fokuserer på mønstre for menneskelig interaksjon (Glaser & Strauss 1967, Charmaz 2008). Det betyr at man tilnærmer seg data fra det spesifikke til det mer generelle for å forklare det valgte fenomenet (Foley & Timonen 2015). Gjennom begrepssetting og kontinuerlig

sammenligning av data tilstrebes det å finne undersøkelsesgruppens hovedanliggende og hvordan det løses (Glaser & Strauss 1967, Charmaz 2008). Selv om GT bygger på empiriske data, er teoriene ikke avhengig av tid, sted og personer, noe som gjør at forskningen blir mer allmenngyldig (Glaser & Strauss 1967). En grounded theory gir en begrepsmessig redegjørelse for hvordan deltakerne i studien håndterer sin hovedutfordring. (Hjälmhult 2014). GT tillater også at prosedyrene følges etter at datamaterialet er samlet inn og dermed benyttes bare under analysen. Konsekvensen av å bruke GT slik, er at man risikerer at fenomenet man studerer ikke blir mettet eller ikke blir helt fullstendig. Dette begrunnes med at når man benytter GT under hele forskningsprosessen vil man hente inn data og analysere samtidig. Man samler altså inn data til fenomenet er mettet. (Foley & Timonen 2015). En GT består av et kategoribegrep, egenskapsbegrep og hypoteser. Kategoribegrep refererer til fenomener, egenskapsbegrep til egenskaper som disse fenomenene har, og hypotesene beskriver sammenhenger mellom ulike fenomener. (Hjälmhult 2014). GT benyttes ofte i forskning der et fenomen er lite forstått eller at det foreligger lite forskning på området (Hjälmhult 2014, Strauss & Corbin 1994, Foley & Timonen 2015, Walton, Chute & Ball 2011).

3.6 Grounded theory i analyseprosessen

Glaser (1978) sier at målet er å skape en teori med begreper som beskriver mønstrene for en væremåte som er relevant for de som er involvert. Grounded theory er ikke en bestemt måte å gjøre det på, men en måte å tenke på (Hjälmhult 2014) Poenget med GT er at man ser på mønstre samtidig som man utvikler begreper (Giske 2014, Strauss & Corbin 1994, Foley & Timonen 2015). GT sine prosedyrer er laget for å kunne utvikle teoretiske forklaringer på et sosialt fenomen. I like stor grad som GT skal beskrive, skal den også brukes for å kunne forklare det sosiale fenomenet (Hjälmhult 2014, Nathaniel 2014, Corbin & Strauss 1990, Foley & Timonen 2015, Starks & Trinidad 2007). I denne studien blir den klassiske grounded theory fulgt i analysenprosessen. Det vil si at analysen er gjort gjennom tre faser. De tre fasene er åpen, selektiv og teoretisk. (Corbin & Strauss 1990, Strauss & Corbin 1994, Engward & Davis 2015).

Innhenting av data ble gjort ferdig før analysen startet. For å skaffe en oversikt over datamaterialet og deltakerne ble videoene studert uten å transkribere. Det ble brukt et skjema (vedlegg 3) som jeg hadde utarbeidet. Skjemaet laget jeg på egen hånd for å få en oversikt

over hvem som hadde en aktiv rolle på møtene, innenfor hvilket felt det ble formidlet noe og hvorvidt det ble gjort en konklusjon i diskusjonen. Skjema ble også benyttet for å kartlegge hvor grundig hver enkelt pasient ble diskutert. Skjemaet inneholdt derfor to tabeller. I den ene kolonnen var de ulike deltakende faggruppene plassert mens de ulike funksjonsområdene hos en pasient ble notert i den andre kolonnen. De ulike funksjonsområdene var henholdsvis medisinsk, kognitivt, funksjon, aktivitet, ADL (activity of daily living) og pårørende. Skjemaet ble benyttet ved å registrere både hver enkelt fagpersonens aktivitet og innenfor hvilket funksjonsområde fagpersonen formidlet informasjon. På det andre skjemaet skrev jeg inn sitater som var argumenter for en beslutning og hvilket funksjonsområde argumentet tilhørte. Dette ble benyttet for å få en oversikt over hvorvidt det ble tatt en beslutning og innenfor hvilke funksjonsområder det ble argumentert på i forkant av en beslutning. Skjemaet ble benyttet som observasjonsguide før transkriberingen. Skjemaene ble ikke benyttet videre etter at transkriberingen ble gjort ferdig.

I neste trinn av analysen ble hvert enkelt møte transkribert til tekst. Det ble skrevet ordrett hva som ble sagt. Hvis det var spesielle gester som ble gjort i tillegg til utsagnene ble dette notert i teksten. De ulike deltakerne ble anonymisert til kun yrkestittel. Hvis det var flere deltakere med samme yrkestittel tilstede ble de nummerert med 1, 2, 3 osv. Pasientene ble anonymisert til pasient 1, pasient 2 osv. Deltakere i tverrfaglig team hadde flere ulike dialekter. På grunn av dette ble transkriberingen, så langt det var mulig, skrevet på bokmål. Hvis det ble brukt ord som ikke kunne erstattes fra dialekt, ble dialektordet benyttet.

3.7 Koding

Åpen koding

Hensikten med åpen koding er å gi forskeren nytt innsyn og nye måter å tenke om fenomenet som studeres (Corbin & Strauss 1990, Strauss & Corbin 1994, Engward & Davis 2015). I åpen koding navngir man utsagn eller hendelser i materialet. Hver nye hendelse blir identifisert, sammenlignes med eksisterende koder og får deretter sin egen kode eller blir gruppert med en eksisterende kode (Hjälmhult 2014, Corbin & Strauss 1990, Foley & Timonen 2015). Dette kalles også memoskriving som er begrepsutviklingsprosessen (Glaser 1978). Alt av datamaterialet ble samlet inn før analysen startet. Hvert møte ble kodet i kronologisk rekkefølge for å kunne sammenligne om utsagn og hendelser var gjentakende eller nye. Like hendelser og handlinger utgjør en kategori. Sammenligninger og koding av

fenomener gir grunnlaget for å utvikle ny teori. (Hjälmhult 2014, Corbin & Strauss 1990, Foley & Timonen 2015, Satinovic 2014). På grunn av min kjennskap til feltet og terminologien ble det i memoskrivingen brukt begreper innen helse. Eksempler på koder var autonomi, pårørende, funksjonsvurdering, brukermedvirkning, pasientens innsikt og samarbeidspartnere. Det ble totalt 117 ulike koder.

Selektiv koding

Når det framkommer tydelige tendenser til hva hovedutfordringen til feltet er og hvordan feltet håndterer denne (kjernekategori), går man fra åpen til selektiv fase (Hjälmhult 2014). I den selektive fasen er det aktuelt å finne konsekvenser av handlingene i datamaterialet og under hvilke forhold det skjer (Hjälmhult 2014). I den selektive fasen i denne studien ble det vektlagt å se på beslutningene (konsekvensene) av handlingene (det som førte til beslutningene) og hvordan (forhold) beslutningene ble tatt.

Kjernekategorien blir en empirisk veiviser for videre arbeid (Hjälmhult 2014). Kun de kategoriene som kan relateres til kjernekategorien tas med videre (Hjälmhult 2014, Corbin & Strauss 1990, Foley & Timonen 2015). Måten å jobbe på å veksle mellom koding, kategorier og datamaterialet, noe som er veldig sentralt i GT (Corbin & Strauss 1990, Strauss & Corbin 1994, Foley & Timonen 2015). De 117 kodene fra den åpne fasen ble satt inn i en tabell i tilfeldig rekkefølge. Koder som kunne settes i relasjon med hverandre ble satt i samme kategori. Først kom det opp i 12 kategorier. I og med at denne studiens hensikt er å se på beslutningsprosessen, ble kjernekategorien *den tverrfaglige beslutningsprosessen*. De tolv kategoriene ble utgangspunktet for analysen.

Den første kategorien var eksterne forhold med for eksempel koder som pårørende, pasientens ønsker og andre instanser. Den andre var kognitiv vurdering med koder om samtykke og tvang. De tre neste kategoriene var vurderinger gjort av de ulike profesjonene som inneholdt koder som handlet om pasientens medisinske situasjon, funksjonsvurderinger og pasientens mentale prosesser. Den sjette kategorien var møtestruktur som omfattet koder som oppmøte, oppdatering av informasjon, samarbeid og utreisedager. Kategori nummer sju var lovpålagte oppgaver som inkluderer koder som brukermedvirkning og taushetsplikt. Kategori åtte og ni handlet om pasientnære forhold og pasientens ressursbehov. Det innebar henholdsvis koder som pasientens aktivitet, alder, diagnoser og koder for hjelpebehov, boligsituasjon, autonomi og selvstendighet. Kategori ti og elleve handlet om tverrfaglighet og ikke-tverrfaglighet. I disse kategoriene var det koder som effekt av tiltak, plan, vurderinger,

rehabiliteringspotensialer. De ikke-tverrfaglige kodene kunne være medisinske doseringer og informasjon som kun angår en profesjon. Den tolvte kategorien dreide seg om skjønnsutøvelse.

I det videre arbeidet med kategoriene ble det tatt valg om sammenslåing av noen av kategoriene. Første ble antall kategorier redusert fra tolv til sju. Ikke-tverrfaglig ble slått sammen med tverrfaglige beslutninger. Kategoriene lovpålagte oppgaver, møtestruktur, ressursbehov, pasientnære forhold og eksterne forhold ble beholdt i sin helhet. Kategoriene som omhandlet vurderinger av pasienten ble slått sammen til en felles kategori. Dette gjaldt medisinske vurderinger, funksjonsvurderinger, kognitiv vurdering, mentale prosesser og skjønn. Denne nye kategorien fikk navnet profesjonsvurderinger.

Kategoriene møtestruktur, lovpålagte oppgaver og ressursbehov ble beholdt uendret fra den første fasen med de kodene som ble satt sammen. Kategorien eksterne forhold ble fjernet da i det videre arbeidet da jeg oppdaget at der kodene dreide seg om *andre instanser*, handlet det også om det tverrfaglige samarbeidet. Kategorien tverrfaglige beslutninger ble beholdt, men kodene som handlet om andre instanser ble lagt til. Kategorien pasientnære forhold ble også beholdt, men kodene som omhandlet *pasientens ønsker og pårørende* fra eksterne forhold, ble inkludert i denne kategorien. Dette fordi utsagnene som hadde disse kodene var knyttet til hver enkelt pasient og kunne derfor betraktes å være av pasientnært forhold. Kategorien som fra sammenslåingen fikk navnet profesjonsvurderinger, fikk nytt navn i den siste runden på grunn av innhold som mentale prosesser og skjønn. Ikke alle utsagnene er vurderinger, men alle utsagnene handler om faglig skjønn. Denne kategorien fikk derfor navnet faglig skjønn.

Etter en samarbeidsprosess med veileder ble kategoriene vurdert på nytt og strukturert slik at ikke samme tema skulle gå igjen i flere kategorier. Da gjenstod det 6 kategorier. Dette var tverrfaglige beslutninger, møtestruktur, lovpålagte oppgaver, faglige skjønn, ressursbehov og pasientnære forhold.

Teoretisk koding

Analysearbeidet dreier seg om å finne relasjoner mellom de ulike kategoriene og deres egenskaper (Hjälmhult 2014, Thulesius 2014). Teoretiske koder skal vise mulige sammenhenger mellom kategoriene. Det betyr at mulige sammenhenger er limet som binder sammen kategoriene til en teori (Hjälmhult 2014). Videre i analysen ble nå kategoriene utdypet og beskrevet med hendelser fra datamaterialet. Fortolkninger ble underbygget med sitater fra materialet. Tema i studien er beslutningsprosess i pasientforløpene. Under selektiv

koding er beskrivelser og fortolkninger knyttet til de tverrfaglige beslutningene benyttet som kjernekategori. De andre fem kategoriene er knyttet til, og har sammenheng med hverandre, gjennom at de påvirker og/eller underbygger den tverrfaglige beslutningen som blir tatt. Kjernekategoriene eksisterer ikke uten de fem andre kategoriene som påvirker beslutningsprosessen. De fem kategoriene er ikke selvstendige kategorier på den måten at en av kategoriene alene kan medføre en tverrfaglig beslutning, men at alle fem utgjør i mer eller mindre grad komponenter i beslutningsprosessen.

3.8 Validitet og Reliabilitet

GT har spesifikke prosedyrer for håndtering av data for å sikre validitet og reliabilitet (Hjälmhult 2014, Corbin & Strauss 1990). For å sikre reliabilitet i studien er det viktig at forskeren dokumenterer trinnvis hvilke valg som blir gjort underveis i analyseprosessen. Dette med tanke på at det skal være mulig for andre å gjennomføre samme studie (Foley & Timonen 2015). GT søker å finne mønster i handlinger og interaksjoner. Teorien(e) som utvikles skal alltid kunne vise tilbake til materialet som gav opphavet (Strauss & Corbin 1994, Starks & Trinidad 2007).

Innledningsvis i dataanalysen ble datamaterialet transkribert til tekst. Teksten ble videre brukt til åpen koding. Jeg har god kjennskap til feltet og er godt kjent med terminologier innenfor helsesektoren. Dette medførte at navnene på kodene tilhørte ord og uttrykk som benyttes i helsesektoren. Det ble kun anvendt terminologier fra helsesektoren når kategoriene skulle navngis. I første fase med definering av kategorier ble det identifisert at det var tolv ulike kategorier som førte til beslutningene (handlingene). I det videre arbeidet ble jobbet med kategoriene i to omganger. Hver omgang ble antall kategorier redusert ut fra en begrunnelse om å kunne samle kodene som omhandlet det samme. Etter arbeidsprosessen med kategoriene endte studien opp med 6 kategorier. I presentasjon av sitater i resultatene er det valgt å ikke presentere hvilken profesjon som sier sitatet. Dette er valgt på grunn av at det er et lite utvalg og for ivareta anonymiteten best mulig.

Metoden som ble benyttet var videoopptak. Bruk av videoopptak av en situasjon som ikke er iscenesatt, dokumenterer hva som skjer. I denne studien var situasjonen et tverrfaglig møte. Det som skjer på møtet hadde også skjedd om det ikke ble tatt opp på film. Man må imidlertid ta hensyn til at objektene er kjent med at de blir filmet. Filmingen skjer over en kort periode (Fangen 2010). Det kan derfor ikke gjøres rede for hvorvidt det er de samme pasientene som

diskuteres på de ulike møtene som filmes. Hvis det gjøres en beslutning om forlengelse av vedtak på et møte og gjøres en beslutning om at pasienten skal hjem på den neste som filmes, blir dette notert som to ulike pasientforløp. Målet med studien vurderes likevel å bli ivaretatt da hensikten er å se på prosessene som leder frem til beslutningene.

3.9 Etiske problemstillinger

En problemstilling i studien var at datainnsamlingen ble gjort på samme institusjon som jeg arbeider. Løsningen ble å følge et tverrfaglig team på en annen avdeling. Jeg kjente ikke til pleiepersonalet og legene, men hadde kjennskap til fysioterapeutene og ergoterapeutene. Jeg var selv en del av et tverrfaglig team på en annen avdeling, noe som påvirket både for forståelsen min og hvor åpen jeg var for hva datamaterialet viste.

Videofilmingen medførte at det dukket opp pasientopplysninger på møtene når fagpersonene i tverrfaglig team diskuterte. Selv om de ble nevnt på videoopptaket er ikke pasientopplysningene relevante for analysen i prosjektet. Formålet med prosjektet var å studere hva som førte frem til beslutningene i de ulike pasientforløpene. Det ble vektlagt å anonymisere pasientnavn og eventuelle andre sensitive opplysninger som kunne gjort pasientene gjenkjennbar for noen i oppgaven. Jeg visste på forhånd at pasientopplysninger ville dukke opp på videoopptakene. Det ble undersøkt hvorvidt det var behov for godkjenning fra REK i forkant av studien. Det ble ikke vurdert som nødvendig. Prosjektet ble derfor søkt og godkjent gjennom NSD (Vedlegg 1). Godkjenningen fra NSD gjaldt frem til 2016. På grunn av et års permisjon, ble det søkt om utsettelse til 2017.

Etter hvert møte som ble videofilmet ble videoen flyttet over fra kamera til en egen ekstern disk. Denne disken ble oppbevart på den kommunale institusjonen i et innelåst skap. Forskeren var den eneste som hadde nøkkel til skapet.

Det ble sendt ut skriftlig informasjon om studien sammen med et samtykkeskjema (Vedlegg 2). Det ble i tillegg gitt muntlig informasjon til tre avdelinger. Fra en avdeling fikk jeg skriftlig samtykke fra alle aktuelle kandidater til tverrfaglig team. Fra de to andre avdelingene fikk jeg ikke nok samtykke til å kunne gjennomføre videoopptak.

I denne studien hvor utvalget er lite, er det vanskelig å anonymisere tilstrekkelig. Det er forsøkt å anonymisere mest mulig ved at selve institusjonen er anonymisert, type avdeling er anonymisert og deltakerne er ikke navngitt annet enn ved profesjon. Det kan diskuteres om

anonymiteten blir tilstrekkelig ivaretatt når man vet at det ikke er veldig mange kommunale institusjoner som vurderer pasientene etter sykehusopphold i Trondheim kommune. Det at de tverrfaglige teamene har faste deltakere gjør det også vanskelig å anonymisere tilstrekkelig når det er snakk om bare en lege, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en lege.

