



BACHELOROPPGAVE SPL 3903:

SYKEPLEIEREN I TVERRFAGLIG SAMHANDLING:

Hvilke forutsetninger har betydning for et
godt tverrfaglig samarbeid?

FORFATTERE: THERESE GJERSDAL, NINA ROSENDAHL OG
IRINA SØRENGEN.

Dato: 10.05.15

Bachelor i sykepleie
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Våren 2015

SAMMENDRAG

Tittel:	SYKEPLEIEREN I TVERRFAGLIG SAMHANDLING	Dato 10.05.15
Deltakere:	<u>Therese Gjersdal</u> <u>Nina Rosendahl</u> <u>Irina Sørengen</u>	
Veileder:	<u>Tove Karin Vassbø</u>	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Tverrfaglig, samhandling, sykepleierrolle, samarbeidslæring,</u>	
Antall sider/ord: 48/13271	Antall vedlegg: 0	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Åpen
<p>Introduksjon: Tverrfaglig samarbeid blir i samhandlingsreformen lagt frem som en metode for å løse utfordringer knyttet til pasientforløp.</p> <p>Hensikt: Å undersøke hvilke forutsetninger som ligger til grunn for et godt tverrfaglig samarbeid.</p> <p>Metode: Litteraturstudie. 8 primærkilder er kritisk vurdert, analysert og sammenfattet med teoretisk perspektiv og annen relevant litteratur. Søkeord: Interprofessional, teamwork, nurs*, role perceptions, nursing role, interdisciplinary, collaboration.</p> <p>Hovedresultat: Faglige tradisjoner og hierarki hemmer tverrfaglig samarbeid. Bevissthet av egen profesjonsidentitet; kunnskap om andre profesjoner, roller og ansvarsavklaring har betydning for godt tverrfaglig samarbeid. Sykepleierens koordinerende funksjon har betydning for å legge til rette et helhetlig pasientforløp. Tverrprofesjonell praksis er egnet arena for samarbeidslæring og samarbeidskompetanse.</p> <p>Konklusjon: Tverrfaglig samarbeid kan bidra til helhetlige pasientforløp. Sykepleier kan i møte med andre profesjoner legge til rette for dette når profesjonelle roller, kompetanse- og ansvarsområder er avklart, og når gjensidig avhengighet og kunnskap om hverandres profesjoner er til stede blant profesjonsutøverne. Samarbeidslæring er nødvendig.</p>		

ABSTRACT

Title:	THE NURSE IN INTEPROFESSIONAL COLLABORATION	Date: 10.05.15
Parcipitans:	Therese Gjersdal	
	Nina Rosendahl	
	Irina Sørengen	
Supervisor:	Tove Karin Vassbø	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Keywords	Interprofessional, nurses role, teamwork, collaboration, cooperative learning.	
(3-5)		
Number of pages/words: 48/13271	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Open
<p>Introduction: Interprofessional collaboration is a method to solve challenges in the healthsystem related to fragmented patient care.</p> <p>Aim: To explore significant conditions for good interprofessional collaboration.</p> <p>Method: Literature review. Primary sources are critically assessed, analyzed and discussed with theretical perspective and relevant litteratur. Search terms: Interprofessional, teamwork, nurs*, role perceptions, nursing role, interdisciplinary, collaboration.</p> <p>Results: Traditions and hierarchy inhibit interdisciplinary collaboration. Awareness of own professional identity; knowledge of other professions, roles and responsibilities clarification is important for good interprofessional collaboration. Nurses coordinating function has significance to facilitate continuity in patient care. Interprofessional practice is a suitable arena for collaborative learning and cooperative skills.</p> <p>Conclusion: Interprofessional collaboration can contribute to continuity of patient care. Nurses can meet with other professionals to facilitate this when professional roles, responsebility and competences have been clarified, and when interdependence and knowledge about each other's professions are present among professionals. Learning to collaborate is necessary.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Introduksjon av temaet tverrfaglig samhandling	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans	6
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder	7
2.0 BAKGRUNN.....	8
2.1 Samhandlingsreformen og behovet for en ny retning	8
2.1.1 “Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok”	9
2.1.2 Behov for ny retning	9
2.2 Morgendagens omsorg - føringer for nytenkning.....	10
2.3 Tverrfaglighets- og samhandlingsbegrepet	11
2.4 Sykepleierrollen i samhandling	12
2.5 Lovgivning som grunnlag for tverrfaglig samarbeid.....	13
2.6 Hensikt med oppgaven	13
2.7 Problemstilling.....	13
3.0 METODE	14
3.1 Litteraturstudie.....	14
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.3 Søkedokumentasjon.....	15
3.3.1 Strukturerte søk.....	15
3.3.2 Ustrukturert søk.....	18
3.4 Utvelgelse av artikler.....	18
3.5 Metode for analyse av artikler	18
4.0 RESULTAT	20
4.1 Litteratormatriser	20
4.2 Sammenfatning av artikler.....	28
4.2.1 Sykepleieren - knytpunktet, ivaretakeren og koordinatoren.	28
4.2.2 Skillet mellom egen rolleoppfatning og “delegert” rolle.....	28
4.2.3 Å være bevisst sin egen profesjonsidentitet i møte med andre yrkesutøvere.....	29
4.2.4 Faglige tradisjoner og hierarki	30
4.2.5 «Å hente det beste fra alle yrkesgrupper for å jobbe mot et felles mål»	30
4.2.6 Tverrprofesjonell samarbeidslæring	31

5.0 DRØFTING	33
5.1 Drøfting	33
5.2 Metodiske overveielser og kritiske betraktninger	39
5.3 Forskningsetikk	41
6. KONKLUSJON	42
7. LITTERATURLISTE.....	43

13271 ORD

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon av temaet tverrfaglig samhandling

Fra egne praksisbaserte erfaringer, stadige mediaoppslag om folkehelse til statlige dokument blir det stadig bekreftet: Helsenorger er i endring. Levealderen i befolkningen øker i takt med ny teknologi som gir muligheter til behandling av sykdommer som man før døde av. Kroniske sykdommer er derfor i større grad til å leve med, samtidig som hele den vestlige verden trues av epidemier av fedme, diabetes, KOLS og andre livsstilspregede sykdommer. Forskning bidrar til et bredt spekter av behandlingsmuligheter, men ressursene er knappe.

Norske myndigheter innførte i 2012 en ny helsereform som har gitt Norge en ny retning i helsetjenestene og som blant annet jobber for et bedre samarbeid tjenestene imellom. Dette skal gi pasientene en opplevelse av å være et helt menneske i systemet, der tjenestene er koordinerte og samkjørte. Dette er også ment å komme ressursene til gode. Ressurser er flyttet fra staten til kommunene og gir derfor kommunene et betydelig større ansvar i forhold til befolkningens helsetjenester (Helse- og sosialdepartementet 2009). 7.mai 2015 presenterte Solberg-regjeringen stortingsmelding 26 - «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» som gir retning for hvordan kommunene skal kunne møte samhandlingreformens intensjon om helhetlige pasientforløp. Statsmeldingen viser Norges satsing, fokus og behov for tverrfaglig samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Tverrfaglig samhandling er på verdensbasis løftet frem som et verktøy, metode og løsning i de nye helsereformene. Som avsluttende kandidater i sykepleieutdanningen er vi i ferd med å ta steget ut i Samhandlingsreformens realiteter i helsetjenestene og vi spør oss om ikke tverrfaglighet burde fått større oppmerksomhet i utdanningsløpet. Vi synes derfor det er aktuelt, spennende og samtidig utfordrende å kunne få vie vår siste “kapittel” som sykepleiestudenter til dette temaet.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I yrkesetiske retningslinjer pålegges sykepleiere å “fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten» (Norsk sykepleieforbund 2011, s. 9). Samfunnets endringer krever innovasjon, nytenkning og endring, og disse må vokse frem mellom aktørene, det vil si mellom nivåer, tjenester, profesjonsutøvere og pasienter. Det vil derfor kreves at sykepleieren og annet fagpersonell går utover sine handlingsmønster for å kunne arbeide tverrfaglig i møtet med «den hele pasienten». Når man evner dette er det i disse

situasjonene at nye samarbeidsformer og innovasjon finner sted (Willumsen, Sirnes og Ødegård 2014). Tverrfaglig samarbeid blir i Willumsen og Ødegård (2014) fremstilt som et relativt lite utforsket område både innenfor utdanning og praksis, og det beskrives et stort behov for mer forskning av temaet. Sykepleiere har et ansvar for å holde seg oppdatert i forhold til “forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde” (Norsk sykepleieforbund 2011, s. 7). I tillegg har sykepleiere ansvar for at ny kunnskap blir anvendt i praksis.

1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Høgskolen i Gjøvik (2014) har tre forskningsområder; utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet. Denne oppgaven om tverrfaglig samhandling mellom sykepleiere og andre yrkesgrupper i helsetjenesten knyttes til delområdet “kvalitet i sykepleie” med vekt på “personalets funksjon og sikkerhet”.

2.0 BAKGRUNN

Folketallet i Norge vokser raskt. I 2010 var det 4,9 millioner innbyggere, og det ventes en økning til 6 millioner innen 2035. Levealderen øker stadig og estimert levetid til eldre vil antakelig bli to til fire år høyere enn i dag bare i løpet av 20 år. Med økt levetid, flere eldre og stadig flere som blir behandlet i høy alder øker også tallet av kronisk syke pasienter. Smittsomme sykdommer er ikke lenger den dominerende faktoren for død. Vi har møtt nye utfordringer i form av livsstilssykdommer og kroniske lidelser. Flere i befolkningen har mange langvarige helseplager som følge av psykiske sykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, fedme, KOLS og diabetes type 2 (Folkehelseinstituttet 2010). Folkehelse rapporten fra 2010 påpeker at de medisinske tilbudene har kommet på et så høyt nivå at syke mennesker overlever den akutte fasen og kan leve lenge med en kronisk sykdom. Her snakkes det altså om en revolusjon innen medisin - samtidig som vi ser dens utilstrekkelighet i en tid der teknologi gjør at stadig flere kan behandles (Ibid). Etterspørselen og forventninger til helsetjenester er høye, samtidig som ressurser og etiske utfordringer setter begrensninger. Størrelsene mellom disse forskjellene øker over tid, og blir betegnet som «helsegapet» (Stamsø 2009). Nye løsninger kreves for å møte utfordringene. Tverrfaglig samarbeid er en av de, og på mange måter, i følge samhandlingsreformen, kjernen i løsningene (Helse- og sosialdepartementet 2009).

2.1 Samhandlingsreformen og behovet for en ny retning

I stortingsmelding nr. 47 (2009) presenterer myndighetene samhandlingsreformen. Den har som mål å blant annet danne grunnlag for et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud for pasienter og brukere. Befolkningen skal også i størst mulig grad få helsetjenester i nærmiljøet, hvilket er mest hensynsmessig for pasienten - samtidig som det er mer kostnadseffektivt.

Samhandlingsreformen (2009) beskriver og dokumenterer svikt i tre hovedutfordringer i stortingsmeldingen. Disse er:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (Helse- og sosialdepartementet 2009, s. 13.)

Systematisk kvalitetsarbeid er ifølge Tingvoll, B.L.L. Kaasah og A.K. Kaasah (2014) et viktig element og krav i samhandlingsreformen. Kvalitetsarbeidet skal foregå i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og legger grunnlag for utvikling av en kvalitetsstandard for helsetjenestene i kommunen. God kvalitet på tjenestene skal vise at de er virkningsfulle, trygge, sikre, samordnet og inneholde kontinuitet. I tillegg skal ressursene være rettferdige, tilgjengelige og brukt på en hensiktsmessig måte (Ibid). God samhandling anses som en forutsetning for å kunne yte gode helsetjenester. Hagen og Johnsen (2013) sier at mangel på samhandling vil føre til at systemet ikke klarer å gi samfunnet nødvendige og gode helsetjenester.

2.1.1 “Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok”

Mangelfull samhandling mellom de ulike profesjoner kan bidra til at pasienter vil oppleve tjenestetilbudet som problematisk og uoversiktlig. Et mål må være at pasienten blir møtt med en helhetlig og koordinert helsetjeneste som ivaretar rettigheter til kvalitet, respekt og pålitelig tjeneste. Samhandlingsreformen belyser derfor behovet for endring i måten å yte helsetjenester på - for å kunne løse utfordringen med fragmenterte pasientforløp. Målet med helsereformen er nært knyttet til et godt pasientforløp. Gode pasientforløp kjennetegnes ved at handlinger er satt sammen i kronologiske rekkefølger, og at disse er bygd opp på en rasjonell måte utifra pasientens helhetlige behov. Oppstykket og uoversiktlig behandling kan føre til unødig ventetid for pasienten som igjen kan føre til forverring av helsetilstand og ytterligere sykehusinnleggelser. Et godt pasientforløp unngår unødig ventetid (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Brekk 2014). Videre sies det at de ulike aktørene i helsetjenesten må få en felles forståelse av hva som er et godt pasientforløp, basert på individuelle pasient- og brukergrupper. Tverrfaglig samarbeid og avklarte ansvarsområder vises til å være faktorer som virker til et godt pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Helse- og omsorgsdepartementet 2013a).

