



Uit

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Institutt for helse- og omsorgsfag

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres erfaringer med samarbeid med andre fagutøvere

Samarbeidets utfordringer og muligheter

Hanne Knutstad Lund

Mastergradsoppgave i helsefag, Flerfaglig studieretning, november 2017

Antall ord: 26622



Forord

Det har vært spennende og lærerikt å arbeide med dette mastergradsprosjektet i helsefag med fordypning i sykepleie. Jeg har fått anledning til å ”løfte blikket” litt fra min egen fagspesialitet for å gå i dybden på vårt samspill med andre fagutøvere. Prosessen gjennom studien og oppgaveskriving har gitt meg en større forståelse for det aktuelle tema, men jeg har også fått dypere innsikt i min egen profesjon og spesialisering.

Jeg vil rette en stor takk til sykepleierne som gjorde studien mulig ved å delta som informanter. Tusen takk for at dere var villige til å dele erfaringer, og for at jeg fikk bruke av deres tid. Takk til min veileder Siri Moe for konstruktive tilbakemeldinger som har ført til nye refleksjoner hos forfatteren.

Vil rette takknemlighet til en av avdelingslederne ved intensivavdelingen som har vært behjelpelig med rekruttering av deltakere til studien og tilrettelegging. Tusen takk for at jeg fikk låne intensivsykepleiere i arbeidstiden. Takk til Birgith for lån av sitt kontor et par ganger som var perfekt plassert i en stille fløy med flott utsikt, og som bidro til en avslappet og koselig ramme rundt intervjusituasjonene.

Jeg ønsker å takke spesielt to av mine medstudenter for vennskap og fruktbare samtaler, og ikke minst bidrag som har redusert følelsen av å være den eneste i hele verden som skriver masteroppgave.

En lang og krevende sluttspurt med å ferdigstille oppgaven har tidvis ført til et frakoplet familiemedlem, og jeg takker resten av husets tobeinte og firbeinte for støtte og tålmodighet. Til slutt en ekstra takk til min sønn på 16 år for å bidra med sine gode engelskkunnskaper til et abstract som skulle formuleres.

Hanne Knutstad Lund

Tromsø, 1. November 2017

Sammendrag

Denne masterstudien handler om samarbeid mellom intensivsykepleiere og andre fagutøvere. Formålet med studien er å bedre praksis ved intensivavdelinger gjennom økt kunnskap om hvilke elementer som har betydning for at samarbeid skal fungere godt. Studien utforsker også mulighetene for utvikling av kunnskap og andre ressurser gjennom samarbeid mellom ulike fagutøver.

Tidligere forskning viser at god kvalitet på samarbeid gir bedre pasientomsorg, og det viser til samarbeidets avgjørende betydning på intensivavdelinger. Studier viser derimot at samarbeid mellom ulike fagutøvere er utfordrende og at samarbeid ikke fungerer godt nok i praksis.

Metoden for innhenting av data er kvalitative individuelle intervjuer av tre intensivsykepleiere. Innholdsanalysen er utført med inspirasjon av Aksel Tjoras stegvise-deduktiv induktiv metode (SDI), og de empiriske funn diskuteres i lys av min tolkning av kontakt-teori og samarbeidets relasjonelle ferdigheter.

Resultater viser at viktige aspekter for et godt samarbeid er et trygt miljø med tillit, respekt, god kommunikasjon og anerkjennelse av hverandre. Samarbeidet bedres når intensivsykepleierne kjenner den andre. Det er viktig med en følelse av fellesskap og at alle drar i samme retning. Å skape et felles språk viser seg å ha betydning for å skape en felles forståelse. Studien viser at sykepleiere utvikler sin kunnskap gjennom samarbeid med andre fagutøvere.

For å bedre samarbeidet i praksis er det viktig å øke forståelsen for betydningen av et trygt miljø og at ulike fagutøvere er representert når pasientbehandling skal vurderes.

Søkeord: sykepleie, intensivsykepleie, intensivavdeling, tverrfaglig, flerfaglig, samarbeid, kunnskap, mobilisering.

Abstract

This master's thesis is about interprofessional collaboration between intensive care nurses and their collaborative partners in intensive care unit (ICU). The aim of the study is to improve practice through a deeper insight into what elements are important to achieve a successful collaboration. Furthermore, the aim is also to explore the relational interactions of collaboration, and to look for potentials for knowledge development in the field between the different disciplines.

Previous research indicates that collaboration of high quality improves patient care, and shows that interprofessional collaboration is challenging and refer to lack of good quality of collaboration in practice.

Individual qualitative interviews of three ICU nurses were applied for obtaining data, and analyzed by inspiration of Aksel Tjoras step-by-step deductive inductive method (SDI). Empirical findings are illuminated by my interpretations of contact-theory and relation skills.

The findings point to important elements for a successful collaboration as safe environment with trust, respect, good communication and to acknowledge each other. The collaboration is clearly improved when the ICU nurses know the other person, along with the feeling of shared directions. Creating a common language proves to be important to create a shared understanding. The nurses increase their knowledge through collaboration with other professionals.

In order to improve practice it is crucial to understand the importance of different professionals being represented when patient treatment is discussed, as well in a safe environment.

Key words: intensive care unit (ICU), mobilization, interaction, collaboration, interprofessional, interdisciplinarity og multidisciplinary teamwork, relational

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	vi
1. Innledning	2
1.1 Helsepolitiske føringer	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema	3
1.3 Tidligere forskning	3
1.3.1 Forskning som belyser betydningen av samarbeid på intensivavdeling	4
1.3.2 Forskning som belyser hemmende og fremmende faktorer ved samarbeid	5
1.3.3 Forskning om samarbeidets relasjonelle side og grenselandet mellom fagspesialiteter	6
1.3.4 Oppsummering av tidligere forskning	8
1.4 Studiens hensikt og problemstilling	8
1.5 Intensivenheten	9
1.6 Sentrale begreper	10
1.6.1 Fag, disiplin og profesjon	10
1.6.2 Kunnskap og kompetanse	11
1.6.3 Samarbeid	11
1.7 Oppgavens oppbygging	13
2. Teoretisk rammeverk	14
2.1 Kontakt-teori	14
2.1.1 Ulike typer kontakt	15
2.1.2 Kontaktteoriens vilkår	16
2.2 Samarbeid som en relasjonell prosess	17
2.2.1 Relasjonell ekspertise og kapasitet	17
2.2.2 Forutsetninger for relasjonell kapasitet	18
3. Metode	21
3.1 Valg av metode	21
3.2 Å forske i eget felt	22
3.3 Utvalg og rekruttering	23
3.4 Gjennomføring av intervju	24
3.5 Transkripsjon	26
3.6 Analyse	27
3.6.1 Koding og gruppering	27
3.6.2 Videre analyse	29
3.7 Ethiske betraktninger	29
4. Resultater	32
4.1 Forståelse for hverandre sine arbeidsoppgaver	32
4.1.1 Territorium og ansvar	32
4.1.2 Anerkjennelse	34
4.1.3 Kjennskap til den andre fagutøver	37
4.2 Dra lasset sammen	40
4.2.1 Fordeling av arbeidsoppgaver	41
4.2.2 Dialogen	42

4.2.3	Dugnaden	43
4.3	<i>Den andre løfter oss</i>	44
4.4	<i>Oppsummering av resultater</i>	46
5.	Drøfting – utfordringer og muligheter	48
5.1	<i>Særtrekk ved intensivavdeling som har betydning for samarbeid</i>	48
5.2	<i>Samarbeid mellom ulike fagutøvere i et kontaktperspektiv</i>	50
5.2.1	Kontakt gjennom jobb og bekjentskap	51
5.2.2	Vilkår for at kontakt kan redusere fordommer, og bidra til bedre samarbeid mellom ulike fagutøvere	52
5.3	<i>Skape felles kunnskapsplattform</i>	54
5.3.1	Skape felles kunnskapsplattform – ulike faser	54
5.3.2.	Felles språk	56
5.4	<i>Samarbeid mellom ulike fagutøvere forutsetter relasjonell kapasitet</i>	57
5.4.1	Identifisere ulikheter og erkjenne avhengigheten av hverandres kunnskap	58
5.4.2	Trygge rammer – Safety Zone	60
5.5	<i>Muligheter for ny kunnskap og ressurser i grensene mellom disipliner</i>	61
5.6	<i>Metodiske overveielser</i>	62
5.6.1	Studiens reliabilitet	63
5.6.2	Studiens validitet	65
6.	Avslutning	67
	Litteraturliste	70
	Vedlegg nr. 1	72
	Vedlegg nr. 2	74
	Vedlegg nr. 3	75
	Vedlegg nr. 4	76
	Vedlegg nr. 5	77

1. Innledning

Denne oppgaven handler om intensivsykepleieres erfaringer om samarbeid med andre fagutøvere på en intensivavdeling ved et større sykehus. Samarbeid mellom ulike profesjoner er nødvendig fordi velferdstjenestene er blitt mer spesialiserte. Med en økt fragmentering av kompetanse og tjenester øker også behovet for samarbeid for å møte de stadig mer komplekse oppgavene. Det økte behovet for samarbeid kreves på flere nivåer som for eksempel mellom etater eller mellom profesjonelle (Willumsen, 2009). Den kritisk syke intensivpasientens behov har også økt, og det er avgjørende med et godt samarbeid på intensivavdeling (Stein-Parbury, 2007). Studiens tema er samarbeid mellom ulike fagutøvere, og i dette kapittelet presenterer jeg studiens bakgrunn, aktuell forskning, problemstilling og formål. Samarbeid som tema er stort, og jeg vil gjøre rede for sentrale begreper jeg har lagt til grunn i oppgaven.

1.1 Helsepolitiske føringer

Norske myndigheter, gjennom stortingsmeldinger, har gitt signaler om at tverrfaglig samarbeid i helsetjenestene skal styrkes både i utdanning og praksis (St.meld.nr 47, 2008-2009; St.meld.nr.13, 2011-2012; St.meld.nr.29, 2012-2013). Dette gjelder i stor grad på systemsiden av helseorganisasjonene, men det legges også vekt på å styrke samarbeidet mellom de ulike helseutøverne. Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47) medfører at det stilles nye politiske krav til samarbeid mellom institusjoner og profesjonsutøvere, og sammen med Morgendagens omsorg (St.meld. nr. 29) blir samarbeid holdt som en forutsetning for å utforme helsetjenester med høy kvalitet. Samfunnsforskning viser at kravet om samarbeid blir betraktet som en politisk respons på de kontinuerlige fragmenteringsprosesser som er i utvikling (Willumsen, 2016).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

På midten av nittitallet tok jeg videreutdanning i intensivsykepleie, og jeg ble ansatt på en intensivavdeling ved et sykehus hvor jeg jobbet i rundt ti år. Deretter jobbet jeg noen år som intensivsykepleier ved en hjertekirurgisk avdeling. Før jeg tok spesialutdanningen, jobbet jeg seks år som offentlig godkjent sykepleier ved et annet sykehus. I løpet av mine år på intensivavdelingen opplevde jeg at samarbeid med andre fagutøvere var en sentral del av hverdagen. Jeg erfarte at samarbeidet var en kontinuerlig prosess, og at det ikke bare var gjennom planlagte visittmøter som jeg var vant til fra andre avdelinger. Arbeidet på intensiv erindres som faglig spennende, og ikke minst som utviklende. Min nysgjerrighet omkring samarbeid på intensivavdelingen startet mens jeg jobbet der, og den har økt med årene. For meg ble det lettere å se det særegne ved samarbeid på intensivavdelingen etter erfaringer fra andre avdelinger, både før og etter. Med denne nysgjerrigheten går jeg inn i studien for å utforske intensivsykepleieres erfaringer med samarbeid.

1.3 Tidligere forskning

Forskerens refleksivitet er en aktiv holdning gjennom hele prosjektet. Kravet om studiens relevans innebærer blant annet at forskeren må orientere seg godt i tidligere forskning på det aktuelle feltet (Malterud, 2011). I dette kapittel vil jeg presentere tidligere forskning om temaet *samarbeid mellom ulike fagutøvere*.

Forskning på feltet om ”tverrprofesjonelt samarbeid” har utviklet seg de senere år. Den første systematiske oversiktsstudien på tverrfaglig samarbeid som ble gjort i 2008, viste at ingen studier tilfredsstilte kravene til et godt forskningsdesign. Men i 2012 viser en ny review et økende antall studier med høy kvalitet, og forskningsrapporter viser stadig større variasjon av teoretiske perspektiv, design og metoder (Willumsen, 2016). De første studiene var preget av kvalitativ forskning som bidro til en utvidet forståelse for hva fenomenet ”samarbeid” er, og neste fase hadde større fokus på å utvikle måleinstrumenter. Det bidrar til at nye studier framkommer som mer valide og pålitelige (Willumsen, 2016). Thistlethwaite er blant forskere som har utviklet verktøy for å måle samarbeid. Forskeren sier at det meste av slike verktøy er

mest tilpasset akutt-avdelinger. Fordi det er lett å måle resultater som blant annet pasientoverlevelse (Thistlethwaite, 2016b; J. Thistlethwaite, et.al, 2014).

Jeg startet med et relativt åpent søk i ulike databaser¹ med utvalgte søkeord², og som resulterte i mange treff om tema samarbeid mellom ulike fagutøvere. Det var nødvendig å lese gjennom endel abstrakter for å finne relevante artikler. Søket fortsatte videre ved å sjekke artiklenes referanser, og dette ble en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet. Jeg oppfatter dette temaet som stort, og jeg betegner mitt litteratursøk som begrenset.

1.3.1 Forskning som belyser betydningen av samarbeid på intensivavdeling

Det er gjort flere studier som viser at godt samarbeid har betydning for kvaliteten på helseomsorg og pasientens resultater (Mitchell, 2010). En review viser at forskning så langt finner at fungerende samarbeid gir bedre pasientutfall. Hovedfunn er at majoriteten av studiene viste til minst en forbedring i pasientutfall basert på bedre samarbeid mellom profesjoner. Studien konkluderer med at det er behov for mer forskning på feltet om ”tverrfaglig samarbeid” (Martin, 2010).

En case-studie beskriver effekten av et simulatorbasert team-treningsprogram på en intensivavdeling. Resultatene viser at personell ble mer oppmerksomme på viktigheten av effektiv kommunikasjon for pasientsikkerheten. Studien viser til eksempler på bedre samarbeid også i akutte situasjoner (Sandahl, 2013). En studie gjennomført ved en intensivavdeling viser at et godt samarbeid er avgjørende for god intensivomsorg. Denne viten til tross, fungerer samarbeid ute i praksis langt fra godt nok, og studien rapporterer at 70

¹ UiT's søkebase Oria, pubmed, SweMed, google scholar og munin.

² sykepleie, intensivsykepleie, intensivavdeling, tverrfaglig, flerfaglig, samarbeid, kunnskap, mobilisering. Engelske begrep: intensive care unit (ICU), mobilization, interaction, collaboration, interprofessional-, interdisciplinary- og multidisciplinary teamwork, relational collaboration.

% av uheldige tilfeller på ICU (intensivhet) skyldes mangel på kommunikasjon og samarbeid (Kydon, 2010).

En studie av Le Blanch (2010) gjennomført på intensivheter, viser til at et godt samarbeid er avgjørende for kvaliteten på pasientomsorgen. Studien konkluderer med at det er behov for mer forskning. Studien måler blant annet relasjon mellom ”troen på sin kompetanse” (efficacy beliefs) og kvalitet på samarbeidet. Forskeren bruker begrepet ”collaborative practice” som en beskrivelse på et godt fungerende tverrfaglig samarbeid, der åpenhet, tillit og gjensidig anerkjennelse er tilstede, og hierarki fraværende. Studiens resultater viser at intensivsykepleiere bidrar bedre til økt kvalitet på samarbeidet når de selv har god tiltro til sine egne kunnskaper og ferdigheter (Le Blanc, 2010).

1.3.2 Forskning som belyser hemmende og fremmende faktorer ved samarbeid

Det er flere studier som viser til viktige faktorer som har betydning for kvaliteten av samarbeid (Carlile, 2004; Edwards, 2005; Mitchell, 2010; Mohaupt, 2012; Ness, 2014; Thistlethwaite, 2016a). En review (Xyrichis 2007) undersøkte hemmende og fremmende faktorer på samarbeid mellom ulike profesjoner. Det pekte seg ut to hovedtemaer som har innvirkning på samarbeid, og det var: a) team-struktur som omhandler geografisk nærhet mellom medlemmer, kjennskap, størrelse og komposisjon av gruppa og støtte fra sin organisasjon. Andre hovedtema var: b) team-prosess som omhandler team-møtepunkt, klare mål som en av de viktigste faktorer og audit, som jeg oversetter med anerkjennelse gjennom å få tilbakemeldinger (Xyrichis, 2008). Studien viser at når de blir kjent med andre gruppe-medlemmer bedres kommunikasjonen, at små grupper samarbeider bedre enn store og at team-møter forsterker de relasjonelle bånd. Hemmende faktorer viste seg som blant annet manglende respekt for den andres rolle og frykt for at andres profesjon beveger seg inn i deres fagarena. Alle rapporterte at tillit og gjensidig respekt var fundamentalt for samarbeid, og studien viser til manglende forskning spesielt med fokus på audit (Xyrichis, 2008).

En studie så på samarbeid mellom lege og sykepleier på intensivavdeling gjennom et kunnskapsperspektiv med fokus på hva som skjer når samarbeidet bryter sammen (Stein-Parbury, 2007). Studiens tese var at samarbeidsbrudd oppstår i de tilfeller der verken lege

eller sykepleier vet hva de skal gjøre videre, og da behovet for samarbeid er størst. Tradisjonelt forstår leger og sykepleiere et klinisk problem fra ulike perspektiv. Sykepleier forstår oftere pasientens behov fra et interaksjonistisk og relasjonelt perspektiv, mens legene forsøker å forstå fra et faktaperspektiv. Studien viser til at sykepleier tolker pasientens mange signaler som for eksempel øyekontakt, uro og evne til å interagere i sine observasjoner. Hvis hun ikke forstår hva som er galt kontakter hun legen som kommer med sin vurdering fra et faktaperspektiv, som innbefatter kliniske tester, kurver og blodprøver. Samarbeidet bryter sammen når de ikke finner ut av det, og der legen avfeier sykepleiers vurderinger fordi de ikke passer inn i hans ”skjema”. Studiens konklusjon er at det er viktig å anerkjenne hverandres ulike kunnskap og ulike perspektiv for å få til et godt samarbeid (Stein-Parbury, 2007).

En annen review undersøker samarbeidets begrensinger og muligheter i team som er sammensatt av ulike fagspesialiteter. Studien viser at det ofte er vanskelig å samarbeide på tvers av fag, til tross for anstrengelser. Det fins mye forskning på hva som bidrar til et dårlig samarbeid, men lite om hvorfor, og det oppfordres til videre forskning innenfor både mikro- og makroårsaker om hvordan oppnå samarbeidssuksess (Mitchell, 2010).