Det ble i informasjon- og rekrutteringsbrevet beskrevet at det ville være vanskelig med en total anonymisering da det er få kommunale institusjoner i kommunen. Det er mange som jobber i pleiestillinger på institusjonen, og det vil derfor være lettere å anonymisere disse sammenlignet med legen, fysioterapeuten og ergoterapeuten da disse er færre i antall. Et annet tiltak for å «beskytte» informantene i prosjektet var at jeg etablerte prosjektet i ledelsen på institusjonen. Å etablere prosjektet i ledelsen innebærer at jeg presenterte prosjektets formål og arbeidsmåte for ledergruppen. Lederorganisasjonen måtte ta stilling til, og gi tilbakemelding om hvordan de ønsket å håndtere det studien viste. Det ble informert om at studien ikke ble gjort på oppdrag fra institusjonen og at alle vil komme til å ha innsyn i studien i ettertid. Det kan selvfølgelig diskuteres hvor frivillig aktuelle deltakere i studien egentlig følte det var med tanke på at ledelsen var involvert. Det at jeg selv var ansatt på samme institusjon og var kollega kan nok være en faktor som gjorde at noen følte et sterkere press på deltakelse i prosjektet.

4.0 Resultater

I resultatene er det valgt å presentere funnet knyttet til de ulike kategoriene som ble utarbeidet på bakgrunn av kodene.

I kategorien som handler om møtestruktur presenteres funn knyttet til informasjonsutveksling mellom profesjoner, avbrytelse av møtene, flere møteplasser enn tverrfaglig møte og måten møtene blir gjennomført på.

Kategorien tverrfaglige beslutninger er delt inn i flere deler. Dette med bakgrunn i at funnene fra denne studien viser flere ulike sider av tverrfaglige beslutninger. Dette dreier seg om samarbeid i og utenfor teamet, om avventede beslutninger av ulike årsaker, at flere kan ha beslutningsmakt i pasientforløpet og at fastsettelse av utreisedato influeres av mange faktorer.

Kategorien lovpålagte oppgaver presenterer funn relatert til oppgaver som helsepersonellet er lovpålagt å ta hensyn til eller ivareta. Dette er oppgaver som pasientens sikkerhet, taushetsplikt og brukermedvirkning.

Den fjerde kategorien er faglig skjønn. Her presenteres funn som er knyttet til hvilke faglige vurderinger som tverrfaglig team bruker i sin beslutningsprosess.

Kategori fem handler om pasientens ressursbehov. Her presenteres resultater som omhandler pasientens bolig og behov for hjelpemidler.

Den siste kategorien er pasientnære forhold. Her presenteres funn som handler om pasientens nettverk, pasientens motivasjon og relasjonen mellom pasient og pårørende.

4.1 Møtestruktur

På de fleste møtene oppdaterer teamet hverandre på pasientens status og forløp. I tillegg til muntlig informasjon gitt i teammøtet har alle fagpersonene tilgang til den samme informasjonen skriftlig i pasientjournalen. Informasjonsutvekslingen kunne være om forhold som var aktuelt i det daglige for pasienten. Et eksempel var en pasient som hadde operert i foten og alle i teamet var ikke oppdatert på at pasienten nå kunne begynne å belaste foten under gange.

Dette ble uttrykt slik:

«Hun har full belastning på den foten eller?»

Å ikke være oppdatert på om pasienten har full belastning på foten eller hvordan pasienten bor, vanskeliggjør beslutningsprosessen. Det er utfordrende å vurdere neste målsetting i fellesskap når ikke alle forholder seg til siste informasjon eller utvikling. Det betyr at det skal tas en beslutning basert på ny informasjon som ikke alle har observert hos pasienten. Å observere om pasienten mestrer det å gå, betyr noe for om pasienten kan reise hjem og hvor mye bistand pasienten har behov for. Andre ganger kunne det være at noen i teamet ikke hadde oversikt over hvordan pasienten bodde. Å ha denne oversikten kan ofte være en forutsetning for å kunne delta i diskusjonen om pasienten kan klare seg i egen bolig.

Følgende spørsmål ble stilt i teamet:

«Hvordan har hun, eh, hva slags botilbud har hun hatt før hun kom hit?».

En annen faktor som ble observert på møtene var at teamet sjelden eller aldri kommuniserte muntlig seg imellom om hva pasientens hovedproblem var eller hvilke problemer de skulle prioritere. Det kan være at det ble beskrevet når møtet ble dokumentert eller på en annen arena. Men å definere et eller flere problemer som teamet skal jobbe mot, er kanskje avgjørende for å arbeide seg opp et beslutningsgrunnlag for å kunne si noe om forløpet videre.

Møtestruktur dreier seg også om det som skjer underveis i møtene. Det omfatter faste måter å gjennomføre møtet på eller fravær av faste rutiner, om forberedelser til møtet og hvordan resten av avdelingen, som ikke deltar i tverrfaglig team, forholder seg i til møtene. På de fleste av møtene er det forstyrrelser fra andre fagpersoner som ikke deltar på møtene. Dette innebærer at det ofte kommer ikke-deltakende fagpersoner inn i møterommet midt i møtet. Noen ganger setter de seg ned og deltar, mens andre ganger går de ut igjen etter å ha hentet noe eller spurt om noe. Dette synes å bryte opp flyten og diskusjonen som tverrfaglig team har. Dette skyldes at de må stoppe opp når det blir spurt om noe, eller starter på nytt for å oppdatere den som eventuelt kom som ny møtedeltaker. På noen møter kommer noen inn, setter seg ned og fører interne samtaler som ikke dreier seg om pasientene som diskuteres i selve teammøtet. Det er vanskelig å si hvordan det innvirker på møtet da de øvrige fagpersonene i teamet fortsetter diskusjonen om pasienten og gir ikke tilbakemelding til de som fører egne interne samtaler. Enkelte som dukker opp i møtet spør om det er greit at de ankommer mens andre ikke spør og bare setter seg ned som deltaker. Uansett om vedkommende avklarer om det er greit å delta eller ikke, forholder teammedlemmene seg tause og lar vedkommende gi beskjeden eller stille spørsmålet som han eller hun ønsker. På et

møte kommer en lege fra en annen avdeling på institusjonen og spør legen i tverrfaglig team om de skal spise lunsj sammen. Legen kan kanskje ikke vite at det er møte akkurat da, men må ha visst hvor legen befant seg.

Eksempler på avbrytelser:

«Kan jeg komme inn og gi en kort beskjed eller?»

«Hun vil snakke med deg, men skal jeg si at du ikke er her eller..?»

En annen observasjon på møtene er samarbeidet mellom fagpersonene i forhold til å ta beslutningene. Noen av fagpersonene har flere møteplasser enn de tverrfaglige teammøtene. Legen og den dagsansvarlig sykepleieren går legevisitt sammen og møter alle pasienter i avdeling. Det vil si at legen og sykepleieren først møtes og diskuterer aktuelle problemstillinger hos pasientene og etterpå går de visitt sammen. Visitten gjennomføres i forkant av de tverrfaglige teammøtene. Da legen og sykepleieren har diskutert pasientens situasjon og muligheter tidligere på dagen, blir ikke det aktuelle diskutert på det tverrfaglige møtet hvor fysioterapeuten og ergoterapeuten er tilstede. Det betyr at andre pleiere, ergoterapeut og fysioterapeut ikke har deltatt i den diskusjonen som legen og sykepleieren har hatt tidligere på dagen. Men hverken fysioterapeuten eller ergoterapeuten bringer dette inn som problemstilling i teammøtet. Det blir bekreftet flere ganger at legen og sykepleieren har flere samarbeidsmøter om pasientene. Dette tyder på at pasienten diskuteres på flere arenaer med enkelte medlemmer av tverrfaglig team og at ikke alle beslutninger omkring pasienten tas på tverrfaglig møte.

Følgende ble sagt mellom sykepleier og lege:

«Nei, det har vi jo snakket om før i dag»

«Jeg går på legekantoret, så snakkes vi (til sykepleier)»

Både samarbeidet mellom profesjonene og det som skjer underveis i møtene påvirker beslutningsprosessen. En annen faktor som påvirker denne prosessen er måten møtene gjennomføres på. Med dette menes at møtene ikke alltid gjennomføres på samme måte fra gang til gang. Fysioterapeuten eller ergoterapeuten skriver i pasientjournalen hva teamet tar opp og kommer fram til. Skriftliggjøringen skjer i selve møtet. Det varierer hvilken rolle de

Øvrige møtedeltakerne har inntar. I et tilfelle kom en sykepleier med et innspill om at det hadde vært hensiktsmessig om flere satt ved en datamaskin for å skrive inn beskjeder og sette utreisedatoer. Dette for å få et mer effektivt møte. Innspillet førte ikke til ny praksis.

En av pleierne spurte:

«Skal en være innlogget den andre pc-en i forhold til beskjeder eller noe sånt?».

Tverrfaglige møter gjennomføres på samme ukedag, samme tidspunkt og samme sted hver gang. Det synes likevel ikke som om alle har oversikt over tid og sted. På et av møtene kom en av fagpersonene inn midt i møtet og avbrøt møtet med å spørre om hvorfor ingen hadde sagt ifra om at det var møte. Det var også tilfeller hvor enkelte teammedlemmer ikke fulgte med på drøftingene i møtet og måtte spørre resten av teamet om hvilken pasient som ble diskutert. Det kunne være flere årsaker til hvorfor det ikke ble fulgt med på hvilken pasient som ble drøftet. En årsak kunne være at vedkommende kom midt under møtet og avbrøt diskusjonen ved å spørre hvem de diskuterte. Det kunne også være en intern samtale mellom to teammedlemmer. Et eksempel som framkom var da to pleiere spøkte med hverandre under møtet, mens en annen snakket om pasienten. Dette kan vise flere sider ved tverrfaglig team. På den ene siden viser det at de ikke har en fast plan for gjennomføring av møte og strukturerer møtet avhengig av hvem som er tilstede. På den andre siden kan det også vise at møtene er og oppleves av teamet som uformelle. Det kan også være en utfordring at møtene gjennomføres ulikt fra gang til gang og at de oppleves uforutsigbare.

Følgende ble uttalt på noen av møtene:

«Ingen som sa ifra til meg om at det er møte».

«Er det pasient 1 vi snakker om nå?».

«Hvem snakker vi om egentlig?».

På noen av møtene dukker det opp samtaler om tema som ikke kan regnes som nødvendig informasjon til det tverrfaglige fellesskapet. Dette påvirker kanskje ikke beslutningsprosessen like mye som samarbeidet, eller det som skjer underveis i møtet. Likevel er det en faktor som påvirker fokus i den tverrfaglige diskusjonen. Med dette menes at ikke alle tema er relevante for hele teamet. Dette får konsekvenser for fokus og tidsforbruket på møtene. Med fokus i denne sammenhengen menes at praten omkring en pasient stopper opp og det brukes tid for å komme inn i diskusjonen igjen. I forhold til tidsbruk tar møtene lengre tid enn nødvendig fordi diskusjonen stopper opp eller det foregår en annen samtale som ikke involverer hele teamet. Eksempel på unødvendig informasjon i møtene kan være medisinerings som angår kun lege eller generell avdelingsdrift som angår sykepleierne. Alle fagpersonene kan ha noe innsikt i hverandres fagfelt. Datamaterialet i denne studien viser imidlertid at det er legen og sykepleieren som deltar i diskusjonen omkring dosering og pleiepersonalet er de eneste som deltar når det er snakk om avdelingsdrift. De som ikke deltar i disse samtalene er fysioterapeuten og ergoterapeuten.

Denne informasjonen ble sagt slik:

«Har ikke fått svar på den proBIP» og «Nå stod hun på furix 40 + 30, nei? Ehm, 30 + 20».

«Har hun blitt SIKet i dag eller. Ja, eller bare på morgenen da, vet ikke om hun er blitt det etterpå»

«Var det sånn at du hadde tid til et stell?».

4.2 Tverrfaglige beslutninger

4.2.1 Roller og samarbeid

Helse- og Velferdskontoret (HVK) på institusjonen er en viktig samarbeidspartner for det tverrfaglige teamet. Ut fra observasjon av datamaterialet virker det som saksbehandleren har stor innvirkning på beslutningsprosessen. I forkant av et opphold på den kommunale institusjonen, er det saksbehandleren som vurderer hvilken type opphold pasienten har behov for og hva pasientens problemstilling er. Det var tilfeller hvor saksbehandler hadde formulert hvilken problemstilling som skulle prioriteres. Noen pasienter ble innlagt med en målsetting om vedlikehold av funksjon. Hvis en pasient har behov for et slikt opphold, er det da vurdert at pasienten ikke har eller skal prioriteres for å bli bedre på noen av funksjonsområdene som de ulike fagpersonene i teamet arbeider med? Da har saksbehandler, som representerer en

profesjon, vurdert at pasienten har behov for å vedlikeholde dagens funksjon. Og dette gjelder det som fysioterapeuten jobber med, det som ergoterapeuten jobber med, det som sykepleieren jobber med og det som legen kan jobbe med. Saksbehandleren har vurdert alle funksjonsområdene hos en pasient selv om den kommunale institusjonen har flere ulike profesjoner som ut fra sin spisskompetanse skal gjøre en samlet vurdering. Et annet eksempel på begrunnelse for innleggelse var en pasient som hadde behov for bistand til å dusje, klippe håret og barbere seg. I et slikt vedtak er det ikke behov for en spesifikk profesjon til å utføre arbeidet. Pasienter med slike vedtak som begrunnelse for opphold, tydet deltakelsen i diskusjonen på teammøtet på at de fleste profesjonene hadde interaksjon med pasienten og at profesjonene vurderte pasientens situasjon og muligheter likevel.

Det var tilfeller hvor teamet bare måtte vente med planlegging før de har fått ytterligere informasjon fra saksbehandler. Rutiner ved utskrivning er at etter møte i tverrfaglig team, skal det gjennomføres møte med pasient, pårørende, saksbehandler og representant fra tverrfaglig team. Det var ikke alle pasientene som hadde et slikt utskrivelsesmøte og det framkom heller ikke tydelig hvilke pasienter som hadde utskrivelsesmøte. Når det ikke gjennomføres utskrivelsesmøte er det saksbehandleren som følger pasientforløpet; både i forkant, underveis og ved oppholdets slutt. Hvis noen av fagpersonene i det tverrfaglige teamet fremmet behov for et møte med HVK, ble dette aldri stilt spørsmål ved. Det ble sjelden begrunnet hvorfor man mente det var behov for et møte. Det var ingen forskjeller mellom profesjonene når det gjaldt å fremme behov for et møte.

Behovet for et møte kunne bli uttrykt på følgende vis:

«Der må det jo et møte med HVK til. Om ikke alt for lenge da».

Det kunne også være tilfeller hvor det dukker opp nye problemstillinger hos pasientene underveis i oppholdet. Da skulle også HVK også varsles.

«Da må vi gi beskjed til HVK».

I tillegg til å belyse samarbeidspartnere som påvirker beslutningsprosessen, er det også relevant å nevne rollefordelingen i teamet. Tverrfaglige beslutninger i teamet omfatter beslutninger omkring videre plan for hver pasient. Å jobbe i et team kan være utfordrende for hvem som har hvilke roller i teamet. Hvem vurderer hva og spørsmålet om alle er like kompetente til å vurdere alle aspekter ved pasientens situasjon, dukker opp på møtene. Hver

enkelt profesjon har sin unike kompetanse som de bringer inn i teamarbeidet. Ved observasjon av datamaterialet framkommer det ofte tydelige skiller på hvem som vurderer hva. I den tverrfaglige diskusjonen på møtene uttaler flere fagpersoner seg om andres unike kompetanse- og ansvarsområder. Det vil si at sykepleiere også mener noe om en pasientens fallfare, noe som i hovedsak tilhører fysioterapeutens kompetanse- og ansvarsområde. Det er flere profesjoner som observerer pasienten i forflytning og bevegelse. Selv om alle i teamet kan uttale seg om pasientens fallfare, er det fysioterapeuten ansvar å gi informasjon med pålitelig faglig kvalitet. En pasientens fallfare ble diskutert på et møte hvor fysioterapeuten ikke var tilstede. Pasienten satt i rullestol. Tverrfaglig team, uten fysioterapeuten, besluttet å fjerne rullestolen. Det ble ikke diskutert andre ganghjelpemidler og det ble ikke avtalt å avklare med fysioterapeuten hvorvidt det ble vurdert som forsvarlig å fjerne rullestolen.

Dette underbygges av dette sitatet som ble uttrykt under et av møtene som fysioterapeuten ikke var tilstede:

«Vi har blitt enige om å fjerne rullestolen, er det realistisk?»

En annen side av samarbeid og rollefordeling i teamet dreier seg om samarbeid knyttet til behandling og tiltak. Observasjonen av ni møter viser liten grad av samarbeid om tiltak for at pasientene skal bli bedre på et bestemt funksjonsområde. Det kan synes å være tydelige skiller på at faggruppene har fokus på hver sine funksjonsområder hos pasienten. Det observeres også at det ikke er noen fast rutine på at man informerer de andre i tverrfaglig team om hva man gjør sammen med pasienten. Dette innebærer at de ulike representerte profesjonene ikke har oversikt over hva de andre profesjonene gjør med pasienten eller de endringer som gjennomføres. Uten å ha full oversikt over hva de ulike profesjonene har foretatt seg sammen med pasienten skal likevel tverrfaglig team ta en felles beslutning.

Dette uttrykkes av informantene slik:

«Hva er det som skjer fra fysioterapeuten sin side, skulle jeg til å si. Er det trening, er hun oppe å går, er hun...».

«Der var pårørende, eh, vet de kunne øns..burde fokusert mer på armtrening mente de da. Hun var så svak i hendene. Vi har sagt ifra til fysio om det da».