2.1.2 Behov for ny retning

På grunn av de nevnte helseutfordringene i forhold til kroniske lidelser og “eldrebølgen” har myndighetene gjennom samhandlingsreformen en økt satsting på disse pasientgruppene i kommunene. Reformen innebærer blant annet økt satsing på forebygging og ved å legge flere, enkle oppgaver til kommunehelsetjenesten. På denne måten vil kostnader, utgifter og innleggelser ved sykehusene reduseres. Samhandlingsreformen tillegger i dette kommunene et bredere ansvar i forhold til å “ivareta både folkehjelp og individuell pasientoppfølging”

(Sirnes 2014, s. 57).

Helsesektoren i landet vårt har endret seg de siste årene og helsepolitiske endringer påvirker både organisering av tjenester, syn på brukeren og arbeidsmetoder. Kommunene som har fått flere oppgaver og et betydelig større ansvar har måttet utviklet nye retninger. Institusjonshelsetjenestene skal i større grad erstattes av hjemmebasert omsorg, basert på tverrfaglig og brukermedvirkende arbeid. Fokus på muligheter skal erstatte den problemorienterte omsorgen, og ressursene skal løftes fram i form av å fokusere mer på funksjon, verdighet og deltakelse (Bredland, Linge og Vik 2011). Dette verdigrunnlaget må bli et «felleseie som alle kan identifisere seg med, og som blir en del av hverdagen» (Ibid, s.55). Det handler om at når man er enig om hva man samarbeider om, så er det lettere å gjennomføre samarbeidet. Et tverrfaglig samarbeid blir i denne sammenhengen definert som et «samarbeid mellom ulike profesjoner om brukerens mål» (Ibid, s.55). For eksempel vil en rehabiliteringsprosess være avhengig av en sammensatt og helhetlig prosess, da det er vanskelig å se det helhetlige mennesket fra bare ett ståsted. Vi trenger derfor faggrupper som ser ulike sider ved pasienten, for å sammen kunne danne seg et helhetlig perspektiv på pasientens behov. De ulike profesjonene må utnytte hverandres styrke.

2.2 Morgendagens omsorg - føringer for nytenkning

Morgendagens omsorg (2013b) er et innovasjonsprogram. For å møte de politiske utfordringene og kravene i Samhandlingsreformen legger denne statsmeldingen føringer for utvikling av innovasjonsstrategier. Sirnes (2014) skriver at profesjonene vil med dette bli utfordret og at det innebærer et betydelig behov for kunnskap om “samfunnsplanlegging, politisk styring og faglig praksis og de innbyrdes relasjonene dem imellom” (2014, s. 62).

Aktuell statsmelding refererer til Southcentral Foundation (SCF). SCF er en helseorganisasjon i Alaska som ble opprettet i 1982 med mål om å bedre folkehelse og sosiale forhold blant deres urbefolkning. Organisasjonene har en visjon om brukermedvirkning og har gjort grep for å få til dette. De har blant annet lagt til grunn for en helhetstenkning, og har satset på tverrfaglige team i primærhelsetjenesten som har gitt mer helhetlige tjenester. Dette har resultert i bedre dekkede behov hos brukeren og redusert bruk av sykehus tjenester. Ressursene utnyttes bedre, og fokuset er flyttet fra det syke til det friske, og fra behandling til forebygging. Organisasjonen har på dette grunnlaget mottatt priser og utmerkelser fra hele verden (Helse-og omsorgsdepartementet 2013b).

Stortingsmeldingen legger føringer for den faglige omstillingen som kreves i forhold til nye tenkemåter. Disse vil ha fokus på blant annet å heve den faglige kompetansen i tjenestene og

økt vekt på tverrfaglighet ved å skape større faglig bredde og samarbeid mellom disse. I tillegg skal forskning og kunnskapsspredning bidra til å styrke tjenestene. Innovasjon krever nye måter å tenke på. Utfordringen ligger i å finne nye måter å organisere og arbeide på, og flytte de etablerte grensene både mellom profesjoner og nivå. For at kommunen skal nå sine mål trenger de veiledning i det som spesialisthelsetjenesten har spisset kompetanse på. Veiledning og støtte er derfor en nødvendighet. Dette legger grunnlaget for behovet for systematisk kompetanseutveksling og tverrfaglig samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenester (Helse-og omsorgsdepartementet 2013b).

2.3 Tverrfaglighets- og samhandlingsbegrepet

I store trekk skiller Kristoffersen (2011) mellom tre hovedarbeidsformer: forskjellige yrkesgrupper arbeider alene; parallelt arbeid med utgangspunkt i forskjellige faglige mål, som kalles flerfaglig samarbeid; og tverrfaglig samarbeid, når forskjellige yrkesgrupper jobber sammen mot felles mål. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig når pasientens situasjon er sammensatt eller uklar og krever konkret handlingsplan. Forskjellige yrkesgrupper påvirker hverandre i utforming av tiltakene og forsterker pasientløpene. Samarbeid på tvers av ulike etater er også nødvendig ut ifra pasientens totale livssituasjon, det vil si at kommunale helsetjenester samarbeider med skoleetat, trygdeetat, sosialetat og arbeidsmarkedsetater (Ibid).

Samhandlingsbegrepet kan defineres på flere måter. Samhandlingsreformen beskriver samhandling som “et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (Helse-og omsorgsdepartementet 2009, s. 13). I. Aase, Hansen og K. Aase henviser til Reeves m.fl. uttalelse om begrepet tverrfaglig samarbeid. Den viser til “felles mål, delt gruppeidentitet, felles forpliktelser, klare teamroller og fordelt ansvar, gjensidig avhengighet blant gruppemedlemmer og samordning i arbeidspraksis” (2014, s. 2). I følge Kristoffersen definerer K. Lauvås og I. Lauvås samordning slik: «en systematisering eller organisering av det hver enkel utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre» (2011, s. 309).

Utifra disse tre ordene som er definert - samhandling, samarbeid og samordning - ser vi at definisjonene har en et felles grunnlag som gir en forståelse av hva det vil si å jobbe sammen mot et felles mål. Likevel problematiseres ordbruken i ulik litteratur. Willumsen, Sirnes og Ødegård (2014) mener at begrepet tverrprofesjonelt samarbeid blir for smalt i den raske utviklingen i praksis. Begrepene er til nå forbeholdt profesjonsutøvere og deres utdanning, men

må nå utvides til å gjelde også blant annet brukere og andre grupper. Videre sies det at “med nyere forskning, endrede grupper av aktører og nye kontekster blir det behov for nye begreper og definisjoner” (Ibid s. 21). Det er derfor en utfordring å skulle definere retningen i oppgaven utifra ett begrep. Behovet for å se betydningen av flere begrep i lys av hverandres er nødvendig for å forstå litteraturen. I denne oppgaven brukes begrepene samhandling og samarbeid i samme hensikt. Det samme gjelder begrepene tverrprofesjonell og tverrfaglig.

2.4 Sykepleierrollen i samhandling

Når sykepleierrollen skal omtales i et tverrfaglig perspektiv kan det være nyttig å se på sykepleiens historie og grunnlag for å forstå sykepleiers rolle og funksjon. Sykepleiens moderne grunnlegger, Florence Nightingale, la et grunnlag for et selvstendig og særegent fag med fokus på å se den syke som et helt menneske. Hun hadde et holistisk syn på mennesket og søkte svar på hva sykepleie er gjennom pasientens egne erfaringer og opplevelse ved sykdom. Nightingale mente at sykepleierens viktigste oppgave er å legge til rette for kroppens egen evne til naturlig tilheling ved sykdom. Empati og gode holdninger ble sett på som viktig i forhold til pasientbehandlingen, og det ble vektlagt at sykepleieutøvelsen skulle være omsorgsfull (Nordtvedt 2008). Observasjonskompetanse var i følge Nightingale en viktig del av sykepleierens praktiske kompetanse, og at observasjon er grunnlaget for sykepleiehandlinger. En korrekt og kontinuerlig observasjon av pasientens tilstand vil være avgjørende for at pasienten får tilstrekkelig og forsvarlig omsorg i forhold til sin sykdom (Karoliussen 2011). Nightingales syn på sykepleie kan oppsummeres slik:

Sykepleie dreier seg om tilretteleggelse av velvære og derved hjelp til mestring av kroppslig og sjelelig ubalanse. Sykepleie er å hjelpe den syke som syk, det syke mennesket. Sykepleien dreier seg om alt fra å stille den sykes grunnleggende behov og skånsomt lindre hans plager, til å understøtte hans egenomsorg, alt basert på en forståelse av hva pasienten har behov for som syk (Nordtvedt 2008, s. 51).

Nightingale la et grunnlag for kunnskapsutvikling innenfor faget sykepleie, og skilte med dette sykepleiens metoder fra medisinske metoder. Historisk kunnskap om sykepleiens verdier og mål kan bidra til en bevisst holdning og utøvelse av sykepleie til de utfordringene som møter oss idag og i fremtiden. Grunnleggende innsikt og kunnskaper om sykepleiens opprinnelse og utvikling bidrar også til at vi blir kjent med sykepleiens sosiale mandat i en politisk kontekst, og i det relasjoner til andre fagprofesjoner (Nordtvedt 2008).

Sykepleiere har i helsetjenestene en stor plass, en viktig rolle og er godt etablert. Sykepleiere har en faglig kyndighet og kompetanse i forhold til menneskets helse; normalfunksjon og svikt. Sykepleiere retter oppmerksomhet til grunnleggende behov hos mennesket og streber etter at disse skal opprettholdes (Norsk Sykepleierforbund 2008). Sykepleieren har pasientens helse, livskvalitet og mestring som viktige mål, og skal møte pasienten med en omsorgsfull holdning preget av fagkunnskap og nestekjærlighet (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011). Det å ha en sykepleiefaglig identitet innebærer å være bevisst sykepleiens fokus og funksjon. Det handler om å vite hva man har ansvar for og hva en står for med tanke på verdier og kunnskaper når man praktiserer sykepleieutøvelsen. Dette gir retning for yrkesutøvelsen (Kristoffersen 2011). Sykepleiere bringer inn sitt sykepleiefaglige perspektiv i tverrfaglig samarbeid og bidrar til at kliniske beslutninger ivaretar pasientens behov sett fra et sykepleiefaglig ståsted (Norsk sykepleierforbund 2008).

2.5 Lovgivning som grunnlag for tverrfaglig samarbeid.

Helsepersonelloven §4 (1999) sier om yrkesutøvelsen at helsepersonellet skal arbeide i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og at det skal bli gitt omsorgsfull hjelp som kan forventes utifra helsepersonellens kvalifikasjoner. Dette er viktig å være bevisst i samhandling mellom aktører for å sikre et optimalt pasientforløp og en helhetlig tjeneste. Videre sier Helsepersonelloven §4 (1999) at

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Ibid).

2.6 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke og belyse hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn, og er av betydning for et godt tverrfaglig samarbeid. Dette kan bidra til å forstå hvordan sykepleiere kan legge til rette for helhetlige pasientforløp i samarbeid med andre profesjoner.

2.7 Problemstilling

Hvilke forutsetninger har betydning for et godt tverrfaglig samarbeid?

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven bruker litteraturstudie som metode for å svare på oppgavens problemstilling. Dette gjøres ved å systematisk søke etter vitenskaplige originalartikler, også kalt primærkilder, i relevante databaser, og kritisk vurdere, analysere og sammenfatte de med annen relevant litteratur (Støren 2013; Aveyard 2014). En slik sammenfatning vil bidra til ny innsikt i tema ettersom de ulike primærkildene sammen danner en større forståelse sett i lys av hverandres kontekster (Aveyard 2014). Litteraturstudier kan være både et grunnlag for videre studier eller bli gjort for å dele kunnskap. Forsberg og Wengstrøm (2013) skiller mellom allmen litteraturstudie og systematisk litteraturstudie. En allmen litteraturstudie betegnes som en litteraturoversikt, der studiene blir analysert og beskrevet. En systematisk litteraturstudie går i følge Mulrow og Oxman (Forsberg og Wengstrøm 2013) ut ifra en problemstilling som er tydelig formulert og som systematisk besvares gjennom å vurdere og analysere relevant forskning. Gjennom en litteraturstudie kan man forholdsvis raskt samle relevante data forutsatt at man er i stand til å sette de rette søkekriteriene og at det finnes tilgjengelig faglitteratur, forskningsdatabaser og annen litteratur. Dersom mengden av litteratur innen emnene det søkes på er stor, kan det være noe tidkrevende å sortere all informasjon og filtrere ut det man ønsker å benytte (Forsberg og Wengstrøm 2013).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier er utarbeidet for å avgrense søk og som en hjelp til utvelgelse av artikler. Disse kriteriene vil være nyttige og nødvendige for å søke og finne litteratur som er relevant for oppgavens hensikt og problemstilling (Aveyard 2014). På grunn av økende fokus på tverrfaglig samhandling på flere nivå i samfunnet er det rask utvikling i forskningen knyttet til tema. For å inkludere nyeste forskning er søkene derfor avgrenset til publikasjoner etter 2010. Primærkildene må inkludere sykepleiere for å ivareta oppgavens sykepleiefaglige fokus. Det er ønskelig at resultatene i denne oppgaven skal kunne anvendes i praksis og det er derfor et krav om at kildene må ha overføringsverdi til det norske helsesystemet basert på tradisjon, kultur og tilgjengelige ressurser.