1.3.3 Forskning om samarbeidets relasjonelle side og grenselandet mellom fagspesialiteter

Jeg oppfatter relasjonelle aspekt ved samarbeid også som at de kan opptre som hemmende og fremmede faktorer for et godt samarbeid, men presenterer denne type forskning likevel i eget punkt. Flere studier har belyst kompleksiteten ved samarbeid mellom ulike fagutøvere, og derved viktigheten med videre forskning ved å belyse flere sider ved samarbeid (Edwards, 2010; Le Blanc, 2010; Mitchell, 2010; Ness, 2016; J. Thistlethwaite, et.al, 2014).

Jeg gjør et bevisst valg når jeg bruker begrepet ”mellom” og ikke ”på tvers”, om samarbeid der ulike fagutøvere samarbeider. Norske studier bruker ofte ordene tvers, kryss eller over faggrensene, men stadig flere forskere har fokus på hva som oppstår i *mellom* spesialitetene (Ness, 2016). Når jeg i denne studien skriver samarbeid mellom ulike fagutøvere, er det ment i betydning av å romme det som litteraturen beskriver som samarbeid både på tvers, kryss, over og mellom faggrensene.

Carlile har utviklet et rammeverk bestående av tre ulike kunnskapsgrenser som han mener er viktig for å forstå kompleksiteten ved samarbeid på tvers av disipliner. Disse kunnskapsgrensene ser han både på som en barriere og som en mulighet. For å forstå hva som skjer i samarbeidet mellom faggrensene når det gjelder kunnskapsdeling og kunnskapsvekst, viser han til disse tre ulike nivå av kunnskapsgrenser som han kaller: a) syntaktiske, b) semantiske og c) pragmatiske grenser (Carlile, 2004). De ulike fagutøvere sitter med hver sin spesialkunnskap, og når de skal løse et problem sammen er de avhengige av god kommunikasjon og forståelse for hverandres bidrag. For å samarbeide må de utvikle et felles rammeverk av språk og forståelse som gjør dem i stand til å dele kunnskap (Carlile, 2004). Syntaktiske kunnskapsgrenser oppstår når gruppemedlemmene skaper et felles språk (ord, grammatikk) ved å dele sin særegne kunnskap med de andre. Det er viktig å identifisere de ulikes bidrag, og erkjenne avhengigheten av hverandre for å overkomme kunnskapsbarrierer. Semantiske kunnskapsgrenser skapes gjennom tolkninger av *det nye* språket som kan virke ukjent og tvetydig. Målet er å skape en felles forståelse og mening gjennom *forhandlinger*. Når gruppen viser interessekonflikt på bakgrunn av delt og nyprodusert kunnskap, er det mulig å løse det ved hjelp av pragmatiske kunnskapsgrenser. Gruppemedlemmene kan være uenige, men de er fortsatt avhengige av hverandre. De må finne pragmatiske løsninger ved å identifisere de mest egnede løsninger for oppgaven. Det innebærer at noens bidrag blir prioritert på bekostning av andres i oppgavens øyemed (Carlile, 2004).

Blant flere som studerer potensialer i grensene mellom ulike fagspesialiteter er Anne Edwards. Hun mener at ved å bringe sammen ulike spesialiteter kan det skapes nye ressurser og kunnskaper. Det kan gi en rikere respons på komplekse problemstillinger (Edwards, 2010). En videre presentasjon av Edwards relasjonelle perspektiv kommer i kapittel 2.

Ingunn J. Ness har gjennom sin PhD-avhandling fokusert på hvordan gruppemedlemmer med ulike fagekspertise samarbeider. Hun har gått dypere inn i hva kombinasjon av ulike kunnskaper kan føre til av nye og innovative idéer, med særlig fokus på den relasjonelle og sosiale interaksjon (Ness, 2016). Det er gjennom spenningen mellom de ulike fagdisipliners kunnskap og perspektiv at ny kunnskap kan utvikles. Faktorer som fremmer prosessen med å skape en felles kunnskapsplattform er åpenhet, nysgjerrighet og respekt for hverandres synspunkter. Studien viser at det ikke er nok å bare sette sammen grupper med ulike fagekspertise, det er også nødvendig med relasjonelle ferdigheter (Ness, 2016; Ness, 2014). En annen studie (Thistlethwaite 2014) samsvarer ved å si at det er viktig å ha kunnskaper om hvordan man setter sammen tverrfaglige team, med tanke på kvaliteten på selve samarbeidet,

felles mål og optimal kommunikasjon. Hun oppfordrer til videre forskning på hva som ligger i samarbeidets natur, og ikke bare på resultater (J. Thistlethwaite, et.al, 2014).

1.3.4 Oppsummering av tidligere forskning

Oppsummert viser jeg til en rekke studier som viser betydningen av at et godt samarbeid gir bedre kvalitet på omsorg og pasientoverlevelse, med spesielt blikk på intensivenheter. Det er flere studier som viser til grunnleggende aspekter for et godt samarbeid som god kommunikasjon, tillit, anerkjennelse og respekt for hverandre. Til slutt presenterer jeg studier som har hatt spesielt fokus på samarbeidets relasjonelle betydning og potensialer for kunnskapsvekst. Forskning viser til at samarbeid ikke fungerer godt nok i praksis, og flere studier oppfordrer til videre forskning for å øke forståelsen for samarbeidets komplekse prosesser. Det foreslås forskning med perspektiv på mikro-og makroplan (Mitchell, 2010), den relasjonelle dynamikken mellom sosial og individ (Ness, 2016), relasjonelle prosesser (Edwards, 2005) og hva som ligger i samarbeidets natur (Thistlethwaite, 2016a).

På bakgrunn av signaler fra politiske dokumenter og hva forskning viser til av samarbeidets betydning og mangler, samt hva som ligger i rammeplan for intensivsykepleiers krav om ferdigheter, vil min studie være et bidrag til mangelfull forskning på tema. Dette prosjektet er et spesielt bidrag til feltet der det etterlyses mer forskning med fokus på det komplekse relasjonelle ved samarbeid, og på hvilke potensialer som fins i grensene mellom de ulike fagene.

1.4 Studiens hensikt og problemstilling

Mål for studien er å bidra til bedre praksis ved å belyse ulike elementer for hva som har betydning for et godt fungerende samarbeid mellom intensivsykepleiere og andre fagutøvere, samt å utforske potensiale for kunnskapsvekst gjennom samarbeid.

Studiens problemstilling er:

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere om hva som er viktige elementer for at et samarbeid med andre fagutøvere skal oppleves som godt fungerende, og hva mener de om samarbeidets betydning for sin fagkunnskap.

Følgende forskningsspørsmål ble utformet for å rettlede meg i prosjektets analyse:

1. Hvordan beskriver intensivsykepleierne et samarbeid som fungerer godt?
2. Hvordan beskriver intensivsykepleierne samarbeidets betydning for deres fagutvikling?

1.5 Intensivenheten

Innhenting av data til denne studie er utført ved en generell intensivavdeling som har pasienter i alle aldre og med nesten alle diagnoser og skader. De fleste som blir innlagt er på et tidspunkt uten bevissthet og har behov for respiratorbehandling. Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS) har utformet beskrivelser av intensivavdeling³, og intensivsykepleier⁴. I følge rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie skal sykepleieren etter endt utdanning blant annet mestre samhandling med pasienten, og ha utviklet ferdigheter i samhandling på tvers av faggrupper og –nivå (Rammeplan, 2005).

På intensivavdelingen der denne studien ble gjennomført, er det vanlig at intensivsykepleieren har ansvar for én intensivpasient. De jobber ved pasientsengen hele vekten. Det er behov for to eller flere sykepleiere hos en pasient hvis kompleksiteten krever det. Det kan for eksempel være hvis pasienten er svært ustabil og tilkoplek ekstra mye teknisk utstyr. Av de profesjoner som er tilknyttet intensivavdelingen, er det bare sykepleier som jobber ”bedside” hele vekten.

³ I de reviderte nasjonale standarder av intensivvirksomhet i Norge, av 2014, beskrives intensivavdeling blant annet som en geografisk enhet i sykehuset som er bemannet av spesialutdannet personale, og er organisert som en multidisiplinær enhet. Betydningen av at flere disipliner jobber sammen blir fremhevet, og målet er å sikre optimal prosess og resultater. Intensivsykepleier og -lege har selvstendig ansvar for egne tiltak etter helsepersonell-loven, men skal sammen koordinere diagnostikk, behandling og pleie hos den enkelte pasient (Retningslinjer, 2014).

⁴ ”En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie som følger Rammeplan og forskrift for Videreutdanning i Intensivsykepleie. Vedtatt på NSFLIS Generalforsamling 2004”)

De forlater pasienten kun når de får avløsning, og samarbeid med andre profesjoner skjer i hovedsak ved sengen.

1.6 Sentrale begreper

I litteraturen brukes ulike begreper som omfatter samarbeid mellom ulike fagutøvere. For å forstå oppgavens innhold bedre vil jeg gjøre rede for noen begreper, og hvilken forståelse jeg legger til grunn i denne studie.

1.6.1 Fag, disiplin og profesjon

Min studie omhandler samarbeid mellom utøvere som besitter forskjellige kunnskaper ved å ha gjennomført ulike profesjonsutdanninger og spesialiseringer. I litteraturen brukes begreper som fag, disiplin, spesialitet og profesjon for å beskrive den ulike kompetansen hos utøverne.

Sykepleierens profesjon er statlig autorisert, og i følge Willumsen er denne godkjenningen fra myndighetene ansett som det beste virkemiddel for å gi profesjonene beskyttelse av sin virksomhet (Willumsen, 2016). Begrepet ”profesjon” er komplekst, og det har gjennom tidene vært vanskelig å definere. Begrepet blir likevel presentert i litteraturen med bred enighet om noen felles kjennetegn som er offentlige godkjenning, eierskap til ekspertkunnskap og autonomi over utdanning og praksis. Hvis en annen profesjon utfordrer våre spesifikke grenser må vi i følge Abbot, forvente at det oppstår spenninger mellom profesjonene (Willumsen, 2016). Det er vanlig å omtale profesjoner som yrkesgrupper som har distinkte roller og verv i samfunnet (Molander, 2008). Profesjonenes egeninteresser utgjør et problem i tverrfaglig samarbeid, og det ligger i profesjonens natur å vokte over sin status (Lauvås & Lauvås, 2004).

De fleste profesjoners kunnskap er hentet fra ulike disipliner (Willumsen, 2016). I denne studien blir begrepene disiplin, fag, spesialitet og profesjon brukt litt om hverandre av både meg, deltakere og litteraturen. Det har liten relevans å vektlegge forskjellene fordi studiens fokus er rettet mot et samarbeid mellom intensivsykepleiere og andre som besitter *annerledes* kunnskap enn dem selv. Fokuset i denne oppgaven er forskjelligheten. På en intensivenhet i

praksis, vil det oftest være snakk om samarbeid med en annen profesjonell. Slik jeg forstår det representerer intensivsykepleieren både seg selv og sin profesjon i samarbeid med de andre fagutøvere. I denne oppgaven benytter jeg mest begrepet ”fagutøver” fordi jeg mener det sikrer bedre at jeg ikke utelukker noen samarbeidspartnere, uansett hvilken profesjon eller annen spesialitet de har. Innenfor samme profesjon fins det ulike spesialiseringer som gjør at kompetansen blir ulik, som for eksempel hos anestesilege og kirurg eller hos intensivsykepleier og anestesisykepleier.

1.6.2 Kunnskap og kompetanse

Noen av intervju spørsmålene som deltakerne i denne studie blir stilt handler om hva samarbeidet med andre fagutøvere kan gjøre med deres egen kunnskapsutvikling. Verdens helseorganisasjon (WHO) sier at *kompetanse* er evne til å utøve en viss profesjonell funksjon (Willumsen, 2009). Kompetanse innbefatter ulike typer kunnskap som påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (Molander, 1996; Willumsen, 2009). Nyere forskning viser at det er nødvendig med evne til refleksjon over egen virksomhet, med mål om å genere ny kunnskap (Willumsen, 2009). Vi trenger en fornyet verdi av profesjonell kompetanse som inkluderer relasjonelle ferdigheter (Edwards, 2010). I denne studien vektlegges ikke forskjellen på kunnskap og kompetanse fordi fokus er på sykepleiernes muligheter for å øke sine kunnskaper og ressurser gjennom samarbeid. Det kan være både kunnskap, ferdigheter eller andre nye forståelser.

1.6.3 Samarbeid

Hovedtema i denne studien er samarbeid, og jeg vil derfor synliggjøre hvilke begreper som brukes i litteraturen og hvordan jeg forstår dem i denne studien.

Orvik (2004) mener at begrepene *samhandling*, *samarbeid* og *samordning* har ulike betydninger. Forfatteren sier at samhandling og samarbeid retter seg mot prosesser og relasjoner på aktørnivå, mens begrepet samordning retter seg mot systemnivå. Uansett begrep, er målet å bidra til integrasjon som betyr at tjenestene skal møte pasientenes behov samlet

sett, og ikke stykkevis (Orvik, 2004). Orvik sier at begrepet samhandling retter seg mer konkret mot å gjøre en handling sammen med andre. *Samarbeid* er et begrep som ikke nødvendigvis retter seg mot konkrete handlinger, men mer mot en gjensidig interesse for samarbeidsoppgavene. Positiv innstilling er et typisk trekk og kan skape en *vi-følelse* (Orvik, 2004). I de tilfeller jeg bruker begrepet samhandling er det rettet mot konkrete handlinger som blir utført, som for eksempel forflytning av intensivpasienten. *Samarbeid* sier noe om graden av interaksjon, og det forstår jeg som på hvilken måte de samarbeider om forflytningen på.

Når to eller flere aktører med ulik fagbakgrunn samarbeider kaller man det et flerfaglig eller tverrfaglig samarbeid, der innholdet skiller av graden av felles forpliktelse og interaksjon. Flerfaglig samarbeid, oversatt til engelsk som "multi-disciplinary" henspiller på at ulike fagutøvere arbeider mer parallelt uten nødvendigvis å involvere hverandre (Orvik, 2004; Willumsen, 2009). For å kunne møte komplekse behov hos pasienten kreves det et samarbeid med større grad av interaksjon. Et tverrfaglig eller tverrprofesjonelt samarbeid, som er tett opp mot begrepet "inter-professional", kjennetegnes ved at flere profesjoner jobber tett sammen med større grad av interaksjon. De har et felles prosjekt med større integrering av kunnskaper, idéer, aktiviteter og beslutninger (Willumsen, 2009).

I litteraturen og i praksis har begrepet og fenomenet "tverrfaglig samarbeid" blitt benevnt med mange navn og uklare definisjoner. Det er vanskelig å enes om en felles definisjon da det er utviklet av ulike fagmiljøer og er fortsatt under utvikling (Willumsen, 2009). En økt forskning på tverrfaglig samarbeid med nye fokus viser en tendens til at begrepet tverrprofesjonelt samarbeid er i ferd med å bli for smalt i flere sammenhenger. Gamle begreper vil bli erstattet med nye etter hvert som forståelsen utvikles (Willumsen, 2016). Det er utfordringer knyttet til oversetting av internasjonale begreper fordi betydningene ikke nødvendigvis er synonyme. Det gjør at enkelte velger å bruke de engelske begrepene. Jeg viser til to engelske begreper som jeg finner interessante. Det første er "co-production", brukt av blant annet Ostrom som viser til et samarbeid der man skaper noe sammen, og inkluderer brukerne som samarbeidsdeltakere. Det andre er "collaborative practice" som blir brukt av noen engelske forfattere, og som best kan oversettes til "samarbeidspraksis". Begrepet inkluderer både brukere og andre ikke-profesjonelle aktører (Willumsen, 2016). I denne oppgaven velger jeg å bruke begrepet "samarbeid" om alt samarbeid mellom ulike fagutøvere. Fordi jeg mener det gir en nøytral og åpen tilnærming som kan favne alle aktører og kvaliteter.

1.7 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven presenteres i seks kapitler, der første kapittel inneholder bakgrunn for studien. I kapittel to redegjør jeg for teoretiske perspektiv for studiens analyse og forståelse. I kapittel tre presenter jeg prosjektets metode og gjennomføring, slik at leseren selv kan vurdere studiens troverdighet. I kapittel fire presenterer jeg resultatene fra de individuelle dybdeintervjuene. Disse blir drøftet i kapittel fem, der resultatene blir diskutert i lys av de valgte teoretiske perspektiver, tidligere forskning og egne tolkninger. Deretter presenteres en kort avslutning i kapittel seks.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de teoretiske perspektiver som har vært med på å forme deler av analysen og drøfting av datamaterialet, i tillegg til begrepsavklaringer og tidligere forskning i innledningskapittelet. Jeg presenterer Gordon W. Allports kontaktteori fordi jeg mener den kan bidra til forståelse for deler av resultatene. Allport skiller mellom ulike kontaktformer og deres vilkår for at kontakt kan føre til positiv effekt ved å redusere fordommer. Sosialpsykologisk teori er et av de mest sentrale perspektiv som er relatert til tverrprofesjonell forskning, og da spesielt Allport og hans kontakthypotese (Willumsen, 2016).

Jeg mener at Allports kontaktteori er relevant for denne studien, men ikke utfyllende nok. Jeg supplerer med en teoretisk tilnærming som kan belyse samarbeidets relasjonelle ferdigheter. Til det benytter jeg meg av studier av to forskere, Anne Edwards og Ingunn J. Ness. Jeg mener at kombinasjonen av disse teoretiske perspektiv utfyller hverandre, og med mål om å forstå studiens resultater bedre.

2.1 Kontakt-teori

Gordon W. Allports kontakthypotese hadde som hensikt å forklare fordommer overfor menneskegrupper. Han var psykolog og kjent for sin forskning på hvordan man kunne bekjempe fordommer mot minoritetsgrupper i USA. Kontakthypotesen ble presentert i boken "The Nature prejudice" i 1954. Hovedinnholdet i Allports kontakthypotese er at den beste måten å redusere fordommer og fiendtlighet mellom ulike menneskegrupper, er å bringe dem sammen (Willumsen, 2016). Allport mener at kontakt i seg selv ikke er nok for å bedre samarbeid, da det er flere utfordringer som kan virke hemmende. Som for eksempel at de ulike gruppemedlemmene har negative stereotype holdninger til hverandre (Mohaupt, 2012). Stereotypi er en sosial kategorisering som forenkler verden, og gjør oss bedre i stand til å fungere ved å redusere den store informasjonsmengden vi må forholde oss til. Ulempen er at vi noen ganger overser individuelle forskjeller fordi vi tenderer å oppfatte medlemmer av andre grupper som lik. En slik stereotyp oppfatning av de andre skaper forventninger, og vi ser adferd som bekrefter våre forventninger. Enkelte kontaktsituasjoner kan bli

selvoppfyllende profetier, og det kan forklare hvorfor det ikke er nok alene med kontakt for å endre holdninger (Willumsen, 2016).