Selv om det er ulike roller og ulike profesjoner skal teamet kunne stå for de beslutningene som tas. Det betyr ikke at man alltid er enige om tidspunkt for utreise for pasienten. For å kunne ta beslutninger kreves det samkjøring av teamet samt at alle er enige i beslutningen. I materialet var det flere eksempler på at samkjøring og informasjon kan være krevende. Det kunne være tilfeller hvor den ene fagpersonen vurderte pasienten til å være utreiseklar sett fra sitt ståsted, mens andre fagpersoner ikke vurderte det slik. Under et av møtene gav en fagperson uttrykk for at det bare var å bestemme utreisedag for pasienten, mens en annen mente at det måtte til et møte med en saksbehandler fra helse- og velferdskontoret (HVK), pasient og pårørende for å avklare veien videre. I dette tilfellet valgte teamet å ta hensyn til de vurderingene som tilsa at pasienten fortsatt var uavklart og hadde behov for flere vurderinger. Det kan virke som teammedlemmene ikke informerte hverandre om pasientens status innenfor sine respektive felt underveis, og at uenigheten dukket opp da en av fagpersonene vurderte pasienten som utreiseklar.

Følgende dialog fant sted på et av møtene:

«Skal vi si at det er greit at hun drar på torsdag eller skal vi drøye det litt til?»

- Jeg tror vi trenger å ha et vurderingsmøte.

- Ja, der må vi, må vi ha et HVK møte».

4.2.2 Avventende beslutninger

På flere møter observeres det at tverrfaglig team er avventende i beslutningene som tas. Med avventende menes at temaet på møtene diskuterer pasienten i tillegg til at fagpersonene informerer hverandre om pasientens situasjon innenfor for eksempel stellesituasjon, matsituasjon, gangfunksjon, medisinsk status og daglig fungering. Imidlertid blir det ikke tatt en beslutning om hvorvidt pasienten skal reise hjem eller hva som må gjøres for at hjemreise skal være mulig. Det er usikkert om hvorfor teamet er avventende med å ta en beslutning. Det kan være fordi de vil avvente å se om pasienten blir bedre ved å være på institusjonen over lengre tid. Det kan også være at teammedlemmene er så samkjørte at en beslutning blir tatt, men det blir ikke kommunisert på en slik måte at observasjon av data gir et tidspunkt for når og hvordan beslutningen ble tatt. Observasjon av datamaterialet viser at også andre instanser utenfor tverrfaglig team påvirker teamet om hva som kan være planen for en pasient. Derfor stilles det spørsmål ved tverrfaglig teams beslutningsmakt. I situasjonene hvor det kan stilles

spørsmål ved beslutningsmakten dreier det seg om at tverrfaglig team utsetter å ta beslutninger om videre forløp fordi de avventer svar fra andre instanser. Det kommer ikke frem om teamet jobber aktivt for å innhente informasjonen de mangler. Dette påvirker teamets daglige drift ved at det er andre instanser som reelt beslutter om og eventuelt når pasienten kan utskrives til hjemmet. Hvis tverrfaglig team venter på et prøvesvar fra en undersøkelse gjennomført i spesialisthelsetjenesten, så virker det som dette svaret er avgjørende for hva temaet velger å anbefale videre for pasienten. Teamet samarbeider med flere instanser for å følge opp pasientene. De setter ofte rød eller svart dato for utreise med utgangspunkt i hvilke tilbakemeldinger de har fått eller ikke får. En rød dato i forbindelse med en pasient betyr at utreisedatoen er usikker og at datoen diskuteres på neste møte igjen. En svart dato betyr at utreisedato for pasienten er besluttet.

På møtene ble noen av beslutningene uttrykt slik:

«Men da tar vi det opp igjen om en uke da?».

«Da utsetter vi det her en uke også må vi ha fått noe svar fra nevrokirurgen frem til da».

«Men der venter vi bare på beskjed fra HVK om bolig».

En annen side ved at teamet avventer beslutninger er at teamet noen ganger venter på uttalelser fra spesialister om en pasient. Teamets felles beslutning blir ofte å vente på svaret fra den andre instansen eller observere pasienten noen flere dager. Når de venter på en uttalelse, diskuteres det i liten grad hva teamet vurderer som veien videre for pasienten. Da er beslutningen å vente på uttalelsen og ta en beslutning etter å ha fått svar fra spesialisten. Noen pasienter kan være på institusjonen i påvente av en operasjon eller at de har vært på undersøkelse på sykehuset. Dette kan påvirke det videre forløpet for pasienten. Dette medfører at det i realiteten er sykehuset som bestemmer når pasienten skal reise fra institusjonen. Dette viser at pasientgruppen som tverrfaglig team arbeider med er komplekse og det er ofte flere ulike nivå på tjenestene som pasienten mottar. Dette krever samarbeid samtidig som det synliggjør at en instans alene ikke kan ta beslutningene på vegne av pasienten.

Hos en pasient som hadde proteseinfeksjon ble det sagt følgende på et møte:

«For han har jo ett, han har jo en proteseinfeksjon med en fistel og egentlig et svært, blitt et stor sårlomme etter hvert» «Sånn at jeg, en snarlig innleggelse for amputasjon da» «Vi må jo egentlig vente til vi hører noe fra ortopedene nå»

En problemstilling som ofte dukket opp var at pasientens helsesituasjon endrer seg underveis i oppholdet. I tillegg til å vente på uttalelser fra andre instanser kunne dette også være en av årsakene til at tverrfaglig team avventer sine beslutninger. Dette kan vise at pasientgruppen på denne avdelingen ofte har flere problemstillinger og at det er en utfordring å ta riktig beslutning til riktig tidspunkt fordi situasjonen endrer seg fra en dag til en annen. At helsesituasjonen endrer seg menes at eksisterende problemstilling forverres eller at pasienten plutselig er i dårlig form uten at teamet vet hvorfor. Slike akutte forverringer eller nye symptomer viser at å ta en beslutning om veien videre i pasientforløpet, er kompleks og det å ta riktig beslutning til riktig tidspunkt er utfordring når pasientens tilstand ikke er stabil. En beslutning på et møte kan vise seg å være irrelevant på det neste møtet fordi pasienten plutselig har en endret tilstand.

Følgende ble sagt på møtene:

«Altså hun har en brå forverring? Det er grønt ekspektorat?».

«Kan hun ha noen infeksjon da? Kan du ta blodtrykk, temp, CRP?»

4.2.3 Beslutningsmakt

Noen av pasientene fikk et utskrivningsmøte i forkant av en endelig beslutning om hjemreise. På møtene deltok pasienten, pårørende, saksbehandler og representant fra tverrfaglig team. På møtene var det en gjennomgang av det som allerede var kartlagt av tverrfaglig team med tanke på hjemreise, bistand, fysioterapi og hjelpemidler.

Et slikt møte med en slik agenda gjør det vanskelig å ikke stille spørsmål omkring hvor beslutningsmakten er. Det var et tilfelle hvor det ble gjennomført et møte hvor pasient og pårørende var uenige om veien videre etter oppholdet. Tverrfaglig team hadde gjort sine vurderinger og tiltak med utgangspunkt i pasientens ønsker. De hadde kommet frem til at sykehjem var det beste alternativet for denne pasienten. På møtet hadde pårørende uttrykt at

de hadde dårlig erfaring med sykehjem og ønsket at pasienten skulle hjem til egen bolig med bistand. Beslutningen som ble gjort på utskrivningsmøtet var at pasienten skulle reise hjem med bistand. Pårørendes ønsker ble både satt foran pasientens ønske og de vurderingene som tverrfaglig team hadde gjort i løpet av oppholdet på institusjonen.

Følgende dialog fant sted på tverrfaglig møte etter utskrivningsmøtet:

«Konklusjonen ja, nei, jeg tenkte jeg måtte snakke med dere videre om, om det. Pårørende har dårlig erfaring med sykehjem fra tidligere med pasientens ektemann. Så det er vel litt av begrunnelsen for at de ønsker at pasienten skal forsøke seg inn i den omsorgsboligen, før man eventuelt tenker sykehjem. Hun har uttrykt til meg hvertfall flere ganger at hun ønsker ikke, ønsker seg ikke til den leiligheten».

«Ja, nei, jeg tenker at, vi må gi, gi det en sjanse og sønnen sier jo veldig mange bra ting om den omsorgsboligen fordi det foregår veldig mye aktiviteter på huset og hun kjenner folk hun kan gjøre til bydelskafeen og spise middag med og hun er jo egentlig ganske sosial dame»

Pårørende alene kan også gjennomføre tiltak som tverrfaglig team må forholde seg til. I et tilfelle hadde pårørende solgt pasientens bolig da pasienten ble innlagt på sykehus slik at det ikke skulle være mulig å reise hjem. Dermed måtte pasienten få plass på et sykehjem. Prosessen videre for teamet ble at de måtte forholde seg til at pasienten ikke hadde en bolig å reise hjem til. Beslutningen om at pasienten ikke skulle reise hjem var tatt før tverrfaglig team hadde fått mulighet til å vurdere pasienten. Andre ganger gikk ikke pårørende helt imot at pasienten skulle reise hjem, men utsatte prosessen ved å være kritisk til hvordan pasienten skulle bli ivaretatt. Dette er eksempler som viser at pårørende har makt til å påvirke innholdet i pasientforløpet. Hvis pasienten ikke har en bolig å reise hjem til, og pårørende ikke har tenkt å kjøpe ny, så må pasienten bosette seg på en institusjon. Noen pårørende kan påvirke pasienten til å takke nei til sykehjems plass de har fått tilbudt med begrunnelse om at pårørende ikke synes plassen er bra nok. Resultatet ble at pasienten fortsatte oppholdet på den kommunale institusjonen i påvente av et nytt tilbud.

Slik uttrykker teamet det at pårørende også påvirker beslutningene:

«Pårørende har solgt boligen».

«Det var sønnen som ikke ville at hun skulle dit fordi de har en demensavdeling der oppe».

Et annet eksempel på at pårørende kan påvirke hvilke beslutninger som tas ble uttrykt på et av møtene. Denne situasjonen gjaldt også en pasient som var på institusjonen og ventet på sykehjemsplass i kommunen. Denne pasienten ble tildelt plass på et sykehjem, men hun valgte å takke nei til denne plassen og tar opp en plass som kunne vært brukt av en som hadde behov for tverrfaglig tilnærming. Tverrfaglig team selv, påpekte i et av møtene hvordan de opplever det at beslutningene kan påvirkes og at tverrfaglig team ikke alltid har så mye beslutningsmakt:

«Der ser vi hva som er. Der ser vi hva som kan skje, det er jo ikke alle som tar sykehjemsplassen og hvem som bestemmer hvor den personen skal være og om den skal ha sykehjem, det er ikke alltid vi. Pårørende har veldig mye å si da. Når de også får styre sånne ting. Og når det ikke settes krav til at sånn er det i kommunene, det fungerer så, vi har jo ikke så mye vi skulle sagt da».

I tillegg til at pasientens pårørende kan påvirke beslutningsprosessen, vil også beslutningene kunne påvirkes av saksbehandler på et helse- og velferdskontor. Alle beslutninger tverrfaglig team gjør skrives inn i pasientjournalen og deretter skal en saksbehandler på Helse- og velferdskontoret iverksette de tjenestene som er anbefalt. Denne saksbehandleren har også mulighet til å påvirke beslutningene. Det var flere tilfeller hvor saksbehandler i forkant av oppholdet på institusjonen, hadde avtalt med pasienten at han eller hun skulle få sykehjemsplass eller et spesielt type opphold. I dette tilfellet hadde saksbehandleren fra Helse- og Velferdskontoret bestemt hva som skulle skje videre i pasientforløpet. Når en pasient har fått et vedtak om å bo på sykehjem, skal pleiebehovet ivaretas på den kommunale institusjonen inntil pasienten kommer på et sykehjem. Pleiebehovet ivaretas hovedsakelig av pleiepersonalet i avdelingen og tilsyn av lege. Ressurser fra fysioterapeut, ergoterapeut eller logoped benyttes som regel ikke til pasienter som venter på sykehjem

Dette ble sagt på et av møtene:

«Langtidsopphold ja, det er det jo allerede bestemt, eller de har blitt lovet langtidsopphold da men».

I perioden hvor data ble innhentet var det underbemanning på Helse- og Velferdskontoret på institusjonen. Det fikk konsekvenser for flyten og praksisen hos det tverrfaglige teamet. Konsekvensen handlet først og fremst om møtene som skulle holdes før pasienten kunne reise hjem. Før underbemanningen ble det i enkelte tilfeller holdt et utskrivingsmøte, men når HVK ble underbemannet ble det endret til at det nesten aldri ble avholdt slike møter. Teamet uttrykte frustrasjon over underbemanningen som medførte endring i deres praksis. Det ble endringer både med hensyn til mengden tjenester som kunne tilbys i tillegg til at møter ikke ble avholdt som før. Dette kan vise at beslutningsprosessen er avhengig av flere instanser enn det tverrfaglige teamet. Mye tydet på at en underbemanning hos en samarbeidspartner, gjorde at tverrfaglig team og avdelingen måtte endre måten de jobbet på herunder gjennomførte vurderinger og hvordan pasientinformasjon ble innhentet. En underbemanning påvirket teamet gjennom at saksbehandler skulle være involvert og bestemme hvilken informasjon som skulle innhentes.

Teamet uttrykte seg følgende om underbemanningen:

«Også nå er det sånn at de er underbemannet, så vil det, så skal det litt til for å få møte».

«For at de krever så veldig mye kartlegging og ting som skal gjøres i forkant. De vil jo ikke engang ta stilling til om det skal være et møte, før de vet hva slags informasjon som foreligger på en måte».

En konsekvens av færre saksbehandlere er at «møtene» foregikk over telefon, ofte med sykepleier, uten pasient og pårørende. Dette ble uttrykt som en frustrasjon fordi det gikk utover tverrfagligheten og beslutningene ble mer subjektiv. Med subjektiv beslutning mente pleieren som uttalte seg på møtet at beslutningene blir basert på en persons mening i det telefonen ringer. Hver enkelt profesjon har også ulik oppfatning av pasientene blant annet fordi de observerer pasienten på ulike områder. Dette betyr at det som pleieren som snakker med saksbehandler formidler blir retningsgivende for veien videre for den aktuelle pasienten. Det blir en mindre helhetlig vurdering fordi teamet ikke får samkjørt sine observasjoner med tanke på å tolke pasientens problemstillinger. Pleieren uttalte selv at beslutningene blir basert på en persons mening, og ikke en tverrfaglig uttalelse. Det ble sagt at denne subjektive meningen gjorde det vanskeligere å ta riktig beslutning til riktig tidspunkt. Som en konsekvens at dette blir pasientene hyppigere innlagt på sykehus eller institusjon igjen fordi man ikke fikk satt inn riktig bistand eller tatt hensyn til for eksempel hjelpemidler.

En av pleierne uttalte på et møte:

«Også er det litt det litt med telefon, hvis det er jeg som tar telefonen den dagen, så blir det basert på min subjektive opplevelse av hva han trenger hjelp til, mens kanskje du ville gitt uttrykk for noe helt annet. Men er det et møte som man er flere som sitter sammen og pasienten selv er der sammen med pårørende, da blir det mye mer, jeg tror det hadde blitt, det hadde ikke blitt så mange svingdørspasienter da».

4.2.4 Sette en utreisedato

Ut fra datamaterialet framstår teamet konsekvente med å sette en utreisedato for hver pasient, men de opererer med «rød» dato og «svart» dato. Rød dato er usikker utreise og svart dato er sikker utreise. Det blir observert at når datoen justeres, så blir datoen automatisk justert en uke frem i tid. Når teamet planlegger utreisene, kan det virke det tilfeldig hvilken dag som velges. Teamet bruker en del tid på å diskutere hvilken dag som kan egne seg. Når teamet diskuterte hvilken dag som var best egnet som utreisedag, var det spesielt to tema som ble diskutert. Det ene temaet dreide seg om hvilke sykepleiere som skulle på vakt den aktuelle utreisedatoen. Det er sykepleierne som er ansvarlige for å gjennomføre utreisen. Det var derfor avgjørende hvem som hadde vakt de ulike dagene i forhold til om det var mulig å gjennomføre forholdene rundt pasientens hjemreise. Det andre temaet dreide seg om det var planlagt utreise for flere pasienter på samme dag, Hvis det var flere utreiser ville det øke arbeidsmengden for sykepleierne som var på vakt denne dagen. Dette fordi det var sykepleieren som administrerte «papirarbeidet» i forbindelse med utreisen. I tillegg måtte avdelingen i tillegg til arbeidet knyttet til utreise for en eller flere pasienter, også sørge for at resten av avdelingen og pasientene fikk den bistanden og oppfølgingen de skulle ha.

Utreisedatoen ble av tverrfaglig team avtalt slik:

«Man kan man ikke eventuelt sette en dato i løpet av uken her da? Vi har jo ingen, ingen utreiser i uken her så»

«Går det an å foreslå torsdag eller fredag til utreisedag? Nei, ikke torsdag, torsdag har vi allerede en. Nei, vi har to på torsdag. Fredag da, hvis han ikke har noe hjelp av hjemmesykepleien. Men da risikerer vi å få en ny pasient til helgen da. Finest med onsdag egentlig. Det går an å snakke med pasient på nytt om utreisedag. Men du, vent litt, vent litt. Torsdag, han kan sendes ut på torsdag. Det var en hel haug med folk på dagvakt på torsdag».

En annen faktor som kan se ut til å påvirke teamet når det gjelder planlegging av pasientens utreise, er hvorvidt fagpersonene vurderer at det er gjort tilstrekkelig observasjon av pasienten slik at en kan føle seg sikker på beslutningsgrunnlaget om utreise. Mange av pasientene har uavklarte situasjoner, noen kan styrke sin funksjon raskt, mens andre bruker lengre tid. Noen pasienter har behov for videre observasjon og tverrfaglig team kan derfor ikke ta en beslutning før pasienten har fått bedret sin funksjon ytterligere. Observasjon og kontinuerlige vurderinger er viktig for å konkludere på med seg effekt av tiltak, fremgang og eventuelle nye problemstillinger. Det å ta seg tid til å observere pasienten over en periode kan for mange pasienter være avgjørende for å få satt inn rett bistand og for å vite hva pasienten klarer på egen hånd. Det er flere måter å ivareta pasienten på. Noen pasienter er avhengige av å være innlagt på den kommunale institusjonen for observasjon for å kunne ta en beslutning om videre forløp, mens andre kan ivaretas og vurderes i hjemmet. Dette viser til at teamet vurderer flere sider av pasientene. Noen pasienter vil kunne klare seg hjemme med tilsyn og vurdering i hjemmet. Andre pasienter har ikke mulighet til å bo trygt i egen bolig med tilsyn av hjemmesykepleie og må derfor både vurderes og rehabiliteres på en institusjon.