Følgende kriterier for oppgaven er satt opp:

INKLUSJON	EKSKLUSJON
Språk: Nordisk/engelsk	Språk: finsk og andre språk
Publisert etter 2010	Publisert før 2010
Original/primærartikler	Sekundærkilder/systematiske oversikter
Sykepleier i samhandling med andre profesjoner	Teamarbeid uten sykepleier eller bare sykepleiere i teamet
IMRaD-struktur og fagfelleverdert	Ikke fagfelleverdert / Fagartikler uten IMRaD
Vestlige land og kultur som har overføringsverdi til norske forhold	

3.3 Søkedokumentasjon

Et litteraturstudie begynner ofte med et bredt litteratursøk for å få et overblikk om hva som er av litteratur og kjent kunnskap på aktuelt tema. Å finne litteratur med høy relevans krever en god søkestrategi. Med høy relevans menes det at litteraturen skal ha nytteverdi for fagutvikling, i tillegg til at litteraturen skal kunne knyttes til relevante sosiale, kulturelle og organisatoriske forhold. Et systematisk søk begynner derfor ofte bredt og snevres etterhvert inn (Bjørk og Solhaug 2008). Søkestrategien i denne oppgaven (punkt 3.3.1) viser denne prosessen, der søkeordene er ment til å kombineres på den måten at søket gir færrest mulig artikler av høy relevans.

3.3.1 Strukturerte søk

For å finne relevant litteratur til hensikten med oppgaven må man vite hvor man skal finne den. For oppgavens tema og sykepleiefaglige relevans er det derfor nyttig å søke etter litteratur i databaser som inkluderer sykepleiefaglige tidsskrifter. På grunn av temaet i oppgaven som nødvendig inkluderer andre helsefaglige profesjoner er det også relevant med andre tidsskrifter innenfor spekteret av helseprofesjoner som ofte er i samhandling med sykepleiere. Bibliografiske databaser er brukt til litteratursøk i denne oppgaven. En bibliografisk database inneholder referanser til primær- og sekundærkilder, gir informasjon om hvor kildene kan

finnes i fulltekst, og har ofte et kort sammendrag som sier noe om artikkelen (Bjørk og Solhaug 2008). Aktuelle databaser, som er brukt i denne oppgaven, med helsefaglig litteratur er Ovid Nursing Database, PubMed, CinAhl og SveMed+ (Høgskolen i Gjøvik 2014). Alle disse dekker sykepleierrelaterte tidsskrifter. Å søke i flere databaser gir større mulighet for å finne relevant litteratur som kan svare på problemstillingen, og er derfor bevisst gjort i oppgaven (Bjørk og Solhaug 2008).

I de ulike databasene kjennetegnes kildene med ulike emneord, eller det Bjørk og Solhaug (2008) kaller “elektroniske merkelapper.” Systemene på dette varierer i de forskjellige databasene, og det er ikke hensiktsmessig å bruke samme søkestrategi i ulike databaser. Det er derfor viktig med et utvidet utvalg av synonymer i søkeordene. Ved å bruke MeSH-termer, Medical Subject Headings, vil flere kilder med ulike emneord komme under samme søk (Polit og Beck 2014). Dette kan gjøres direkte i databasene eller ved å gå inn på nettsiden til NLM’s MeSH Browser (2014), men også her er det viktig å være bevisst at de ulike databasene ikke bruker samme termer. For eksempel bruker PubMed og CinAhl ulike systemer og termer (Polit og Beck 2014). Søkeord som kan være aktuelle i ulike bøyingsformer kan være praktisk å trunkere. Det vil si å bruke stammen i et søkeord og merke det med et trunkeringstegn, som ofte er * (Bjørk og Solhaug 2008). Sentrale begreper og søkeord som er brukt i litteratursøkene er følgende: *Interprofessional, interdisciplinary, multidisciplinary, teamwork, nurs*, role perceptions, nursing role, collaboration, health care professionals, cooperative behaviour, autonomy, patient-centered care, rehabilitation*. Alle søkene er avgrenset til kilder som er publisert de siste fem årene. Søkene er gjort i tidsrommet fra november 2014 til april 2015.

Ulike kombinasjoner som har gitt funn fremkommer i skjemaet under:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Interprofessional teamwork	PubMed	1	1206
2. Role perceptions	11.04.15	2	46725
3. Nurs*		3	742485
		1 AND 2	55
		1 AND 2 AND 3	44
		1 AND 2 AND 3 <5 years	22
FUNN:			
Aase, I., Hansen, B. S., & Aase, K. (2014).			Nr 3 av 22
Hood, K., Cant, R., Leech, M., Baulch, J., & Gilbee, A. (2014).			Nr 11 av 22
Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Hudelson, P., Maître, F., Vu, N. V., <u>Savoldelli GL</u> & Nendaz, M. R. (2013).			Nr 14 av 22
1. Nursing role	SveMed+	1	710
2. Interdisciplinary	20.03.15	2	672
		1 AND 2 AND year :[2010 TO 2015]	15
FUNN:			
Furunes, K. A., & Brataas, H. V. (2014)			Nr 6 av 15
1. Collaboration	SveMed+	1	259
2. Interdisciplinary	21.03.15	2	672
		1 AND 2 AND year :[2010 TO 2015] AND peer reviewed	24
FUNN:			
Johannessen, A. K., & Steihaug, S. (2014).			Nr 4 av 24
1. Collaboration	Ovid Nursing Database	1	6317
2. Communication		2	96244
3. Rehabilitation	17.04.15	3	67450
		1 AND 2	1946
		1 AND 2 AND 3	134
		1 AND 2 AND 3 limit 4 to (yr="2010 - 2015" and last 5 years)	59
FUNN:			
Kraft, M., Blomberg, K., & Hedman, A. M. R. (2014).			Nr 16 av 59

3.3.2 Ustrukturert søk

Polit og Beck (2014) anbefaler at man ser på “relaterte referanser” etter at man har funnet relevante og gode artikler gjennom søk. Ruud og Heggdal (2013) og Legault F. m.fl (2012) ble funnet på denne måten i søk som ble gjort i henholdsvis SveMed+ og PubMed.

3.4 Utvelgelse av artikler

Flere faktorer er tilstede i utvelgelsen av artikler. Det første som blir sett etter er om artikkelreferansen har et resymé som gir innblikk i studiens hensikt og kan fortelle om dens relevans til denne oppgavens hensikt (Bjørk og Solhaug 2008). Alle valgte artikler har blitt sjekket i forhold til om de er fagfellevurdert. I følge Polit og Beck (2014) er dette en kvalitetssikring av forskningen som blir gjort av uavhengige fagfeller som gjør en omfattende gjennomgang av studien.

Det vitenskaplige nivået på artikkelen sjekkes i registeret til Database for statistikk om høgre utdanning (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2015) . Nivået kan vurderes til 1 eller 2, der nivå 2 har høyest status. Alle utvalgte artikler har vitenskaplig nivå 1.

Det skilles mellom primære og sekundære kilder, og denne oppgavens resultater baseres på primærkilder. En primærkilde er et forskningsresultat bygget på empirisk datasamling, og sekundære kilder er bearbejdede primærkilder. (Erikson 2010; Bjørk og Solhaug 2008). En vitenskaplig artikkel kjennetegnes ved at den er systematisk oppbygd av en såkalt IMRaD-struktur som består av fire elementer: Introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Støren 2013). Noen artikler var tilgjengelig i fulltekst ved hjelp av linker i referansedatabasene eller ved søk på *Google Scholar*, mens andre måtte bestilles gjennom høgskolens bibliotek. Funn som har nevnte faktorer tilstede og i tråd med inklusjonskriteriene og med relevant hensikt, ble fortløpende vurdert som aktuelle. I prosessen med utvelgelsen ble ni primærkilder vurdert som aktuelle for å kunne svare på oppgavens hensikt. En av de ble senere forkastet grunnet problemer med å knytte solid relevans til problemstillingen.

3.5 Metode for analyse av artikler

De åtte valgte artiklene ble vurdert i forhold til dens relevans til oppgavens hensikt. Videre ble de analysert. Å analysere vil si å dele opp i mindre deler. I en vitenskaplig sammenheng betyr det å undersøke fenomenet i mindre deler og undersøke dem, før de igjen blir sammenlignet med andre resultater og satt i en helhet (Forsberg og Wengstrøm 2013). I denne sammenlignelsen vil det kunne trekkes ut hovedtemaer som gjengis i “meningsbærende

enheter” i resultatkapitlet, og som gir grunnlag for drøfting av temaet. Disse temaene bør i følge Aveyard (2014) reflektere problemstillingen. I analysarbeidet må det legges vekt på metoden som forskerene har brukt. I vurdering av metoden må det stilles spørsmål om den er hensiktsmessig i forhold til å kunne svare på forskningsspørsmålet. I denne oppgaven har de valgte artiklene hovedsaklig kvalitative metoder og ses på som hensiktsmessig i forhold til at problemstillingen stiller spørsmål om fenomener knyttet til tverrfaglig samhandling og sykepleie. Et fenomen kan forklares som en menneskelig opplevelse eller erfaring, og kvalitative studier baseres på data eller teorier som ikke er målbare. Datainnsamlingen i en kvalitativ studie er derfor basert på samtale, observasjoner og intervju (Polit og Beck 2014; Forsberg og Wengstrøm 2013). Denne oppgavens hensikt er nettopp å identifisere erfaringer med tverrfaglig samhandling. To av artiklene er gjort med en blandet metode, det vil si at det er samlet både kvalitative og kvantitative data. Kvantitative data speiler målbare resultat. Det å bruke blandede forskningsmetoder kan få frem ulike synsvinkler og informasjon rundt et fenomen (Forsberg og Wengstrøm 2013; Polit og Beck 2014).

Det ble brukt et analyseskjema som en hjelp i den systematiske gjennomgangen av artiklene. Videre ble det i den kritiske vurderingen av artiklene brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler, hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister stiller spørsmål angående blant annet studiens hensikt, datainnsamling, utvalg, resultat og etiske hensyn (Kunnskapssenteret 2014). Kritisk vurdering av artiklene er nødvendig i prosessen for å avdekke om studien er relevant, hensiktsmessig og av god kvalitet relatert til denne oppgavens hensikt (Aveyard 2014).