Allport mener at holdninger er en del av fordommer, og mener at fordommer består av to viktige elementer. Det første er at man må ha en holdning, favor eller disfavor, og så er denne holdningen knyttet til en generalisert oppfatning (Allport, 1954). En generalisert oppfatning kan forstås på den måten at man tilegner en persons egenskaper på bakgrunn av personens gruppetilhørighet. Oppfatninger kan være basert på feilaktige fakta og kan derfor endres med ny kunnskap. Det sentrale i kontakt-hypotesen er at man gjennom kontakt kan motbevise en generalisert oppfatning som igjen kan endre en fordom, mens holdninger er vanskeligere å endre (Allport, 1954).

2.1.1 Ulike typer kontakt

Ikke alle typer kontakt er egnet til å endre fordommer, og forfatteren skiller derfor mellom fire ulike kontaktformer der kommunikasjon utspiller forskjellige roller. Han kaller de ulike typer kontakt for: tilfeldig kontakt, kontakt gjennom bekjentskap, bostedskontakt og jobbkontakt (Allport, 1954).

Jeg mener at to av Allports fire kontaktformer har relevans for å forstå resultater i denne studien. Det er a) kontakt gjennom bekjentskap og b) jobbkontakt. Jeg forstår det slik at når intensivsykepleierne samarbeider med andre fagutøvere på sin avdeling er det snakk om jobbkontakt. Sykepleierne velger ikke hvem som kommer på vakt, og derved heller ikke hvem de skal samarbeide med. Jeg mener at det også på jobb kan oppstå kontakt gjennom bekjentskap fordi de ansatte kan bli godt kjent med hverandre.

a) Kontakt gjennom bekjentskap

Til sammenligning med tilfeldig kontakt, er denne kontaktformen egnet til å redusere fordommer gjennom økt kunnskap om den andre. Når partene blir kjent med hverandre kan de generaliserte oppfatninger endres, og det kan føre til mindre fordommer. Å endre kunnskap om den andre skjer lettere ved direkte erfaring enn ved teoretisk lærdom. Det viser seg at positive bekjentskap vil skape mer riktige oppfatninger av hverandre, men holdninger endres

ikke proporsjonalt. Mindre fordommer viser derimot være proporsjonale med hvor dypt og godt bekjentskapet blir (Allport, 1954).

b) Jobbkontakt

Allport fremstiller denne kontaktformen som under gitte forutsetninger, best kan redusere fordommer. Men selv denne kontaktformen har sine begrensninger da det viser seg mer vanskelig å integrere de nye oppfatninger om den andre (Allport, 1954).

2.1.2 Kontaktteoriens vilkår

Allports kontaktformer er teori om ulike muligheter for å redusere fordommer, der jobbkontakt framheves som best egnet. Under fire forutsetninger kan disse positive endringer oppstå. Mohaupt (2012) benytter seg av Allports vilkår i sin studie som et teoretisk rammeverk, og kaller dem for: 1) status-likhet mellom medlemmene, 2) mål-orientert tilnærming, 3) ikke konkurranse og 4) støtte fra ledelsen (Mohaupt, 2012).

De to vilkårene: a) *statuslikhet* og b) *målorientert tilnærming* har mest relevans for å forstå resultater fra denne studie. Allport sier at forskning tyder stadig mer i retning av at ulik status i jobbsammenheng er en aktiv faktor for å vedlikeholde og skape fordommer. Vilåret om en målorientert tilnærming står som det aller viktigste. Han kaller den selv for *jakten på felles målsettinger*, og det er nødvendig at kontakten må nå et dypere nivå for å ha noen virkning på fordommer. Det er bare den type kontakt som klarer å få folk til å gjøre noe sammen som kan ha en slik positiv effekt. Hvem som er i teamet kan være irrelevant, mens en felles bestrebelse etter et mål har størst betydning og styrker samholdsfølelsen (Allport, 1954). Slik jeg forstår Allport ser jeg to ulike betydninger omhandlende mål-orientert tilnærming. Det er å *se felles mål* og en *felles bestrebelse* etter mål. Jeg tolker det som at det ikke bare er viktig å se et felles mål, men også viktig å få en fellesskapsfølelse av selve jakten på målet. Han kaller det for "the cooperative striving for the goal" (Allport, 1954, s. 276). Selv er jeg usikker på om forfatteren legger vekt på denne forskjellen.

Allports kontakthypotese er blitt kritisert på noen punkter, og Pettigrew kritiserer spesielt dette med at teorien ikke sier noe om hvordan effekter av kontakt generaliseres og at den ikke sier noe om endringsprosesser (Pettigrew, 1998; Willumsen, 2016). Andre har studert

hvordan nye positive holdninger som er skapt gjennom kontakt, kan gjelde hele gruppen. Det blir foreslått alternative tilnæringer, som blant annet at man må optimalisere betingelsene for kontakt mellom gruppene (Willumsen, 2016). Det ble derfor formulert flere forutsetninger for at kontakt kan redusere fordommer, og to av dem er a) partene må ha positive forventninger til hverandre og b) det bør være fokus på å forstå både likheter og ulikheter (Mohaupt, 2012; Willumsen, 2016).

2.2 Samarbeid som en relasjonell prosess

Samarbeid er en relasjonell prosess der både emosjonelle aspekter og et godt klima i gruppen er viktig. Samarbeid inneholder også at medlemmene, med ulik spesialitet er avhengige av hverandre for å skape ny mening sammen (Ness, 2016).

2.2.1 Relasjonell ekspertise og kapasitet

Intensivpasienter har behov for de ulike profesjoners faglige bidrag. De har også behov for at de ulike fagutøvere har utviklet evne til å samarbeide. Anne Edwards er en britisk sosiokulturell forsker som har gjennomført mange studier om tema samarbeid mellom ulike profesjoner. Hun har utviklet begrepet ”relational expertise” som handler om evnen til å samarbeide, og som viser seg å ha stor betydning for samarbeid (Ness, 2016). Jeg oversetter begrepet til profesjonell ekspertise. Den peker på kapasiteten til evnen å forstå hva som betyr noe for de andre og for seg selv (Edwards, 2012). Gjennom flere tiår har profesjonene utviklet autonomi over sin egen utdanning og praksis. Edwards mener at dette er ikke veien å gå framover for å møte det komplekse behovet. Vi trenger en fornyet versjon av det å være profesjonell som inkluderer relasjonell ekspertise, og denne ferdigheten kan læres (Edwards, 2010). Den profesjonelle bør i dag ha både egne fagkunnskaper og evne til å forhandle med andre profesjoner underveis. Forfatteren mener at samarbeidets relasjonelle side er på vei å vokse inn i profesjonene som på den måten vil være med å skape en forbedret praksis. Målet er at de ressurser som de ulike kommer inn i samarbeidet med bidrar til økt forståelse, som igjen forbedrer responsen (Edwards, 2010).

Den relasjonelle kapasiteten er en dynamisk to-steps-prosess og kjennetegnes ved:

”First practitioners come to recognise the specialist expertise that is distributed across practices and settings and second they bring to bear both their core expertise and an additional form of expertise, which I have called relational expertise”. (A. Edwards, 2011, s. 33)

Forfatteren sier at en relasjonell kapasitet er basert på trygg bevissthet om egen fagkunnskap, så vel som evnen til å anerkjenne og respondere på de andres bidrag (A. Edwards, 2011). Hver profesjon må gjøre sin disiplin synlig og kunne gjenkjenne den andres bidrag som ressurser (Edwards, 2010). For at din egen kunnskap skal kunne komme med i betraktning må den synliggjøres for de andre, uten at dybden på din spesialkunnskap reduseres. Det er samtidig viktig å forstå de andres motiv og finne ut hva du selv kan bidra med i akkurat denne situasjonen (Edwards, 2005). Kapasiteten viser også en evne til å innhente kompetanse fra andre, alt etter om oppgaven har behov for det (Edwards, 2010). En med relasjonell ekspertise evner å integrere den nye kunnskapen fra de andres bidrag for å øke kvaliteten på løsninger, eller også benevnt som å forbedre responsen. Under gunstige forhold kan spenningsfeltet mellom de ulike fagekspertise gi rom for å utvikle ny felles kunnskap (A. Edwards, 2011). Dette er med på å skape det Edwards kaller en ”resourceful practioner”, som innebærer respekt og forståelse for den andre, samt evne til å bidra til samstemthet i samarbeidet (Edwards, 2010).

2.2.2 Forutsetninger for relasjonell kapasitet

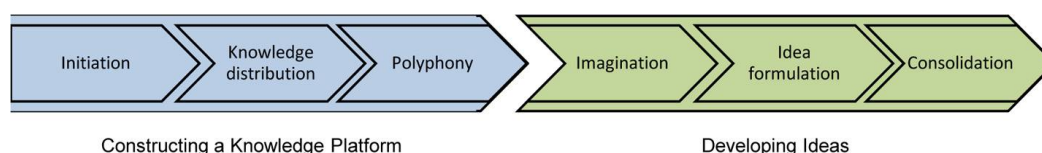
For å få et kreativt samarbeid er det viktig at de ulike aktører stiller med åpenhet og at de støtter andre i gruppen, sier forsker Ingunn Johanne Ness (2016). Hennes PhD-avhandling omhandler hvordan ulike fagdisipliner samarbeider, og hvordan de utvikler nye idéer. Studiene viser at i de gruppene som viste et godt og støttende klima utviklet et bedre og mer kreativt samarbeid. Mens i de grupper som utviklet et surt miljø hadde liten suksess med samarbeidet. Det viste seg i form av blant annet liten interesse for hverandre. Relasjonell kapasitet fordrer åpenhet, nysgjerrighet, tillit, respekt og støtte fra de andre i gruppen. Det å føle seg trygg og støttet av de andre fører til avslappet stemning som gir økt muligheter for innsikt og læring. Det viser seg å være helt avgjørende å bli respektert og anerkjent for å tørre

å komme med ulike nye bidrag. I grupper med godt klima viste det seg å være rom for å komme med ”radikale” forslag uten engstelse for reaksjoner. En slik ramme av trygghet kaller Ness for ”Safety Zone”. Positive relasjoner stimulerer engasjement, og det viser seg å være særs viktig med emosjonell trygghet. Ved å lytte oppmerksomt til hverandre skapes et fellesskap, eller en felles mening (joint purpose). Der hvor gruppemedlemmer føler seg trygge oppstår det en mer avslappet stemning, til tross for ulikheter. Grupper med best samarbeid viser også rom for humor som fungerer som en relasjonsbygger (Ness, 2016).

”I could see how the group members related to each other in humorous ways, sometimes using jokes to increase the affective bonds in the groups and to build relationships with each other” (Ness, 2016, s. 81).

Ness viser i sin studie at i de grupper der samarbeidet var mest kreativt hadde de utviklet nye begreper, eller et felles språk. Gruppemedlemmene viste seg å eksperimentere med ord og begreper for å forklare sin fagekspertise til de andre, noe som førte til utforskende diskusjoner og idéutvikling. God kommunikasjon mellom gruppemedlemmene er nødvendig for å skape denne fellesforståelsen. I grupper som hadde utfordringer med kommunikasjon viste medlemmene gode forsøk på finne årsaken til at samarbeidet stoppet opp. De fant som oftest ut at de først måtte anerkjenne alles bidrag som likeverdige, for så å kunne bygge broer over ulikhetene ved hjelp av nye ord og begreper (Ness, 2016).

Forskeren sier at utviklingsprosessen i gruppene viser et mønster av seks faser, fra de kommer ny sammen i grupper til slutfasen. Hun sier at de første tre fasene er viktige for å bygge en felles kunnskapsplattform. Disse tre fasene er helt nødvendige for å komme videre til de tre siste fasene der det er mulighet for å utvikle ny kunnskap. De tre første faser kaller hun initialfasen, kunnskapsdelingsfasen og polyfonisk fase (diskusjonsfasen) (Ness, 2016). For denne studien vil det være relevant å se nærmere på disse tre første fasene.



Figur 1, seks faser av kunnskapsutvikling av I. Ness

I første fase kommer gruppen sammen på bakgrunn av et behov eller utfordring. Gruppen består av personer med ulike fagkunnskaper. I fase to begynner de å dele sin spesialkunnskap

med de andre på en forståelig måte, og er både oppmerksomme og engasjerte i andres bidrag. Så går de over i diskusjonsfasen (polyfonisk) der de ulikes perspektiv blir mer tydeliggjort, og viser litt mer friksjon og temperatur. Denne fasen viser seg konstruktiv dersom det sosiale klima ikke påvirker gruppen negativ. Hvis de lærer noe i denne fasen kan de så smått begynne å bruke den delte kunnskap videre i forsøk på nye løsninger (Ness, 2016). Ness poengterer at idéutvikling ikke kommer automatisk, så det er ikke nok å bare sette sammen grupper med ulik fagspesialitet. Det er nødvendig med blant annet godt samarbeidsklima og gode relasjoner der de ulikes stemmer har samme verdi (polyfoni). Dialog og polyfoni er to begreper som er viktig for at den tverrfaglige gruppen skal klare å samarbeide slik at de evner å dra nytte av hverandres bidrag, og for å øke forståelsen (Ness, 2014).

Den russiske filosofen Bakhtin forstår begrepet dialog slik at en idé ikke eksisterer i bevisstheten hos et individ isolert fra andre mennesker. Hvis den forblir der vil idéen dø, og den kan kun vokse og utvikle seg gjennom ekte dialog og samspill med andres idéer (Ness, 2015). En ekte dialog er der de ulike stemmer blir anerkjent, uavhengig om man er enig eller ikke. I spenningsfeltet mellom stemmene kan mening og kunnskap utvikle seg. Bakhtin mener at man bør man strekke seg etter denne måten å forstå en dialog på (I. J. Ness, 2016).

Han sier at en dialog som er polyfonisk er en kombinasjon av stemmer. Stemmene i en dialog *er personer som snakker i konsert*, men den enkeltes stemme er ikke isolert fra de andre. I dialogen har alle stemmer lik verdi (polyfoni), og når de interagerer skapes en spenning mellom stemmene. Det betyr at deltakerne må være åpne for de andres stemmer og anerkjenne spenningen som oppstår mellom (Ness, 2016). I motsetning til monolog, der man ser en autoritær ytring og ingen motsigelser eller spørsmål tillates. Monolog hemmer kunnskapsutvikling (I. J. Ness, 2016). Willumsen (2009) bruker også en metafor fra musikkens verden når hun beskriver samarbeidets kunst.

For å forstå det tverrfaglige samarbeidet kan man sammenligne det med et symfoniorkester der de ulike instrumenter representerer ulike fagdisipliner med hver sin tone, sitt spesifikke innspill og uttrykk. Hvert bidrag forenes og integreres, og blir til sammen en symfoni (Willumsen, 2009). Jeg tolker hennes beskrivelse av symfoni slik at får hun fram viktigheten med at de ulike og unike stemmer sammen lager noe større, en symfoni. Slik jeg tolker Bakhtims bruk av metaforen polyfoni, er at han fremhever viktigheten med alle disse unike stemmene har lik verdi.

3. Metode

I dette kapittel ønsker jeg å gjøre rede for de forskningsmetoder jeg har valgt for å undersøke hvilke erfaringer intensivsykepleiere har når det gjelder samarbeid med andre fagutøvere. Jeg skal synliggjøre studiens metodiske framgangsmåte av innsamling og analyse av data. Masterstudien er et kvalitativt og eksplorerende prosjekt der analysen er gjort med en hermeneutisk tilnærming. Jeg tolker intervjuetekstene i en frem og tilbake-prosess mellom deler og helhet.

Denne studien plasserer jeg inn under et sosiologisk perspektiv på temaet samarbeid. Med det mener jeg at jeg skal utforske sykepleiers erfaringer, og har fokus på det interpersonlige og dynamikken mellom individet og den sosiale konteksten. Min studie tar utgangspunkt i to sosiologiske perspektiver. Symbolsk interaksjonisme danner grunnlaget for hvordan jeg vil forstå første del av problemstillingen. Jeg utforsker hvilke elementer som må være til stede for et godt samarbeid. Andre del av problemstillingen er å se på de muligheter samarbeid gir med blick på kunnskapsutvikling i et sosiokulturelt perspektiv. Symbolsk interaksjonisme, som kommer fra Blumer og Head legger vekt på interaksjon som en sentral samfunnsdannende enhet. De sosiale situasjoner vektlegges og danner utgangspunkt for videre interaksjon. Det er gjennom samspillet med andre at man er med på å skape samfunnet (A Tjora, 2012; Aadland, 2011). Sosiokulturelt perspektiv har fokus på gruppelæring, og den sosiale kontekst den skapes i. Det vektlegger den dynamiske prosessen mellom det sosiale og det individuelle der kunnskap kan skapes i dialogen gjennom felles anstrengelse (Ness, 2016).

3.1 Valg av metode

Malterud (2011) skriver at kvalitative metoder kan bidra til å presentere mangfold og nyanser, og egner seg godt ved utforsking av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger. Med kvalitative metoder kan vi spørre etter menneskers meninger, forventninger og holdninger som kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2011). Det er slike forhold jeg er opptatt av å utforske. Tjora sier at kvalitativ forskning er preget av følsomhet for den konteksten studien gjennomføres i, og som gjør metoden spennende og intens. Men det gir også spesielle utfordringer, og man må kanskje

justere eget prosjekt og idéer fordi forholdene ikke var helt slik man hadde tenkt seg (A. Tjora, 2017). For å kunne regne studien som vitenskapelig kunnskap må den vise til systematisk kritisk refleksjon. Det stilles krav til meg som forsker å innvie leseren i de kontekstuelle forhold som studien er gjennomført under. Jeg må tilstrebe å stille med åpent sinn for å finne eventuelle data som rokker ved min forforståelse (Malterud, 2011).

For å få tilgang til intensivsykepleieres erfaringer med samarbeid har jeg valgt å bruke semistrukturerte individuelle intervjuer. Intervju som metode gir særlig godt grunnlag for å få innsikt i informanters erfaringer og tanker (Thagaard, 2009). Intervjusituasjonens fortrolighet og ro gir mulighet for en ramme der erfaringer og sammenhenger kan fortelles (Malterud, 2011). Jeg valgte å gjennomføre tre individuelle intervjuer der jeg stiller noen tematiske åpne spørsmål. Dette gir deltakerne mulighet for å gå i dybden der de har mer å fortelle, og tillater digresjoner som kan føre til tema som jeg ikke hadde tenkt på forhånd (A Tjora, 2012). Jeg hadde først planlagt å gjøre både observasjon og påfølgende dybdeintervju. Ved observasjon studerer man det folk gjør, mens med intervju får man innblikk i det folk sier at de gjør (A Tjora, 2012). Jeg ønsket å observere samarbeidssituasjoner der fysioterapeut og intensivsykepleier sammen skulle mobilisere en intensivpasient fra seng til stol, for så å intervju sykepleieren etterpå. Prosjektskissen ble godkjent med dette som metode. Av strukturelle årsaker (punkt 3.7) endret jeg metoden til å bare gjelde individuelle intervju. For min studie innebar en slik metodeendring justeringer i flere ledd. Jeg justerte problemstilling, intervjuguide, utvalg og ikke minst forventninger om hva man kan hente inn av datamateriale, samt teoretiske tilnærminger. Når mitt datamateriale ikke lenger kunne si noen om konkrete faktiske handlinger så jeg også et behov for å justere på hva jeg ønsket å utforske. Det er problemstillingen som ligger til grunn når man velger en strategi for innsamling av data. Jeg må finne den måten som best kan gi relevante data for hva akkurat jeg vil belyse (Malterud, 2011).