Dette ble uttrykt gjennom:

«Vi må se om vi klarer å få henne opp på ernæringsstatusen og få henne til å drikke litt mer da? Motivere henne litt til det. Hun kan jo komme seg litt da»

«Høres ut som vi trenger å observere henne litt videre før vi tar en beslutning om hva som skjer videre».

«Men kan vi ikke koble på innsatsteam i tillegg til hjemmesykepleien, så er det noen som er ekstra inne der i starten og vurderer».

4.3 Lovpålagte oppgaver

Helsepersonell må hele tiden forholde seg til lover og regler for å utøve hjelp og behandling. Resultatene i denne studien synliggjør viktige plikter innenfor pasientsikkerhet, oppdatering av pasientinformasjon, taushetsplikt og brukermedvirkning. Dette vil i enkelte tilfeller influere på selve beslutningsprosessen og på hvilke beslutninger fagpersonene vurderer at de kan ta.

Pasientsikkerheten ble aktualisert på et møte hvor hensynet til sikkerheten hindret utskrivning til heimen. I heimen hadde pasienten trapp opp til egen bolig. Denne måtte benyttes for å

komme seg inn i boligen. Sammen med fysioterapeuten mestret pasienten å gå i trapp, men det var forbundet med høy risiko for fall. I tillegg var pasienten avhengig av tilsyn. Teamet vurderte pasienten til å kunne klare seg inne i egen bolig med bistand. Pasienten kunne også mestre å komme seg opp trappen opp til leiligheten, men av hensyn til risiko for fall samt behov for å komme seg raskt ut av boligen, så ble ikke heimflytting realisert. Teamet vurderte hensynet til pasientens sikkerhet til å være til hinder for hjemreise. Tverrfaglige team har på en slik måte flere hensyn å ta enn kun utelukkende faglige vurderinger de observerer mens pasienten er innlagt i den kommunale institusjonen. Man er avhengig av å vurdere ut i fra mulige situasjoner som kan oppstå hjemme hos pasienten.

Dette ble uttrykt slik:

«Hun klarer jo å gå trappen, så må hun, så må hun. Men det er ikke noe sånn, skulle det skje noen ting så kan hun ikke forte seg ned trappen nei»

En annen side av å ta hensyn til sikkerhet i hjemmet er når teamet diskuterer om pasienten kan bo hjemme mens de venter på sykehjemsplass. I følge utsagn på møter kan pasienter reise hjem til egen bolig og søke på sykehjemsplass hjemmefra. Da skal pasienten få plass innen 6 uker. Det er derfor et raskere forløp å søke sykehjemsplass hjemmefra enn å vente på sykehjemsplass mens man er pasient på denne studiens institusjon. Erfaring hos personalet viste at det er risiko for å vente lengre på sykehjemsplass når en søker fra annen institusjon sammenlignet med at pasienten søker som hjemmeboende. Når pasienter utskrives frigjøres sengeplasser. En frigjøring av sengeplasser gir høyere pasientsirkulasjon og medfører at flere pasienter kan få tilbud om vurdering av tverrfaglig team. Teamet må likevel ta hensyn til pasientens sikkerhet og pasientens behov først. Et eksempel kan beskrives ved at en pasient hadde i tverrfaglig team blitt vurdert til å ha behov for en sykehjemsplass. Teamet vurderte i tillegg at med mye bistand kunne kanskje pasienten vente hjemme og få sykehjemsplass raskere.

Dette ble uttrykt på et møte:

«Hjemme i påvente av sykehjem som da i dette tilfellet vil være mest sannsynlig det sykehjemmet som ligger vegg i vegg med boligen hennes. De prioriterer jo gjerne pasienter som har omsorgsleiligheter der hvor hun bor, inn på sykehjemmet fordi det ligger vegg i vegg. Da vil hun innen 6 uker få plass, det er en sånn garanti kommunen har. Det tror jeg ofte kan

være greit at vi har i bakhodet også, for vi har en tendens til å la de vente her på års/månedsvise, også kan man faktisk få plass innen 6 uker».

Men teamet var usikker om pasientens sikkerhet kunne ivaretas og teamet ville vært ansvarlige for hjemreisen hvis den ble gjennomført. Det ble besluttet at pasienten burde vente på institusjonen til det ble en ledig sykehjemsplass.

Dette uttrykkes slik:

«Mye kan skje på de 6 ukene».

I tillegg til å ivareta pasientens sikkerhet må alle ansatte oppdatere seg på alle inneliggende pasienter. Å være oppdatert på pasientinformasjon er viktig for å kunne gi riktig behandling og riktig veiledning til pasienten. Noen ganger opplever tverrfaglig team å ikke ha tilstrekkelig tid til å ivareta dette ansvaret. På enkelte møter er det frustrasjon over hvordan systemet fungerer og det oppstår samtaler om hva som hadde vært en mer hensiktsmessig drift av tverrfaglige møter. Da er et av temaene hva man får tid til og ikke når man er på vakt. Når pleierne er på vakt har de faste praktiske arbeidsoppgaver og kliniske vurderinger av pasientene. Imidlertid ble det uttrykt frustrasjon over ikke å få tid til å oppdatere seg på viktige pasientinformasjon. Slik informasjon kan være forhold omkring pasientens situasjon før innleggelse og hvilke problemstillinger som har vært og er aktuelle.

Dette vises av følgende utsagn:

«Jeg merker godt nå når jeg er kommet tilbake fra ferie, jeg kan så lite om pasientene og bosituasjon og, eh, synes det er litt dumt at man ikke får tid til å lese seg opp der».

Alle fagpersoner har ansvar for å oppdatere seg på informasjon om inneliggende pasienter. Denne informasjonen er taushetsbelagt og kan ikke utleveres til hvem som helst. Teamet har en innarbeidet praksis om å ivareta pasienten og ikke utlevere opplysninger til andre enn den som er oppgitt som nærmeste pårørende. En pasient hadde en av sine barn oppgitt som nærmeste pårørende og da pasientens kjæreste etterspurte informasjon om pasienten hos en av pleierne ble det sagt at det måtte kjæresten få vite fra pasienten og ikke fra personalet.

Dette uttrykkes slik:

«Men vi skal ikke slippe ut noe informasjon, den informasjonen hun vil innhente, den skal hun innhente av han».

En annen lovpålagt oppgave som tverrfaglig team har, som også påvirker beslutningsprosessen, er at pasienter har rett til brukermedvirkning (2016). Det vil si at pasientens tanker og ønsker skal ivaretas når det skal legges en videre plan for han eller henne. Helsearbeidere har plikt til å ivareta pasientens ønske om medvirkning. Tverrfaglig team innhentet alltid informasjon fra pasienten om hva hun eller han ønsket etter oppholdet på institusjonen. I tilfellene hvor pasienten ikke hadde blitt spurt hva han eller hun ønsket i det videre forløpet, ble det avtalt å spørre pasienten så fort som mulig.

Før møte i tverrfaglig team blir det kartlagt hvorvidt pasientene har ønske om å reise hjem. Beslutningen som teamet gjør er ikke om pasienten skal reise hjem eller ikke, men om pasientens ønske kan realiseres. Dette ble aktualisert i datamaterialet hvor teamet diskuterte hvilke bistandsbehov pasienten skulle ha ved hjemreise. I et tilfelle ønsket pasienten å klare mest mulig selv og teamet hadde blitt enig med pasienten hva det innebar for henne og hvilken hjelp hun var villig til å ta imot. På en slik måte ble sikkerheten og brukermedvirkning ivaretatt.

Pasientens ønske ble uttrykt slik:

«Jeg tror hun er sånn at hun vil gjøre mest mulig selv».

I andre tilfeller opplevde teamet at pasienten ikke ville ta imot bistand i hjemmet i det hele tatt. Når dette oppstod ble teamet enige om å snakke med pasienten flere ganger om å ta imot hjelp, men hvis pasienten ikke lot seg overtale ble det vanskelig å forsvare en trygg overgang til hjemmet.

Da ble pasientens ønske uttrykt slik:

«Hun tar ikke imot hjelp».

«Han vil på sykehjem».

Det at pasienten skal være med å bestemme hva som skal skje videre i sitt eget pasientforløp, får konsekvenser for den tverrfaglige beslutningen. Det betyr at teamet i de fleste tilfellene har spurt pasienten selv hva han eller hun ønsker, før den tverrfaglige diskusjonen for videre forløp blir tatt. Denne tverrfaglige beslutningen omhandler mer om hvordan man kan tilrettelegge for at pasientens ønske skal gjennomføres med tanke på for eksempel bistand og hjelpemidler. Brukermedvirkning sørger for at pasienten er involvert i egen situasjon, men det innebærer også at pasienten har noe av beslutningsmakten for hva som skal skjer videre i forløpet.

Hensynet til brukermedvirkning uttrykkes slik:

«Noen som har snakket med henne om det?».

4.4 Faglig skjønn

Profesjonsvurderinger er kartlegginger og observasjoner de representerte profesjonene gjør under oppholdet til pasienten og som de baserer sine beslutninger på. Ut fra møtene som er observert, gjør alle profesjonene vurderinger innen sine fagfelt, men det kommer ikke helt frem om de samarbeider om felles målsettinger for pasienten eller om de setter målsettinger innenfor hvert enkelt fagfelt. Beslutningene handler i stor grad om pasienten kan reise hjem eller ikke. Imidlertid er det vanskelig å få tak i hvilke faktorer som avgjør om pasienten kan reise hjem eller ikke. Det som framkommer på møtene er at hver enkelt profesjon avgjør innenfor sitt fagfelt om en pasient er ferdig vurdert og avklart. På et møte ble det sagt at pasienten var avklart medisinsk sett og fra det medisinske ståstedet kunne pasienten reise

hjem. Det ble da opp til de andre fagvurderingene å avgjøre hvorvidt pasienten var i stand til å reise hjem og eventuelt når en hjemreise kunne gjennomføres.

Det ble uttrykt slik:

«For sånn medisinsk sett så trenger hun ikke å være her».

Men den medisinske beslutningen har relativt stor påvirkning for beslutningene som tas. På et møte ble det sagt at pasientens medisinske status gjorde at pasienten ikke var i stand til å reise hjem til egen bolig. Da spilte det ingen rolle hvilke faglige vurderinger de andre profesjonene hadde gjort. Dette fordi den medisinske tilstanden tilsa at utreise var uaktuelt.

Dette uttrykkes slik:

«Det er på medisinsk bakgrunn at han ikke klarer å ta vare på seg selv i hjemmet».

Pasientens kognitive situasjon syntes ikke å være like avgjørende for hjemreise som pasientens medisinske situasjon. Pasientens kognitive situasjon dreide seg om pasienten er i stand til å ta vare på seg selv i egen bolig eller om hun eller han utgjør noen fare for seg selv. Pasientens kognitive situasjon avgjør også hvorvidt pasientens eget ønske skal tas hensyn til. Gjennom observasjon innhenter teamet informasjon om hvordan pasienten løser dagligdagse gjøremål i avdeling som for eksempel under stell og måltider. Andre ganger observeres pasienten i fysiske gjøremål eller om pasienten er orientert for riktig tid og sted.

Observasjonene ble uttrykt slikt:

«Den ressursen hun virkelig har er jo, er jo at hun er klar og orientert».

«Hun er ekstremt ukritisk».

«Det er bare vanskelig å huske rullatoren, for hun steg over den, den var mer et hinder.»

Når pasientens kognisjon er redusert, må teamet vurdere hans eller hennes samtykkekompetanse for å vite om hvordan de skal forholde seg til pasientens ønske, grad av brukermedvirkning og om pasienten har tilstrekkelig ferdigheter til å kunne klare seg selv i det daglige. Når teamet diskuterte om pasienter kunne reise hjem ble pasienter som var klar og orientert vurdert til å ha en ressurs til å kunne klare seg. Pasienter som hadde kognitiv svikt ble ofte vurdert til å ikke kunne klare seg hjemme på grunn av at hun eller han var ukritisk.

Det å være ukritisk kan gjøre at pasienten er en fare for seg selv hvis han eller hun tror man har større selvstendighet eller funksjon enn det som er realiteten. Dette kan handle om matlaging hvor man glemmer at komfyren står på eller at man overvurderer egen evne til forflytning med eller uten ganghjelpemiddel som videre kan føre til fall. Observasjonene fra møtene viser at pasientens kognisjon vektlegges i beslutningsprosessen. Det ble ikke sagt at en pasient ikke kan reise hjem fordi han eller hun var for redusert kognitivt, men det ble brukt for å underbygge den beslutningen de vurderte.

Vurdering av pasienten kognitive status ble uttrykt slik:

«Men så lenge vi, eh, ikke har fratatt han noe samtykkekompetanse for akkurat det der, så må vi eventuelt bare skrive han ut til hjemmet. Og så må hjemmesykepleien bidra med det de kan og så ser man, og det funket ikke, ok. Det er egentlig dit vi kommer så lenge vi ikke har fratatt han samtykkekompetansen og det mener jeg at det ikke er grunnlag for å gjøre».

En annen vurdering som ble vektlagt på samme måte som den kognitive vurderingen er funksjonsvurderingen. Disse vurderingene avgjorde sjelden alene om pasienten kunne reise hjem eller ikke, men ble brukt sammen med andre vurderinger på andre områder.

Funksjonsvurderingene i dette datamaterialet omfatter evne til forflytning og på denne institusjonen var forflytningsevnen ofte relatert til fallfaren. På et av møtene ble det referert til en pasient som hadde en kontinuerlig risiko for fall selv i sittende stilling. Denne fallfaren ble vurdert til å være på grunn av pasientens kognitive funksjon. En annen pasient var veldig ustødig når han eller hun gikk og hadde falt flere ganger på grunn av dårlig balanse. Denne pasienten hadde fallfare på grunn av den fysiske situasjonen. I sin egen bolig må pasienten forflytte seg flere ganger daglig. Selve fallfaren ble aktualisert på møtene som et grunnlag for at pasienten ikke kunne reise hjem. Når fallfare ble brukt som en begrunnelse for at pasienten ikke kunne reise hjem, var det oftest fallfare knyttet til at pasienten var ukritisk. Når fallfaren var knyttet til fysiske årsaker var ikke hjemreise utelukket. I de tilfellene hvor pasienten fungerte godt fysisk ble pasientens fysiske funksjon brukt for å underbygge andre argumenter til at hjemreise kunne være aktuelt. Hvis pasienten fungerte godt fysisk, ble fokuset flyttet til andre problemstillinger. Hvis funksjonsvurderingen tilsa det motsatte av det den beslutningen teamet vurderte, så ble den ikke brukt til å utfordre den valgte beslutningen.

Vurderingene ble sagt slik:

«Hun har hatt flere tilfeller hvor hun faller ut av, eller glir ut av stolen».

«Stor fallfare der da, hun er jo ukritisk» og «Kommer i veien (stolen), den opplever jeg som fare for henne».

«Ja, hun går, hun går med stokken og det går helt fint altså».

«Gikk nå som bare det. Det var ikke noe, det er ikke noe fysisk».

I avsnittene over er det resultater med faglige vurderinger og i hvilken grad de påvirker beslutningene. Under enkelte møter var det utsagn som ikke ble begrunnet. Med manglende begrunnelse menes det at det ikke blir sagt bakgrunnen for vurderingen som sies. På et møte ble det uttalt at et av teammedlemmene ikke så for seg at pasienten kunne klare seg hjemme i egen bolig. Forut for dette utsagnet diskuterte teamet pasientens boligsituasjon. Det ble nevnt at pasienten hadde egen bolig og at det kunne være aktuelt med en bolig tilknyttet en base for bistand, før det ble sagt at det var umulig å se for seg at pasienten skal klare seg hjemme. Det ble ikke begrunnet eller utdypet hvorfor teammedlemmet ikke så for seg at pasienten kunne klare seg i egen bolig. Det blir ikke etterspurt om hvorfor fra noen av de andre medlemmene i teamet.

Det ble sagt slik:

«For å si det sånn, jeg klarer ikke å forestille meg at hun skal klare å fungere i egen leilighet».

I et annet tilfelle hvor det blir sagt en vurdering uten å begrunne det med noe faglig, handlet diskusjonen om at pasienten ikke var helt klar for hjemreise enda. I et pasientforløp starter diskusjonen omkring at det måtte til et hjemmebesøk på grunn av pasientens endring i funksjonsnivå, at hun var blitt mer selvstendig i stell og at hun hadde en del hjelpemidler fra før. Diskusjonen ender med at de konkluderer med at pasienten må komme seg litt for å kunne reise hjem og at de setter ny dato en uke frem i tid. Utsagnet mangler spesifisitet for hva de skal vurdere etter en uke frem i tid. Det diskuteres ikke hva de skal observere den kommende uken eller hva pasienten mangler for å kunne klare seg selv. Når de da skal ta opp pasienten på nytt om en uke, hvordan vet de at pasienten har blitt bedre?

Dette ble sagt på følgende måte:

«Jeg tror hun må komme seg litt mer så hun blir mer rustet til å være hjemme».