4.0 RESULTAT

4.1 Litteraturmatriser

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Furunes, K. A., & Brataas, H. V. (2013). Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studentpraksis som arena for tilegnelse av trygghet på rolle og ansvar. <i>Nordisk tidsskrift for helseforskning</i>, 9(2), 98-111.</p>	<p>Hensikten med studien var å bringe fram kunnskap om sykepleieres oppfatninger om betydningen av å delta i et tverrprofesjonelt praksisstudie versus tradisjonelle praksisstudier, med fokus på å mestre overganger til yrkesrollen og for å oppleve rolletrygghet og kvalitet på egen yrkesutøvelse over tid.</p>	<p>Design: Kvalitativ metode.</p> <p>Utvalg: 3 sykepleiere med tverrprofesjonell praksiserfaring 3 sykepleiere med tradisjonell praksiserfaring.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Det ble benyttet en intervjuguide med følgende tema: a) Forventninger til tradisjonelle og tverrfaglige, dvs. tverrprofesjonelle praksisstudier, b) Erfaringer fra tverrprofesjonelle og/eller tradisjonelle praksisstudier, og c) Opplevelse som nyutdannet av yrkesrolle og samarbeid med andre profesjonelle.</p> <p>Sykepleierene ble intervjuet to år etter endt utdanning.</p>	<p>Tverrprofesjonell praksis var en egnet arena for rollelæring der forholdet, samarbeidet og strukturen mellom de ulike profesjonene ble klarere og tydeligere for sykepleierene. Å ikke vite hva andre profesjoner gjør går utover kvaliteten på tjenestene til pasienten og er ineffektivt. Å ikke kjenne sin egen rolle versus andres rolle skaper usikkerhet og frustrasjon.</p> <p>Å få trene på å ta ansvar som sykepleier i studentrollen gir økt trygghet og selvtillit i samarbeid med andre.</p> <p>Samarbeidslæring gjennom studentsamarbeid. Å kjenne til ulike profesjoner har betydning for kvaliteten på tjenestene de utfører sykepleie i og har betydning for samhandling med andre. Det bidrog til en bevissthet på hva tverrprofesjonelt samarbeid innebærer.</p>	<p>- Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>- Forskningsetiske retningslinjer ble fulgt og deltakererklæring ble signert.</p> <p>- Studien er et ledd i et masterstudium. Lokal etisk vurdering ble gjennomført av lærere på studiet.</p> <p>- Resultatene kan ikke generalisere på grunn av lavt antall informanter. Vi finner det likevel spennende at det er prøvd ut en modell i Norge som har som mål å fremme tverrfaglighet, allerede på studentnivå. Vi finner derfor relevans i denne studien til vår problemstilling.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Aase, I., Hansen, B. S., & Aase, K. (2014). Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. <i>BMC medical education</i>, 14(1), 170.</p>	<p>Studiens hensikt er å beskrive sykepleie- og medisinstudenters oppfatninger av tverrprofesjonelt samarbeid, med fokus på erfaringer og anbefalinger som kan gjøre en forskjell i utdanningene.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie Utvalg: 10 sykepleierstudenter i 5.semester 12 medisinstudenter i 7.semester i felles praksis på sykehus.</p> <p>Fire fokusgrupper: (1) 7 medisinstudenter, (2) 4 sykepleiestudenter, (3) 3 medisinstudenter + 4 sykepleiestudenter, (4) 2 med.studenter + 2 spl.studenter.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: - Data er basert på intervju av fire fokusgrupper. - To spørsmål ble stilt: 1) studentenes persepsjoner av deres rolle i tverrfaglige kontekster, 2) hvordan studentene ser på tverrfaglige arbeidsareaner. - Spørsmålene ble testet i en pilotgruppe bestående av andre studenter enn nevnte utvalg for å sikre at de ville inneha en adekvat forståelse av spørsmålene. - Intervjuene ble gjort av to forskjellige forskere for å sikre pålitelige observasjoner og å unngå påvirkning fra forskernes ståsted.</p>	<p>Sykepleierstudentene mente at de gjennom utdanningen ble oppmuntret til å dele ansvar og så på seg selv som den som holdt alle trådene samlet i møtet med pasienten - en «handyman»-rolle. Det var deres ansvar å ta de oppgavene som ble oversatt av andre profesjoner. Medisinstudentene gav uttrykk for at de henvendte seg til sykepleiere når de trengte informasjon.</p> <p>Inadekvat forståelse av hverandres profesjonelle roller og uklar kommunikasjon blandet med trusler, frykt og usikkerhet er faktorer som gjør at man unngår å ta ansvar. Det kom i tillegg frem av en sykepleierstudent at hun ble bedt om å gjøre som legen sa, og henviser til hierarkidominansen hos erfarne leger og sykepleiere. Studentene opplevde at erfarne sykepleiere og leger arbeidet i ufleksible og tradisjonelle sturkturer.</p>	<p>- Vitenskaplig nivå 1</p> <p>- Studien hadde ikke behov for godkjenning fra REK (Regional komite for helsefaglig forskningsetikk) da det var inkludert pasienter eller pasientinformasjon i studien. Ellers godkjent av ulike universitet og NSD.</p> <p>- Vi inkluderer studenters perspektiv på tverrfaglig samhandling da vi ser verdien av deres tanker rundt samhandling, i tillegg til at det reflekterer hva utdanningen innehar av undervisning og verdier knyttet til tverrfaglig samarbeid.</p> <p>- Fokusgruppeintervju fremheves i artikkelen som en måte å stimulere et bredere og dypere uttrykk av meninger.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
Johannessen, A. K., & Steihaug, S. (2014). The significance of professional roles in collaboration on patients' transitions from hospital to home via an intermediate unit. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 28(2), 364-372.	<p>Studien fokuserer på samarbeid i en intermedier enhet og på enhetens samarbeid mellom sykehus og hjemmebasert omsorgstjenester i fire kommuner i Norge.</p> <p>Hensikten med studien var å undersøke betydningen av profesjonelle roller i samarbeid om pasientens overganger fra sykehuset til institusjon og deretter hjem.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Utvalg: 38 helsepersonell; sykepleiere, lege, fysioterapeuter, ergoterapeuter, omsorgsarbeidere, vernepleiere.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Helsepersonell ble intervjuet på arbeidsstedet, i perioden fra mars 2009 til juni 2011.</p> <p>Observasjon av:</p> <p>6 tverrfagligmøter: sykepleiere, lege, ergoterapeuter og fysioterapeuter</p> <p>6 rapportmøter: registrert sykepleiere og omsorgsarbeidere.</p> <p>4 utskrivelsesmøter: pasient, pårørende og helsepersonell fra enhet og kommunen.</p>	<p>Profesjonene opplever å arbeide side om side, men ikke tverrfaglig. Sykepleierene opplevde å få delegert oppgaver både innenfor og utenfor sin kompetanse. I tverrfaglige møter med legen opplevde de større arbeidsbelastning. ergoterapeuter og fysioterapeuter opplevde å være «gjester» i møte med sykepleierene som de opplevde hadde en «vi og dem»-holdning. I ukentlige møter ble medisinskbehandlingen domenerende, men tverrfaglig diskusjon om aktivitetsnivå og behov hos pasientene var ned prioritert.</p>	<p>- Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>- Ethiske hensyn er i tråd med NSD og REK-komiteens retningslinjer. Samtykke fra informantene. identitet og lyd filene behandlet konfidensielt og anonymisert. Informantene hadde mulighet å trekke seg fra studien.</p> <p>- Kritisk vurdering av utvalg, der kun én lege deltok i studien</p> <p>- Styrke i studien: Kombinerte metoden (intervju og observasjoner av møter) viser mer av ulike sammenhenger og på den måten skaper mer helhetlig bilde av situasjonen.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Kraft, M., Blomberg, K., & Hedman, A. M. R. (2012) The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation—an interview study. <i>International journal of older people nursing</i>, 9(3), 209-216.</p>	<p>Å beskrive samhandling i rehabilitering fra helsefaglig profesjonsperspektiv:</p> <p>- å utvide forståelsen av hvordan disse gruppene av profesjonelle ser på samhandling.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Utvalg: 4 ergoterapeuter 3 fysioterapeuter 3 sykepleiere</p> <p>Inklusjonskriterier: være ansatt og jobbe daglig med pasienter på en intermedieær/korttidsinstitusjon.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: Semistrukturert spørreskjema basert på retningslinjer fra Sosialstyrelsen ang samhandling og rehabilitering. Inkludert var også syv åpne spørsmål som var relatert til temaer innenfor arbeidsstedets kontekst. Disse spørsmålene hadde oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble gjort på arbeidsstedet og varte fra 45-90 min. Intervjuene fant sted mellom februar og mai i 2009. Analysene av intervjuene ble gjort i flere trinn.</p>	<p>Å krysse profesjonelle og organisatoriske grenser - sterke faglige tradisjoner skapte uenigheter innad i teamet.</p> <p>Bevissthet av egen profesjonell identitet er en viktig faktor for å fremme samhandling mellom profesjonelle grupper. Man må være bevisst egen kompetanse og ansvar. Selvsikkerhet bidrar til samhandling.</p> <p>Overføring av informasjon og kunnskap. Det ble satt høyt å kunne sette av tid til møter for å diskutere hver enkelt pasient.</p>	<p>- Vitenskaplig nivå 1</p> <p>- Følger etiske retningslinjer i Helsinkideklarasjonen og samtykkeskjema ble gitt.</p> <p>- Studien er gjort i Sverige og er utviklet fra et tidligere forskningsprosjekt.</p> <p>- Inneholder holdninger og faktorer som påvirker samarbeid.</p> <p>- Fordi studien er gjort i Sverige finner vi overføringsverdi til norsk praksis.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
<p>Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahrouge, S., & Ziebell, L. (2012) Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. <i>The Journal of the American Board of Family Medicine</i>, 25(2), 168-176.</p>	<p>Studien beskriver utviklingen av samarbeid mellom leger og team (APTCare) bestående av sykepleiere og farmasøyter som er knyttet til helseforebyggende arbeid blant komplekse pasientgrupper med høy risiko for negative sykdomsutfall.</p>	<p>Design: Blandet studie med kvalitative og kvantitative data.</p> <p>Utvalg: 8 leger, 5 sykepleiere, 1 farmasøyt.</p> <p>Disse ble delt inn i 7 fokusgrupper: APTCare team (2 grupper), leger (2 grupper), APTCare team + lege (1 gruppe), alle (1 gruppe), sykepleiere (1 gruppe). (APTCare-team bestod av 3 sykepleiere og en farmasøyt.)</p> <p>Datainnsamlingsmetode: <u>Kvalitativ:</u> 10 fokusgruppeintervjuer om utfordringer i samarbeidsområder, ansvarsområder og koordinering av omsorg, kommunikasjon og utvikling av tillit og respekt. Spesielt vektlagt fokus på tilfredshet av egen rolle og hvordan denne ble utviklet innav i teamet, tilfredshet med tjenester og mengde kontakt med pasienter.</p> <p><u>Kvatitativ:</u> En spørreundersøkelse ble sendt ut til deltakerene for å kartlegge demografisk informasjon. Spørreundersøkelsene inkluderte likert-scale-questions som spurte om nåværende opplevelse av samarbeid med ulike fokusområder. Daglige loggføringer over 5 mnd registrerte hvor mye samarbeid som ble gjennomført, og positive og negative erfaringer.</p>	<p>Sykepleiere og farmasøyter oppgav at å lære å samarbeide var en vanskelig prosess. Det tar tid å «vokse» inn i det å samhandle, og det er komplisert å lære å koordinere helsetjenester som et team. APTCare teamet strevde med problemer relatert til profesjonelle roller og ansvar. De opplevde legene som motvillige til å delegere oppgaver til teamet. Ansvarsområdene ble tydeligere utover i studien.</p> <p>Legene nevnte spesielt at sykepleiere var mer i stand til å definere tilgjengelige tjenester og å koble pasientene til disse tjenestene. Dette første til mer raskere og mer effektive pasientforløp.</p> <p>Farmasøyt ble undervurdert av sykepleiere og leger. De så likevel tidlig at de kunne dra nytte av denne profesjonen.</p>	<p>- Vitenskaplig nivå 1</p> <p>- Studien er en del av et større prosjekt som ble godkjent av Ottawa Hospital Research Ethics Board.</p> <p>- Studien er gjort i Canada.</p> <p>- Til tross for at studien ble gjort i en spesifikk setting sier forfatterne at funnene tilsvarer annen litteratur om tverrfaglig samhandling. Dette styrker derfor generell relevans av funnene.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Hudelson, P., Maître, F., Vu, N. V., Savoldelli L., & Nendaz, M. R. (2013) Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions and expectations among nurses and residents. <i>PloS one</i> , 8(2), e57570.	Hensikten med studien var å beskrive og sammenligne legers og sykepleieres betraktninger og forventninger av egen og hverandres profesjonelle rolle på en indremedisinsk avdeling, for å kunne identifisere aspekter som kan vektlegges i videre i tverrfaglige utdanningsprogrammer .	<p>Design: Blandet metode med hovedvekt på kvalitativ metode + kvantitative data.</p> <p>Utvalg: 54 sykepleiere og 33 leger var kvalifiserte for studien, og utvalget endte av disse i 14 par av sykepleiere og leger.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: - Semistrukturerte intervjuer ble gjort i individuelle, konfidensielle møter med hver enkelt deltager. Intervjuspørsmålene ble testet på forhånd av sykepleiere og leger som ikke deltok i studien.</p> <p>- Deltakerene ble gitt et spørreskjema med 11 korte, kliniske scenarier, der de skulle vurdere 6 forskjellige handlinger i foretrukket rekkefølge.</p>	<p>Sykepleiere og leger betraktet sykepleier sin rolle til å være den som sikrer oppfølging av pasienten gjennom sykehusoppholdet, å utføre medisinske ordre, behandle, ta vare på pasienten og yte psykologisk støtte i tillegg til de spesifikke sykepleieoppgavene. Sykepleierene så seg selv som en link mellom legen og pasienten. De beskriver en gjensidig avhengighet med ulike funksjoner.</p> <p>Sykepleierene fremhevet skillet mellom egen oppfatning av sin rolle og «delegert» rolle, som å utføre medisinsk ordre.</p> <p>Legene mente at sykepleierene kunne vise større deltagelse i å gjøre bestemmelser.</p> <p>Alle deltakerene strebet etter få mer kunnskap om hverandres profesjoner.</p> <p>Kliniske scenarier viste at sykepleiere i større grad vil håndtere situasjoner selv, der legene ønsker at de skal tilkalle dem. Dette viker ifra det legene oppgav i intervjuet om at sykepleiere må i større grad vise selvstendighet i pasienhåndtering.</p>	<p>- Vitenskaplig nivå 1</p> <p>- Studien ble godkjent av den etiske komiteen på universitetssykehuset i Geneva, Sveits.</p> <p>- Forskerene selv mener at en blandet metode styrker studien ved at uoverensstemmelsen mellom intervjuene og scenariene ikke ville blitt gjennomskuet ved bare en metode.</p> <p>- Viser tydelige (umøtte) forventninger mellom profesjonene.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
Ruud, M. B., & Heggdal, K. (2013) Sykepleie – en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 31(03), 31-41.	Hensikten med studien er å få dypere innsikt og forståelse for hvordan sykepleierne opplever og beskriver sin funksjon i rehabilitering på sykehjemmet.	<p>Design: Kvalitativ studie</p> <p>Utvalg: Seks kvinnelig sykepleiere fra sykehjem i tre ulike kommuner i Norge.</p> <p>Inklusjonskriteriene:</p> <p>-Minst fem år erfaring i rehabilitering med eldre, slik at imperien kunne avspeile erfaringen i feltet over tid. Kommunene hadde egne avdelinger for rehabilitering på sykehjemmene.</p> <p>Datainnsamlingsmetode:</p> <p>Intervjuene ble analysert i fire omganger med forskjellige fokus. Intervjuene, transkribering og analysen ble gjort av en person(førsteforfatter). Siste del av analysen, der funnene ble sammenfattet, ble gjort sammen med andre forfatter.</p>	<p>Ivaretaker-funksjon innebærer å ivareta både pasientens behov og helhet. Sykepleierens evne å se pasientens ressurser i forhold til utfordringene og å styrke personens muligheter for å komme seg igjen. Sykepleierens fagkunnskap og tilstedeværelsen døgnet rundt førte til at planlegging, koordinering og samarbeid med andre aktører innenfor sykehjemmet, i kommunene og i møte med pårørende, var en del av dette.</p> <p>Knytepunkt-funksjon fremhever sykepleierens fagspesifikke rolle som et knytepunkt i rehabiliteringsprosessen. Den innebærer å ha ansvar for å være oppdatert og informert om pasientens situasjon og om andre profesjonens arbeid med pasienten. Sykepleierne opplever å ”sy sammen” de ulike tiltakene til en helhetlig innsats for og med den enkelte pasient. Samt opplevelsen av at andre profesjoner forventer at sykepleierne samler trådene og skal sammenfate informasjon. Sykepleierne også har forventninger til seg selv om ivaretakelsen av helhet hos pasienten.</p>	<p>- Vitenskapelig nivå 1.</p> <p>- Godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).</p> <p>- Studien er i tråd med Helsinkideklarasjonen.</p> <p>- Studien omhandler tverrfaglighet i rehabilitering og vi finner sykepleiefunksjonene i studien aktuell for vår oppgave.</p> <p>-Forfattere selv påpeker at en svakhet i studien er små fagmiljø, og det videre er behov for studier som belyser sykepleiefunksjonen innen rehabilitering sett fra pasient, pårørende og andre profesjoners perspektiv.</p>