3.2 Å forske i eget felt

Jeg intervjuer intensivsykepleiere som jobber ved samme avdeling der jeg arbeidet i flere år. Jeg kjenner avdelingen godt, men jeg kjenner ingen av deltakerne fra før. Alle har begynt etter at jeg sluttet. Det at jeg forsker både i eget fagfelt og spesialfelt vil ha innvirkning på store deler av min studie. I følge Paulgaard (1997) må jeg stille meg spørsmål om det er mulig

å stille seg utenfor når jeg er innenfor. Man må kunne turnere begge posisjoner for å hente inn data. Det er viktig å være klar over at min fortrolighet til forskningsfeltet kan føre til kulturblindhet (Paulgaard, 1997). Forfatteren sier videre at denne subjektive forforståelsen har et begrenset synsfelt, og det kan derfor likevel være mulig å se noe man før ikke har sett. Sett fra en annen synsvinkel, kan det tenkes at nærhet mellom forsker og informanter har en fordel av forforståelsen. Det betyr at jeg som forsker i eget felt får tilgang til noen former for innsikt, mens andre blir overskygget (Paulgaard, 1997). Dersom jeg hadde valgt deltakere fra et annet sykehus, ville jeg ha hatt mindre innsikt i den interne struktur. Da hadde jeg muligens stilt med et mer åpent sinn for hva som ble beskrevet, og som kunne gitt andre muligheter for forståelser. Fordi jeg kjenner avdelingen godt, erfarer jeg at deltakerne ikke må bruke tid på å forklare meg intensivrelaterte ting. På den måten kan jeg se at vi har bedre anledning og tid til å gå i dybden med ulike oppfølgingsspørsmål. Som for eksempel da en intensivsykepleier snakker om samarbeidet rundt ”den her ecmopasienten”, så ble det ikke nødvendig å stoppe opp for å få en avklaring på hva det innebar. Det interessante og relevante er tema om samarbeid, og ikke om pasientens diagnose eller behandling. Det kan i motsatt fall være at viktige data ikke blir oppfattet som interessante, nettopp fordi jeg kjenner til faget og drar premature slutninger ubevisst.

Jeg tar ikke bare med meg en forforståelse ut fra at jeg forsker i eget felt, men i følge Gadamer bærer vi også med oss en sosial og historisk forforståelse som grunnlag for at vi ser verden som vi gjør. Vi erkjenner verden gjennom forståelse og fortolkning. Fra et hermeneutisk synspunkt vil min fortolkning av data være avhengig av mine forkunnskaper og av intervjuetekstens kontekst (Kvale & Brinkmann, 2009). Fra jeg finner problemstilling, lager intervju-guide, gjennomføring av selve intervjuene og gjennom hele analysen vil jeg påvirke mitt datamateriale ut i fra den forståelse jeg har i forkant.

3.3 Utvalg og rekruttering

Jeg ønsket å finne deltakere til intervjuene som hadde best potensiale for å belyse problemstillingen. Et utvalg satt sammen ut i fra målsettingen kaller Malterud for et strategisk utvalg (Malterud, 2011). På bakgrunn av studiens omfang og at intervjuene hadde som mål å gå i dybden, falt valget på tre intensivsykepleiere. Antall informanter bør ikke være flere enn at det er mulig å gjøre dybdeintervju, og vi må vurdere antallets metningspunkt. Hvis vi ser at

flere informanter ikke vil gi noen ytterligere forståelse er antallet stort nok (Thagaard, 2009). I forkant kan det være vanskelig å si om det holder med tre deltakere fordi det kommer an på hvordan intervjuene går. I kvalitativ forskning kan man justere prosjektet underveis, og eventuelt rekruttere flere informanter hvis behov. Da jeg hadde gjennomført alle tre intervjuer, mente jeg at datamaterialet var stor nok for å kunne gå i gang med analysen.

Jeg kontaktet ledelsen i avdelingen som hjalp meg å finne aktuelle deltakere ut i fra kriteriene jeg hadde satt. Deltakerne skulle ha spesialutdanning innenfor intensivsykepleie, ha minimum to års erfaring fra avdelingen og ikke være en bekjent av meg. Det var ønskelig at utvalget skulle kunne gi studien nyansert og rikt materialet. Jeg informerte avdelingslederen om at det gjerne kunne være begge kjønn og med ulik praksislengde, selv om jeg ikke formulerte det som kriterier. Jeg og lederen gikk gjennom listen av ansatte og trakk frem potensielle deltakere utfra mine kriterier og avdelingens tilgjengelighet. Informasjonsskriv om studien og forespørsel om deltakelse (vedlegg 5) ble delt ut av lederen. Rekrutteringen ble noe mer langvarig enn forventet. Dels på grunn av at jeg i første omgang valgte å sende ut bare tre forespørslers, og dels fordi tilgjengeligheten var mindre enn antatt. Jeg manglet en plan på hvordan jeg skulle prioritere dersom flere enn tre svarte ja. Jeg startet derfor forsiktig. Det ble totalt sendt ut fem forespørslers før jeg fikk den siste positive responsen. Tiden som gikk til rekruttering og gjennomføring av intervjuene tok to måneder.

3.4 Gjennomføring av intervju

I hovedsak er målet med dybdeintervjuer å skape en relativt fri samtale omhandlende spesifikke temaer forskeren har utformet på forhånd. Det er meningen å få informantene til å reflektere over egne erfaringer, og da er en avslappet stemning viktig (A. Tjora, 2017). Jeg laget en intervjuguide (vedlegg 1) med åpne spørsmål som var til hjelp for meg selv for å sikre at alle tema og spørsmål jeg hadde formulert ble berørt. Erfaringene jeg gjorde meg var at jeg brukte guiden bare helt til slutt for å sjekke at vi hadde vært innom alt. Intervjuene hadde preg av frie samtaler der jeg ofte fulgte opp med nye spørsmål ut fra det de hadde fortalt. Jeg følte aldri behov for å bryte av eller bytte tema, men heller tvert i mot et engasjement mot det som ble fortalt. Jeg ble enkelte ganger for ivrig, som resulterte at jeg snakket mer enn jeg hadde ønsket i ettertid. De ulike temaer ble berørt litt om hverandre, og ikke i rekkefølge. Det ville vært unaturlig i denne studien fordi samtalene hadde god flyt, og

de ulike temaer griper inn i hverandre. Når deltakerne beskriver samarbeidssituasjoner i praksis berører det både tema som omhandler kjennetegn på godt samarbeid og om sykepleierne lærer noe. Jeg mener at det kan være vanskelig å skille de ulike tema i praktiske situasjoner, men senere i analyse og drøfting gjør jeg et teoretisk forsøk på å skille. Jeg endret også spørsmålene noe etter hvert intervju uten å gjøre endringer i selve intervjuguiden, slik at guiden ikke helt representerer hvilke spørsmål som faktisk ble stilt. Essensen og intensjonen ble bevart. Tjora sier at dybdeintervju i grove trekk går gjennom tre faser som er oppvarming, refleksjon og avrundning (A. Tjora, 2017). Det ble gjort digitale opptak av intervjuene, og før jeg slo på opptakeren, snakket vi noen minutter om forventninger, litt mer utfyllende informasjon om studien og hvordan det føltes at vi skulle gjøre opptak. Jeg fortalte også litt mer om meg og min bakgrunn. Stunden før opptak var preget av litt spenning, men vi fant raskt en god tone og etter hvert en avslappet stemning. Det var nye opplevelser for både meg som intervjuer og dem som lot seg intervju. Jeg hadde bestemt meg for å ikke notere underveis fordi jeg ønsket å ha fokus på det som ble fortalt. Jeg startet opptaket med noen oppvarmings spørsmål. De fikk si litt om sin bakgrunn som sykepleiere og som intensivsykepleiere. På slutten av intervjuene sa jeg at jeg måtte se gjennom intervjuguiden, og ga dem også en mulighet til å kunne tilføye eller spørre om noe. Vi snakket sammen noen minutter etter opptaket.

Alle intervju foregikk på sykehusets område og ble gjennomført i sykepleiernes arbeidstid. I samarbeid med avdelingsleder avtalte vi tidspunkt, og jeg ordnet leie av rom for de to første. Fordelen med at det er i arbeidstiden er tilgjengeligheten av deltakere, men ulempen kan være at deltaker er nødt å trekke seg i siste sekund, eller at de måtte avbryte under intervjuet. Jeg hadde ikke planlagt pause under intervjuene, og var litt usikker i forkant om det kom til å bli et behov. De tre intervjuer tok mellom 50 og 75 minutter hver, og jeg oppfattet ikke noe behov for pause. Jeg fikk låne kontor i en stille fløy med flott utsikt for de to første intervjuer. Jeg kom i god tid for å forberede, hang opp lapp på utsiden av døren om at det foregår intervju og gjorde kaffen klar. Tredje intervju måtte jeg ta på sparket fordi den siste som responderte på forespørsel om deltakelse fikk plutselig anledning. Siste gangen pakket jeg opptaker og diverse papirer raskt ned i sekken og dro i full fart til sykehuset. Avdelingsleder ordnet et lite kontor inne på avdelingen. Det var to måneder siden forrige intervju, og jeg følte meg lite forberedt. Jeg glemte å sette lapp på døren om pågående intervju og vi ble direkte forstyrret en gang. Kanskje fordi dette var intervju nummer tre for meg, opplevde jeg likevel at det gikk det bra. Jeg hadde arbeidet med to transkripsjoner i mellomtiden slik at tema og

spørsmål befant seg friskt i minne. De ytre rammene rundt siste intervju kan ha påvirket interaksjonen slik at vi ikke fikk anledning til å gå i dybden, selv om stemningen virket å være god.

Forskningsintervju er som et håndverk og avhenger av intervjuerens praktiske ferdigheter og personlige vurderinger (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har ingen tidligere erfaring med intervju, og mine forberedelser har vært å lese meg opp teoretisk, både om individuelle forskningsintervju og om aktuelle tema. Jeg gjorde meg i forkant refleksjoner over betydningen av en avslappet atmosfære rundt intervjuene for at informantene kunne føle seg fri til å snakke. Jeg var innstilt på å være engasjert i det de fortalte og med å følge opp med nye spørsmål når de var inne på noe interessant. Jeg opplevde en bratt læringskurve i løpet av de tre ulike intervjuer. For å bevare inntrykk og tanker gjorde jeg meg notater rett etter intervjuene.

3.5 Transkripsjon

Jeg fikk god tid mellom hvert intervju til å utføre transkripsjon. Fram til nå i prosessen mener jeg at helt bevisst har påvirket min studie. Med det mener jeg at jeg har gjort bevisste valg av tema, forskningsmetode, teoretiske perspektiv, utvalg og hvordan jeg legger opp intervjuene. Under intervjuene styrer jeg spørsmålene selv om jeg strever etter å la dem få snakke ut. Nå sitter jeg med over tre timers muntlig materialet som skal transformeres til skriftlig tekst. Slik jeg forstår det, har jeg fra nå som mål å bevare mest mulig av sykepleiernes uttalelser og synspunkt. Målet med transkripsjon er at det muntlige skal gjøres tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg transkriberte selv fordi jeg anser dette som en liten studie, og mener at jeg slik bevarer mer av den opprinnelige mening. Jeg husker elementer som har betydning, men som ikke blir sagt. Det kan være stemning, humor og når de svarer med sikkerhet eller når de nøler. Det vil uansett være noe som går tapt eller misforstått fra det muntlige til den skriftlige tekst. Det er viktig huske at den transkriberte tekst ikke er de opprinnelige empiriske data, men at det er min oversettelse og et indirekte bilde av virkeligheten (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Jeg startet transkripsjon rett etter intervjuene, og hadde derfor enda mye i hukommelsen. Jeg opplevde at jeg stadig ”befant” meg tilbake i selve intervjusituasjonen. Transkripsjonen var en tidkrevende prosess, og jeg gjorde noen valg på hva jeg inkluderte. Jeg tok ikke med ”hm” eller andre lydhermende ord

da jeg ikke anså relevansen for stor. Disse oversettelsesleddene vil alltid innebære former for filtrering hvor mening går tapt, og rom for misforståelser er til stede (Malterud, 2011).

3.6 Analyse

All analyse er gjort manuelt fordi materialets mengde er overkommelig. Jeg mener det bidrar til større nærhet til teksten og at det vil gi meg bedre oversikt. Etter transkripsjon sitter jeg igjen med A4-ark på 68 sider. De er ikke tettskrevne fordi jeg har laget ”luft” mellom meg som intervjuer og det som deltakerne sier. Den kvalitative forskningsprosessen er preget av flytende overganger mellom innsamling av data og analyse. Tolkningen har allerede startet under kontakten med informantene, men det går et skille her når man forlater informantene og går over til analyse og fortolkning av den transkriberte teksten. Utfordringen er hvordan man klarer å bevare informantenes perspektiv gjennom analysen og presentasjon av data (Thagaard, 2009). Jeg mener at jeg skiller meg fra deltakerne allerede ved transkripsjon, og at det er like viktig å bestrebe etter ivaretagelse av deltakernes utsagn uansett når analysen anses for å starte. Det finnes ingen standardmetoder for å analysere seg fram til meninger av det som sies i et intervju. Ønsket om en metode kan føre til at vi legger mindre vekt på kunnskap og validitet, og mer vekt på teknikker og reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.6.1 Koding og gruppering

For å komme i gang, lot jeg meg inspirere av Aksel Tjora. Hans metode for analyse av kvalitative data kaller han for en stegvis-deduktiv induktiv (SDI) prosess. Modellen danner et utgangspunkt for systematikk og framdrift, men kan likevel ikke oppfattes som en lineær prosess. Når vi jobber oppadgående fra data til teori oppfattes det som induktivt, og når vi sjekker teori nedadgående med empiri er det en deduktiv prosess. Formålet med hans modell er at analysen gjøres i etapper fra rådata til konsepter eller teorier (A. Tjora, 2017). Jeg anser første del av Tjoras modell som er relevant til bruk i denne studien. Målet med mitt masterprosjekt er å utvide forståelsen for tema samarbeid, og jeg har ikke ambisjoner om å utvikle nye begreper eller teorier. Jeg anser likevel Tjoras metode som en fin empirinær start av analysen, og opplever det som overkommelig å sette i gang. Jeg starter med første

transkripsjon, og tar steg for steg. Jeg leter etter empirinære koder som en induktiv prosess. Målet med kodingen av all tekst er å ekstrahere essensen og redusere materialets volum ((A. Tjora, 2017). Kode-prosessen lot meg være nær teksten uten og måtte løfte blikket for å vurdere hvor de ulike kodene hører hjemme. Man må gjerne bruke begreper som allerede fins i materialet (A. Tjora, 2017). Jeg skilte litt lag med Tjoras metode da jeg fortsatte koding av transkripsjon nummer to og tre. Jeg skulle i følge Tjora egentlig ta med meg kodene fra første transkripsjon for å bruke i de neste, og så skulle jeg lage nye koder der det trengtes. Jeg kodet i stedet alle tre hver for seg uten å tenke på hvor kodene hørte hjemme. Det resulterte i veldig mange koder med tilhørende utdrag fra teksten. Fordelen var at jeg fikk jobbe tekstnært og opplevde nærhet til intervjusituasjonene. På denne måten hadde jeg muligens lavere risiko for å gjøre det Tjora kaller en sorteringsbasert koding. Jeg forsøkte å ha tro på empirien og det var en interessant fase av analysen. I følge Thagaard (2009) er innlevelse viktig for å oppnå forståelse (Thagaard, 2009). Jeg benyttet meg av det Tjora (2017) kaller EAR (empirisk-analytiske referansepunkter) for å ta vare på tanker og idéer som oppstår underveis i kodingen (A. Tjora, 2017). Tross bestrebelse etter å være nær empirien under koding, erfarte jeg egne refleksjoner og idéer underveis. Jeg laget meg eget notatark der jeg umiddelbart skrev ned tankene (EAR), og opplevde å kunne gi slipp på dem igjen fordi de ble trygt bevart. På denne måten kunne jeg lettere gå inn i teksten igjen der jeg slapp.

Etter å ha gjennomført all koding fikk jeg en åpenbaring av å ha gjort meg selv en ”bjørnetjeneste”. Jeg satt med et kodesett med 183 koder. Det hadde vært lett å komme i gang og jeg holdt engasjementet for materialet oppe, men nå var jeg nødt til å løfte blikket for å analysere videre. Det ble en krevende prosess hvor jeg så meg nødt til å gjøre mitt eget kode-mellomtrinn der jeg sorterte lignende koder sammen. Slik fikk jeg redusert antall koder fra 183 til 84, og i dette mellomtrinnet måtte jeg opp med blikket for å sammenligne de ulike koder. Deretter kunne jeg gå i gang med neste steg som Tjora kaller for kodegruppering der man samler koder som har en innbyrdes tematisk sammenheng og skiller ut koder som er irrelevante for studien. Kodegrupperingen vil vanligvis danne et utgangspunkt for hva vi utvikler som tema i oppgaven. Å dra inn teori for å tematisere kodene kaller Tjora for en abduktiv prosess (A. Tjora, 2017). Slik jeg har forstått Tjoras SDI-modell, så er analysen et samspill mellom empiri (induktiv) og teori (deduktiv) tilnærming. Arbeidet med den tekstnære første-kodingen var mest preget av induktiv tilnærming, og så snart jeg måtte vurdere kodene mot hverandre jobbet jeg også deduktiv.

3.6.2 Videre analyse

Resten av analysen preges av en abduktiv prosess der jeg veksler mellom empiri og teori, inkludert min forforståelse. Jeg får et inntrykk av å praktisk befinne meg inni den hermeneutiske sirkel, og som varer gjennom hele prosjektet. Analysen fortsetter under arbeidet med resultatkapittelet med en stadig utvidelse av forståelsen for materialet. Det første kodesettet med mange koder ble et nyttig verktøy fordi kodene er empirinære og står sammen med utdrag fra intervjueteksten. Slik kan jeg lettere huske sammenhengen. Dette kaller Tjora for ”kodestrukturert empiri” (A. Tjora, 2017). Enkelte ganger måtte jeg helt tilbake til den transkriberte teksten for å kunne utdype. Jeg hadde skrevet ut alt i papirform som gjorde det lettere for meg å understreke, skrive kodetall og notater ved siden av. Når resultatene begynte å ta form var det behov for ytterligere søk av teori og tidligere forskning selv om jeg ikke har gjort større endringer av teoretisk perspektiv underveis.