Selv om hver profesjon stort sett jobbet innenfor sine fagfelt og jobbet mest på egen hånd, var det tilfeller hvor de samarbeidet. De innlagte pasientene har sjelden bare en problemstilling og det er mange faktorer som spiller inn på pasientens situasjon og en eventuell bedring. Teamet hadde situasjoner hvor de samarbeidet for å tilrettelegge for hverandre. Noen pasienter var plaget med smerter og kvalme og fikk derfor ikke gjennomført hverken personlig stell eller trening. Da ble møtet brukt som en arena for å involvere flere, som i dette tilfellet legen og sette i gang tiltak for å mobilisere pasienten, slik at flere profesjoner får gjort sine vurderinger og tiltak. Å mobilisere pasienten er eksempelvis å få en pasient opp fra sengen, kunne stelle seg på badet, opp å gå med eller uten hjelpemidler og dagligdagse gjøremål.

Følgende ble sagt og avtalt:

«Men der tenker jeg at vi må ha fokus på å gi affipran før måltid og gi smertestillende tidlig før mobilisering».

4.5 Ressursbehov

Noe som påvirker den tverrfaglige beslutningen er jobben med å ivareta pasientens autonomi, kartlegge hvor mye bistand skal pasienten ha ut i fra personlig behov eller hvordan boligen er utformet og vurdere om pasienten kan bo hjemme eller ikke. Noen ganger bruker teamet diskusjonen om ressursbehovet som en del av beslutningsprosessen for å kunne si noe om det er mulig at pasienten kan klare seg i egen bolig med bistand og tilrettelegging. Men andre observasjoner viser at diskusjonen om ressursbehov kan være paradoks. På den ene siden benyttes de tverrfaglige møtene til å diskutere pasientens ressursbehov som en del av beslutningsprosessen. På den andre siden så blir pasientens ressursbehov i hjemmet diskutert på møtene før beslutningen om pasienten skal reise hjem eller ikke blir tatt.

Pasientens bistanndsbehov er i dette materialet aktuelt for pasienten kan bo hjemme eller ikke. Det handler om hvordan boligen er tilrettelagt, det handler om hva pasienten trenger av personlig bistand for å kunne bo hjemme, og hvilke hjelpemidler som er nødvendig for at pasienten skal kunne fungere i egen bolig. Noen ganger er det pasientens boligsituasjon som

gir utfordringer. Det var tilfeller hvor pasientens fysiske funksjon var redusert av den aktuelle problemstillingen og boligens utforming umuliggjorde hjemreisen.

Denne problemstillingen ble uttrykt slik:

«Hun har trapp, det er over to plan, så hun måtte kunne gå trapp før hun reiser hjem»

Andre pasienter har flere plan i boligen som teamet måtte vurderes hvordan skulle løses. Må pasientens funksjonsnivå bedres, kan det bedres eller kan pasienten klare seg i boligen uten å benytte alle planene. Boligspørsmålet kan ses på som en elimineringsprosess enn en beslutningsprosess. Hvis pasienten ikke kan klare seg i egen bolig selv om man setter inn bistand, er allerede beslutningen tatt. Pasienten kan ikke reise hjem til egen bolig. Da går beslutningsprosessen videre til å diskutere om pasienten kan bli bedre eller om sykehjem er det rette tiltaket.

Følgende ble uttalt om pasienters bolig:

«Hun bor i 3 etg uten heis».

Hvis teamet beslutter at boligen ikke er tilrettelagt og at den ikke lar seg tilrettelegge, avsluttes diskusjonen om videre ressursbehov. Hvis boligen er tilrettelagt slik at pasienten kan bo hjemme må teamet vurdere pasientens behov for personlig bistand og behov for hjelpemidler. Det må vurderes hvilket behov pasienten har på personlig stell som hygiene, daglige gjøremål, og matinnkjøp. Vurderinger knyttet til personlig stell handler om pasienten klarer å gjøre det selv, om pasienten tar initiativ til å gjøre det selv og om pasienten er villig til å ta imot hjelp hvis det er behov for det.

Vurderingene ble uttrykt slik:

«Men det sto i hvertfall at det nesten var en forutsetning at skulle hun hjem, måtte hun ta imot mere hjelp».

«Hun er nå fullt pleietrengende hvertfall, det er jo ingenting hun gjør på eget initiativ»

«Praktisk bistand, hushold så har hun hjelp til vask og sånn, hjemmesykepleie, praktisk bistand person en del ganger om dagen, bading ja, og røykvarsler har hun nå, trygghetsalarm, fysioterapi i hjemmet og matombringning»

Videre må det vurderes hvilket funksjonsnivå pasienten har i forhold til å klare daglige utfordringer i hjemmet eller om det er behov for ganghjelpemidler. Det må også vurderes hvilket hjelpemiddel som er aktuelt for at pasientens skal være så selvstendig som mulig. Dette kan være hjelpemidler i forflytning eller hjelpemidler som kan benyttes for å gjøre daglige gjøremål enklere. Dette kan være toalettstol, støttehåndtak, høyere stol og dusjstol. Diskusjonen omkring hjelpemidler virker ikke å være det som avgjør om pasienten reiser hjem eller ikke. Denne diskusjonen finner ofte sted etter at beslutningen om at pasienten skal reise hjem allerede er tatt. Hvis pasienten godtar bistand i hjemmet og det blir vurdert at pasienten kan ivaretas tilstrekkelig med hjemmesykepleie, setter teamet opp hva pasienten trenger bistand til. Det er her paradokset som ble nevnt dukker opp. Brukes denne diskusjonen til å ta beslutningen, eller er den allerede tatt og derfor diskuterer de hvordan pasienten skal klare seg hjemme i egen bolig.

Pasientens behov for hjelpemidler ble uttalt slik:

«Hun går med prekestol»

«Hun har dusjstol og støttehåndtak i dusjen».

4.6 Pasientnære forhold

Pasientnære forhold handler om pasientens nettverk, engstelse og motivasjon. Med nettverk menes pasientens sosiale nettverk i form av familie, venner eller naboer. Nettverket blir av teamet vurdert som en ressurs for å forhindre ensomhet og for at pasienten får noe bistand utenom det kommunale. Det at pasienten kunne føle seg ensom ble også vurdert som at pasienten kunne føle seg utrygg i egen bolig. Teamet var usikre på hjemreise når pasienten følte seg veldig alene. I beslutningsprosessen var ikke nettverk avgjørende for om de kunne sende hjem pasienten eller ikke, men hvis de allerede var usikre på en hjemreise så ble manglende nettverk med å underbygget at pasienten ikke burde reise hjem. På lik måte ble det at pasienten hadde nettverk som var positiv til at pasienten skulle reise hjem brukt for å underbygge en beslutning, men ikke som et argument i seg selv.

Følgende ble sagt om nettverk:

«Hun er jo veldig ensom, hun er jo enke, ingen barn».

«Hun er veldig redd for å være alene og sånn».

«Hun har en niese som er veldig på da, som er positiv med det her skal vi klare og dette skal gå bra. Niesen var forberedt på å få henne hjem».

I tillegg til pasientens nettverk og grad av engstelse, vil motivasjon være med å påvirke veien videre for pasienten. Pasientens motivasjon for å bli bedre eller lysten til å reise hjem påvirker planleggingen av en hjemreise. Noen pasienter er motiverte for å bli mer selvstendig i daglige gjøremål slik at de kan reise hjem. Disse pasientene ble opplevd som motiverte fordi de tok initiativ til å gjøre daglige gjøremål selv og prøve på gjøremål som var utfordrende å mestre. Pasientene ble også opplevd som motiverte når de trente på egen hånd utenom faste avtaler med noen av personalet. Pasienter som tok lite initiativ til aktivitet ble vurdert til å ikke være motiverte til å bli bedre og kunne reise hjem. Teamet vurderte pasientens motivasjon for å reise hjem. Pasientene som var motiverte for å reise hjem tok oftere initiativ og uttrykte at de ønsket å kunne komme hjem til seg selv.

Pasientenes initiativ ble uttrykt slik:

«Så har hun jo blitt selvstendig i stell og går inn på badet selv».

«Hun tar seg noen runder og går og trener også».

«Hun sitter for det meste i en stol».

Det var også pasienter som uttrykte muntlig at de ikke ønsket å reise hjem og ville bli på den kommunale institusjonen. Om pasienten er motivert for opptrening og hjemreise vil kunne påvirke teamets beslutning for videre forløp gjennom det at pasientforløpet tar lengre tid enn antatt fordi pasienten tar lite initiativ selv og fremgangen går sakte. Andre ganger kan det være vanskelig for teamet å få noen fremgang hos pasienten fordi han eller hun ikke har tenkt seg hjem og dermed ikke gjør noe for at det skal være mulig.

Pasientens motivasjon kunne uttrykkes slik:

«Hun mener hun skal være her hun»

«Så motivasjonen for å komme hjem er jo veldig høy da».

Pasientens motivasjon vil som nevnt i avsnittet over påvirke om pasienten blir bedre og om pasienten vil hjem eller ikke. Noen ganger ble tverrfaglig team utfordret av at pasientens motivasjon og pårørendes motivasjon ikke er det samme. Relasjonen mellom pasienten og hans eller hennes pårørende vil påvirke tverrfaglig team og beslutningsprosessen. Det var tilfeller hvor pårørende hadde tydelige mål og ønsker for pasienten, men pasienten selv hadde andre ønsker. Disse målene eller ønskene kunne være knyttet til oppholdet på den kommunale institusjonen og oppfølgingen som pasienten får der. Dette er da ofte knyttet til trening med fysioterapeut. Pårørende ønsker at pasienten skal få trening med fysioterapeut, selv om pasienten selv har frasagt seg dette når han eller hun fikk tilbud om trening. Noen pårørende ønsker at sine nære at de skal kunne gå med rullator, men pasienten har blitt vurdert til å være utrygg og ukritisk i forflytning slik at dette ønsket ikke kan innfris. Her handler det om at når pårørende og pasienten har ulike ønsker og behov, så påvirker det prosessen i tverrfaglig team. Her vil det hensynet til brukermedvirkning komme til syne gjennom hvilke ønsker og behov det skal tas hensyn til. De ulike ønskene for hvilken behandling eller trening pasienten skal ha under opphold viser at pårørende ikke bare ønsker påvirke selve beslutningen for hva som skal skje etter endt opphold på institusjonen, men pårørende ønsker også å påvirke innholdet i oppholdet, selv om de ønsker noe annet enn det pasienten selv vil.

Dette vises følgende sitater fra møtene:

«Det eneste de(pårørende) sa var at hun burde fått litt mere trening for armene da. Prøvde å forklare at hun ikke ville det selv».

«Hun går nå med rullator noen skritt, men hun sitter ikke trygt og hun virker veldig ukritisk synes jeg da».

5.0 Diskusjon

Innledningsvis ble det stilt to forskningsspørsmål som denne oppgaven har til hensikt å svare på. Spørsmålene var «Hvem tar beslutningene i en kommunal institusjon» og «Hva påvirker beslutningsprosessen i et tverrfaglig team i en kommunal institusjon?». For å kunne svare på problemstillingene disponeres diskusjonsdelen i tre deler. Det er tverrfaglig samarbeid, struktur og ledelse og kriterier for beslutninger.

5.1 Tverrfaglig samarbeid

Molleman et al. (2010) og Crepau (1993) fant at tverrfaglige møter ble brukt som en arena hvor hvert teammedlem delte sin informasjon på bakgrunn av sin interaksjon med pasienten. Informasjonsutveksling og koordinering er en viktig del av tverrfaglige møter. Dette harmonerer med funn i denne studien hvor tverrfaglige møter blir brukt som en arena for å oppdatere hverandre på pasientens status eller forløp og som en rapporteringsarena av profesjonenes interaksjon med pasienten eller pårørende. Når møtene i stor grad blir brukt til å oppdatere eller informere hverandre kan det være grunn til å se nærmere på det å jobbe med tverrfaglig tilnærming og det å jobbe med flerfaglig tilnærming.

Tidligere studier har sammenlignet det å arbeide tverrfaglig og flerfaglig. Det å arbeide tverrfaglig har fordeler som et mer helhetlig syn på pasientens problemer, redusert liggetid på institusjon, bedre koordinering av ulike behandlinger og bedre kommunikasjon på tvers av profesjoner (Körner 2010, Lanceley et al. 2008). I min studie gir resultatene grunnlag for å diskutere om teamet arbeider med tverrfaglig tilnærming eller flerfaglig tilnærming.

Resultatene viser at de ulike profesjonene i teamet arbeider fagspesifikt og det kan se ut som at teamet sjelden samarbeider om ulike oppgaver knyttet til pasientene. Det at profesjonene er fagspesifikke handler om at det er tydelige skiller for hva de ulike profesjonene kartlegger i sine interaksjoner med pasienten. Dette blir synlig på møtene ved at profesjonene informerer og vurderer ut fra sine spesifikke områder.

Definisjonene på tverrfaglig samarbeid har tydelige krav på hva tverrfaglig samarbeid er (NOU 2000:12, side 112). Dette er forutsetningene for å arbeide tverrfaglig. Denne definisjonen kan forstås slik at det er ulike faggrupper som har med seg sin spesifikke kompetanse inn i gruppen. I følge Smeby (2013) er denne kompetansen hver profesjons eget vitenskapelige kunnskapsgrunnlag. Denne kompetansen bør være kjent i gruppen. Det at faggruppene utfyller hverandre kan forstås som at med hver profesjon sin spesialkompetanse,

danner gruppen en felles kunnskap som gir en ny dimensjon og forståelse for en pasients problem eller målsetting. Hver profesjon sitt kunnskapsgrunnlag skal være anerkjent, forstått og være et bidrag til det nye kunnskapsgrunnlaget som det tverrfaglige teamet har til felles. Det tverrfaglig teamet i denne studien fyller kriteriene ved å være en gruppe med ulike profesjoner som går sammen. Men innholdet i kommunikasjonen på møtene gjør det vanskelig å argumentere for at teamet har en felles forståelse for måten de skal møte pasientens problemer på. Det kan se ut som at teamet går sammen om oppgaven om å ta en beslutning på vegne av pasienten for veien videre, men veien mot en vurdering eller beslutning gjør profesjonene hver for seg. Eksempel på dette var at teamdeltakerne vurderte pasienten som utreiseklar på ulike tidspunkt. Det kan tolkes slik at profesjonene vurderte kun fra sitt fagfelt og ikke ut fra en felles forståelse som er bygd på hverandres kompetanse. Det kan vise lite innsikt i hverandres fagfelt når en vurderte pasienten til å kunne reise hjem, mens en annen mente at pasienten enda var uavklart.

I følge Lauvås & Lauvås (2004) er formålet med tverrfaglig samarbeid å utvikle et kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og profesjoner. Det betyr at de som samarbeider utvikler en tverrfaglig kompetanse, i tillegg til sin fagspesifikke kompetanse. På grunn av denne kunnskapen kan teamdeltakerne se verdien av hverandre kunnskap og utnytte hverandre for å løse felles oppgave. Denne utnyttelsen av hverandres kunnskap gjør at de involverte er gjensidig avhengige av hverandre for å fullføre oppgave (Lauvås og Lauvås 2004). Dette bygger opp under forståelsen av den tverrfaglige definisjonen hvor teamets felles kunnskap skaper en ny dimensjon og forståelse. Det finnes det få eller ingen eksempler i min studie på at teamet unytter hverandre kompetanse for å nå hovedmålsettingen eller delmålsettinger. Det er også et fåtall av ganger at teamet definerer målsettinger for pasienten i fellesskap på møtene. Det er derfor noe utydelig hva den felles oppgaven til tverrfaglig team er. Funn i studien tyder på at fellesoppgaven til teamet er å avgjøre om pasientene kan reise hjem eller ikke. Hvorvidt det blir satt målsettinger eller om profesjonene arbeider tverrfaglig sammen på andre arenaer kan ikke denne studien si noe om.

Med bakgrunn i møtene fyller teamet de flerfaglige kriteriene bedre enn de tverrfaglige kriteriene (NOU 2000:12, side 112). Tolkningen av definisjonen viser til at teamet samarbeider om å vurdere om pasienten kan reise hjem eller ikke, men de vurderer og informerer innenfor sine spesifikke fagfelt. Funn fra studien som tyder på flerfaglig samarbeid er at når teamet diskuterer i møtene er det tydelig hvilke områder hver enkelt profesjon har ansvar for. Hver profesjon har ansvar for ulike sider av pasientens situasjon. Det var også

eksempler på profesjonene ikke hadde oversikt over hverandre og hvordan de arbeidet med pasienten. Det kan virke som teamdeltakerne har tydelig grenser for hvem som arbeider med hvilke sider av pasienten og de samarbeider om å avgjøre hva som er best for pasienten etter endt kommunalt døgnopphold. Dette samsvarer mer med definisjonen om flerfaglig enn tverrfaglig samarbeid.

Samhandlingsreformen (Meld.St.47 (2008-2009)) skisserer fem hovedgrep som skal imøtekomme kravene om helhetlige pasientforløp. De fem grepene handler i stor grad om å ivareta pasientene gjennom helhetlige pasientforløp. Helhetlige pasientforløp handler om en tydelig pasientrolle med verktøy som brukermedvirkning, det handler om å forebygge og ha en innsats i sykdomsforløpenes tidligere faser og det er økonomiske intensiver for å få ferdigbehandlede pasienter ut til kommunene. Det handler også om en korrekt oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste hvor helheten ivaretas gjennom å se pasientens behov og ivareta behovene til rett tid, med rett kompetanse. Til sist er grepet om å fokusere på helheten i pasientforløpene slik at beslutningene svarer til aktuelle pasientbehov.