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Egne kommentarer
Hood, K., Cant, R., Leech, M., Baulch, J., & Gilbee, A. (2014). Trying on the professional self: nursing students' perceptions of learning about roles, identity and teamwork in an interprofessional clinical placement. <i>Applied Nursing Research, 27</i> (2), 109-114.	<p>Målet med studien er å beskrive hvordan avangsstudenter ser på det kliniske læringsmiljøet og hvordan de modnet deres profesjonelle identitet gjennom tverrfaglig læring i en studentstyrt avdeling på sykehus i Australia.</p> <p>Medisin og sykepleierstudenter ble satt sammen i grupper med hensikt å jobbe tverrfaglig i 2 uker på en vurdering- og rehabiliteringsavdeling. Studentene vurderte pasientene, la planer og administrerte alle aspekt i pasientforløpet.</p>	<p>Design: Blanda metode, kvalitativ og kvantitativ.</p> <p>Utvalg: 9 medisinstudenter 10 sykepleierstudenter 2 ergoterapistudenter* 2 fysioterapistudent.* Alle var i sitt siste år i studiet. *ble hentet inn i teamet etter behov.</p> <p>Datainnsamlingsmetode: <u>Kvalitativ:</u> Fokusgruppeintervju ble gjennomført i hvert studentteam for å få dybdeinformasjon om studentenes erfaringer. Hver gruppe ble ledet av en erfaren forsker og diskusjonen ble tatt opp. Det ble utarbeidet et intervjuprogram som undersøkte studentenes erfaringer ang tverrfaglig læring. De diskuterte positive og negative erfaringer, tiltak som kan forbedre fremtidig praksis og forhold som er av verdi for videre arbeid.</p> <p><u>Kvantitativ:</u> Deltakerene fullførte en skriftlig spørreundersøkelse som undersøkte studentenes persepsjoner på programmet, veiledningen, autonomi, roller og samhandling.</p>	<p>- <i>Opplevelse av uavhengighet og autonomi</i> Studentene rapporterte økt og ukjent autonomi og ansvar i planlegging av pasientomsorgen og i det å gjøre bestemmelser. - <i>Å se klart hva sykepleie handler om</i> Sykepleierstudentene beskrev en forbedret forståelse av deres egen rolle, rolleavklaring og verdien av dette. Tverrfaglige interaksjoner bidro til å se sin egen rolle tydeligere, ved at man ser at man er en del av et større «bilde».</p> <p>- <i>Endret bilde av andre profesjoner</i> Sykepleierstudentene fikk et annet syn på andre profesjoner på grunnlag av mer kunnskap om hva de gjør ved å ha jobbet sammen med de. De andre studentene beskrev et endret bilde av sykepleiere preget av en større verdsettelse av hva de gjør og verdien av det.</p> <p>- <i>Kommunikasjon og samhandling</i> Både medisin- og sykepleierestudenter beskrev at det var noe nytt for de å jobbe tverrfaglig. De uttrykte en større selvtillit etter samarbeidet på å ta kontakt på tvers av profesjonene. De så likeverdigheten i å være ulike brikker i å nå felles mål. - <i>Å bli et fungerende team</i> Gjensidig avhengighet.</p>	<p>- Vitenskaplig nivå 1</p> <p>- Studien viser til godkjenning for gjennomføring av studien fra etisk komite på respektivt sykehus og universitet.</p> <p>- Spørreundersøkelsen viser skåringer som er samstemte med det som kom frem i fokusgruppeintervjuene.</p>

4.2 Sammenfatning av artikler

Følgende tema er identifisert i resultatanalysen:

4.2.1 Sykepleieren - knytpunktet, ivaretakeren og koordinatoren.

I Ruud og Heggdal (2013) beskrives sykepleierrollen utifra et rehabiliteringsperspektiv, der sykepleierens funksjon blir identifisert til å være den som ivaretar alle dimensjoner i pasientens behov. Sykepleierens fagkunnskap og tilstedeværelse døgnet rundt fører til at planlegging, koordinering og samarbeid med andre - både i sykehjemmet, i kommunen og med pårørende - faller på sykepleieren. Dette blir i studien beskrevet som en ivaretaker-funksjon. I tillegg til denne funksjonen har også sykepleierene en knytpunkt-funksjon. Denne funksjonen innebærer "å ha ansvar for å være oppdatert og informert om pasientens situasjon og hva alle faggruppene jobber med i relasjon til den eldre for å "sy sammen" de ulike tiltakene til en skreddersydd innsats for og med den enkelte pasient" (Ibid s. 37). Knytpunkt-funksjonen begrunnes blant annet i sykepleierens fagspesifikke kompetanse. Sykepleierene opplever at fagpersonene i den tverrfaglige samhandlingen utfyller hverandre i pasientens rehabiliteringsprosess, men at de blir pålagt en forventning om at det er sykepleierene som skal samle trådene. Sykepleierene har selv forventninger om at de skal ivareta helheten i møtet med pasientene (Ruud og Heggdal 2013). Sykepleiere og leger (Muller-Juge m.fl 2013) betraktet sykepleier sin rolle til å være den som sikrer oppfølging av pasienten gjennom sykehusoppholdet, å utføre medisinske ordre, behandle, ta vare på pasienten og yte psykologisk støtte, i tillegg til de spesifikke sykepleieoppgavene. Sykepleierstudentene (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014) beskriver sin funksjon til å være den som holder tråden i og tar ansvar for pasientforløpet, og er den som ser de oppgaver som andre profesjoner overser. Også medisinstudenter kommenterer at de ser at sykepleieren koordinerer alt rundt pasienten, og at de henvender seg til sykepleier når de trenger informasjon.

4.2.2 Skillet mellom egen rolleoppfatning og "delegert" rolle

Sykepleierene fremhevet skillet mellom egen oppfatning av sin rolle og «delegert» rolle, som å utføre medisinsk ordre og behandle pasienten (Muller-Juge m.fl 2013). Denne tillagte rollen kan eksemplifiseres i studien til Johannessen og Steihaug (2014). I en intermediaær avdeling opplevde sykepleierne at de ble pålagt å utføre ukjente prosedyrer i forhold til kompliserte brudd, sår eller sterke smerter. Sykepleierne i studien indikerte også at de brukte betydelig med tid til å assistere legen. I ukentlige tverrfaglige møter delegerte legen oppgaver til sykepleierene.

Sykepleierene (Muller-Juge m.fl 2013) understreket Virginia Henderson's behovsprinsipper som en bakgrunn for sin profesjonelle rolle. En sykepleierinformant i studien delte sin rolle i to deler: autonomi knyttet til det sykepleiefaglige og pasientomsorg gjennom medisinsk delegering. Legene hadde forventninger til sykepleierene om at de skulle være mer aktive i beslutningsprosessen og i utarbeidingen av felles mål for pasientforløpet. De hadde også ønske om at sykepleierene skulle forstå mer av de kliniske situasjonene, og at de skulle både gjenkjenne og vurdere problem, i tillegg til å verifisere legens forordninger og medisinske bestemmelser. Sykepleierene på sin side ønsket at legene skulle forklare mer angående pasientens sykdom og behandling. De ønsket at legene skulle jobbe mer i team og være mer tilgjengelige. Samtidig var det et ønske fra sykepleierene om at legene skulle gjenkjenne deres arbeid. Sykepleierstudentene (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014) opplever seg selv som viktige og nyttige når legene tar deres observasjoner og målinger til etterretning.

4.2.3 Å være bevisst sin egen profesjonsidentitet i møte med andre yrkesutøvere

Å være bevisst sin egen profesjonsidentitet ble funnet som en meget viktig faktor for et forbedret samarbeid mellom yrkesgruppene (Kraft, Blomberg og Hedman 2012). Dette innebærer å kjenne sin kompetanse og sine ansvarsområder knyttet til sitt yrke og rutiner. Å ha relevant og tilstrekkelig arbeidserfaring innenfor sitt fagfelt er av stor betydning for utviklingen av profesjonsidentitet. I denne sammenheng blir også selvtillit fremhevet som en viktig faktor i samarbeid, og at mangel på selvtillit gir vanskeligheter i samarbeid med andre. I tillegg viser studien at manglende kunnskap om andre profesjoner førte til svakheter i pasientens rehabiliteringsprosess (Ibid). Inadekvat forståelse av hverandres profesjonelle roller og uklar kommunikasjon blandet med trusler, frykt og usikkerhet er faktorer som gjør at man unngår å ta ansvar (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014). I studien til Legault m.fl (2012) viste loggene fyllt ut av sykepleiere og farmasøyt at teamet strevde med vanskeligheter knyttet til profesjonelle roller og ansvar. Tross at det formelt ble presentert ulike roller og sider av disse, var det bare gjennom direkte interaksjoner mellom klienter og teamet at legen kunne se og verdsette roller, virkeområder og individuelle sterke sider ved medlemmene i teamet. Utover i studien når profesjonene lærte hverandre å kjenne, viste det seg at inndelingen av ansvarsområder mellom profesjonene ble tydeligere, og medlemmene følte en anerkjennelse av sine profesjonelle meninger. Legene markerte at de så verdien av å ha sykepleiere i teamet da de viste innsikt i tilgjengelige tjenester i samfunnet, og evnet å koble pasienten til disse og skapte dermed et raskere og mer effektivt pasientforløp. Også farmasøytene ble tidlig i studien sett på med andre

øyne etterhvert som leger og sykepleiere så at de kunne dra nytte av å ha tilgang til denne profesjonens tjenester.

4.2.4 Faglige tradisjoner og hierarki

Både sykepleie- og medisinstudenter beskriver i studien til I. Aase, Hansen og K. Aase (2014) en hierarkidominanse på sitt praksissted. Studentene opplevde at legene viste lite interesse for andre profesjoners oppgaver og funksjon. I tillegg hadde de en opplevelse av at erfarne leger og sykepleiere jobbet i ufleksible og tradisjonelle strukturer, og det var lite diskusjoner mellom profesjonene. Videre så studentene hvordan hierarkiske holdninger utspilte seg når studentene “gav fra seg stolen” hver gang noen med “høyere rang” kom inn i rommet (Ibid). I en svensk studie om samhandling innenfor rehabilitering blir det lagt frem at det er stor respekt for det tradisjonelle hierarkiske systemet og at dette skaper uenigheter innad i de tverrfaglige teamene. Dette kom tydelig frem da enkelte profesjoner ikke ble inkludert i de ukentlige møtene mellom leger og sykepleiere (Kraft, Blomberg og Hedman 2012).

Johannessen og Steihaug (2014) beskriver i sin studie at hensikten med de tverrfaglige møtene var tverrfaglig diskusjon om enhetens pasienter, men observasjonene viste at perspektivet på medisinsk behandling var dominerende. utfordringer knyttet til funksjonsnivå og tilheling var en sjeldenhet. Andre profesjoner som ergoterapeuter og fysioterapeuter beskrev samarbeidet med sykepleierne som viktig, men utfordrende. De hadde en opplevelse av å være gjester i enheten og å være ekskludert fra sykepleierenes fellesskap. Legen på sin side opplevde samarbeidet som utmerket og har en opplevelse av å jobbe i et tverrfaglig team. De andre profesjonene i teamet opplevde at de jobbet enfaglig fremfor tverrfaglig (Ibid).

4.2.5 «Å hente det beste fra alle yrkesgrupper for å jobbe mot et felles mål»

Å jobbe tverrfaglig gir en forståelse av hva andre profesjoner mener og gjør, og betydningen av samarbeid. Informantene med bakgrunn i tverrprofesjonell praksis så på alle teamdeltakere som likeverdige, der alle hadde en viktig funksjon i å nå pasientens mål. Denne likeverdigheten gjorde det lettere å komme med både forslag og spørsmål på tvers av profesjonene (Furunes og Brataas 2013). Også studenter (Hood m.fl 2014) innenfor sykepleie og andre helseprofesjoner uttrykker at det er lettere å ta kontakt med hverandre på tvers av profesjonene når man kjenner til hverandre etter et direkte samarbeid. De uttrykte en større selvtillit etter samarbeidsprosjektet på dette. De så også likeverdigheten i å være ulike brikker i å nå felles mål.