Jeg gjorde ingen spesielle sammenligninger av resultater fra de tre intervjuer fordi målet var å få rike beskrivelser, og ikke hvor mange som sa det samme. Når jeg presenterer resultater har det liten relevans om jeg refererer til deltakerne i entall eller flertall, annet enn å gi teksten bedre flyt ved å variere. Enkelte sitater har jeg forkortet, der jeg for eksempel ser at innskutte bisetninger eller småord ikke har relevans for meningen. Når jeg henviser til informantene, veksler jeg mellom å si: deltaker, sykepleier og intensivsykepleier.

Resultatet av analysen presenteres i kapittel 4 som tre hovedtemaer med undertemaer, og jeg har beholdt tekstnære begreper som navn på temaene.

3.7 Ethiske betraktninger

UiT, Norges arktiske universitet godkjente prosjektplanen i august 2016.

Forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger skal meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Mitt prosjekt ble godkjent av NSD (vedlegg 2) november 2016, og endringsmelding som ble sendt på grunn av ny metode ble godkjent desember 2016 (vedlegg 3).

Jeg henvendte meg først til REK (regional etisk komité) via mail med spørsmål om prosjektet burde vurderes av komitéen, og om et eventuelt behov for å sende søknad. Jeg fikk som svar at studiens formål ikke falt innenfor krav om søknad til komitéen. Jeg ble også informert om at hvis jeg fortsatt var usikker kunne jeg sende inn til en framleggsvurdering. Det ble ikke gjort, og senere ble studien likevel anmodet om å legges fram for REK. På grunn av oppgavens tidsramme valgte jeg da heller å endre metode for innhenting av data, slik at det ikke var nødvendig med vurdering av REK.

Etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse. Det er knyttet moralske spørsmål både til undersøkelsens midler og mål (Kvale & Brinkmann, 2009). Datainnsamling ved hjelp av intervju har en personlig karakter, og deltakerne deler sine erfaringer og innsikt med forskeren. For å oppnå god kontakt mellom forsker og deltaker forutsettes det at partene opplever gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2011).

Informert samtykke er et etisk grunnprinsipp som betyr at jeg skal ivareta deltakernes råderett over eget liv og deres kontroll på hvilke opplysninger om dem selv som skal deles med andre (Thagaard, 2009). Utdeling av informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse ble distribuert gjennom avdelingsleder. På den måten sikrer jeg bedre at deltakelse skjer frivillig. Informasjonsskrivet inneholder opplysninger om studiens formål og hvordan jeg skal ivareta deres anonymitet. Det informeres om at det er frivillig deltakelse og at de når som helst kan trekke seg fra studien uten å oppgi grunn, og alle data vil i så tilfelle bli slettet. Det informerte samtykket (vedlegg 5) blir oppbevart forsvarlig sammen med den digitale opptakeren som ble innkjøpt av meg ved studiestart. Av fem forespørsler var det tre som stilte seg positive til deltakelse. Hva som lå til grunn for at to ikke svarte er ikke mulig å si noe om. Jeg og avdelingsleder måtte påminne om svar et par ganger, og jeg kan derfor ikke utelukke helt at noen følte seg presset. Ingen av de tre som var med har trukket seg i ettertid.

Et annet etisk grunnprinsipp er konfidensialitet som innebærer at all den informasjon de gir blir behandlet konfidensielt. Forskningsmaterialet og deltakernes identitet må anonymiseres når forskningsresultatene presenteres. Forskeren kan oppleve et dilemma mellom hensynet til anonymitet og resultatenes pålitelighet (Thagaard, 2009). Jeg gjør en studie der jeg intervjuer kollegaer om temaet samarbeid på sin arbeidsplass, og det skaper spesielle utfordringer. Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter, og helsepersonell som utforskes får ikke den samme beskyttelse. Her må vi bruke vårt beste skjønn for å ivareta deltakerne etisk best mulig (Malterud, 2011). Jeg må stille strenge krav til meg selv på hvordan jeg presenterer

datamateriale uten at noen av deltakerne blir eksponert negativt eller feilaktig. Der hvor jeg har vært i tvil har jeg skrevet om på situasjoner og samtidig forsøkt å ivareta meningen. Da jeg transkriberte bevarte jeg noe av deltakernes dialekt for å sikre mest mulig nyanser og opprinnelige beskrivelser. Etter analysen, og i arbeidet med presentasjon av resultatene fjerner jeg dialekt med tanke på anonymisering. I min studie har det ingen relevans for hvem av deltakerne som sier hva. Det har muligens gjort arbeidet med å anonymisere lettere.

Den relasjon og tillit som jeg har oppnådd med deltakerne må jeg forvalte på en tilfredsstillende måte. Deltaker må kunne stole på at jeg håndterer det som blir sagt konfidensielt, samt bestrebe etter å ivareta hva sykepleierne faktisk fortalte (Malterud, 2011). Mitt forsøk på å ivareta dette prinsippet er at jeg transkriberte selv, bevarte dialekt og at jeg valgte en empirinær koding. Men jeg kan aldri være sikker på at alt jeg oppfatter samsvarer med det de mente. Jeg er utsatt for ubevisste tolkninger på grunn av min forforståelse.

Forskerens integritet og personlighet er avgjørende for kvaliteten av den vitenskapelige kunnskap som skapes. Betydningen øker i forbindelse med intervju fordi redskapet som benyttes er intervjueren selv. Det stilles etiske krav til den kunnskapen som legges fram som betyr at resultater skal være så nøyaktige og representative som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). I formålet med en studie ligger det implisitt en forventning om å finne ut noe nytt. Det er et etisk anliggende å sørge for at vi ikke utfører unødvendige undersøkelser og plager deltagere uten nytteverdi (Malterud, 2011). Det å intervjuer sykepleiere har konsekvenser for dem. De har gitt meg tillit, tid og delt erfaringer med meg, og jeg har et etisk ansvar for at dette ble gjort utfra en nytteverdi. Jeg vil bestrebe etter grunnbetingelsene for vitenskapelig kunnskap gjennom kritisk refleksjon over validitet og relevans som jeg vil utdype mer i kapittel 5.

4. Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene fra analysen av intervjuene. Deltakerne har flere års erfaring fra denne intensivavdelingen, og er vant til samarbeid med ulike profesjoner daglig. Oppgavens problemstilling er todelt da jeg leter etter: a) hva som er til stede når samarbeid oppleves som godt fungerende og b) hvilken betydning samarbeidet har for utvikling av intensivsykepleiernes kunnskap. Presentasjon av studiens resultater knyttes til tre empirinære hovedtemaer. Resultatene legges fram i form av beskrivelser og sitater. Temaene griper inn i hverandre slik at det må forstås som en teoretisk inndeling. Jeg oppfatter at temaene kan opptre som gjensidig forutsetninger for hverandre i den praktiske arbeidsdagen. I de to første temaer viser jeg til resultater som best besvarer første del av problemstillingen, mens i tredje tema presenteres resultat som belyser andre del av problemstillingen.

Tre hovedtema:

- 1) Forståelse for hverandre sine arbeidsoppgaver
- 2) Dra lasset sammen
- 3) Den andre løfter oss

4.1 Forståelse for hverandre sine arbeidsoppgaver

I ulike former beskriver alle intensivsykepleierne at det er viktig å ha forståelse for hverandres arbeidsoppgaver for at samarbeidet skal fungere godt. Mangel på forståelse for den andre kan føre til dårlig stemning og stress.

4.1.1 Territorium og ansvar

Intensivsykepleierne mener at selv om fysioterapeutene kommer inn på intensivsykepleiernes territorium, så er det fysioterapeutens fagfelt og lederen rundt senga. Når de møtes på andres

territorium, som for eksempel på røntgen med en intensivpasient, har intensivsykepleieren hovedansvaret for pasienten.

To av deltakerne bruker ordet territorium. Jeg spør ikke videre hva de mener med begrepet, men jeg oppfatter at det handler om at fag og ansvar har en fysisk tilhørighet.

Intensivpasientene ligger på avdeling med mange tilhørende ansatte, som har sin spesialitet innenfor intensivmedisin eller intensivomsorg. Av erfaring vet jeg at pasientgruppen har en sammensatt medisinsk problematikk og behov for ulike profesjoners spesialitet. Den ene sykepleieren beskriver situasjoner når fysioterapeuten kommer inn for å mobilisere pasienten:

” De tar frem viktigheta av mobiliseringa og tidligrehabilitering i avdelinga, hvor viktig det er. De kommer inn, i hvert fall i min verden, så er dem lederen rundt senga. De har en kjempeviktig oppgave i forhold til langliggerne våre, den oppgaven de gjør er alfa og omega for at den pasienten skal opp. Jeg syns bare vi er brikker i det forløpet. Ja, selv om det er våres territorium så er det deres fagfelt, det har jeg veldig stor respekt for”.

Denne beskrivelsen tolker jeg slik at hun overlater litt av ansvaret for pasienten til en annen fagutøver, her fysioterapeuten. En annen deltaker sier at hun forblir i rommet eller ved pasienten, selv om fysioterapeuten ikke trenger hjelp. Hun står ikke nødvendigvis og ser på, og forteller at hun gjør andre ting som å skifte på senga og har, som hun beskriver, ”*et øye til*”. Hun formidler at hun er trygg på fysioterapeuten, men ønsker å være i nærheten hvis det skulle skje noe som krever hennes kompetanse. En annen sykepleier sier at hun har opplevd der hun ikke føler seg trygg på hva den andre kan, eller ikke kan. Hun sier at hun kan få en følelse av at de starter for brått og at hun blir utrygg hvis fysioterapeuten bare begynner med sine oppgaver, og beskriver det slik:

”Det er ikke så veldig ofte, men det har skjedd. At fysioterapeuten er litt rask og kanskje ikke lar oss få tid til å passe på alt av utstyr, at dem ikke skjønner viktigheta på et vis, det er da man blir utrygg på det.”

Enkelte ganger må intensivsykepleierne ta med seg pasienten til CT- eller MR-undersøkelser. Min erfaring er at arbeidet med å klargjøre en intensivpasient for transport til røntgenavdelingen kan være omfattende og ta lang tid. Den ene sykepleieren kaller selve transporten for ”*litt av et opptog*”. Besøket på røntgen beskrives av deltakerne som nesten alltid positivt, og de forteller om forståelse fra røntgenpersonale. De bruker noen ganger lenger tid på å komme seg dit enn avtalt. Sykepleierne sier at de selv har hovedansvar og regi under undersøkelsen, selv om det foregår på andres territorium. Jeg tenker meg at denne grenseoppgangen mellom hva intensivsykepleierne føler som sitt ansvarsområde er bevegelig.

En deltaker forteller at hun ikke liker når andre fagutøvere trår innenfor deres arbeidsområder. Hun sier: *”vi er nok ganske sånn rigid, da reiser vi bust.”* Utsagnet kommer i forbindelse med fortellingen om turen til røntgen hvor de føler stort ansvar, og beskriver det som et utrolig usikkerhetsmoment for pasienten. Sykepleierne beskriver ulike opplevelser der de overlater ansvaret til andre profesjoner en stund, mens andre ganger tør de ikke slippe ansvaret. Jeg tolker det som at dette med å vurdere andres kompetanse viser seg som en kontinuerlig oppgave.

4.1.2 Anerkjennelse

Deltakerne sier at dersom et samarbeid skal oppleves som godt fungerende må man anerkjenne hverandre. Når jeg ber sykepleierne å beskrive et godt samarbeid, nevner de alle begreper som anerkjennelse, engasjement, bli hørt, respekt, tillit, likeverd, dialog, se hverandre og god stemning. I beskrivelser av situasjoner der de opplever dårlig samarbeid er de inne på mangel av de samme forhold.

En deltaker beskriver noen aspekt som hun mener har betydning for godt samarbeid slik: *”Det at man ser hverandre, på en måte anerkjenner den andre og alle blir sett og hørt”.*

Samarbeidssituasjoner som mangler anerkjennelse beskrives av en annen deltaker slik: *”jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det, jeg måtte forsvare meg, det var som jeg bare var hennes håndlanger.”* Hun forteller at hun ble irritert og at hun mistet lysten på å samarbeide. En av de andre sykepleierne sier at respekt og forståelse er viktig for et godt samarbeid, og ordlegger seg sånn:

”Det er respekt og forståelse for at vi faktisk er der 24 timer i døgnet med pasienten, mens dem kommer inn kanskje en halv time og ser pasienten, og ikke forstår hvordan det er, eller når man prøver å forklare det, ja, jeg vet ikke helt.”

Sykepleierne forteller at for å oppnå et godt samarbeid må alle aktørene i samarbeidsteamet føle seg som deltakende aktører, og at det er ingen som jobber mot hverandre. Deltakerne formidler at det må være rom for å si sine meninger i teamet, føle at alle sin jobb er like viktig, samt muligheter for å bidra med det de kan. De forteller at man må kunne spørre om noe uten å bli sett ned på. En forteller at det er viktig å føle seg likeverdig, og beskriver den motsatte følelsen som å fremstå som dum hvis du lurer på noe. En annen deltaker sier at det å føle på hierarki, ikke hjelper på samarbeidet. Vi samtaler litt mer om dette å ikke føle seg

likeverdig og hva det kan gjøre med den personen i samarbeidet. Hun sier at hun da føler seg ”gjort til ingenting” og er da ikke egentlig med i teamet, og hun sitter igjen med en underlegenhetsfølelse. En annen sykepleier sier at når likeverd kan løfte et samarbeid så kan mangel på likeverd ødelegge, og ordlegger seg slik:

”Når vi møter andre profesjoner, så har det veldig mye med hva den andre profesjon føler for oss sykepleiere, om du kjenner deg underlegen, eller om du føler deg verd noe. Så enkelt er det.”

En av sykepleierne deler en opplevelse som hun mener ga henne en sterk følelse av anerkjennelse. Hun forteller om da pasienten fikk hjertestans og kirurgene kom, som en del av hjertestans-teamet. Hjertekirurgene hadde straks formidlet at dette var intensivsykepleierens spesialfelt. Hun forteller hva den erfarne kirurgen hadde sagt til henne og sine sykepleierkollegaer og hva hun tenkte:

”Det her er deres spesialfelt, bare si hva vi skal gjøre, så gjør vi det.” Hun forteller at hun ble veldig overrasket og sier videre at hun tenkte: ”Sier dem som hjertekirurger, bare sånn der, går det an liksom? Dere er jo liksom overleger, hjertekirurger.”

Hun sier at hun ble veldig overrasket over den ydmyke holdningen de hadde vist i denne situasjonen, og at hun aldri blir å glemme det. Jeg undret meg over hva denne hendelsen gjorde med henne, og spør henne hva hun tror kirurgene egentlig formidlet. Sykepleieren forteller at det hun oppfattet hva kirurgene egentlig sa til henne, var at hennes jobb var viktig og at de hadde full tillit. Hun sier at det var en fin opplevelse.

En annen sykepleier viser til en episode der hun ringte til ansvarlig lege for å formidle sin uro over pasienten. Hun ønsket at han skulle komme, men fikk til svar at han ikke anså hennes bekymring som et problem. Uroen ga seg ikke, og da hun fikk tak i bakvakta ble situasjonen ordnet opp i. Hun forteller at den ansvarlige legen fikk henne til å føle at det hun informerte om ikke ble tatt alvorlig. Hun sier også at hun mistet litt av tilliten til den aktuelle legen som hun tok med seg videre til neste samarbeidssituasjon.

Alle intensivsykepleierne får fram poenget uten at de får direkte spørsmål om det, med at de er helt avhengige av andres kompetanse for å kunne utføre sine oppgaver. Jeg forstår det slik at det ikke er noe de kan velge. En sykepleier beskriver samarbeid på intensivavdelingen slik:

”Det er en helt klart å måte å jobbe på, at alle delene er på plass er viktigere hos oss fordi at konsekvensen av at noen av de her leddene skulle bli borte er mye større enn hvis det skulle skje på vanlig sengepost.”

Alle deltakere virker å være bevisste på at de må vise et engasjement for at samarbeidet skal fungere. En sykepleier svarer slik, når jeg spør om hva hun selv kan bidra med for at samarbeidet skal fungere: ”*Jeg tenker vel at jeg må komme inn i det samarbeidet med den beste utgaven av meg selv, ja det er jo min plikt.*” Jeg brukte noen sekunder for å tenke over hennes svar. Fordi det har for meg vært lett å tro at de fleste er mer opptatt av å føle seg selv som anerkjent, og kanskje mindre opptatt av å se viktigheten ved å gi. En annen sykepleier sier at det å gi anerkjennelse kan være så enkelt som å si hei og vise at hun har ventet på dem for at de skal føle seg velkommen. ”*Kommer langt med vanlig folkeskikk*”, som hun sier. Den tredje sykepleieren sier at hun setter krav til seg selv, også når det gjelder engasjement, og sier: ”*for det er jo ikke bare den andre sin, jeg må jo på en måte, er jo der jeg og.*” Jeg undrer meg litt om det kan være vanskelig noen ganger fordi jeg vet at det kan være travle og hektiske vakter på intensiv. Jeg følger derfor opp, og spør om det noen ganger kan oppleves som en utfordring. ”*Jeg kjente en dag at jeg var litt sånn frustrert*”, starter sykepleieren med da hun forteller om en hektisk dag, og at hun åpenbart ikke følte seg spesielt imøtekommende. En lege kom inn med en ny pasient, og hun forteller at hun var tydelig negativ i sin non-verbale utstråling fordi hun følte seg påvirket av sin frustrasjon. Legen var, i følge henne, veldig engasjert og hyggelig, og hun følte hun måtte stoppe opp for å snu 180 grader. Hun følte seg ikke stolt av mottakelsen hun ga legen. Hun sier at når vi selv ikke ønsker å bli møtt på den måten da må vi heller ikke møte andre slik. Jeg formidler til henne at jeg syns det virket som hun hadde en fin evne til å se seg selv fordi hun prøvde å snu 180 grader. Gjennom disse beskrivelsene forstår jeg at det må stå et engasjement bak anerkjennelsen av de andre fagutøverne. Deltaker forteller at det er like viktig å gi anerkjennelse som å få anerkjennelse. Jeg undrer meg også om erkjennelsen av å være avhengig av andres kompetanse kan ha betydning for dette engasjementet som sykepleierne forteller om, men jeg spør ikke om det.