Institusjonen i denne studien er kommunal og skal bære preg samhandlingsreformen. I samhandlingsreformens grep nummer en, som handler om bruk av brukermedvirkning, kan argumenteres for å være implementert i denne studiens institusjon gjennom etablert bruk av samarbeid og inkludering av pasientens i vurderingsprosessen. Samhandlingsreformens grep tre som er økonomiske intensiver for hver dag en utskrivningsklar pasient må vente på kommunal tjeneste er iverksatt og institusjonen må forholde seg til dette gjennom å kontinuerlig ta imot pasienter. Man kan undre seg på om det tredje grepet påvirker kvaliteten på oppholdene og beslutningene. Et slikt grep kan tenkes å legge press på tverrfaglig team om å få raske pasientforløp hvor man kanskje ikke får nok tid til å observere pasientene og effekt av tiltak. Dette kan kanskje settes i relasjon med at helsedirektoratet (2016) har funnet at eldre over 70 år har økt antall reinnleggelser etter samhandlingsreformen kom. Funn i denne studien viser at tverrfaglig team er bruker tid til å observere pasienten tilstrekkelig for å få de vurderingene de har behov for og fordi pasientens helsesituasjon kunne endre seg fra en dag til en annen. Disse funnene kan vise at økonomiske intensiver ikke påvirker lengden på pasientforløpet i særlig grad.

Siden det kan virke som at teamet i denne studien har et flerfaglig samarbeid, reiser det spørsmål omkring ivaretagelsen av helheten, som ifølge definisjonen ikke blir helt ivare tatt. Helheten er en viktig del i samhandlingsreformen (Meld.St.47 (2008-2009)). Grep nummer to, fire og fem i samhandlingsreformen forutsetter et helhetlig pasientforløp og at beslutningene skal ivareta helheten i større grad. Da kan det tenkes at et team med en flerfaglig tilnærming som kan ha vansker med å ivareta helheten, også vil ha vansker med å disse tre grepene. Den manglende oversikten over helheten vil kunne påvirke kvaliteten på behandlingen pasientene mottar (Körner 2010). Når helheten uteblir kan det påvirke kvaliteten på samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene slik grep fire skisserer. Det vil også være utfordrende å sette inn rett tjenestenivå til rett tid slik grep fire også skisserer. En manglende helhet vil også utfordre grep to og fem hvor en manglende oversikt over pasientens totale situasjon vanskeliggjør en forebyggende tenkning og at beslutningene svarer til det aktuelle pasientbehovet.

I følge Greenhalgh et al. (2008) er beslutningsprosessen lang, diffus og skjer ofte på flere steder. I tillegg er det vanskelig å påpeke spesifikke øyeblikk hvor en beslutning tas. Resultater i denne studien samsvarer med at det er en diffus prosess og at prosessen skjer på flere steder. Eksempler på dette i denne studien er at det ikke kommer frem på møtene hvilken type pasientinformasjon som innhentes og benyttes i beslutningsprosessen og målsettinger med oppholdet blir ikke kommunisert på møtene. Funn i min studie kan også tyde på at beslutningsprosessen skjer flere steder når noen av teamdeltakerne møtes på flere arenaer. Når legen og sykepleieren møtes to ganger i uken kan det være at de også diskuterer forløp og behandling. Dette er det grunn til å tro fordi i møte med pasientene kan det ofte være nødvendig med informasjon om hva som skal skje videre med tanke på deres problemstillinger. Hvilken type behandling pasienten skal ha trenger ikke nødvendigvis å være relevant for tverrfaglig team, men kommunikasjon om videre forløp kan tenkes å være en felles aktivitet hvor involverte profesjoner går sammen om å vurdere videre forløp.

Funn i denne studien viser også at på enkelte beslutninger tverrfaglig team tar, er avventende. Med dette menes at beslutningen om utreise utsettes på grunn av behov for observasjon av pasienten eller for å vente på at andre instanser skal gi tilbakemelding. Å være avventende i beslutningene kan på den ene siden ses på som at teamet er usikker på om pasientens situasjon og det er behov for mer tid til observasjon.

På den andre siden kan det være knyttet til de kritiske punktene (Körner 2010) fant i sin studie. Disse kritiske punktene handlet om at et flerfaglig team vil ha utfordringer knyttet til samarbeidet som påvirket grad av gjennomføring av oppgaver, følelse av samhold i teamet og hvor villig man er til å ta ansvar. Når beslutningene er avventende kan det også tolkes som at ingen i teamet er villig til å ta ansvaret for å sette i gang beslutningsprosessen om hvorvidt pasienten kan reise hjem eller ikke. De ender derfor opp med en beslutning om å forlenge oppholdet og utsette diskusjonen om videre forløp. Hvis det er slik at ingen ønsker å ta ansvar og ta en beslutning, vil det også potensielt påvirke i hvilken grad teamet får gjennomført sine arbeidsoppgaver på. Ved å utsette en beslutning må vurderingsprosessen vedvare fram til neste møte. Dette vil kunne påvirke effektiviteten på hvor mange andre oppgaver teamet sammen og temadeltakerne hver for seg kan gjennomføre parallelt. Ved å utsette beslutningene vil altså også effektiviteten kunne påvirkes fordi teamet har flere oppgaver de utfører sammen og hver for seg som også må forskyves. Lanceley et al. (2008) fant i sin studie at en tverrfaglig tilnærming medførte redusert liggetid på institusjon. Liggetiden per pasienten sier ikke funnene i min studie noe om. Men på grunn av at teamet i min studie har avventende beslutninger hvor de enten venter på tilbakemeldinger eller har behov for å observere pasienten over lengre tid så kan det tenkes på påvirke liggetiden. En tverrfaglig tilnærming vil ifølge Lanceley et al. (2008) fører til bedre kommunikasjon på tvers av profesjoner. Funn i min studie viser at teamdeltakerne sier at de ikke vet hva de andre profesjonene gjør sammen med pasienten. Dette kan være et eksempel på at det ikke er kommunikasjon på tvers av profesjoner. På en annen side kan funnet i min studie når teamet tok en beslutning uten at fysioterapeuten var tilstede vise at det er kommunikasjon på tvers av profesjoner.

Ved å følge dette kritiske punktet om ansvar, kan det også ses i sammenheng med at de ulike profesjonene som er representert i tverrfaglig team har ulik utdanning og utøver ulike yrker. Deres bakgrunn i form av utdanning, yrkesetikk, utøvelse av faglig skjønn og hvordan de samarbeider med andre, er sentrale punkter for samarbeid på tvers av profesjoner (Torgersen 1972). Det at et team er sammensatt av ulike profesjoner som utøver sine fag på ulike måter, har ulike retningslinjer for hvordan de samhandler med andre profesjoner og med pasienter, vil være krevende for et flerfaglig team. Da tilfører alle teamdeltakerne sin kompetanse til teamet, men det utgjør kanskje ingen helhet eller en felles kunnskapsplattform. Med dette menes at når teamet kanskje ikke har en felles plattform hvor de har en felles forståelse, er det også utfordrende å ta en beslutning i fellesskap. Oppsummert kan altså avventende

beslutninger både forstås som teamets måte å forsikre seg om riktig beslutning til riktig tidspunkt. På den andre siden kan det også forstås som at et flerfaglig team vil ha vanskeligheter med å se helheten i pasientens problemer og ingen tar på seg ansvaret for en beslutningsprosess fordi fellesforståelsen uteblir.

5.2 Struktur og ledelse

Beslutninger i helsevesenet har blitt mer komplekse med flere diagnoser og flere muligheter for behandling. Økt forståelse av diagnoser øker kompleksiteten på beslutningene som skal tas. Sannsynligvis skal man stabilisere pasienten fremfor å kurere (Hunink et al. 2001). I beslutningsprosessen blir det derfor sentralt å indentifisere hovedproblemet (ibid). Det at beslutningene har høy grad av kompleksitet viser funn i denne studien også. Resultatene viser at pasientens helsesituasjon kan endre seg fra en dag til en annen. Forverringene i helsesituasjonen kunne handle om forverringer av en diagnose eller nye tilstander. Dette kan bli en problemstilling for teamet fordi en pasient kan ha flere diagnoser som påvirker pasientens tilstand. Ulike problemstillinger knyttet til de ulike diagnosene øker kompleksiteten fordi teamet kontinuerlig vurderer om pasienten er frisk nok til å reise hjem. Det betyr at teamet kanskje må ta beslutninger mens de enda er usikre på forløp. En side av diagnosene er at det i større grad handler om å stabilisere, men teamets utfordringer ligger også i at det er flere diagnoser som skal stabiliseres samtidig. I tillegg utfordres beslutningsprosessen og beslutningsgrunnlaget hvis det er slik resultatene i denne studien viser, at det ikke blir kommunisert et hovedproblem på de tverrfaglige møtene. Endringer i pasientens helsesituasjonen medfører ofte avventende beslutninger i denne studien.

Resultatene i denne studien tyder på at møtene ikke gjennomføres likt fra gang til gang. Det er flere eksempler på avbrytelser utenifra og det er flere ganger at teammedlemmer sitter i interne samtaler på møter. Med utgangspunkt i at tidspunkt og arena for tverrfaglige møte er kjent for alle i avdeling, så kan man undre på om hvor anerkjent samarbeidet mellom profesjoner er. I min studie er det to faktorer som gjentar seg på møtene. Den ene er måten de går igjennom pasientene på. De begynner øverst på pasienttavlen og arbeider seg nedover listen. Hvis møtene ikke ledes eller gjennomføres likt kan det også bli usikkerhet knyttet til hva de ulike profesjonene skal bidra med og hva de skal forberede. Det kan være at de ikke vet hvordan møtet kommer til å gjennomføres og det vet ikke hva de skal bidra med fra møte

til møte. Det er derfor ansett som legitimt med både avbrytelser utenifra og innad på møtet fordi møtene er uformelle.

Det andre som strukturerer møtene er at det er legen som etterspør informasjon fra de andre profesjonene og som sier ifra når de skal ta en beslutning. Selve beslutningen bestemmes ikke mer av legen enn andre deltakere i teamet. Dette samsvarer med Gair & Hartery (2001) sine funn. De fant i sin studie at legen hadde en fast stol som ingen andre gjorde krav på og at legen som satt i den stolen avgjorde når teamet skulle konkludere og ta en beslutning for videre forløp. Det at legen sitter i samme stol, trenger ikke nødvendigvis være det samme som at legen har en lederrolle i teamet. Funnt i andre studier viser at et godt fungerende team må ha en teamleder og teamlederen må ha en tydelig rolleavklaring (Mickan & Rodger 2000, Schofield & Amodeo 1999 og Gair & Hartery 2001). Det at legen etterspør informasjon av de andre teamdeltakerne og avgjør når de skal konkludere, kan anses som en lederrolle. Men på den andre siden kan denne lederrollen være utydelig fordi det kan også ses på som en medisinsk dominans hvor legen bestemmer hvilken informasjon de andre profesjonene skal bidra med. Det at en profesjon bestemmer hvilken informasjon som skal belyses kan gi grunnlag for å spørre om helheten i pasientens situasjon blir ivaretatt. Dette kan påvirke kvaliteten på beslutningene. Med kvalitet menes det å ha en beslutningsprosess basert på pasientens helhetlige situasjon, som samhandlingsreformen skisserer (Meld.St.47 (2008-2009)) Selv om en profesjon har en lederrollen i teamet, så kan ikke de andre profesjonene fraskrive seg ansvaret med å komme med viktig informasjon ut fra deres kompetanseområde på eget initiativ. Ser man slik på det kan det at legen etterspør informasjon også være fordi andre profesjoner ikke tar initiativ til å komme med informasjon uten å bli spurt.

Selv om møtene tilsynelatende domineres av legen, er det ingenting i denne studien som tyder på at legen preger selve beslutningen mer enn de andre profesjonene. Det at det ikke er noe hierarki i teamet er ifølge Schofield & Amodeo (1999) og Gair & Hartery (2001), positivt for teamets effektivitet.

Noe annet som handler om et teams effektivitet, er hvordan ulike oppgaver fordeles i teamet. For at det skal kunne kalles et tverrfaglig team må alle i teamet, ifølge definisjonen, være klar over sin egen kompetanse og kjenner sine grenser for kompetanse. Ifølge Bronstein (2003) må deltakende profesjoner i tverrfaglig team vite hva de tilfører teamet og de må kunne stole på de andre profesjonene på hva de tilfører. I denne studien er kan det virke som at teamdeltakerne er klar over egen kompetanse gjennom tydelige arbeidsfordelinger med hvilken profesjon som ivaretar de ulike sidene ved pasienten. Men funnene i studien er diffuse

om hvorvidt teamdeltakerne er klar over sine begrensninger og om de stoler på hva de andre profesjonene tilfører. Funnene fra når teamet tok en beslutning om å fjerne et hjelpemiddel uten å vite hvilken funksjonsvurdering fysioterapeuten hadde gjort er eksempel på dette. Denne situasjonen kan ses på som at den kompetansen som fysioterapeuten tilfører teamet ikke blir anerkjent som en spesialkompetanse og/eller at de resterende teamdeltakerne ikke kjenner begrensningene for sin egen kompetanse.

På en annen side kan denne situasjonen hvor teamet tok en beslutning vedrørende det fysiske funksjonsnivået hos pasienten være et tegn på fleksibilitet. Fleksibilitet kan komme til syne gjennom at det er delt kunnskap i det tverrfaglige samarbeidet (Mickan & Rodger 2000, Bronstein 2003). Kanskje har teamet et etablert samarbeid hvor det er utvekslet kunnskap og erfaringer som gjør at grensene for hvem som kan vurdere hvilke områder forskyves. Men det sier ikke funnene i denne studien noe om. Denne fleksibiliteten kan være en fordel ved tilfeller som i denne studien, at en profesjon ikke er tilstede.

En annen side av rollene i et tverrfaglig team fant Gair & Hartery (2001) i sin studie. De fant at leger og sykepleiere hadde lav prioritet på utskrivelsesplanleggingen og at dette stiller spørsmål om den medisinske dominansen i tverrfaglig team. Dette harmonerer ikke med funn i denne studien. På tverrfaglige møter i denne studien er det legen og sykepleieren alltid er tilstede. Det var flere tilfeller hvor fysioterapeuten eller ergoterapeuten ikke var tilstede på møtene. Samme studie fant også at møtene ble dominert av legen (Gair & Hartery 2001). Legen satt på samme stol og det var legen som etterspurte pasientinformasjon fra andre profesjoner og som bestemte når teamet skulle ta en beslutning for videre forløp. Dette fant også min studie.

Et annet funn som handler om struktur og ledelse i min studie er beslutningsmakt. Det å ha en tydelig ledelse kommer også frem i samhandlingsreformen vedrørende den nye kommunerollen (Meld.St.47 (2008-2009)). Funn i denne studien viser at det er flere enn teamdeltakerne som deltar i beslutningsprosessen. At flere deltar i en beslutningsprosess kan være hensiktsmessig for å få med flere sider av pasientens situasjon. På en annen side handler beslutningsmakt også om ledelse. Det handler om ledelse fordi hvis beslutningsansvaret er utydelig fordelt, så gir det rom for at beslutninger kan både påvirkes og endres. Funn i denne studien viser at pårørende kan få endret en beslutning eller påvirket pasienten til å endre mening. Pårørende vil alltid mene noe om hva som skal skje videre med deres nære. Hvorvidt dette blir tatt hensyn til eller ikke handler om rutiner, struktur og ledelse.

For det første er det pasientens selv som skal kunne delta i beslutningsprosessen gjennom brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan ivaretas gjennom å bruke individuell plan. Planen gjenspeiler pasientens behov, ønsker og mål (Helsedirektoratet 2017). Teamet i denne studien virker å være opptatt av å involvere pasienten i beslutningsprosessen og pasientens ønsker blir nesten alltid nevnt. Individuell plan blir ikke nevnt på de tverrfaglige møtene. Kanskje er det ikke behov for en individuell plan på en institusjon fordi pasientene reiser ut etter kort tid. Med individuell plan kan også brukes for å systematisere pasientens ønsker, målsettinger og hvilke behov pasienten har. Det kan argumenteres for at individuell plan bør brukes fordi institusjonen er kommunal og mange pasienter kartlegges og behandles med tanke på at pasientens skal reise hjem. Pasientene i denne studien har ofte kroniske diagnoser og de kan også ha flere diagnoser eller problemstilling på samme tid. De har ifølge Helsedirektoratet (2017) behov for en koordinator på grunn av langvarige behov. Andre kommunale instansene skal fortsette å samhandle med pasienten på bakgrunn av pasientens ønsker, mål og behov. Det kan tenkes at samhandlingsreformens intensjon om en ny kommunerolle og et helhetlig syn på pasientene i større grad nås gjennom samarbeid også på tvers innad i kommunen (Meld.St.47 (2008-2009)). Det kan også bidra positivt på en av samhandlingsreformens utfordringer som er manglende kapasitet i tjenestetilbudet (Tjora & Melby 2013). En individuell plan som starter ved en institusjon, kan spare tjenestetilbudet andre steder i kommunene som ikke må gjøre de samme kartleggingene når pasienten kommer hjem.

En tydelig plassering av ledelsesansvaret, er ifølge samhandlingsreformen en forutsetning for å lykkes med samhandling innad i kommunen (Meld.St.47 (2008-2009)). Funnene i denne studien kan tyde på at ledelsesansvaret ikke er tydelig fordelt. Tverrfaglig team er de som samhandler med pasienten og har beslutningsprosessen. Men tverrfaglig team rapporterer kontinuerlig til saksbehandler ved helse- og velferdskontoret. På et utskrivingsmøte med saksbehandler til stede, ble for eksempel en beslutningen endret. Det kan virke som at samarbeidet er utfordrende gjennom at teamet kartlegger og beslutter, men saksbehandler skal underrettes og bestemmer hvilken informasjon som skal vektlegges. Dette kan bli utydelige for de ansatte hvem som egentlig bestemmer, men det kan også bli utydelig for pasienten og pasientens pårørende. Pasienten kan bli utrygg i en prosess hvor det beslutningene kan endres og deres ønsker ikke alltid blir ivarettatt. Utydelig ledelse og samhandling gir også rom for eksempelvis pårørende til å påvirke beslutningene. Dette utfordrer samhandlingsreformens intensjon om en tydeligere pasientrolle hvor brukermedvirkning er sentralt (Meld.St.47 (2008-

2009)). Beslutningen ble endret og gikk imot pasientens eget ønske. I skjønnsutøvelsen må pårørendes kunnskap om pasienten anerkjennes (Hansen et al. 2015). Men det kan vel stilles spørsmål om hvorvidt pårørendes ønske skal tas hensyn til når ønsket er noe helt annet enn det pasienten og tverrfaglig team har kommet frem til.