Både sykepleiere og leger i Muller-Juge m.fl (2013) vektla viktigheten av å jobbe i team mot et felles mål. De beskriver at de ulike funksjonene har en gjensidig avhengighet, og at en god

jobb må bygges på et godt samarbeid. Alle deltakerene strebet etter å få mer kunnskap om hverandres profesjoner. Det har aldri vært et tema om hva andre profesjoner gjør. Som en av sykepleierene ytret: “Jeg tror ikke jeg vet alt om legens rolle, men jeg ser hva han gjør. Men jeg har aldri spurt en lege om å forklare sin rolle til meg. Og siden jeg aldri har vært gjennom et medisinstudie, så vet jeg bare ikke” (2013, s.5). I følge Kraft, Blomberg og Hedman (2012) kjennetegnes et vellykket samarbeid innenfor deres enhet av faktorer som å kjenne hverandre godt og å samarbeide med andre profesjoner i utviklingen av rutiner og mål. Det handler om å gi og ta innad i teamet.

4.2.6 Tverrprofesjonell samarbeidslæring

Furunes og Brataas (2013) har gjort en studie som undersøker erfaringer knyttet til tradisjonell praksis versus praksiser der det er brukt en tverrprofesjonell praksismodell. Hensikten med denne praksismodellen i Klinisk Utdanningsavdeling (KUA) var at studentene skulle få kjenne på sin egen profesjonelle rolle i samhandling med andre profesjoner. Videre var det ønskelig at studentene skulle få oppleve større trygghet i overgangen til yrkeslivet, med en sterkere rustning i forhold til sin egen yrkesutøvelse. I følge studien vil en slik erfaring med tverrfaglig samarbeid i praksis bidra til en større kvalitet på yrkesutøvelsen over tid. Tverrprofesjonell praksis er ifølge informantene en egnet arena for rollelæring og ansvarstrening (Ibid). De opplevde også at grensene mellom fagområdene ble tydeligere og avklart. Oppgaver og ansvar ble lettere å fordele. De andre sykepleierene med tradisjonell praksis opplevde i motsetning til KUA-deltakerene utrygghet i samarbeid med andre profesjoner, og uttrykte i forbindelse med dette frustrasjoner. Alle de seks informantene mener at “rollelæring dreier seg om læring som gir rolletrygghet, ansvarstrygghet og kjennskap til de andre profesjonene” (2013, s. 104).

I Australia ble det gjort en studie blant studenter fra ulike helseprofesjoner om var satt sammen i tverrfaglige team under praksis i utdanningen (Hood m.fl 2014). Praksisen la til rette for at sykepleierstudentene skulle få prøve seg i den fremtidige rollen som beslutningstakere. Sykepleierstudentene opplevde gjennom samarbeidet økt og uoppdaget autonomi ved å ha ansvar for å utarbeide behandlingsplaner og å ta beslutninger. Sykepleierstudentene beskrev en forbedret forståelse av egen rolle, og hele 88,9 % bekreftet gjennom spørreundersøkelsen at de gjennom praksisen fikk en større forståelse av egen rolle i tverrfaglig team. I tillegg svarte 96,3 % at de fikk en større forståelse for andre profesjoners rolle og funksjon i helsetjenestene. Tverrfaglige interaksjoner bidro til å se sin egen rolle tydeligere ved at man er en del av et større “bilde”. De fikk også et mer orientert syn på andre profesjoner ved å jobbe sammen med de.

De andre profesjonene beskrev også et endret bilde av sykepleierene, preget av en større verdsettelse av hva de gjør og verdien av det (Ibid).

I sin studie om tverrfaglig samarbeid har I. Aase, Hansen og K. Aase (2014) identifisert tre områder når det gjelder ansvar i tverrfaglig sammenheng; Å ta ansvar, å dele ansvar og å unngå ansvar. Sykepleierstudentene (Ibid) sier at de gjennom både teori og praksis i sin utdanning opplever å bli oppmuntra til å dele ansvar i teamarbeid. Å trene på ta ansvar er gjennomgående et aktuelt tema hos de nyutdannede sykepleierene i studien til Furunes og Brataas (2013). I den tverrfaglige praksismodellen ble det lagt vekt på at studentene skulle ta ansvar, og våge å ta ansvar. Sykepleierene beskriver at å få tildelt ansvar og oppleve økende trygghet gav videre motivasjon for læring. Å få kjenne på rollen som sykepleier som student gav både følelser av trygghet og mestring, og det gjorde de sterkere mentalt. Denne ansvarstildelingen bidro til å bygge profesjonsidentitet hos deltakerene (Ibid). Å få bygge denne "sykepleieridentiteten" gav også mestringsfølelse og reduserte stressnivået hos studentene. Sykepleiestudentene med tradisjonell praksis beskriver vanskeligheter i samarbeid med andre profesjoner, frustrasjon og utrygghet i sin rolle. De begrunner dette med for lite kunnskap og forståelse av hva andre yrkesgrupper gjør. Alle informanter var i ettertid enig om at rollelæring var nødvendig for å skape ansvarstrygghet og rolletrygghet, i tillegg til å ha kunnskap om forskjellige yrkesgrupper (Ibid).

5.0 DRØFTING

5.1 Drøfting

I denne oppgaven stilles det spørsmål om hvilke forutsetninger som har betydning for et godt tverrfaglig samarbeid. Forskningsresultater er presentert og vil nå bli drøftet og belyst med annen relevant litteratur.

Faglige tradisjoner blir i flere av studiene sett på som en faktor som hindrer det tverrfaglige samarbeidet. (Johannesen og Steihaug 2014; I. Aase, Hansen og K. Aase 2014; Kraft, Blomberg og Hedman 2012).

Johannesen og Steihaug (2014) viser i sin studie at det er motstridende oppfatninger om det tverrfaglige samarbeidet i en intermediær institusjon bestående av sykepleiere, leger og andre helsefaglige profesjoner. Sykepleierene opplevde at samarbeidet handlet om hva legen hadde behov for av informasjon og behandlingsvurderinger, noe som skapte misnøye hos sykepleierene. Legen på sin side opplevde samarbeidet som både tverrfaglig og utmerket, og hadde ikke ønske og behov for mer samarbeid. På et praksisted i Norge mente studenter innen sykepleie og medisin at legene viste lite interesse for andre profesjoners funksjon, og at det var lite diskusjoner relatert til pasientforløpene (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014). I de tverrfaglige samarbeidene er andre profesjoner enn sykepleiere og leger ofte inkludert, for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter. Fysioterapeuter og ergoterapeuter (Johannesen og Steihaug 2014) så på samarbeidet med sykepleieren som viktig, men utfordrende, og opplevde å bli holdt utenfor møter med leger og sykepleiere som de kunne hatt behov for å delta i. De hadde en opplevelse av å være gjester i enheten og å være ekskludert fra sykepleierenes fellesskap. Forskjellige yrkesgrupper påvirker hverandre i utforming av tiltak rettet mot pasienten (Kristoffersen 2011).

På grunn av utvalget med få informanter (Johannesen og Steihaug 2014; I. Aase, Hansen og K. Aase 2014) kan ikke disse resultatene generaliseres, men det viser en holdning som skaper interesse for en diskusjon som kan knyttes til Reeves (2014) uttalelse om hierarkiske posisjoner. Han mener at det tradisjonelle hierarkiet i helsesektoren, der medisinfaget fortsatt har størst dominanse, er relativt intakt. Dette til tross for ulike profesjonaliseringsstrategier som har gitt mer status til sykepleiere. Interessant er det at Kraft, Blomberg og Hedman (2012) viser i sin studie at det hierarkiske systemet skaper uenigheter innad i de tverrfaglige teamene. Dette poenget kom tydelig frem i møtet mellom lege og sykepleiere, der respekten for det “dypt rotfestede” systemet fortsatt er stor og utfordrende. Denne respekten i lege-sykepleie-samspillet

kan belyses utifra det som Reeves (2014) skriver om at legene er tillagt en større faglig autonomi og status enn det sykepleierene er. Videre mener han at sykepleierene er “tilbøyelige til å innta en underordnet holdning” (2014, s. 108). Til tross for at sykepleierene har fått en større selvbevissthet i møtet med pasienten og dens behandling er det fortsatt ubalanse i i profesjonssamspillet (Reeves 2014; Kraft, Blomberg og Hedman 2012; I. Aase, Hansen og K. Aase 2014).

Også sykepleier- og medisinstudenter i I. Aase, Hansen og K. Aase 2014 beskriver hierarkidominansen som er tilstede på deres praksissted i spesialisthelsetjenesten i Norge. Å måtte “gi fra seg stolen” i møte med lege og erfarne sykepleiere for å skape bedre arbeidsforhold opplevdes skadelig for studentenes tilknytning som gruppe-medlemmer. Studentene mente videre at de erfarne sykepleierene og legene arbeidet i ufleksible og tradisjonelle strukturer. Samhandlingsreformen har som nevnt mål å styrke pasientforløpet ved å skape koordinerte og helhetlige helsetjenester. Åhgren (2014) mener at organisatoriske og kulturelle tradisjoner opprettholder gamle mønster som ikke møter reformens mål. Tross tiltak som behandlingsplan, individuelle mål og utnevnte koordinatore, er ikke dette tilstrekkelig for å motvirke fragmenterte pasientforløp.

På bakgrunn av funnene knyttet til hierarkiske mønster (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014; Johannesen og Steihaug 2014; Kraft, Blomberg og Hedman 2012) kan det forstås at tverrfaglig samhandling blir betraktet på ulike måter avhengig av utdanningsbakgrunn og faglig tradisjon. Hierarkidominansen er fortsatt tilstede og skaper hinder for det tverrfaglig samarbeidet som skal styrke et helhetlig pasientforløp.

En viktig faktor for et forbedret samarbeid mellom yrkesgruppene er å være bevisst sin egen profesjonsidentitet. Som tidligere nevnt sier Kristoffersen (2011) at bevissthet rundt eget fag og identitet gir retning for hvilket ansvar man har som yrkesutøver. Utvikling av profesjonsidentitet skjer blant annet gjennom relevant arbeidserfaring over tid og bidrar til å økt selvtillit (Kraft, Blomberg og Hedman 2012). I studien til Furunes og Brataas (2013) mener informantene at selvtilliten og fagidentiteten bygges ved å få kjenne på ansvar i profesjonsrollen under praksisstudiene. Kvantitative data (Hood m.fl 2014) viser gode resultater i forhold til at det tverrprofesjonelle praksisprogrammet gav økt forståelse av egen, pasientens og andre profesjoners rolle, i tillegg til trygghet i beslutningsprosessen i pasientforløpet.

Kraft, Blomberg og Hedman (2012) sier at innad i rehabiliteringsteamet var de ulike medlemmene egnet til å gjøre hverandre sine oppgaver, på tvers av profesjoner, etter at de hadde fått instruksjoner og trening på hvordan de skulle utføre oppgavene. Å være slike substitutter for

hverandre gjorde at man kunne krysse profesjonelle og organisatoriske grenser, men det førte også til en opplevelse av økt arbeidsmengde (Ibid). Et annet aspekt ved det å gjøre hverandres oppgaver blir i Dahl (2014) diskutert i henhold til når ulike profesjoner utfører de samme faglige oppgavene, og om dette fører til forvirrede rolleoppfatninger. Han sier videre at for stor grad av likhet kan føre til samarbeidsproblemer, som også kan danne grunnlag for kamper for å bevare fagprofesjonene og tilhørende identitets- og selvfølelse. Likevel har flere profesjoner kunnskap og kompetanse til å fylle ett og samme behov hos pasienten. Reeves (2014) sier at det må forventes at det oppstår spenninger når profesjoner på tvers av hverandre skal utfordre de profesjonsspesifikke grensene. Tatt i betraktning at fagpersoner fra ulike profesjoner er i stand til å utføre hverandres arbeidsoppgaver ved opplæring, må det tas hensyn til det helsepersonelloven sier om faglig forsvarlighet. Helsepersonelloven §4 (1999) sier tydelig at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og hente inn bistand der det er nødvendig. I tillegg kan det nevnes her at sykepleiere har et etisk ansvar i å overholde sitt kompetansenivå og søke veiledning i de situasjonene som går utover dette (Norsk sykepleierforbund 2011). Å være bevisst sin profesjonsidentitet - sitt fag og sin kompetanse - kan derfor anses å være en forutsetning for et fungerende tverrfaglig samarbeid. Det vil bidra til faglig forsvarlighet og avklarte ansvarsområder.