En sykepleier forklarer at når man samarbeider med en annen yrkesgruppe er det viktig å ikke glemme at den andre også er et menneske, og hun beskriver det slik:

” man skal jo ikke glemme hvilken yrkesgruppe man tilhører, men jeg tenker at hvis man ikke glemmer at man også er et menneske som møter et annet menneske i en situasjon der samarbeid er alfa omega for det beste til pasienten, så hvis man ikke glemmer det, er man kommet langt.”

Jeg legger merke til to ting som denne sykepleieren forteller i sin beskrivelse. Det ene er at vi ikke skal glemme at vi møter et annet menneske når vi samarbeider. Det andre er at vi ikke skal glemme hvilken yrkesgruppe vi tilhører. Det oppfatter jeg som at hun er inne på balansen

mellom det å være tydelig på sitt fag og det å anerkjenne den andre. Det å ikke glemme hvilken yrkesgruppe man tilhører tolker jeg som om å være sitt eget fag bevisst. Jeg mener at skillelinjene mellom ansvars- og kunnskapsområdene av de ulike profesjoner kan virke å være skarpe noen ganger, mens i andre tilfeller kan de opptre diffuse.

Vi samtaler litt om hva anerkjennelse eller mangel på kan gjøre med en person, og ikke bare hva anerkjennelse er. De nevner flere ganger under intervjuene at mangel på forståelse kan bidra til stress og dårlig stemning. Som den ene sier: *”god tone i teamet og god stemning er viktig”*. En annen sier at god tone gir respektfull stemning, og at de trenger å ha en lett tone fordi de står i mye tungt. Men hun sier at det må være en balansegang med tanke på hvordan pasienten har det. Jeg tolker stemning som en atmosfære skapt av individene som deltar i samarbeidet.

4.1.3 Kjennskap til den andre fagutøver

Alle deltakerne gjentar at det lettere å få til et godt samarbeid når de kjenner den andre fagutøveren. En sykepleier sier at det er viktig å vite litt om kunnskapen til den andre for å ha forståelse for det de gjør. Det kan bli mindre frustrasjon når vi også vet litt om hva de står i, og hun sier: *”fordi det er ikke sånn at hele deres dag sirkler rundt min pasient”*. Hun sier videre: *”vi trenger ikke å forstå alt de gjør, men skjønne at de har en grunn til å gjøre det de gjør”*. Jeg tenkte at det var en interessant måte å se det på, og tolker det slik at hun ikke nødvendigvis trenger å forstå den andres fagkunnskap for å ha forståelse for den jobben de gjør. Da jeg spør en deltaker om hvilken betydning det har om hun kjenner fysioterapeuten som kommer inn for å mobilisere pasienten, svarer hun:

”Ja, så hvis jeg har jobba med dem flere ganger, så har det betydning. For da blir det liksom senket skuldre, jeg vet hva de står for, at fysioterapeuten ikke flytter på noe de ikke skal flytte på, at jeg stoler på dem og blir en lettere tone.”

Deltakerne snakker om at når de kjenner den andre får de senket skuldrene, og den avslappede stemningen kommer lettere på plass. I intervjuene deler sykepleierne opplevelser der samarbeid både har vært gode og mindre gode. Fellesnevneren for gode samarbeidsopplevelser er at de kjenner den andre fagutøveren. En sykepleier forteller om ferieavviklingen denne sommeren. Både lege- og sykepleierteamene var mer faste fordi de var færre totalt, og de samarbeidet oftere. Dette opplevde hun som veldig positivt, og sier:

”fordi de samme kommer tilbake, vi har en kontinuitet, vi vet hva vi snakker om fra dag til dag, det blir en større dialog og man er mye mer aktiv del av teamet”.

Hun forteller om følelsen av atskillig mer nærhet i samarbeidet, og begrunner det ut fra en kontinuitet og at de ble mer kjent med hverandre.

4.1.3.1 Planlegger mest med de kjente

Jeg spør om hvilken profesjon hun synes det er lettest å få til et godt samarbeid med. Jeg antok på forhånd at svaret kom til å være at det er mer utfordrende å samarbeide med fagutøvere som har høyere utdanning eller høyere status enn seg selv. Jeg kjente meg påvirket av tidligere forståelser. Jeg nikker anerkjennende inni meg da hun starter svaret med at de samarbeider lettest med fysioterapeutene, til tross for at legene er nærmest. Hun beskriver:

”Tja, fysioterapeutene er jo dem vi er nærmest, skulle jeg si og det er jo litt sånn paradoksalt i og med at legegruppa er mye nærmere oss. Men legegruppa er så stor og så er den så forskjellig fra dag til dag.”

Jeg forstår hennes beskrivelse slik at hun samarbeider lettere med fysioterapeutene fordi de er en mindre gruppe og kjenner hverandre bedre. Men på sommeren blir legegruppen mindre, som hun viste til i fortellingen med det nære samarbeidet i ferieavviklingen. Slik tolker jeg at gruppens størrelse og kjennskap har stor betydning for et godt samarbeid.

Alle deltakerne sier at de planlegger mest i forkant med de fysioterapeuter som de kjenner best, og den ene sier det slik: *”Jeg prater mest med dem som er fast selvfølgelig, så følger vi opp det som vi gjorde i går, ikke sant, kontinuiteten er der.”* En av dem sier at hun bruker mer tid å forberede før fysioterapeuten kommer hvis denne ikke er kjent, men de prater mindre med de som de ikke kjenner. Jeg spør litt videre for å høre hva de tenker om at de planlegger og prater mest med dem som de kjenner, og får til svar:

”Jo”, sier hun, ”ja, da skulle man egentlig tro at man da hadde mindre behov for det, men jeg synes faktisk at det er nesten da vi er flinkere til å se, ok har vi alt av, dren, cvk, altså sånne ting, for da tenker jeg at det er så innarbeidet.”

Jeg vet av erfaring at mobilisering av en intensivpasient krever mye planlegging både før og underveis. *”Noe ligger i kortene”*, sa en av deltakerne, og jeg tolker det slik at de vet hvilke oppgaver de har. Selv om alle sykepleierne erkjenner at de er helt avhengig av de andres

kunnskap og bidrag, så forteller de at de likevel prater og planlegger minst med de som de ikke kjenner.

4.1.3.2 Forventninger

Jeg spør sykepleierne om de kan si noe om hvilke forventninger de har av andre fagutøvere, eller hva de tror forventes av dem. Den ene sykepleieren forteller om et samarbeid som hun ikke opplevde som godt, og sier: *”jeg forventet nok at vi skulle, på en måte gjøre sånn som jeg var vant til, at vi skulle prate og eh ja hva skal jeg si, samarbeide på et vis rett og slett, at vi gjør det i lag”*.

Vi snakker litt mer om denne hendelsen, og sykepleieren forteller at hun kan tenke seg at den andre hadde andre forventninger. Sykepleieren sier at hun oppfattet fysioterapeuten som sur og at hun ikke var interessert i hennes bidrag. Hun forteller at hun selv ble irritert. Hun hadde ikke forventet *”å bare være håndlanger”*, som hun kaller det. En annen sykepleier sier at hvis hun går inn i et samarbeid med en dårlig innstilling kan det være fordi hun har andre forventninger. Hun ordlegger seg slik: *”hvis man på en måte har tenkt at det i dag blir sånn, og så trenger det ikke bli det”*.

Samme sykepleier sier at når det kommer noen som du har gjort dette flere ganger med, så utfyller man hverandre veldig fint og har klare roller. I denne sammenheng tolker jeg det å ha klare roller som å ha klare forventninger til hvem som gjør hva og hvordan. Jeg forstår det slik at er at det er større sjanse for at forventninger innfrir når de kjenner den de skal samarbeide med.

Et par deltakere forteller at det å bli kjent ikke alltid bidrar til et bedre samarbeid. De sier at noen ganger får de tillit og forståelse for den andre raskt selv med noen de ikke kjenner, og andre ganger blir det ikke bedre med tiden. De bruker ord som personavhengig, individuelt og ulik personlighet. En deltaker forteller at fysioterapeutene ofte kommer inn tidligere på dagen for å planlegge hva som skal skje, og at det gjelder spesielt de som ikke kjenner pasienten eller er ukjent i avdelingen. Om de kommer på dette tidlig-besøket eller ikke, mener sykepleieren er litt personavhengig. En sykepleier forteller at det å være ærlig på hva man kan og ikke kan, er nesten det viktigste. Jeg forstår det slik at de mener at personlighet har betydning for hvordan samarbeidet blir.

4.1.3.3 Pasienten er en viktig del av samarbeidet

Jeg ønsker å presentere resultater som viser at intensivsykepleierne anser pasienten som en viktig deltaker i samarbeidet. Studien hadde i utgangspunktet ikke fokus på pasienten, men sykepleierne la tydelig vekt på pasientens bidrag, og forteller at det også er av betydning om de kjenner pasienten eller ikke. Intensivsykepleierne trekker fram viktigheten med et godt samarbeid med pasienten, og sier at han er en deltakende aktør. En sykepleier beskriver det sånn:

”Ja, vi har nok, pasienten er jo en deltakende aktør, vi er veldig avhengig av å samarbeide med den pasienten, hvis ikke så går det jo ikke. Han må være enig, hvis ikke så jobber han i mot det vi ønsker.”

En sykepleier sier noe om at pasienten bidrar til samarbeidet mest når han er motivert, med mindre pasienten er tungt sedert (kunstig koma). Hun ser det som et viktig mål for samarbeidet mellom sykepleier og fysioterapeut, dette med å få pasienten motivert for en handling. Sykepleieren som tidligere snakket om viktigheten om at alle må føle seg som deltakende aktør i teamet, inkluderer også pasienten.

4.2 Dra lasset sammen

I dette tema presenterer jeg deler av materialet der intensivsykepleierne beskriver hvordan de opplever en form for samkjøring i samarbeidet med andre fagutøvere. Begrepet ”samkjøring” er ikke brukt av deltakerne, det er min tolkning. En sykepleier bruker metaforen ”å dra lasset sammen” når hun skal beskrive denne opplevelsen. Når hun sier det, ser jeg ser for meg flere mennesker som drar ei kjerre med tungt steinlass sammen, og der alle er nødt til å bidra og snakke sammen for å manøvrere kjerra gjennom en kronglet sti.

Når det gjelder samarbeid, mener sykepleierne at det er en annen måte å jobbe på intensivavdelingen enn ved sengepost. Alle deltakere har erfaring fra sengepost før de tok videreutdanning i intensivsykepleie. Når jeg spør den ene sykepleieren om hva hun mener med at samarbeidet er spesielt ved intensiv, så sier hun:

” Vi har denne her veldig tette pasientkontakten, sånn sammenlignet med sengepost. Jeg tror nok at det er annerledes fordi det er veldig intensivt med pasientkontakt og behandling, det er snakk om potensiell død, ja litt andre pasientrelasjoner. Det er helt

klart en annen måte å jobbe på. Man får en annen måte følelsen at man drar lasset sammen med hele teamet, og hvor viktig det er at alle delene er på plass.”

I de kommende tre undertemaer presenterer jeg funn og egne tolkninger som jeg mener har med denne opplevelsen av samkjøring å gjøre, eller mangel på den.

4.2.1 Fordeling av arbeidsoppgaver

Alle deltakerne forteller at det er viktig å fordele arbeidsoppgaver på forhånd og underveis. En sykepleier beskriver at en god forflytning er: *”Når pasienten er motivert, vi har en god plan, man tenker høyt i lag, at det foregår rolig og fredelig og ikke et sånt stressobjekt.”*

Resultatene viser at når intensivsykepleier og fysioterapeut skal mobilisere pasienten fra seng til stol oppfattes fordeling av oppgavene mer tydelig, enn når intensivsykepleieren gjør det sammen med en sykepleierkollega. Den ene sykepleieren forklarer slik: *”Vi har ganske tydelige roller, det er fysioterapeuten sin tid og har regien på et vis, men vi blir inkludert”*. Hun forteller at de ofte i forkant planlegger og prater om hva som er spesielt denne dagen. Som en annen sykepleier sier at hun har i hodet hva hun skal ta ansvar for, som for eksempel det å passe tuben og sånt. Samme sykepleier mener også at det fort blir for mye prat rundt pasienten, som hun mener ikke er gunstig. Hun sier at pasienten kanskje er sliten og engstelig i utgangspunktet. Jeg forstår henne på denne måten at jo mer man klarer å planlegge i forkant, jo bedre er det for pasienten. Jeg spør henne om hva som er forskjellen på å gjøre samme oppgaven med fysioterapeut sammenlignet med sin sykepleierkollega. Jeg har erfaring med at pasientene mobiliseres flere ganger om dagen, og der fysioterapeut kanskje er med en av gangene. De andre gangene hjelper en sykepleier til. En av sykepleierne sier: *”da kan det heller være at vi sykepleiere tuller det litt til liksom med at jeg trodde hun gjorde det og så trodde hun.”* Alle deltakere har på ulik måte fortalt at de syns det å samarbeide med fysioterapeut, til forskjell fra å gjøre det sammen med sine kollegaer, letter mobiliseringen og at det er mer gunstig for pasienten. De får fram at rollene og arbeidsfordeling blir tydeligere, og alle beretter om fysioterapeutens unike evne til å motivere pasienten.

Fra min egen praksis husker jeg at etter hver vakt skriver intensivsykepleiere, leger og fysioterapeuter sine notater i pasientens journalsystem. Jeg spør sykepleieren om hun kjenner til om hvorvidt andres notater blir lest. Hun forteller at hun alltid leser fysioterapeutens sine

fordi hun synes de skriver gode notater. En annen sykepleier mener at fysioterapeutene på forhånd leser både sykepleiernes og legenes notater nøye, noe hun sier gir henne en følelse av at fysioterapeutene kommer veldig godt forberedte. Jeg tenker også på en mulig ringvirkning ved at fysioterapeut forbereder seg selv på å lese sykepleiers notat, som er at dette kan styrke anerkjennelsen av sykepleierens eget arbeid. Noen har lest hennes notater. Min tolkning er at ved å lese hverandres notater gjør at de møtes mer forberedte, det kan fremme arbeidet med å koordinere oppgavene og det kan muligens styrke følelsen av å bli anerkjent.

4.2.2 Dialogen

”At man på en måte kan snakke i lag”, sier den ene sykepleieren når jeg spør om hva hun mener må være til stede for at samarbeidet skal fungere. Hun sier at man må se og høre hverandre slik at det blir en dialog. *”En dialog?”* spør jeg tilbake. *”Ja”*, svarer hun, og sier at det er rett og slett kommunikasjon hun mener.

Intensivsykepleierne er alle tydelige på at god kommunikasjon er viktig for samarbeidet, og at alle involverte profesjoner må kunne komme med sine bidrag. De må alle må kunne tenke høyt sammen slik at alle vet hva som gjøres og planlegges. De mener at intensivavdelingens særtrekk gjør at kommunikasjon mellom profesjonene skjer mer kontinuerlig sammenlignet med sengepost. En deltaker sier at på intensiv snakker de jevnlig med legen i løpet av dagen for å oppdatere hverandre. Hun sier at det er et tettere samarbeid mellom profesjonene enn det er på sengepost. Jeg forstår det slik at sykepleierne mener at god kommunikasjon er ekstra viktig på ei intensivavdeling, blant annet fordi kommunikasjon går løpende med mål om kontinuerlig oppdatering.

I intervjuet er vi inne på tema kommunikasjon, og intensivsykepleieren forteller at hun snakker *”et annet språk”* med fysioterapeutene enn med sine sykepleierkollegaer. *”Et annet språk?”* spør jeg. Da svarer hun slik:

”Ja, altså, jeg prater et annet språk med kollegaen min, jeg mener, det er to forskjellige språk, for intensivspråket er jo helt annet igjen. Jeg vet ikke om det bare er jeg som tenker slik. Det er to forskjellige profesjoner og jeg prater annerledes med min kollega ofte, enn med en fysioterapeut.”

Jeg måtte meddele til henne at jeg syntes dette var interessant, og spør videre om hun kan si litt mer. Hun forteller at de på en måte skaper et felles språk, men det er likevel veldig nært hennes eget intensivsykepleierspråk. Hun legger fort til at hun ikke opplever kommunikasjonsutfordringer, eller at det gir rom for misforståelser. Hun utdyper mer ved å si at språket mellom intensivsykepleiere oppfattes som mer internt, og legger til: *”vi har den sekken vår”*. Hun forteller at hun tilpasser språket ut fra hvem hun snakker med. Hun tror, men sier at hun uten helt vet det, at fysioterapeutene også snakker annerledes på intensiv enn på andre avdelinger eller med sine egne kollegaer. Jeg spør henne om hvordan hun tenker seg at språket vil være hvis det kommer noen inn for å samarbeide som ikke kjenner henne eller hennes kompetanse. Hun svarer med å fortelle om en situasjon der en person kom inn i avdelinga som hun kaller for *”høy og mørk og tok fullstendig styringa”*. Hun sier at når sånt skjer, så opplever hun at språket ikke blir tilpasset. Hun legger til at det er veldig sjelden, og avslutter med å si at hvis man ikke prater samme språk, så blir også samarbeidet dårligere fordi man ikke kjenner seg som deltakende aktør.

4.2.3 Dugnaden

Sykepleieren formidler at hun har stor respekt for den oppgaven fysioterapeutene gjør, og med sitt store engasjement. Hun sier at hun selv blir dratt inn i dette engasjementet. Hun forteller at det blir en sånn følelse av: *”ja, det her gjør vi, at det blir et sånt dugnadsarbeid”*. Jeg tolker hennes bruk av ordet dugnad som at hun opplever et fellesskap i samarbeidet. Samme sykepleier kommer inn på dette tema litt senere i intervjuet når hun snakker om kontinuiteten hun opplevde med faste sykepleier- og legeteam på sommeren. Hun beskriver:

”vi er på linje, vi vet hva vi prater om fra dag til dag, har ofte samme mål og føler at man er mer aktiv del av teamet. For når vi skifter veldig ofte, skal vi si, deltakere i teamet, så vil det komme nye input fra en ny lege, det blir forandringer i behandlingsopplegget, kan bli litt sånn rotete.”

En sykepleier poengterer også hvor viktig det er å få med pasienten i samarbeidet. Hun sier at hvis fysioterapeut og sykepleier *”drar samme vei liksom”*, så er det lettere å motivere pasienten. En annen deltaker beskriver en situasjon der hun samarbeidet med noen hun mente bidro sterkt til en opplevelse av å jobbe sammen:

”Jeg var på en vakt i lag med en lege som var helt fantastisk. Han sa: jeg går ingen veier før pasienten er stabil, vi skal stå i dette her, begge to. Og du føler at du jobber like mye, altså man jobber side om side for å presse pasienten framover.”