Med tanke på dokumentasjon bør det synliggjøres når det er brukt skjønn i beslutningsprosessen. Dette er sentralt med tanke på pasientens rettssikkerhet (Hansen et al. 2015). I utskrivingsplanleggingen viser funn i min studie at det kan benyttes faglige argumenter, brukermedvirkning, pasientens nettverk og mental status og vurderinger som mangler faglige argumenter og er ofte sagt i en sammenheng «jeg tror» eller «jeg synes». I tillegg kan pårørende være avgjørende i beslutningsprosessen som for eksempel de hadde solgt boligen til pasienten mens pasienten var på sykehuset. Dette viser at det er mange faktorer som vektlegges i en beslutningsprosess. Det er også sannsynlig at vektleggingen av de ulike faktorene varierer fra pasient til pasient. Dokumentasjonen av beslutningsprosessen kan ikke resultatene i min studie si noe om.

Funn i studien som synliggjør strukturen på dokumentasjonen kan diskuteres. På møtene er det alltid fysioterapeuten eller ergoterapeuten som dokumenterer. Det blir ikke kommunisert verbalt om hvordan teamet skal samarbeide og hvordan ansvaret skal fordeles.

Dokumentasjon av kliniske beslutninger skal vise hvordan teamet samarbeider og hvordan ansvaret fordeles mellom teamdeltakerne (Hansen et al.2015). Det er vanskelig å se for seg hvordan en profesjon skal kunne ivareta dokumentasjonen av samarbeidsprosessene i teamet. Når teamdeltakerne virker å være fagspesifikke og det er en flerfaglig tilnærming, er det en tydelig ansvarfordeling som kan dokumenteres. Det er også krav om å synliggjøre de faglige prosessene og hva som er beslutningsgrunnlaget (Hanssen et al 2015). Det kan tenkes at hvordan teamet samarbeider beskrives av en profesjon. Samme profesjon skal dokumentere prosessene og beslutningsgrunnlaget. Dette er et betydelig ansvar for en profesjon, men utgangspunkt i at dette ikke diskuteres verbalt på møtene. Det blir da basert på en profesjons subjektive meninger og forutsetninger for å vurdere. Det kan selvfølgelig være at det finnes flere arenaer hvor teamet møtes eller tar opp hvordan prosessene skal dokumenteres.

Strukturen og det betydelige ansvaret med denne dokumentasjonen kan de likevel stilles spørsmål til med tanke på at det er på grunnlag av det fysioterapeuten eller ergoterapeuten dokumenterer at pasientens rettssikkerhet blir ivaretatt. Det har ikke blitt funnet noe tidligere forskning som har likende resultater knyttet til dokumentasjon og ivaretagelse av det man er pliktig til å dokumentere.

5.3 Kriterier for beslutninger

Her diskuteres funn fra faglige argumenter, pasientnære forhold og sette en utreisedato. Nancarrow et al. (2013) fant i sin studie at det var utfordrende å arbeide effektivt og ta beslutninger med god kvalitet når det ikke var systematisk innhenting av pasientinformasjon. Det kunne gi lite objektive og inkonsistente beslutninger. Dette samsvarer med funn i denne studien. Når teamet ikke diskuterer samme type informasjon fra pasient til pasient kan det anses som manglende systematisk innhenting av informasjon i denne studien. Det diskuteres sjelden eller aldri hvorvidt noen av fagpersonene har benyttet standardiserte tester eller vurderinger. Denne strukturen kan tenkes å medføre at hver pasient blir vurdert individuelt og subjektivt. En slik pasienttilnærming gjør beslutningene inkonsistente fordi ideologien om at like pasienter skal behandles eller vurderes ut fra samme kriterier. Likebehandling (Hansen et al. 2015) er viktig både for at pasienter skal få samme mulighetene, men også for å sikre at beslutningene er reproduserbare.

Imidlertid er det ikke så enkelt å ta objektive beslutninger i helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten har plikt til å ivareta brukarmedvirkning (Helsedirektoratet 2017) som kan sikre at beslutningene tilføres subjektivitet. I tillegg er det få retningslinjer som sier noe om hvordan kunnskap som hver profesjon har, skal vektlegges. En profesjon består av teoretisk, erfaringsbasert og personlig kunnskap (Norheim 2015). Sett i lys av dette kan det også argumenteres for at beslutningene i helse- og omsorgstjenesten bør være av en mer subjektiv art. Beslutningene vil også være ulik fra pasient til pasient fordi hver profesjon vektlegger sin kunnskap ulikt og fordi pasientene skal være med i beslutningsprosessen. I denne studien kommer denne ulikheten til syne under funn fra faglige argumenter og pasientnære forhold. Dette er argumenter som teamet benytter i sin vurdering når det gjelder veien videre for pasienten. Funn i min studie viser at hvis en pasient, av medisinske årsaker, ikke kan ta vare på seg selv, er det et sentralt argument for at pasienten ikke kan reise hjem. Faglige argumenter innenfor kognisjon og fysisk funksjon blir brukt for å støtte opp under en beslutning. Pasientens tilgang på nettverk, pasientens engstelse og motivasjon benyttes også for å underbygge en beslutning. Hvordan og i hvilken grad de ulike argumentene vektlegges, varierer fra pasient til pasient. Dette betyr at både funn fra tidligere forskning (Nancarrow et al. 2013) og funn i min studie viser at det er lite systematisk innhenting og bruk av pasientinformasjon i beslutningsprosessen.

En annen side av det å innhente og vurdere pasientinformasjon handler om det Greenhalgh et al. (2008) fant i sin studie, at klinikere heller stolte på egne subjektive vurderinger fremfor objektive mål. Dette harmonerer med funn i min studie der ingen av de faglige argumentene begrunnes med objektive mål eller testscorer på møtene. I resultatene fra faglige argumenter blir det vektlagt i beslutningsprosessen om en pasient er ukritisk eller ikke husker å bruke hjelpemidler. Men i den tverrfaglige diskusjonen blir ikke dette relatert til mål fra objektive tester. Det samme gjelder fallvurderingene hvor det ikke blir underbygget med objektive mål for hverken hvorfor eller hvor stor fallfare pasienten har. I tillegg til de faglige argumentene er pasientnære forhold relevant i beslutningsprosessen. Problemstillinger omkring nettverk, pasientens engstelse og pasientens motivasjon diskuteres og innvirker på bestemte beslutninger. Resultatene i denne studien viser at disse tre faktorene har betydning, men det framkommer ikke tydelig hvordan pasientens engstelse og motivasjon vurderes. Det at beslutningsprosessen og vurderingene er vanskelig å påpeke i denne studien, samsvarer med funn fra Greenhalgh et al. (2008). De fant at beslutningsprosessen hverken var en bestemt situasjon eller et spesifikt øyeblikk, men at beslutningsprosessen var en lang og diffus prosess.

Med bakgrunn i sitater fra min studie kan det se ut som at engstelsen vurderes på bakgrunn av det pasienten eller pårørende sier. Motivasjonen vurderes ut fra hvor mye initiativ pasienten selv tar til daglige gjøremål og aktivitet. Selv om det er vanskelig å peke nøyaktig på om beslutningene blir tatt på dette grunnlaget, kan det imidlertid stilles spørsmål til objektiviteten. Dette fordi vurderingene er basert på uttalelser eller konkrete observasjoner av pasienten. Både skjønn og brukermedvirkning kan gi beslutningene mer subjektivitet og utfordre idealet om likebehandling (Hansen et al. 2015). Ved bruk av standardiserte tester og mål vil muligens faglige skjønnsutøvelsen påvirkes til å bli mer objektiv. Dette fordi en profesjon må ta hensyn til testscorer i resoneringsprosessen. Dette kan være en viktig del av samfunnsutviklingen hvor pasientene gjennom brukermedvirkning, skal ha mer makt over egen helsesituasjon. Utviklingen synes å gå mot mer makt til pasientene. Dette trenger ikke å være negativt for en beslutningsprosess. Pasientens kunnskap om seg selv er viktig, men objektive tester og vurderinger kan gi profesjonene flere dimensjoner i kunnskapsgrunnlaget for en beslutning. Brukermedvirkning dreier seg om å ta hensyn til individet og imøtekomme dets behov og ønsker. Det innebærer subjektiviteten i beslutningene. Selv om brukermedvirkning skal ivaretas kan objektiviteten i beslutningene tenkes å være sentralt. Spesielt er dette relevant både i forhold til beslutningens tidspunkt i pasientforløpet og fordi beslutningsansvaret sitter hos helse- og omsorgstjenesten.

Lite objektive og inkonsistente beslutninger handler også om hvordan hver profesjon og tverrfaglig team sammen, utøver faglig skjønn. En skjønnsbasert prosess har tre faser: teoretisk, erfaringsbasert og personlig kunnskap. Det skal likevel vektlegges faglige argumenter for en beslutning (Grimen & Molander 2008, Hansen et al. 2015). I min studie var det beslutninger som kan vurderes til ikke å følge kriterier for bruk av faglig skjønn. Det ble uttrykt at en pasient måtte komme seg litt mer før en hjemreise var aktuelt. Mangelen på begrunnelse for utsagnet gir grunn til å diskutere hvordan faglig skjønn brukes. Uten å begrunne hvorfor eller hvordan en pasient må komme seg litt, reiser spørsmål om hvor mye av den teoretiske kunnskapen som anvendes i vurderingene. Kanskje er det slik at beslutningene blir basert på tidligere erfaringer med lignende pasienter og/eller en profesjons personlige kunnskaper. Dette kan underbygge den manglende objektiviteten som den teoretiske kunnskapen kan tenkes å representere. Den erfaringsbaserte og personlige kunnskap en profesjon har vil kunne endre seg med utgangspunkt i pasientens funksjon. Det kan tenkes at den personlige kunnskapen kan påvirkes av «kjemien» man får med de ulike pasientene. Men ifølge Grimen & Molander (2008) og Hansen et al. (2015) skal beslutninger ha faglige argumenter, uavhengig av erfaringsbasert og personlig kunnskap.

Det kan sies at skjønn er et nødvendig verktøy for å ivareta individuelle behov, og at menneskers forutsetninger er forskjellig (Hansen et al. 2015). Bruk av faglig skjønn er nødvendig i helsevesenet, og brukervedvirkning er en forutsetning for godt faglig skjønn (Humerfelt 2015). I skjønnsutøvelsen er det påpekt at de tre ulike kunnskapsgrunnlagene skal være representert i større eller mindre grad. Imidlertid er det ingen retningslinjer for hvor mye hvert enkelt kunnskapsgrunnlag skal vektlegges. Dette kan også utfordre objektiviteten og reproduserbarheten i beslutningsprosessen.

I følge funn i denne studien er det flere kriterier som leder frem til en beslutning. Kriteriene dreier seg om grad av svekket funksjon hos pasienten, pasientens mentale status, pasientens evne til å ivareta egne medisinske behov og pasientens nettverk. De samme kriteriene fant Bowels et al. (2003) i sin studie.

Teamet har flere kriterier for å ta beslutninger utover faglige vurderinger og pasientnære forhold. For eksempel handler dette om når teamet skal sette en utreisedato. Det å sette en utreisedato kan se ut til å handle mer om hvem som er på jobb i avdeling fremfor hvilken dag som passer best for pasienten. Resultatene viser at det er lite individuell vurdering av pasientene i forhold til hvor langt opphold det er behov for. Hvis pasienten ikke er ferdigvurdert, forlenges oppholdet med en uke. Teamet blir da enig om å diskutere pasienten

på nytt. Det finnes ikke utsagn som tilsier at teamet vurderer hva som må styrkes hos pasienten før at en utreisedato skal settes. Når det skal settes en utreisedag kan det virke som om det velges en tilfeldig ukedag. En slik tilfeldig utvelgelse av dag reiser spørsmål omkring pasientforløpet. På den ene siden har mange pasienter flere problemstillinger hvor det i dag handler mer om å vedlike funksjon fremfor å helbrede sykdom (Hunink et al. 2001). Det vil si at pasientene aldri blir helbredet og derigjennom vil det kanskje alltid være en viss usikkerhet knyttet til utskrivelse. På den andre siden kan en slik prosess med å velge utreisedag ses på som at pasienten behandles ferdig på institusjonen før teamet i det hele tatt vurderer hvilken dag pasienten skal reise hjem. Det vil si at utreisedagen kan velges tilfeldig fordi pasienten er ferdigbehandlet på den dagen de satte utreisedagen.

Et annet perspektiv ved det å velge utreisedag er knyttet til hvem som er på jobb, og om det er andre pasienter som reiser på samme dag. I og med at utreisedagen velges med utgangspunkt i hvem som er på jobb kan det tyde på at avdelingen ikke alltid er lik bemanning hver dag. Med lik bemanning menes antall pleiere på vakt. Det kan tyde på at det varierer hvilken fagbakgrunn personalet som er på vakt har. En slik uforutsigbarhet kan være bakgrunnen for at teamet velger utreisedag ut i fra hvem som er på jobb. Det er sykepleierne som tar seg av dokumentasjonen rundt utskrivningen. Det vil si at antall sykepleiere på vakt får konsekvenser for hvor mange som kan skrives ut på samme dag.

I denne studien viser funn at pasientens ressursbehov i noen tilfeller kan være avgjørende for om pasienten kan reise hjem eller ikke. Når boligens utforming ikke samsvarer med pasientens funksjonsnivå, og ikke lar seg tilrettelegge, er det ikke forsvarlig at pasienten skal reise hjem. På enkelte møter diskuterer tverrfaglig team hvilke type tilrettelegginger eller hjelpemidler som må på plass før pasienten kan reise hjem. I forkant av denne diskusjonen blir det ikke kommunisert at beslutningen er at pasienten skal reise hjem. Dette er også et eksempel som samsvarer med Greenhalgh et al. (2008) sine funn om en diffus beslutningsprosess hvor det er vanskelig å påpeke når en beslutning blir tatt. På den andre siden kan det også være at det ikke blir tatt en aktiv beslutning. Det kan være at når tverrfaglig team har innhentet spesifikke pasientopplysninger har de en felles erfaringskunnskap som de ikke kommuniserer fordi det er en opplagt beslutning for dem. Derfor planlegger de hjemreise uten at det tilsynelatende foreligger en beslutning.

5.4 Svakheter med studien

I denne studien er det brukt videoopptak og observasjon som metode. Ikke-deltakende observasjon som videoopptak gir de som blir observert mulighet til å diskutere eller evaluere i fred og ro uten å bli forstyrret av forskeren (Malterud 2003). En av styrkene til denne studien er at datainnsamlingen forstyrrer deltakerne i studien lite i deres daglige praksis. De tverrfaglige møtene er en fast praksis på den valgte institusjonen. Det vil si at møtene hadde blitt gjennomført med de samme profesjonene tilstede uavhengig av om de blir filmet eller ikke. På den andre siden kan bruk av videoopptak være en svakhet fordi deltakerne vet at de blir filmet. Dette vil kunne påvirke hva som sies eller gjøres når man tar utgangspunkt i at deltakerne vil «ta seg best mulig ut» på opptaket. Det kan diskuteres om deltakerens bevissthet rundt opptaket er en svakhet eller ikke. Malterud (2003) erfarte at deltakerne etter hvert glemte at de ble filmet og dermed ikke ble påvirket til å oppføre seg på andre måter enn når de ikke ble filmet.

Som ved all kvalitativ forskning vil forholdet mellom forsker og felt påvirke resultatene. Dette fordi forsker og datamaterialet «snakker» til hverandre. Enhver person vil lese og vektlegge ulikt, noe som vil resultere i ulik koding (Strauss & Corbin 1994). Dette er både en styrke og en svakhet med denne studien. Det kan ses på som en styrke at jeg var godt kjent med miljøet og faguttrykkene. Dette gjorde meg i stand til å ha god innsikt i datamaterialet og fange opp fenomener innenfor fagfeltet. På den andre siden er den gode kjennskapen en svakhet med studien fordi det kan ha medført at jeg har gått glipp av fenomener som noen med ikke god kjennskap til feltet ville ha oppdaget. Selv om GT har tydelige prosedyrer er det viktig å være klar over at ved studier av sosiale fenomener, vil muligheter for å reproducere studien være utfordrende. Dette fordi feltet som studeres endrer seg i takt med sine omgivelser, selv om hovedforutsetningene er like (Corbin & Strauss 1990).

En faktor som både kan betraktes som en svakhet og en styrke er at deltakerne i studien hadde kjennskap til meg. Selv om jeg var på en annen avdeling, visste de at jeg var ansatt ved samme institusjon. Derfor kan det være at de følte at de måtte delta i studien og at de følte en trygghet fordi jeg også var med i et tverrfaglig team og var i samme praksisfelt som deltakerne i studien. På den annen side kan det også være en styrke at de hadde kjennskap til meg. Det kunne bidra til å gi en trygghet til å delta i studien siden deltakerne visste at jeg kjente til den daglige driften, deres utfordringer og hvordan praksisen på institusjonen var. Det kan ha medført at jeg kan gi betraktninger fordi jeg kan se feltet fra begge sider. Som en

deltaker i mitt eget tverrfaglige team kunne jeg se og kjenne på de utfordringene man møter. Gjennom observasjon av møtene kunne jeg se hva som faktisk skjedde i løpet av et møte.