Koordinatorfunksjonen trekkes ut som en fellesnevner fra flere studier. Denne er beskrivende for sykepleierrollen i tverrfaglig sammenheng. Ord som blir brukt i denne sammenhengen er “knytepunktet”, “limet”, “ivaretakeren” og “handyman” (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014; Muller-Juge m.fl 2013; Ruud og Heggdal 2013) Dette danner et bilde av et bredt spekter av ansvarsområder for sykepleieren og sykepleieren selv tar ansvar for mange av de oppgavene som andre profesjoner overser eller neglisjerer (Ruud og Heggdal 2013; I. Aase, Hansen og K. Aase 2014). At sykepleierene både får ansvar og tar ansvar, uten å delegere videre, kan problematiseres ved at de inntar det som Muller-Juge m.fl (2013) beskriver som en “delegert rolle”. I tillegg til de sykepleiespesifikke oppgavene blir sykepleieren tillagt ansvar for å utføre medisinske ordre, behandle pasienten og sikre pasientforløpet. Disse oppgavene skilte seg fra den oppfatningen sykepleierene hadde om sin egen profesjonelle rolle, som hos Muller-Juge m.fl (2013) ble definert utifra Virginia Hendersons prinsipper. I Johannesen og Steihaug (2014) ble sykepleierene pålagt oppgaver som de oppfattet var utenfor deres kompetanseområde, i tillegg til at arbeidsmengden ble stor. Det kan stilles spørsmål om slike tilleggsoppgaver kan føre til rollekonflikter. En rollekonflikt oppstår når “et individ utsettes for motstridende krav og forventinger fra omverdenen” (Skirbekk 2014). På en annen side må det ikke glemmes at

sykepleiere, slik helsetjenesten er organisert, ikke har mulighet til å, og skal heller ikke overse umiddelbare udekkede behov hos pasienten. Sykepleieren skal i følge Kariolussen (2011) være den som kontinuerlig har et primært fokus på pasienten, og er med det en viktig faktor i å beskytte pasienten. Nightingales grunnlag og fokus på sykepleiers observasjonskompetanse belyser sykepleiers viktige funksjon i å avdekke pasientens behov for sykepleie og andre tjenester, og ivareta pasienten som helhet. For å kunne ivareta denne helheten må sykepleier derfor evne å trekke inn andre profesjoner som med sin spesialitet og kompetanse kan legge til rette for at pasienten i enda større grad skal bli i stand til å gjenvinne helse. Eller som Nightingale sier: “å sette pasienten i den best mulige tilstand, slik at Naturen kan virke på ham” (Kariolussen 2011, s. 65). På grunnlag av dette og sykepleierens fagspesifikke kompetanse kan det tenkes at det faller naturlig for sykepleieren å være nettopp den som holder trådene samlet i pasientforløpet (Norsk sykepleierforbund 2008; Ruud og Heggdal 2013).

I motsetning til medisinstudentene som gjennom sitt studie ble opplært til å jobbe individuelt, ble sykepleierene gjennom sin utdanning oppmuntret til å dele ansvar (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014). Ifølge Jakobsen (2014) sier Reeves m.fl at et team alltid har et felles ansvar, selv om rollene er individuelle. Det kan med dette forstås at hver profesjon må ha en felles holdning til å fordele ansvar for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid. Et annet kjerneelement i gruppearbeid er å ha klare mål og oppgaver, og at alle har en forståelse for hver enkelts rolle i samarbeidet. I studien til I. Aase, Hansen og K. Aase (2014) sier informantene at manglende forståelse for hverandres roller gjør at man unngår å ta ansvar. Å ha en forståelse for hverandre og å avklare ansvarsområder tidlig i et forløp kan i følge Legault (2012) forebygge frustrasjoner knyttet til samarbeidet. Samtidig er det viktig å merke det som samme studie sier om at å lære hverandre å kjenne innad i temaet og hverandres roller er en tidkrevende og vanskelig prosess. Det vil derfor kreves tålmodighet over tid. Ballo (2014) sier at samhandling er en prosess som består av gjensidig deling av kompetanse. Dette er en krevende læringsprosess som har som hensikt å gi en felles kompetanse som skal ligge til grunn for den tverrfaglige tilnærmingen til pasienten. På grunn av ulike ståsteder, forståelse og interesser som både skal bevares og forenes vil dette kreve tid, og det må legges til rette for at denne prosessen skal skje, både individuelt, gruppevis og i organisasjonen. Videre sier Ballo (2014) at denne nye og felles, situasjonsbetingede kompetansen - som er selve samhandlingens hensikt - må integreres for å gi gode resultater.

I Muller-Juge m.fl (2013) mente legene at sykepleierene skulle være mer delaktige i beslutningsprosessen og ha mer innsikt i legens vurderinger og pasientens kliniske behandling. Sykepleierene ønsket at legene skulle undervise om disse tingene. Umøtte forventninger til

hverandre fører til svakheter i samhandlingen, slik det kom frem i Kraft, Blomberg og Hedman (2012) der pasientens rehabiliteringsprosess kom til kort når det oppstod uklar kommunikasjon og usagte meldinger. Dette kan belyses med det som Hagland og Solvang (2012) skriver om at det er en utfordring å omforme kunnskap til praksis i det tverrfaglige samarbeidet, der målet er å binde sammen profesjoners kunnskapsbaser. En forutsetning for et godt tverrfaglig samarbeid blir derfor å avklare roller, ansvarsområder og forventninger mellom profesjonene.

Som det fremgår i resultatene er det etterlyst kjennskap til og kunnskap om hverandres profesjoner (Muller-Juge m.fl 2013; I. Aase, Hansen og K. Aase 2014; Legault m.fl 2012). I Furunes og Brataas (2013) skapte disse manglene usikkerhet og frustrasjon hos studentene, i tillegg til at det hemmet effektiviteten i arbeidet. Å lære å samarbeide er som nevnt en vanskelig og tidkrevende prosess, og det vil kreves både opplæring og oppfølging over tid (Legault 2012). Dette underbygges av det Karicha m.fl i Cameron, Lart og Bostock (2014) sier om at støtte og opplæring, gjennom blant annet regelmessige team-møter, bidro til å bygge broer over profesjonelle forskjeller, tillit og samhold. Dette førte igjen til en større forståelse for hverandres profesjonelle roller. Å kjenne hverandres profesjoner forstås derfor som en viktig faktor for et vellykket tverrfaglig samarbeid. Ifølge Willumsen, Sirnes og Ødegård (2014) sier Barr m.fl. at tverrprofesjonelt samarbeid forstås som “en prosess der profesjonelle lærer av, med og om hverandre” (Ibid s. 22). I Legault m.fl (2012) viste resultater at læring ikke bare kan skje gjennom teori og formell presentasjon. Direkte interaksjoner mellom sykepleiere og klienter var avgjørende for legens forståelse og verdsettelse av andre profesjoner i teamet. Disse aspektene leder oss derfor videre på hvordan man kan lære å kjenne hverandres profesjoner og ansvarsområder. To studier (Hood m.fl 2014; Furunes og Brataas 2013) har undersøkt hvordan implementering av tverrprofesjonelle praksisprogram i helsefaglig utdanning har påvirket studentenes forståelse, holdninger og kompetanse i forhold til tverrfaglig samhandling. I Australia ble studenter fra ulike profesjonsutdanninger innen helse, blant annet sykepleie og medisin, satt sammen i et tverrfaglig program under utdanning.

Hood m.fl (2014) fant at studentene fikk en økt selvtillit etter å ha samarbeidet tverrfaglig. De opplevde det lettere å ta kontakt med hverandre på tvers av profesjonene og de så verdien av hverandre i prosessen mot et felles mål. Furunes og Brataas (2013) fant akkurat det samme i sin studie. Sykepleierstudentene opplevde i samarbeidsprosjektet med andre profesjoner at tydelig oppgavefordeling gav både selvtillit og tillit til de andre profesjonene. I tillegg fikk de en opplevelse av å ha lik betydning i pasientomsorgen. Sykepleierene med bakgrunn i tradisjonell praksis rapporterte en utrygghet i forhold til å møte andre profesjoner. I motsetning

viste sykepleierene med tverrprofesjonell praksis større trygghet. Studiene viser med andre ord at et slikt tverrprofesjonelt praksisprogram har positive utfall. Teori viser at læringsatmosfærer, som her kan relateres til praksis i utdanning, må være preget av et samarbeidsorientert fokus. I tverrfaglig samhandling vil alle ha ulike utgangspunkt med tanke på profesjonsstatus, men felles innsats og jevnbyrdighet må fremmes som en forutsetning for å oppnå positive holdningsendringer (Carpenter og Dickinson 2014). Dette kan også belyses med Allports “kontakthypotese” som mener at forutsetninger for holdningsendringer innen tverrprofesjonell samarbeidslæring bygger på “lik status i kontaktsituasjon, at de skulle arbeide sammen mot et felles mål, ha støtte fra myndighetene og at de faktisk samarbeidet med hverandre i undervisningssituasjonene” (Carpenter og Dickinson 2014, s. 120). Sistnevnte punkt sier at direkte kontakt er viktig. Funn viser at ved å jobbe sammen gir et endret bilde og et mer orientert syn på hverandres profesjoner innad i teamet. Dette førte til likeverdighet ved å se hverandre som en “del” i et større bilde. Tverrfaglige samhandling i praksis gav i tillegg tydeligere rolleavklaringer og økt forståelse av egen rolle (Hood m.fl 2014; Furunes og Brataas 2013). Det er altså ikke nok å lære om profesjoner på et teoretisk grunnlag - læring gjennom samhandling er derfor nødvendig. Likevel må det teoretiske grunnlaget være tilstede for å forstå blant annet hvem som har ansvar for hva på grunnlag av kunnskap og kompetanse. Dette kommer til uttrykk gjennom en sykepleierstudent (Muller-Juge 2013, s. 5) som sier at fordi hun ikke har vært igjennom et medisinstudie “ser hva legen gjør, men jeg vet det ikke”. Tverrprofesjonell praksis kan derfor ses på som en egnet arena for samhandlingslæring og økt samarbeidskompetanse.

Samarbeidskompetanse kan i følge Ballo ses på som en felles forståelse av forutsetninger og arbeidsformer som fremmer samhandling - “samhandling forutsetter altså forskjellige fagkompetanser, men felles samhandlingskompetanse” (2014, s. 75). Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) kan i følge Waugaman (Almås 2014) gi denne samhandlingskompetansen. I Norge har helse- og sosialutdanninger en felles del i sine rammeplaner som omhandler blant annet samhandling, uten at det er lagt frem krav om TPS. I følge Almås (2014) har myndighetene et ønske om at disse utdanningene skal fremme studentenes evne og vilje til samarbeid på tvers av profesjongrensener. I dette skal det vektlegges utvikling av en “dobbelt identitet”, som innebærer at profesjonsutøveren på den ene siden skal ha kompetanse til å utføre bestemte oppgaver, og på den andre siden ha forståelse av helheten i velferdssystemet, og evne å bruke sin kompetanse i samhandling med andre yrkesgrupper (Ibid).

Å samhandle tverrfaglig bygger på å ha et felles mål, felles forpliktelser, en delt gruppeidentitet parallelt med å ha en egen profesjonsidentitet. Gjensidig avhengighet mellom medlemmene er en forutsetning og det handler i stor grad om å gi og ta (I. Aase, Hansen og K. Aase 2014; Kraft, Blomberg og Hedman 2012). Denne gjensidigheten bygger på verdien om at ulike funksjoner må til for å nå det helhetlige målet - som i denne sammenheng er pasienten. Det handler om å hente det beste fra respektive profesjoner, og å utnytte hverandres styrker. Yrkesetiske retninglinjer for sykepleiere legger føringer for at sykepleiere skal arbeide for gode tverrfaglige samarbeidsforhold (Norsk sykepleierforbund 2011). Det er som nevnt i bakgrunnen problematisk å se pasienten utifra diagnose eller konsentrerte ståsted. Pasienten som menneske er helhetlig, med alle sine behov knyttet til fysisk, psykisk, sosial og åndelig helse. Å ha ulike faggrupper som ser pasienten sammen er grunnlaget for den tverrfaglige tankegangen. Utifra Allports "kontakthypotese" (Carpenter og Dickinson 2014) har Hewstone og Brown påvist ytterligere forutsetninger knyttet til gruppearbeid. Disse handler blant annet om å ha positive forventninger til hverandre, og at det bør være fokus på likhet og forskjeller. I følge Kristoffersen (2011) sier Willumsen at i tillegg til å ha en fagidentitet er det viktig at sykepleieren utvikler en fellesfaglig identitet. Dette innebærer sosialisering med andre yrkesutøvere med felles mål.

Denne oppgaven har gjennom forskningslitteratur identifisert ulike holdninger og faktorer knyttet til tverrfaglig samhandling. Disse viser primært faktorer som både hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid og studiene er stort sett enige om at disse handler om faglige tradisjoner, profesjonelle og organisatoriske grenser, bevissthet av egen profesjonsidentitet i møte andre profesjoner og rolle- og ansvarsavklaring. I bunnen av disse aspektene ligger holdninger som anses å ikke være forenlig med fungerende tverrfaglig samhandling relatert til et helhetlig pasientforløp. Ulike praksismodeller er utprøvd i denne hensikt og viser til gode resultater av tverrfaglig samarbeidslæring.

5.2 Metodiske overveielser og kritiske betraktninger

Å gjøre en litteraturstudie med tema tverrfaglig samhandling er på grunn av relativt lite forskning utfordrende. For å få en forståelse av hva som har betydning for et godt tverrfaglig samarbeid uten å knytte temaet til spesielle pasientgrupper har det vært behov for å gjøre søk som omfavner flere grupper. Utvalget av artikler har et derfor et bredt spekter av informanter av ulik karakter der vi inkluderer både studenter, nyutdannede og erfarne sykepleiere. Samtidig inkluderer overvekten av studiene andre profesjonsutdanninger i tillegg til sykepleiere.

Studiene er også gjort i ulike sammenhenger og kontekster. Dette er et bevisst valg for å kunne dra fellesnevnerne fra flere hold som kan svare på vår hensikt med oppgaven. Valgte artikler er hovedsaklig kvalitative, i tillegg til noen som har en blandet metode av både kvalitative og kvantitative data. Dette gjør at de enkelte utvalgene er små og mindre generaliserbare. Det er derfor gjort forsøk på å finne studier som støtter og underbygger hverandres resultater, og derfor av større legitimitet til å kunne besvare oppgavens problemstilling. Vi søker derfor ikke å generalisere funnene våre, men vi søker å finne grunnlag for holdninger og prinsipper i alle inkluderte studier.