Hun forteller at hun opplevde legen som veldig engasjert og at han løftet dem videre. Hun omtaler situasjonen som helt fantastisk. Hun beskriver opplevelsen som en ”massesuggesjon”. Sykepleieren sier at hun til og med glemte sulten hun hadde kjent. Samme sykepleier sier at hvis samarbeid skal oppleves som godt må man ha ”denne team-tenkninga”, som hun kaller det. Hun forteller at det betyr at alle skal ha lov å si sine meninger og at ingen jobber mot hverandre. Igjen så inkluderer et par deltakere pasientene, og sier at dem blir mer motiverte når fagutøverne er enige og *drar samme vei*. Sykepleieren legger til at denne ”veien sammen”, blir enda mer smidig når pasienten har samme motivasjon som fagutøverne. Jeg oppfatter at deltakerne mener det er av stor betydning for samarbeidet, dette med å oppleve felleskap og ei samkjøring, ved at de bruker metaforer som dugnad, massesuggesjon og dra lasset sammen.

Gjennom disse to tema har jeg forsøkt å formidle resultater og mine tolkninger som kan belyse første del av problemstillingen.

4.3 Den andre løfter oss

Under dette kapittelet vil jeg presentere resultater som belyser andre del av problemstillingen. Den har fokus på intensivsykepleiernes erfaringer om hva samarbeid med andre fagutøvere kan gjøre med deres egen kunnskap. Gjennom intervjuene stiller jeg spørsmål om hvorvidt de lærer noe av å samarbeide med andre fagutøvere. Analysen viser at de lærer noe av de andre hele tiden. Den ene sykepleieren svarer litt mer utfyllende når hun sier: *”de ulike aktører kommer inn med hvert sitt bidrag og så blir summen større”*, uten at hun helt kan si hvordan. Jeg svarer at det kanskje ikke er så lett å beskrive, hvorpå hun sier: *”nei, ikke sant, det er klart det, altså i møtet mellom oss, så er jo hver enkelt av oss større. Fordi den andre løfter oss”*. Jeg blir sittende igjen med en viss forståelse ved hennes bruk av metaforen ”den andre løfter oss”, og jeg velger å bruke den som overskrift på siste tema.

Med ulike ord og beskrivelser sier sykepleierne noe om at de blir påvirket av den andre i et samarbeid. Den ene utdyper dette mer og forteller om fysioterapeuten som kommer inn med

en utholdenhet og giv som smitter over på dem. Jeg undrer meg over begrepet hun velger, ”smitte over”, og spør hva hun mener. Hun svarer:

”Dem tok frem den her viktigheta med mobilisering og tidligrehabilitering i avdelinga. De har en utholdenhet, syns jeg, altså en sånn giv, som smitter over på oss når de kommer inn, både det her med viktigheta og ja, det her gjør vi, at det blir et sånt dugnadsarbeid.”

Hun forteller at hennes syn på mobilisering har blitt påvirket av fysioterapeutene. Hun sier at fysioterapeutene ofte er bedre på å motivere pasienten, og at hennes egen motivasjon blir styrket i samarbeid med fysioterapeuten. Hun sier at det oppleves som positivt å samarbeide med noen som kommer utenfra og inn i. Noen som ikke har stått ved sengen hele dagen og kommer inn som ”friske aktører”, som hun kaller dem. Hun sier:

”Ja, du har lagt over en del av ansvaret, eller som dem tar, de løfter det litt videre og så får vi en sånn kjempeschwung, ja men farsken, dette skal vi klare, ja det er en sånn energiboost ofte.”

Jeg oppfatter at engasjementet fra ”de friske aktører” virker å gjøre noe med sykepleieren. ”De gjør noe med synet du har på mobilisering?”, spør jeg for å undersøke nærmere hva hun mener. Hun forteller at for få år siden tok noen fysioterapeuter videreutdanning i intensivfysioterapi. Og kom inn med nyere kunnskap om betydningen av tidligrehabilitering for intensivpasientene. Hun sier at hun syntes det var skummelt i starten, og at hun tenkte; ”kan denne pasienten virkelig sitte oppreist?”. Hun forteller at de nå mobiliserer pasienter som hun før ikke trodde var mulig. Hun sier hun har lært mye av å samarbeide med fysioterapeuter, og ser nå muligheter der hun før så begrensninger. En annen sykepleier sier at mye av det hun har lært i samarbeid med andre tar hun med seg videre og bruker i nye situasjoner. Hun forteller at hun bruker tips fra fysioterapeuter når hun skal mobilisere pasienten alene. Av ting de har lært gjennom samarbeid med fysioterapeutene nevner de spesielt dette med anatomi og fysiologi til bruk i forflytningssituasjoner. Den ene deltakeren forteller at hun har lært hvordan hun naturlig ville ha reist seg, og bruker nå de samme naturlige bevegelser for å hjelpe pasienten.

En deltaker sier at hun etterspør andres kunnskap noen ganger når hun mener at pasienten har behov for andres kompetanse. Hun sier at det skjer naturlig nok oftest at de kontakter legene, men også fysioterapeuter utenom avtalt tid. En sykepleier forteller om barnet hun hadde som slet med mye slim i luftveiene. Hun sier at hun ringte fysioterapeuten for å få gode råd om lungefysioterapi. Jeg ser at hun etterspør den andres kunnskap ved behov, og kan også bruke

det som hjelp for å utføre en handling selv. Ved spørsmål om de tror at fysioterapeuter lærer noe fra dem så svarer de positivt på det. En av dem tenker seg at fysioterapeutene har lært både praktiske ting og dette med hvordan sykepleierne prater og forholder seg til sovende pasienter på.

4.4 Oppsummering av resultater

Alle intensivsykepleierne formidler at det er viktig å føle seg trygg for at samarbeidet skal fungere godt. De deler erfaringer av ulike elementer som spiller inn for at de skal kunne oppleve samarbeidet trygt, og mener samtidig at det ligger et ansvar hos dem selv i form av et engasjement for den andre og for samarbeidet. Det er viktig å få anerkjennelse, men det er like viktig å gi anerkjennelse. Respekt og forståelse er viktige elementer for et samarbeid. En sykepleier sier at man kan vise forståelse for den andre sine arbeidsoppgaver selv om man ikke har innsikt i deres fagspesialitet. Dette kommer godt fram når deltakerne snakker om ”territorium” der de sier at det er *vårt territorium*, men det er *deres fagfelt*. De sier at mangel på forståelse kan føre til dårlig stemning, stress og dårlig samarbeid. Det er viktig å vise respekt og være lydhør for den andres bidrag. De forteller at alle må kunne få lov å snakke og si sin mening uten å bli sett ned på. Likeverd ble et viktig begrep og har betydning for et godt samarbeid. En deltaker poengterer at man skal ikke glemme sitt yrke, men man må heller ikke glemme at man samarbeider med et annet menneske. De formidler tydelig at de er avhengige av de andres kompetanse for å utføre sine egne oppgaver.

Det jeg mener kom mest entydig fram er at kjennskap til den andre har stor betydning for hvor godt samarbeidet blir. Når de kjenner den andre skapes det lettere tillit og de føler de seg tryggere. De vet hva den andre kan og står for, respekten øker og atmosfæren blir mer avslappet. Alle elementer de mener må til for å skape et godt samarbeid øker etter hvert som de blir kjent med samarbeidspartneren. Det som kan framtre som noe paradoksalt er at de planlegger mer med dem de kjenner, til tross for erkjennelsen av at det er viktigere å planlegge med dem som de ikke kjenner. Alle sykepleierne trekker fram det de kaller for ”personlighet”, og beskriver det som unntaket for at samarbeidet ikke alltid går bedre selv om de blir kjent med hverandre.

De forteller om betydningen av å fordele arbeidsoppgaver på forhånd og underveis, og et par deltakere sier at det er lettere å fordele oppgaver med en fysioterapeut enn med en sykepleierkollega. Den ene sykepleieren forteller at hun tilpasser språket etter hvem hun samarbeider med, og sier at hun snakker et helt annet språk med fysioterapeut enn med sine sykepleierkollegaer. Hun sier at de skaper et felles språk, og legger vekt på at det ikke er problemer med kommunikasjonen. Hun sier også at i situasjoner der dette fellesspråket ikke er blitt skapt bærer preg av et dårligere samarbeid. De ganger samarbeidet oppleves godt er det alltid god kommunikasjon til stede, og den ene sier at det er vesentlig at man kan snakke i lag og å få denne dialogen. De mener at kommunikasjon på intensiv foregår mer kontinuerlig enn på sengepost. De må prate sammen og oppdatere andre involverte fortløpende. Spesielt to av deltakerne deler erfaringer om den gode samarbeidsfølelsen. De bruker metaforer som å ”dra lasset sammen”, ”massesuggesjon” og ”dugnad”. De forteller om et smittende engasjement fra den andre som får alle til å jobbe sammen. Deltakerne trekker fram pasienten som en viktig del av samarbeidet, og sier at jo bedre de kjenner pasienten jo bedre blir samarbeidet.

Intensivsykepleierne forteller at de lærer mye gjennom å samarbeide med andre fagutøvere. De viser til eksempler fra den praktiske hverdag, som hvordan tips fra fysioterapeuten brukes ved senere situasjoner. En sykepleier forteller at fysioterapeutene har endret synet hun hadde på mobilisering, og ser nå muligheter der hun før så begrensninger. De mener at de ulike profesjoner utfyller hverandre og i møtet med den andre blir det totale større, enn det summen av det den enkelte kom inn med. En sykepleier sier at det er fordi ”den andre løfter oss”. Deltakerne formidler at det er vanskelig å sette ord på hvilken betydning samarbeid har med utvikling av sin kunnskap, utover at de lærer noe hele tiden og utfyller hverandre.

5. Drøfting – utfordringer og muligheter

Studiens tema er samarbeid, og problemstillingen er intensivsykepleieres erfaringer med samarbeid med andre fagutøvere. Jeg spør dem om hvordan de beskriver et godt samarbeid og hva de mener om samarbeidets betydning for deres kunnskapsutvikling. Analysen viser at deltakerne i denne studien gir rike og nyanserte beskrivelser rundt samarbeidssituasjoner, som både oppleves som godt fungerende og mangelfulle. De trekker fram ulike elementer som har betydning for et godt samarbeid.

Sykepleierne bidrar videre med beskrivelser som belyser hvilke ressurser og muligheter som oppstår i møtet mellom ulike fagutøvere, som både læring og økt engasjement.

I dette kapittelet vil jeg diskutere studiens resultater opp mot teoretisk rammeverk, begreper og tidligere forskning som er presentert i denne oppgaven. Fra den empirnære tematiseringen i resultatkapittelet, er dette kapittelet bygd opp med en teorirelatert inndeling.

Tabell 1, Tematisk oversikt over resultat- og drøftingskapittel

4. Resultater	5. Drøfting – utfordringer og muligheter
4.1 Forståelse for hverandre sine arbeidsoppgaver 4.1.1 Territorium og ansvar 4.1.2 Anerkjennelse 4.1.3 Kjennskap til den andre 4.1.3.1 Planlegger mest med de kjente 4.1.3.2 Forventninger 4.1.3.3 Pasienten er en viktig del av samarbeidet	5.1 Særtrekk ved intensiv som har betydning for samarbeid
4.2 Dra lasset sammen 4.2.1 Fordeling av arbeidsoppgaver 4.2.2 Dialogen 4.2.3 Dugnaden	5.2 Samarbeid mellom ulike fagutøvere i et kontaktperspektiv 5.2.1 Kontakt gjennom jobb og bekjentskap 5.2.2 Vilkår for at kontakt kan redusere fordommer, og bedre samarbeid mellom ulike fagutøvere 5.2.2.1 Status-likhet 5.2.2.2 Mål-orientert tilnærming
4.3 Den andre løfter oss	5.3 Skape felles kunnskapsplattform 5.3.1 Skape felles kunnskapsplattform – ulike faser 5.3.2 Felles språk
4.4 Oppsummering	5.4 Samarbeid mellom ulike fagutøvere forutsetter relasjonell kapasitet 5.4.1 Identifisere ulikheter og erkjenne avhengigheten av hverandres kunnskap 5.4.2 Trygge rammer - Safety Zone
	5.5 Muligheter for ny kunnskap og ressurser i grensene mellom disipliner
	5.6 Metodiske overveielser
	5.6.1 Refleksjoner over studiens reliabilitet
	5.6.2 Refleksjoner over studiens validitet

5.1 Særtrekk ved intensivavdeling som har betydning for samarbeid

Flere studier viser til bedre pasientomsorg og pasientresultater når samarbeidet mellom ulike profesjoner er godt fungerende. Økt fragmentering av spesialiteter fører til mer avhengighet av hverandres kompetanse og bidrag, og derfor øker betydningen av et samarbeid av god kvalitet (Le

Blanc, 2010; Martin, 2010). Intensivavdelingen tilbyr intensivpasienten avansert behandling med avansert utstyr og profesjonelle utøvere som har spesialutdanning. En intensivsenhet tilbyr fagkunnskap og behandling som er høyst fragmentert i ulike spesialiteter, og fagutøverne kan ikke utføre sine oppgaver alene (Le Blanc, 2010). Det samsvarer med hva deltakerne i denne studien beskriver som intensivavdelingens særtrekk med hensyn på samarbeid. De erfarer samarbeid som en kontinuerlig prosess, der kontinuitet av kommunikasjon er avgjørende for god pasientomsorg. De erkjenner at de er avhengige av de andre for å få utført sine oppgaver. De sier at alle deler må være på plass og at konsekvensen av hvis noen deler mangler, er større på intensiv enn på andre avdelinger.

En studie av Kydona (2010) viste at mesteparten av uheldige hendelser på ICU (intensivsenhet) skyldes mangel på kommunikasjon og samarbeid. Thistlethwaite (2014) mener at det er lettere å måle samarbeid på intensiv med ulike verktøy fordi resultatene måles i blant annet pasientoverlevelse (Kydona, 2010; J. Thistlethwaite, et.al, 2014). Jeg mener at disse funn, jfr Kydonas resultater, kan vitne om samarbeidets store betydning på intensiv, men jeg er samtidig oppmerksom på at det er lettere å måle kvalitet av samarbeid på en akutt-avdeling enn på andre avdelinger, jfr Thistlethwaite.

Deltakerne poengterte at pasienten er en viktig deltakende aktør i samarbeidet, og de sier det er avgjørende at pasienten samarbeider når de for eksempel skal flytte pasienten over fra seng til stol. Det samsvarer med bruk av begrepet ”collaborative practice” fordi det åpner opp for brukere og andre aktører inn i samarbeidet der det er mulig.

Deltakerne beskriver et annet særtrekk ved intensiv som de mener har betydning for samarbeid, som at sykepleierne jobber ved sengen hele vekten, eller ”bedside” som de kaller det. De forteller således om en tettere kontakt med både pasient og pårørende, til sammenligning med erfaringer de har fra andre avdelinger. Et par deltakere bruker begrepet ”territorium” om sitt arbeidsområde rundt pasientsengen. Sykepleierens samarbeidspartnere kommer i de fleste tilfeller til hennes territorium, noe som jeg oppfatter kan være både et geografisk område og et ansvarsområde for pasienten. En deltaker erkjenner at hun er avhengig av andres kompetanse, og hun føler et stort ansvar for pasienten. I rammeplan for videreutdanning for intensivsykepleie står det at etter endt utdanning skal sykepleieren mestre samhandling med pasient og ha ferdigheter i samhandling på tvers av faggrupper (Rammeplan, 2005). Intensivsykepleierens kompetanse skal etter rammeplan derfor evne å samarbeide på tvers av faggrupper. En deltaker viser at hun har forståelse for sitt eget ansvar for å bidra til godt samarbeid når hun sier at hun plikter å komme inn i samarbeidet med den beste utgaven av seg selv. Alle sykepleierne i denne studien formidlet at de har et ansvar selv for å bidra til et godt samarbeid, og at de mener det må stå et engasjement bak for å kunne bidra.

På en intensivavdeling oppstår det ofte akutte situasjoner med bakgrunn i intensivpasientens kritiske situasjon. En sykepleier i denne studien fortalte om en akutt hjertestans der hun opplevde samarbeidet

som overraskende fint. Legene som kom til hadde vist tillit til intensivsykepleiernes kompetanse og hadde opptrådt som ”bare hjelpere”, som hun kalte det. Denne erfaringen står i motsetning til hva en studie viser om kvaliteten på samarbeid i akutte situasjoner på intensivavdelinger der samarbeidskvalitet ble målt både før, under og etter akutte situasjoner. Funnene viser at samarbeidet før ”krisen” oppsto var preget av gjensidig respekt, men det endret karakter under akutt-krisen der samarbeidet mellom lege og sykepleier viste et mer hierarkisk preg (Piquette, 2009). En annen studie, utført ved hjelp av simulatorbasert team-trening på intensivavdelinger viser derimot at samarbeidet mellom lege og sykepleier ble forbedret, også i akutte situasjoner (Sandahl, 2013).

5.2 Samarbeid mellom ulike fagutøvere i et kontaktperspektiv

Samarbeid mellom ulike fagutøvere på en intensivavdeling handler oftest om konkrete møter mellom mennesker, med unntak der kommunikasjon skjer via telefon eller notater. Allport mente at ved å bringe sammen mennesker kan man redusere fordommer og holdninger overfor hverandre (Allport, 1954). Jeg trekker linjer til samarbeidssituasjoner på intensiv der ulike individer med forskjellige spesialiteter møtes for å løse komplekse oppgaver. De kommer inn med ulike forståelser om seg selv, om de andre og om situasjonen. Jeg mener at de ulike forståelser kan ses på som ulike fordommer i de tilfeller der forståelsen er basert på stereotypi. Deltakeren som i min studie beskrev hjertestansen sier samtidig at hendelsen ble erfart som overraskende fin. Jeg oppfatter dette slik at hun ikke forventet den ydmyke og tillitsfulle holdningen inn i samarbeidet i den akutte situasjonen. Dette funn kan forstås i lys av Allports beskrivelse av begrepet ”stereotypi”, som betyr at man forventer noe av en person på grunnlag av dens gruppetilhørighet (Allport, 1954). Jeg oppfatter at intensivsykepleieren ikke forventet den ydmyke holdningen fra en erfaren hjertekirurg. Hvis oppfatningen om den andre ikke stemmer overens gjennom erfaring, kan det være med på å endre fordommer (Allport, 1954). Jeg tolker det som at intensivsykepleieren kan ha mulighet for å endre oppfatning etter denne hjertestansen, og det kan gjøre noe med hennes forventninger i kommende lignende situasjoner.

Allport blir støttet av flere forskere når han sier at kontakt i seg selv ikke er nok for at partene skal kunne fri seg fra negative holdninger, som hemmer et godt samarbeid (Mohaupt, 2012; Ness, 2016; Pettigrew, 1998; Thistlethwaite, 2016b).