En annen svakhet er at det kun er en avdeling ved den valgte institusjonen som filmes. Det medførte at det er et lite utvalg som ble forsket på. Det gjør at resultatene i oppgaven ikke kan sies å være generelle for institusjonen. I tillegg er teamet som deltar klar over at de blir filmet. Det at de vet at de blir filmet vil kunne påvirke studien ved at det blir uttalt ting som vanligvis ikke sies, eller at enkelte argumenter eller betraktninger uteblir. Deltakerne vil kanskje til en viss grad tilpasse hva som sier. Innhenting av datamaterialet skjer over en relativt kort periode (Fangen 2010) og det kan være vanskelig å si om denne perioden gir et korrekt og tilstrekkelig bilde av det tverrfaglige teamets virksomhet og tilnærming.

Det kan diskuteres hvorvidt datamaterialet var tilstrekkelig mettet (Foley & Timonen 2015). Dette kan diskuteres både fordi det ble valgt å bruke grounded theory i analyseprosessen og fordi analysen av datamaterialet ikke ble gjort før all data var samlet inn. Dette kan ha medført at informasjonen som kom frem om teamet (fenomenet), ikke ble fullstendig og at det kanskje kunne vært flere forhold å observere både over lengre tid og flere møter for å kunne si noe om teamets praksis.

5.5 Videre forskning

Denne studien har sett på den kliniske beslutningsprosessen ved bruk av observasjon og videoopptak. For å forsket ytterligere på beslutningsprosessen i tverrfaglig team hadde det vært hensiktsmessig og interessant å intervjuer deltakere i tverrfaglige team om når og hvordan beslutningene tas. Ved bruk av intervju som metode kunne man fått teamdeltakernes egne meninger og tanker om hva som vektlegges i beslutningsprosessen og hvordan de tar beslutningene. I tillegg kan man få mer informasjon om hva teamdeltakerne tenker om beslutningsmakten og hvordan de dokumenterer de tverrfaglige prosessene.

6.0 Konklusjon

Resultatene i denne studien tyder på å harmonere med tidligere funn om at det ikke er noe hierarki i det tverrfaglige teamet når det kommer til å ta beslutninger. Men i tillegg til at tverrfaglig team tar beslutninger viser funn i denne studien at det er flere som i stor grad påvirker beslutningene, saksbehandlere ved helse- og velferdskontoret og pasientens pårørende.

I forhold til hvilke faktorer som påvirker beslutningene er funnene i denne studien i samsvar med tidligere funn på området. Mental status, funksjonsvurderingen, nettverk og evne til å ivareta medisinsk funksjon er de viktigste kriteriene som vurderes opp mot en beslutning. I tillegg viser funn i denne studien at bemanning av pleiere påvirker beslutningene når pasienten skal reise hjem fordi utreisedagen settes ut i fra antall sykepleiere på vakt og andre utreiser på samme dag.

Andre resultater som er relevante for grunnlaget for beslutningsprosessen er knyttet til om teamet arbeider tverrfaglig eller flerfaglig og om beslutningsprosessen i teamet imøtekommer samhandlingsreformens intensjon om en ny kommunerolle. Funn i denne studien tyder det på at det er behov for å styrke teamets felles kunnskapsgrunnlag for å kunne imøtekomme samhandlingsreformens intensjon om helhetlige pasientforløp og en tydelig ansvarsfordeling mellom tjenester.

7.0 Litteraturliste

- Bowels, K., Foust, J., & Naylor, M. (2003). Hospital discharge referral decision making: a multidisciplinary perspective. *Appl Nurs Res*, 16(3), 134-43.
- Bronstein, L. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Soc Work*. 48(3), 297-306.
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the grounded theory method. I J, Holstein og J, Gubrium (red) *Handbook of constructionist research* (397-412) New York: The Guildford press
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative sociology*, 13(1), 3-21.
- Crepeau, E. (1993). Three images of interdisciplinary team meetings. *American Journal of Occupational Therapy* 48, 717-722. doi:10.5014/ajot.48.8.717
- Devitt, B., Philip, J., & McLachlan, S. (2010). Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings: health professionals' perspectives. *J Oncol Pract* 6(6)17-20. doi: 10.1200/JOP.2010.000023.
- Engward, H., & Davis, G. (2015). Being reflexive in qualitative grounded theory: discussion and application of a model of reflexivity. *Journal of advanced nursing Discussion paper*. 1530-1538
- Evans, G. (2013). A Novice Researchers First Walk Through the Maze of Grounded Theory: Rationalization of Classical Grounded Theory. *The Grounded Theory Review* 12 (1).
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Foley, G., & Timonen, V. (2015). Using grounded theory method to capture and analyze health care experience. *Health services research* 50 (4), 1195-1210. doi: 10.1111/1475-6773.12275
- Gair, G., & Hartery, T. (2001). Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit. *J Nurs Manag* 9(1), 3-11.
- Giske, T. (2014). Implementering av grounded theory. I E, Hjalnhult, T, Giske og M, Satinovic (red) *Innføring i grounded theory*. (2.opplag,13-24) Trondheim: Fagbokforlaget

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Sociology press Ltd, Mill Valley, California
- Goud, R., Keizer, N., Riet, G., Wyatt, J., Hasman, A., Hellemans, I., & Peek, N. (2009). Effect of guideline based computerised on decision making of multidisciplinary teams: cluster randomised trial in cardiac rehabilitation. *BMJ* 338(1440). doi: 10.1136/bmj.b1440
- Greenhalgh, J., Flynn, R., Long, A., & Tyson, S. (2008). Tacit and encoded knowledge in the use of standardised outcome measures in multidisciplinary team decision making: A case study of in-patient neurorehabilitation. *Soc Sci Med* 67(1), 183-94. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.006.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A, Molander og L., Terum *Profesjonsstudier*. (1.opplag, 179-196) Oslo: Universitetsforlaget.
- Gynhild, A. (2014). Introduksjon til grounded theory. I E, Hjälmhult, T, Giske og M, Satinovic (red) *Innføring i grounded theory*. (2.opplag, 13-24) Trondheim: Fagbokforlaget
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2015). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H, Hanssen (red) *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2.opplag, 17-44) Trondheim: Fagbokforlaget.
- Hellesø, R., & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivingsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A, Tjora & L, Melby (Red) *Samhandling for helse* (1. utg., s.222-241) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Helsedirektoratet (2016) Samhandlingsstatistikk 2014-15. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2017) Brukermedvirkning. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- Hickman, L., Phillips, J., Newton, P., Halcomb, E., Abed, N., & Davidson, P. (2015). Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings. *Archives of gerontology and geriatrics*, 61 (3), 322-329. doi: 10.1016/j.archger.2015.06.021
- Hjälmhult, E. (2014). Å identifisere hovedutfordring til deltakerne –nøkkelen til hele teorien? I E, Hjälmhult, T, Giske og M, Satinovic (red) *Innføring i grounded theory*. (2.opplag,13-24) Trondheim: Fagbokforlaget
- Humerfelt, K. (2015). Et godt faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. I H, Hanssen, (red) *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2.opplag, 131-149) Trondheim: Fagbokforlaget.
- Hunink, M., Weinstein, M., Wittenberg, E., Drummond, M., Pliskin, J., Wong, J., & Glasziou, P. (2001). *Decision making in health and medicine. Integrating evidence and values*. 2.utgave. Cambridge:Cambridge university press.
- Kawulich, B. (2005). Participant Observation as a Data Collection Method. *FQS* 6(2). Art 43
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clin Rehabil* 24(8):745-55. doi: 10.1177/0269215510367538.
- Lamb, B., Brown, K., Nagpal, K., Vincent, C., Green, J., & Sevdalis, N. (2011). Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: A systematic review. *Ann Surg Oncol* 18(8):2116-25. doi: 10.1245/s10434-011-1675-6.
- Lanceley, A., Savage, J., Menon, U., & Jacobs, I. (2008). Influences on multidisciplinary team decision-making. *Int J Gynecol Cancer* 18(2):215-222. doi:10.1111/j.1525-1438.2007.00991.x.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid -Perspektiv og strategi* (4.opplag) Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Melby, L., & Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikt. I A, Tjora og L, Melby. *Samhandling for helse* (1.utg, s. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Meld. St 47 (2009) *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Mickan, S., & Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review* 23(3) 201 – 208. doi: 10.1071/AH000201
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R., & Jaspers, F. (2010). Complexity of health care needs and interactions in multidisciplinary medical teams. *Journal of occupational and organizational psychology* 83 (1), 55-76. doi: 10.1348/096317909X478467
- Muir, N. (2004). Clinical decision-making: Theory and practice. *Nursing standard*, 18 (36), 47-52.
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* 11(19), 2-11. doi: 10.1186/1478-4491-11-19
- Nathaniel, A. (2014). Forslag til et integrert filosofisk rammeverk som passer for grounded theory. I E, Hjälmhult, T, Giske og M, Satinovic (red) *Innføring i grounded theory*. (2.opplag,13-24) Trondheim: Fagbokforlaget
- Norheim, A. (2015). Selvbestemmelse eller medbestemmelse i demensomsorgen. I H, Hanssen (red) *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2.opplag, 105-128) Trondheim: Fagbokforlaget.
- NOU 2000:12 (2000) *Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Patkar, V., Acosta, D., Davidson, T., Jones, A., Fox, J., & Keshtgar, M. (2011). Cancer multidisciplinary team meetings: Evidence, challenges, and the role of clinical decision support technology. *International Journal of Breast Cancer* Volume 2011. doi: 10.4061/2011/831605
- Satinovic, M. (2014). Identifisering av kjernekategori- et svar på hvordan hovedutfordringen håndteres. I E, Hjälmhult, T, Giske, og M, Satinovic (red) *Innføring i grounded theory*. (2.opplag,13-24) Trondheim: Fagbokforlaget

- Schofield, R., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health Soc Work* 24(3), 210-9. doi: 0360-7283/99
- Seim, S., & Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Smeby, J. (2013). Profesjon og ekspertise. I A, Molander og J, Smeby (red) *Profesjonsstudier* 2. (1.opplag, 17-26) Oslo: Universitetsforlaget
- Starks, H., & Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative health research*, 17(10), 1372-1380
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. *Handbook of qualitative research* 17 (1994), 273-85.
- Taylor, C., Munro, A., Glynne-Jone, R., Griffith, C., Trevatt, P., Richards, M., & Ramirez, A. (2010). Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ* 340(951)
- Thulesius, H. (2014). Teoretiske koder. I E, Hjälmhult, T, Giske og M, Satinovic (red) *Innføring i grounded theory*. (2.opplag,13-24) Trondheim: Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utgave) Oslo: Gyllendal
- Torgersen, U. (1972). *Profesjons sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Walton, J., Chute, E., & Ball, L. (2011). Negotiating the role of the professional nurse: The pedagogy of simulation: A grounded theory study. *Journal of professional nursing*, 27(5), 299-310. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.04.005
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (2.utgave) Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages 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

Marit Solbjør
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 17.09.2014

Vår ref: 39643 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39643	<i>Tverrfaglig samarbeid i et pasientforløp</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit Solbjør</i>
<i>Student</i>	<i>Hildegunn Myhr</i>

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hildegunn Myhr hildegmy@stud.ntnu.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

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@svuuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39643

Personvernombudet legger til grunn at studien er klarert med ledelsen ved aktuelle virksomhet.

Utvalget mottar skriftlig informasjon om studien. Vi finner skrevet tilfredsstillende utformet, forutsatt at sluttdato tilføyes, samt at NTNU er behandlingsansvarlig for studien. Revidert skriv sendes:
personvernombudet@nsd.uib.no

Student opplyser at REK har gitt tilbakemelding på at det ikke foreligger behov for dispensasjon fra taushetsplikten hva angår observasjon av møter, jf. e-post 10.09.14. Personvernombudet legger dette til grunn og forutsetter at det er formelt avklart med komiteen. Vi forutsetter videre at eventuelle tredjepersonsopplysninger anonymiseres ved transkribering.

Dersom indirekte personidentifiserbare opplysninger (stilling mm.) vil fremgå av publikasjoner, krever dette særskilt samtykke fra den det gjelder.

Prosjektstutt er 30.06.16. Datamaterialet anonymiseres og opptak slettes.

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Tverrfaglig samarbeid i pasientforløpet: En studie av tverrfaglige møter i kommunal institusjon

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utforske hvilke kriterier tverrfaglig team på Øya helsehus bruker for å ta beslutninger for videre pasientforløp. Forskningsstudien er et masterprosjekt hvor NTNU er behandlingsansvarlig. Etter samhandlingsreformen kom i 2012 har vi fått en utvikling hvor det er færre liggedøgn på sykehus og flere legges inn på kommunale institusjoner for vurdering og behandling. Det betyr at det er flere pasienter som skal «sluses» gjennom institusjonen og ut i andre tiltak enn før. Tverrfaglig møter er en arena for å diskutere og planlegge pasientforløpet. Denne studien ønsker å ha med deg som deltaker fordi du er ansatt på denne kommunale institusjonen og fordi du er en del av det tverrfaglige teamet på din fløy.

Hva innebærer studien?

For deg som deltakere vil det innebære å delta på tverrfaglige møter som vanlig praksis, men at møtene blir tatt opp på film og analysert i etterkant. Det vil ikke være noen andre til stede som ikke tilhører tverrfaglig team under møtet utenom et videokamera. Opptaket vil bli oppbevart på en egen ekstern harddisk som er låst inne når den ikke er i bruk. Opptakene vil bli gjennomført høsten 2014.

Mulige fordeler og ulemper

Mulige ulemper for deg som deltaker i denne forskningsstudien er at tverrfaglige team på institusjonen er avdelingsvis. Det betyr at selv om du ikke vil bli nevnt med navn så vil anonymisering være vanskelig å gjennomføre når oppgaven skal presenteres internt på institusjonen. Men så langt som mulig skal det søkes å publisere resultatene slik at identiteten til inkluderte ikke kommer frem. Du vil ikke kunne gjenkjennes når oppgaven presenteres for noen som ikke har kjennskap til den kommunale institusjonen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Denne forskningsstudien trenger ikke personlige opplysninger om deg, men din yrkestittel kan være relevant. Navnet ditt vil sannsynligvis dukke opp på filmen på grunn av navneskiltet ditt. Alle opptak blir slettet ved prosjektets slutt. Prosjektets slutt er juni 2016.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Hildegunn Myhr på telefon 90675177. Hvis du trekker deg vil alle videoopptak med deg blir slettet og ikke brukt i studien.

Hvis du ønsker å delta i studien, returneres dette skjemaet til Hildegunn Myhr. Du kan lever skjemaet på din fagleders kontor i en eske som er merket «Hildegunn Myhr». **Skjemaet må returneres innen torsdag 9.oktober.** Hvis du har spørsmål om studien kan du ta kontakt med Hildegunn Myhr på telefon 90 67 51 77 eller veileder Marit Solbjør på telefon 73 59 02 20.

Vennlig hilsen

Hildegunn Myhr

Jeg samtykker til å delta i prosjektet «**Tverrfaglig samarbeid i et pasientforløp: En studie av tverrfaglige møter i kommunal institusjon**» og bekrefter å ha mottatt informasjon om prosjektet.

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Observasjonsguide:

Tabell 1:

Møtenummer	Lege	Pleie	Ergoterapeut	Fysioterapeut	Logoped
Medisinsk					
Funksjon					
Aktivitet					
ADL					
Pårørende					
Kognitivt					

Tabell 2:

Møtenr	Medisin	Funksjon	Aktivitet	ADL	Pårørende	Kognitiv	Konklusjon/ Vedtak
Lege							
Pleie							
Ergo							
Fysio							
Logoped							

Tabell 1 vil brukes for å telle antall utsagn fra hvilke personell og på hvilket område uttaler seg om. Tabell 2 vil brukes for å notere hva som blir sagt av hvem og om hvilket område. Under konklusjon i tabell 2 noteres det hvem som sa det som ble konklusjonen og innenfor hvilket område konklusjonen hører til under. Tabellene vil fylles ut for hver enkelt pasientkasus som tas opp på tverrfaglig møte. Det vil i praksis si at hvert møte kan gi opp mot 16 eksemplarer av hver tabell.

Vedlegg 4

Eksempler på arbeidsprosessen fra koder til kategorier fra studien

Koder	Kategorier	Kategorier	Kategorier
Pårørendes ønsker	Eksterne forhold	Eksterne forhold	Pasientnæreforhold
Beslutning av andre	Eksterne forhold	Eksterne forhold	Tverrfaglig beslutninger
Hindring for trening	Funksjonsvurdering	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Fall	Funksjonsvurdering	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Samarbeid sykepleiere	Ikke tverrfaglig	Tverrfaglige beslutninger	Tverrfaglige beslutninger
Interne samtaler	Ikke tverrfaglig	Tverrfaglige beslutninger	Tverrfaglige beslutninger
Pasientens kognitive tilstand	Kognitiv vurdering	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Pasientens innsikt	Kognitiv vurdering	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Utrygghet hos pasienten	Mentale prosesser	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Smerter hos pasienten	Medisinsk vurdering	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Diagnose	Medisinsk vurdering	Profesjonsvurdering	Faglig skjønn
Pasientforløp	Møtestruktur	Møtestruktur	Møtestruktur
Informasjonsutveksling	Møtestruktur	Møtestruktur	Møtestruktur
Utreisedato	Møtestruktur	Tverrfaglige beslutninger	Tverrfaglige beslutninger
Nettverk	Pasientnære forhold	Pasientnære forhold	Pasientnære forhold
Pasientens motivasjon	Pasientnære forhold	Pasientnære forhold	Pasientnæreforhold
Taushetsplikt	Pålagte oppgaver	Lovpålagte oppgaver	Lovpålagte oppgaver
Brukermedvirkning	Pålagte oppgaver	Lovpålagte oppgaver	Lovpålagte oppgaver
Pleiebehov	Ressursbehov	Ressursbehov	Ressursbehov

Boligsituasjon	Ressursbehov	Ressursbehov	Ressursbehov
Vurderinger	Tverrfaglige beslutninger	Tverrfaglige beslutninger	
Plan for pasient	Tverrfaglige beslutninger	Tverrfaglige beslutninger	
Vurdering uten begrunnelse	Skjønn	Profesjonsvurdering	