I tillegg til primærkilder har vi drøftet resultatene med annen relevant litteratur. Det har gjennom bachelorstudiet i sykepleie vært lite pensumlitteratur om aktuelt tema. Vi har derfor aktivt søkt etter litteratur om tverrfaglig samhandling i bibliotekets søkebase og rent fysisk i høgskolens bokhandel. Å bruke lærebøker og annen utgitt litteratur som kilde vil kunne gi kunnskap i form av etablerte teorier, og vil dermed være mer av en mer robust karakter. På en annen side vil det ofte være nyere og oppdatert kunnskap i artikkeldatabaser på grunn av tiden det tar å publisere bøkene (Bjørk og Solhaug 2013). Mye av den tverrfaglige samhandlingen i tilgjengelig litteratur er nært knyttet til temaet rehabilitering. På dette grunnlaget har vi derfor brukt *rehabilitering* eller *rehabilitation* som et søkeord i søkeprosessen etter primærkilder. Etter stadig nye funn av faglitteratur som omhandler tverrfaglig samhandling foreligger det en opplevelse av at kunnskap om temaet skyter «stadig friske skudd» og at utviklingen er stor.

Flere artikler er publisert på engelsk og det må derfor tas i betraktning at oversettelser kan inneholde feiltolkninger og kan med det ha påvirket resultatet. I analysefasen har tre forfattere med gjennomsnittlig engelskspråklig kunnskap gått gjennom artiklene og det er brukt engelsk-norsk ordbok som hjelp. Det registreres at det engelske språket bruker flere ulike ord for sykepleierfunksjonen. Ord som *enrolled nurse*, *registered nurse(RN)* og *nurse practitioner(NP)* er funnet. Utifra kontekst og direkte oversettelse har vi i grove trekk tolket disse begrepene til å være uttrykk for ulik grad av utdanning. En “enrolled nurse” leses vi til å være en helsefagarbeider med videregående utdanning, en RN til å være en ordinær, autorisert sykepleier med høyskoleutdanning, og en NP er en sykepleier med spesialkompetanse.

Da dette er en dybdeoppgave, med både begrenset tid og ord, har vi måttet velge bort noen resultat som kunne vært av stor betydning i oppgaven. For eksempel er kommunikasjon et stort og viktig tema i tverrfaglig samhandling. Funn viser at tid, infrastruktur og manglende tilretteleggelse av fysiske møter hindrer det tverrfaglige samarbeidet. Disse temaene er høyst

aktuelle og interessante for videre fokus. Funnene viser til at det er behov for mer kunnskap og forskning både på politisk, organisatorisk og utdanningsnivå.

Videre aktuelle problemstillinger er hvordan holdninger til tverrfaglig samhandling virker direkte på pasientbehandlingen, og hvordan pasienten selv opplever sykdom, behandling og tverrfaglig tilnærming.

5.3 Forskningsetikk

I gjennomføring av all forskning stilles det krav om etisk og juridisk forsvarlighet. Krav om etisk forsvarlighet er strengt på forskningsprosjekter som omfatter forskning på mennesker, og det er utarbeidet retningslinjer som skal sikre at disse kravene blir fulgt. På internasjonalt nivå legger Helsinkideklarasjonen føringer for etiske prinsipper for medisinsk forskning. På nasjonalt nivå er det utarbeidet retningslinjer fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som skal sikre at forskningen er etisk forsvarlig i forhold til å vurdere forskerens metode for å beskytte deltakerne i forskningen, og at sensitive data og personopplysninger ikke kommer ut. (Bjørk og Solhaug 2008).

I all vitenskaplig forskning må interessen for innhenting av data veies opp imot de konsekvensene som forskningen kan gi individene det er forsket på. Etiske retningslinjer er laget for sikre at forskningen ikke skal forårsake skader hos informantene. Dette kravet er spesielt aktuelt når forskningen involverer sårbare grupper, som for eksempel pasienter og barn (Forsberg og Wengstrøm 2013; Bjørk og Solhaug 2008). Regionale komiteer for etikk i medisinsk og helsefaglig forskning (REK) er på nasjonalt nivå satt til å “forvalte spørsmål om etisk forsvarlighet i medisinsk og helsefaglig forskning” (Bjørk og Solhaug 2008, s. 122). I denne oppgaven er det hentet inn forskning som ikke har forsket på pasienter eller andre grupper det trenger spesielt godkjenning for. Under den kildekritiske vurderingen av artiklene i denne oppgaven er det sikret at alle artiklene har redegjort for etiske hensyn. Det er i alle artiklene beskrevet at informantene har signert et samtykkeskjema for deltakelse i forskningen.

Etiske hensyn er spesielt fremtredende i sykepleieforskning fordi skillet mellom hva som utgjør den forventede sykepleieutøvelse og innsamling av data, kan av og til være uklart. Etikken kan derfor skape særlige utfordringer, fordi etiske krav kan komme i konflikt med behovet for å øke og forbedre kvaliteten (Polit og Beck 2014).

6. KONKLUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke og belyse hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn, og har betydning for et godt tverrfaglig samarbeid. Dette kan gi forståelse for hvordan sykepleiere kan bidra til helhetlige pasientforløp i samarbeid med andre profesjoner.

Problemstillingen for oppgaven er; hvilke forutsetninger har betydning for et godt tverrfaglig samarbeid?

Faglige tradisjoner og ubalanse i profesjonssamspillet opprettholder en hierarkidominanse som skaper hinder for tverrfaglig samarbeid og helhetlig tilnærming til pasienten. Å ha en felles forståelse av tverrfaglig samhandling er en forutsetning for et godt tverrfaglig samarbeid.

Avklarte roller, ansvarsområder og forventninger til hverandre er en viktig forutsetning som styrker det tverrfaglige samarbeidet, og gir trygghet, effektivitet og faglig forsvarlige pasientforløp. Å være bevisst sin egen profesjonsidentitet setter tydelige rammer mellom de ulike profesjonene og er en forutsetning for å kunne avklare roller og ansvar. Et godt tverrfaglig samarbeid anses å være preget av en felles, likeverdig holdning til at hver profesjon er gjensidig avhengig av hverandre, der man utnytter hverandres styrker. Sykepleier har ofte en koordinerende funksjon i tverrfaglige team relatert til sin fagspesifikke kompetanse og kontinuerlige tilstedeværelse hos pasienten. Sykepleieren kan oppleve å bli delegert ansvar som går utenfor sin kompetanse. Det er derfor nødvendig og viktig at sykepleieren delegerer videre ansvar og oppgaver til andre profesjoner for å sikre et forsvarlig pasientforløp. Sykepleiere vil på grunnlag av sine observasjoner dra nytte av å koble inn andre tjenester for å møte pasientens ulike behov. Det er derfor nødvendig å ha kunnskap om hvem som gjør hva, og derfor er det en forutsetning å kjenne hverandres profesjoner. Å ha kjennskap til hverandres profesjoner gir trygghet og selvtillit, og gjør det lettere å samarbeide på tvers av profesjonene. Tverrfaglig samarbeidslæring i utdanning gir økt forståelse av sin egen og andres rolle i tverrfaglig samarbeid. Læringen skjer best gjennom både teori og direkte interaksjoner mellom yrkesutøverene, og er en prosess som krever både tid, opplæring og oppfølging. Det må legges til rette for at en slik prosess skal skje. Tverrprofesjonell praksis er en egnet arena for for samhandlingslæring og legger grunnlag for gode holdninger knyttet til andre profesjoner og tverrfaglig samhandling.

7. LITTERATURLISTE

Aase, I., Hansen, B. S., & Aase, K. (2014). Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC medical education*, 14(1), 170.

Almås, S. H.(2014) Bourdieus teori om utdanningssystemet I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 88 - 102.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Sosial Care. A practical guide. Third edition*. England: Open University Press.

Ballo, Ø. (2014) Læring og kompetanseoverføring i et samhandlingsperspektiv. I: Ballo, Ø., K. Dahl, I. K. S. Fjeld, J. A. Knudsen og M. E. Unstad (2014) *Samhandling. Gevinst eller tap?* Oslo: Kommuneforlaget. s. 71- 108.

Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Bredland, E. L., O. A. Linge og K. Vik (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal.

Brekke, Å. (2014) Profesjonsbygging og avtalt samarbeid. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 30 - 55.

Cameron, A., R. Lart og L. Bortock (2014) Forskning på helse- og sosialfaglig samarbeid - en "riview" fra Storbritannia I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 156 - 170.

Carpenter, J. og C. Dickinson (2014) Tverrprofesjonell utdanning - sosialpsykologisk perspektiv. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 119 - 136.

Dahl, K.(2014) Samhandling - gevinst eller tap? I: Ballo, Ø., K. Dahl, I. K. S. Fjeld, J. A. Knudsen og M. E. Unstad (2014) *Samhandling. Gevinst eller tap?* Oslo: Kommuneforlaget. s. 17 - 42.

Erikson, M.G (2013) *Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet (2010) *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge* [online] Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf> (07.06.2014)

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2.utg.) Stockholm: Natur och Kultur.

Furunes, K. A., & Brataas, H. V. (2013). Nyutdannede sykepleieres oppfatninger om tverrprofesjonell og tradisjonell studentpraksis som arena for tilegnelse av trygghet på rolle og ansvar. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 9(2), 98-111.

Hagen, R. og E. Johnsen (2013) *Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus*. I: Tjora, A. og L. Melby (red.) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal s. 5 - 53.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen 2008 - 2009: Rettbehandling - på rett sted - til rett tid. St.meld nr 47 (2008 - 2009)* [online] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (15.03.15)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013a) *God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013)* [online] Oslo:Helse- og omsorgsdepartementet. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf> (22.04.15)

Helse-og omsorgsdepartementet (2013b) *Morgendagens omsorg 2012-2013. Meld. St. 29 (2012-2013)* [online] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. URL:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (15.04.15)

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Meld. st. 26 (2014-2015)* [online] Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet. URL:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> (08.05.15).

Helsepersonellloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online] URL:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov+om+helsepersonell%27#KAPITTEL_2 (11.04.15)

Hagland, H og P. K. Solvang (2012) Tverrprofesjonelle praksisfelleskap. I: Solvang, P.K. og Å. Slettebø (red.) *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal, s. 251- 266.

Hood, K., Cant, R., Leech, M., Baulch, J., & Gilbee, A. (2014). Trying on the professional self: nursing students' perceptions of learning about roles, identity and teamwork in an interprofessional clinical placement. *Applied Nursing Research*, 27(2), 109-114.

Høgskolen i Gjøvik (2014) *Databaser* [online] URL:

<http://www.hig.no/biblioteket/databaser> (12.04.15)

Johannessen, A. K., & Steihaug, S. (2014). The significance of professional roles in collaboration on patients' transitions from hospital to home via an intermediate unit. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 364-372.

Jakobsen, F (2014) Læring med, af og om hinanden. Resultater fra et tværfagligt klinisk studieafsnit. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 219 - 234.

Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv - ny forståelse. Sykepleierens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal.

Kraft, M., Blomberg, K., & Hedman, A. M. R. (2012). The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation—an interview study. *International journal of older people nursing*, 9(3), 209-216.

Kristoffersen, N. (2011) Sykepleier i organisasjon og samfunn. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 281-342.

Kristoffersen, N., F. Nordtvedt og E.A Skaug (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 15-29.

Kunnskapssenteret (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten [online] URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> (08.05.15)

Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahrouge, S., & Ziebell, L. (2012). Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2), 168-176.

Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Hudelson, P., Maître, F., Vu, N. V., Savoldelli L., & Nendaz, M. R. (2013). Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions and expectations among nurses and residents. *PloS one*, 8(2), e57570.

U.S. National Library of Medicine (2014) *Medical Subject Headings* [online] URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (08.05.15)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015) *Database for statistikk om høgre utdanning*. [online] URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (12.04.15)

Norsk sykepleierforbundet (2008) *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. [online] URL: <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf> (07.05.15)

Norsk sykepleierforbundet (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag - historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Polit, D.F. og C. T. Beck (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8. utg. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Reeves, S. (2014) Sosiologisk forståelse av tverrprofesjonell utdanning og praksis. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 103 - 118.

Ruud, M. B., & Heggdal, K. (2013). Sykepleie – en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. *Klinisk Sygepleje*, 31(03), 31-41.

Sirnes, T. (2014) Fra politikk til praksis i helse- og velferdstjenestene. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, s.56 - 69.

Skirbekk, S. (2014) *Rolle*. I: Store norske leksikon. [online] URL: <https://snl.no/rolle> (25.04.15)

Stamsø, M. A. (2010) Prioritering av helsetjenester. I: Stamsø, M. A. (red) *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. Oslo: Gyldendal, s. 256-271.

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappellen Damm.

Tingvoll, W.A., B.L.L. Kassah og A.K. Kassah (2014) Helse- og omsorgstjenestene - et overblikk. I: Kassah, B.L.L., W.V. Tingvoll og A.K. Kassah (red.) *Samhandlingsreformen*

under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Bergen: Fagbokforlaget, s. 17-31.

Willumsen, E., T. Sirnes og A. Ødegård (2014) Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 19-29.

Willumsen, E. og A. Ødegård (2014) Tverrprofesjonelt samarbeid - en fortsettelse. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 13 - 18.

Åhgren, B. (2014) Vågen til samverkan i helso- og sjukvådr: olika skandinaviska strategier. I: Willumsen, E. og A. Ødegård (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag.* Oslo: Universitetsforlaget, s.191 - 204.