5.2.1 Kontakt gjennom jobb og bekjentskap

Allport mener at kontakt gjennom bekjentskap og spesielt gjennom jobb, er de kontaktformer med størst muligheter for å redusere fordommer, ved at bedre bekjentskap øker kunnskapen om hverandre. Denne endringen viser seg å være proporsjonal med hvor dypt og godt bekjentskapet blir (Allport, 1954). Dette er i samsvar med tydelige funn i min studie. Deltakere beskriver at når de samarbeider med noen de kjenner så senker de skuldrene fordi de vet hva de andre står for, og da oppstår det mindre frustrasjon. De beskriver også en utrygghet når det gjelder pasientsikkerheten i de tilfeller hvor de ikke kjenner den andre. En sykepleier fortalte at de litt mindre kjente fysioterapeuter av og til var for raske til å sette i gang med arbeidet, selv om hun trodde de sikkert var flinke nok. Men det visste hun ikke. Jeg forstår det slik at når fysioterapeuten var ukjent for sykepleieren så hadde tilliten ikke fått rom enda, selv om fysioterapeuten muligens hadde høy kompetanse.

Sykepleierne i denne studie sier at de planlegger mest med de som de kjenner best, til tross for at de erkjenner at det er viktigere å planlegge med dem som de ikke kjenner. De sier også at når de har blitt kjent med hverandre vil forventningene til samarbeidet samsvare bedre med det som foregår. Av egen erfaring vet jeg at det å mobilisere en intensivpatient kan være en kompleks oppgave som krever god koordinering og godt samarbeid. Når det kommer en fysioterapeut som er vikar og ukjent, virker det naturlig at det er spesielt viktig å planlegge. Deltakerne forteller at praten går lett når de kjenner hverandre. De snakker blant annet om hvordan pasienten har det i dag, og om skal de gjøre forflytningen på samme måte eller annerledes. For å forstå hvorfor de planlegger mindre med de som de ikke kjenner til tross for at det er enda viktigere, kan jeg få hjelp av Allports teori om kontakt gjennom jobb og bekjentskap. Han sier at jo dypere bekjentskapet er, jo større effekt har det på å redusere fordommer i en gruppe. Intensivsykepleierne i denne studien sier at når de har samarbeidet mange ganger med fysioterapeuten om samme handling oppstår det større forståelse og tillit til hverandre. Når tilliten øker, gjør det noe med stemningen i rommet og gjør det lettere å kommunisere. Slik forstår jeg at intensivsykepleierne planlegger og kommuniserer mest med dem de kjenner fordi de har størst tillit til dem. Sykepleieren vet hva fysioterapeuten kan. Denne tolkningen samsvarer også med en studie som viser at jo bedre bekjentskap i en tverrfaglig gruppe, jo bedre blir kommunikasjonen (Xyrichis, 2008).

Pettigrew (1998) supplerer med betydning av tidsdimensjon når det gjelder effekten av bekjentskap, og mener at den positive effekten øker over gjentatte samarbeidssituasjoner, og mener at gjentatte møter skiller seg ut fra de første (Pettigrew, 1998). Dette er i tråd med resultater fra denne studien der en deltaker sier: *"vi samarbeider best med fysioterapeutene fordi vi jobber så mye med dem, jeg tror altså mengde på en måte, jo mer du gjør det, jo bedre blir samarbeidet."* Deltakerne beskriver gjennomgående og entydig betydningen av å kjenne den de skal samarbeide med. De nevner få unntak

som de kaller for *personlighet*, der tid og bekjentskap ikke nødvendigvis hjelper positivt på samarbeidet. Jeg forstår resultater fra min studie som tydelige når de viser til at bekjentskap har stor betydning for hvordan samarbeider fungerer.

5.2.2 Vilkår for at kontakt kan redusere fordommer, og bidra til bedre samarbeid mellom ulike fagutøvere

Teori og forskning viser til mange ulike vilkår eller forutsetninger for at samarbeid mellom ulike fagutøvere skal fungere godt og fruktbart (Allport, 1954; Edwards, 2005; Ness, 2016; Pettigrew, 1998; Thistlethwaite, 2016a; Willumsen, 2016). I denne delen vil jeg benytte meg av to av Allports vilkår for kontakt for å belyse ulike forutsetninger for et godt samarbeid mellom ulike fagutøvere. Disse er: a) status-likhet og b) mål-orientert tilnærming.

5.2.2.1 Status-likhet

Allport sier at ulik status i jobbsammenheng er med på å vedlikeholde og skape fordommer om hverandre, og presiserer at det er viktig med lik status *i selve situasjonen* (Allport, 1954). Disse vilkår for kontakt er støttet av senere forskning (Mohaupt, 2012; Pettigrew, 1998). Jeg forstår betydningen av Allports begrep ”status-likhet” slik at det må eksistere *i den aktuelle* samarbeidssituasjonen. Jeg tolker det som at ulik status derfor kan variere mellom individer og fra situasjon til situasjon, og det opptrer ikke som en fastlåst status. Jeg viser til eksempelet der deltakeren beskriver situasjonen med hjertestans. Jeg tolker det slik at intensivsykepleieren og kirurgen samarbeidet på lik linje og hadde full tillit til hverandre. Jeg mener at denne situasjonen bar preg av status-likhet, men det er ikke sikkert gitt i en annen samarbeidssituasjon med de samme personene, jfr. Allports vilkår om status-likhet i situasjonen.

”*Hierarki, hjelper ikke på samarbeid*”, sa en sykepleier og utdypet betydningen av at må alle føle seg som deltakende aktører i samarbeidet. Hun snakker om hvor viktig det er å føle seg likeverdige og anerkjent. En sykepleier sa at hun kan kjenne seg som ”*å bli gjort til ingenting*” når hennes mening og bidrag ikke blir hørt. Jeg forstår det slik at sykepleieren snakker om tilfeller der hun ikke opplever samme status i den gitte situasjonen, og det hemmer samarbeidet. Jeg drar paralleller til Bakhtins bruk av polyfoni, beskrevet i kapittel 2.2.2 (Ness, 2016). Når sykepleieren føler at hennes mening ikke blir hørt, forstår jeg det slik at hun opplever sin stemme som av mindre verdi enn den andres stemme.

En studie viser til at ved intensivavdelinger er det vanligvis en lege-dominert kommunikasjonskultur, og som virker hemmende på informasjonsflyten mellom lege og sykepleiere. Sykepleierne hadde beskrevet samarbeidet på avdelingen som dårligere enn det legene hadde gjort (Le Blanc, 2010). Deltakerne i min studie forteller om enkelte samarbeidssituasjoner på intensivavdelingen som er i tråd med kommunikasjonskulturen som refereres til i studien av Le Blanc. Imidlertid poengterte den ene sykepleieren da hun snakket om den ”den høye mørke” som kommer inn i rommet og tar fullstendig styringa, at det skjer sjelden. Hun sier at sånn holdning ikke innfrir til et samarbeid med likeverd. Fordi at hun beskriver det som sjelden, tolker jeg det som at hun oppfatter kommunikasjonskulturen på sin avdeling vanligvis som annerledes enn det studien av Le Blanc viser til. Når man samarbeider som likeverdige partnere, der tillit og dialog er tilstedeværende, bruker Le Blanc begrepet ”collaborative practice” (samarbeidspraksis). Partene har *lik status i situasjonen*, og samarbeidet preges åpenhet og anerkjennelse av hverandre. Forskeren legger vekt på at et slikt samarbeid er avgjørende på intensivavdelinger (Le Blanc, 2010). Jeg ser et slektskap mellom ”samarbeidspraksis” og Allports vilkår om status-likhet.

Allports vilkår om status-likhet, med støtte fra flere forskere, handler om hva som skjer i den enkelte samarbeidssituasjon, og ikke hvilke statuser de ulike profesjoner tradisjonelt blir oppfattet som. Denne forståelsen av status-likhet gir meg mulighet til å se på samarbeidets muligheter og begrensninger i nye perspektiv. Status-likhet opptrer ikke nødvendigvis som en rigid tilstand. Ved å se på Allports vilkår om *mål-orientert tilnærming* i kommende punkt, belyses flere aspekter som har betydning for et godt samarbeid.

5.2.2.2 Mål-orientert tilnærming

I følge Allport er den viktigste forutsetning for at kontakt kan gi positiv effekt, er at gruppemedlemmene har et felles mål. Det skapes gjennom en aktiv mål-orientert anstrengelse (Allport, 1954; Pettigrew, 1998). Han kaller vilkåret selv for ” *the pursuit of common objectives* ” (Allport, 1954, s. 276). Jeg oversetter det med ”jakten på felles mål”. Allport utdyper det med at det er den kontakten som får mennesker til å gjøre ting sammen som har mest positiv effekt. Forfatteren sier at felles mål styrker samholdet (Allport, 1954). Slik jeg forstår det er det av betydning hvis samarbeidspartnerne har et felles mål, men også at de opplever et fellesskap i selve jakten på målet. Selv er jeg usikker om forfatteren mener det slik, men jeg synes det er interessant å se distinksjonene. Det mener jeg fordi fagutøverne som skal samarbeide ikke alltid i utgangspunktet har de samme målene med sine oppgaver, men de kan likevel oppleve et fellesskap i jakten. Dette samsvarer med denne studiens resultater der sykepleierne beskriver fellesskapsfølelsen som å dra ”*lasset sammen*” og en ”*dugnadsfølelse*” rundt intensivpatienten. Sykepleieren forteller at forut for dugnadsfølelsen lå det

stor respekt for fysioterapeutens kompetanse og engasjement, og mener at hun ble dratt inn i hennes engasjement. Jeg ser at sykepleieren har tillit til og anerkjenner fysioterapeuten, noe jeg mener er av betydning for at de sammen opplever ”jakten” på felles mål. En annen studie støtter betydningen av vilkåret *felles mål* for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid, og viser også til at det er en av de viktigste forutsetninger (Xyrichis, 2008). Deltaker i denne studien samsvarer med flere beskrivelser som at et godt fungerende samarbeid er der de jobber ”*på linje*” og har samme mål.

Analysen viser til rikere beskrivelser av *jakten på felles mål* enn det å se felles mål. Jeg tolker Allports vilkår om bestrebelse etter samme mål som samsvar med denne studiens funn om følelsen av fellesskap i samarbeidet. Som for eksempel når intensivsykepleieren beskriver samarbeidssituasjon der legen tydelig hadde formidlet at han gikk ingen veier før pasienten var stabil. De skulle stå i det i lag, og sykepleieren sier at hun ble dratt inn i engasjementet i en slags massesuggesjon. Hun sier at når samarbeid oppleves slik tilføres ny energi og flyt inn i samarbeidet. Hun forteller at hun glemte hvor sulten hun tidligere hadde følt seg. Jeg forstår det slik at omstendighetene rundt samarbeidet gjorde det mulig for dem å samarbeide med lik status i situasjonen, og med en felles *mål-orientert* opplevelse.

Le Blanc viser i sin studie at intensivsykepleiere som har større tiltro til sin egen kompetanse ”*efficacy beliefs*”, legger større anstrengelse for å finne felles mål i samarbeid med andre fagutøvere enn de med mindre tro på seg selv (Le Blanc, 2010).

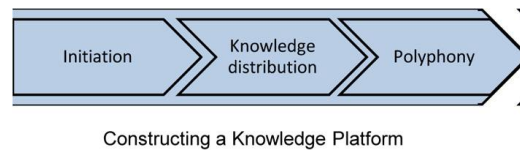
5.3 Skape felles kunnskapsplattform

For at utøverne skal kunne nytte seg av hverandres bidrag må de dele sin kunnskap på en forståelig måte, og kunne skape en felles kunnskapsplattform.

5.3.1 Skape felles kunnskapsplattform – ulike faser

Jeg utforsker sykepleieres erfaring med samarbeid på intensiv som viser seg å være mye basert på kontinuerlig kommunikasjon, sammenlignet med mer konkrete sammensatte tverrfaglige team. Samarbeid i team og grupper er som oftest konteksten i andre studier. Jeg mener likevel teorien er et relevant perspektiv for denne oppgaven fordi jeg mener at mange elementer har samme betydning for samarbeid, om det er team-møter eller et mer kontinuerlig samarbeid.

Ingunn J. Ness identifiserer i sin studie seks ulike faser i utviklingsprosessen hos grupper som skulle løse oppgaver sammen, og med mål om å skape nye idéer. Det ble presentert i denne oppgaven i kapittel 2.3.2. De første tre faser kaller hun ”*skape en felles kunnskapsplattform*”, som er et viktig grunnlag for videre kreativ prosess i gruppene (Ness, 2014, s. 552).



Figur 2, tre faser av å skape en felles kunnskapsplattform, av I. Ness

Første fase, initialfasen betegner det første møtet der for eksempel fysioterapeut og intensivsykepleier skal samarbeide sammen for første gang. De kjenner hverandre ikke, og fasen preges av å skape en felles forståelse for prosessen, og å identifisere mål. Deltakerne fra min studie beskriver denne fasen som vanskelig fordi de ikke kjenner hverandre. Gjennom flere ulike formuleringer viser deltakerne at denne første fasen bærer preg av usikkerhet overfor den andres kunnskap og ståsted. De planlegger også paradoksalt nok, minst med de som de ikke kjenner. Jeg ser ut fra dette at initialfasen oppleves utfordrende for intensivsykepleierne. Som nevnt tidligere i dette kapittelet mente Pettigrew (1998) at tids-dimensjonen hadde stor betydning ved å si at samarbeidet blir mer positivt jo dypere bekjentskapet er (Pettigrew, 1998). Jeg mener å se en likhet mellom initialfasen av Ness og starten på Allports kontaktformer. Andre fase kaller Ness for *fordeling av kunnskap på tvers av disipliner*, der deltakerne begynner å dele sin relevante spesialkunnskap med de andre. Fasen preges av åpenhet og interesse for hverandre, og framstår som viktig for å redusere misforståelser. Jeg mener at intensivsykepleierne i denne studien befinner seg denne fasen når de beskriver det viktige engasjementet som de gjerne vil møte den andre med, og som de selv ønsker å bli møtt med. De forteller også om betydningen av at det er rom for å si sin mening, som muliggjør å dele sin kunnskap inn mot utvikling av en felles kunnskapsplattform.

Tredje fase kaller Ness for polyfonifasen, eller diskusjonsfasen på norsk. Her blir den delte kunnskapen diskutert og ulikheter blir identifisert. Fasen preges av mange ulike stemmer som diskuterer høyt der det er viktig både å tydeliggjøre sin stemme, men også høre på de andre. I grupper hvor dette lykkes kan det føre videre til produksjon av ny kunnskap og nye idéer. I kapittel 2.3.3 blir begrepet polyfoni belyst ved hjelp av Bakhtins forståelse som sier at polyfoni er når stemmene i en dialog har samme verdi, og når spenningen som oppstår i mellom dem anerkjennes (Ness, 2016). Resultater fra min studie støtter opp om betydningen av polyfoni for et godt samarbeid mellom ulike fagutøvere. Denne studien viser til at et godt samarbeid forutsetter at alle blir sett og hørt, og at man føler at alles bidrag er like viktig med like muligheter for å bidra med det de kan. Jeg ser en linje

mellom Allports forutsetning om status-likhet i situasjonen og Bakhtins forståelse av begrepet polyfoni når det gjelder samarbeid mellom ulike fagutøvere.

5.3.2. Felles språk

Studien av Ness viser at det er avgjørende for gruppe medlemmene å kunne bruke språket aktivt for å oppnå en felles forståelse og en meningsfull kommunikasjon. Gruppene hadde eksperimentert med ulike ord og begreper for å skape denne felles kunnskapsplattformen (Ness, 2016). Resultater fra min studie samsvarer med Ness' sine funn om å skape et felles språk mellom ulike fagutøvere. En sykepleier forteller at hun prater et annet språk med fysioterapeutene enn med sine sykepleierkollegaer, og forteller at hun tilpasser språket etter hvem hun samarbeider med. Hun sier at det ikke var kommunikasjonsproblemer eller misforståelser i dette annerledes-språket. Hun tror også at fysioterapeutene snakker annerledes med sine kollegaer. Hun legger til på slutten at når ikke språket tilpasser seg, så er det heller ikke et samarbeid. Da jeg i ettertid fikk tenkt litt over dette med å skape et felles språk så kan jeg likevel kjenne meg igjen, både fra arbeidspraksis og i livet utenfor jobb. Jeg snakker annerledes til små barn for eksempel fordi hvis jeg bruker voksne begreper er det store muligheter for at barnet ikke forstår meg.

Målet med kommunikasjon er å oppnå en felles forståelse, og da ser jeg en logisk sammenheng når intensivsykepleieren sier at hun tilpasser språket etter hvem hun snakker med. En annen studie (Carlile 2004) samsvarer med funn fra min studie og Ness' funn om å skape et felles språk. Carlile mener at for å samarbeide må de ulike fagutøvere utvikle et felles rammeverk av språk og forståelse for å kunne dele kunnskap med hverandre, og skape ny kunnskap (Carlile, 2004). Språket kan være behjelpelig med å overkomme kunnskapsbarrierer mellom ulike fagdisipliner ved at det lages nye ord og begreper (syntaktisk). For å tolke det nye språket må det gjerne forhandles til mellom utøverne (semantisk), og ved interessekonflikter må deltakerne evne å se hvilke kunnskaper som er best egnet for situasjonen (pragmatisk). Det betyr i praksis at noens kompetanse er mer viktig enn andres i den gjeldende situasjon (Carlile, 2004). Sykepleieren i denne studien formidlet tydelig at når språket ikke tilpasses så kaller hun det heller ikke for et samarbeid. En evne til å være sitt fag bevisst og kunne respondere på andres bidrag forutsetter relasjonelle ferdigheter (Edwards 2012). Det blir belyst i neste kapittel.

5.4 Samarbeid mellom ulike fagutøvere forutsetter relasjonell kapasitet

Anne Edwards har utviklet begrepet ”relasjonell ekspertise”, som handler om evnen til å samarbeide. Denne ekspertisen, eller spesielle ferdigheten peker på fagutøverens kapasitet til å forstå hva som betyr noe for de andre og for seg selv. Målet med samarbeid er å komme med sine bidrag som øker forståelsen, og som igjen forbedrer responsen (Edwards, 2010). For å skape en felles kunnskapsplattform, som er en forutsetning for å dele kunnskap med andre, forutsetter det en relasjonell ekspertise (Edwards, 2012). Intensivsykepleierens krav om ferdigheter med å kunne jobbe tverrfaglig er også forankret i rammeplanen for videreutdanningen. Den relasjonelle kapasiteten innebærer at man har respekt og forståelse for den andre, og at man kan bidra til samstemthet i samarbeidet (A. Edwards, 2015). Den relasjonelle betydningen for å kunne dele kunnskapen støttes av andre forskere (Carlile, 2004; Ness, 2016).

Resultater fra denne studien viser til beskrivelser der jeg mener sykepleierne viser forståelse og respekt for fysioterapeutens kompetanse, og evne til å trekke seg selv litt tilbake selv om de andre er på deres *territorium*. Sykepleieren viser evne til å forstå hva som betyr mest for situasjonen, som er pasientens behov, og som kan forstås som relasjonell kapasitet. En annen sykepleier fortalte om da hun ikke evnet å møte legen på en god måte, da han hadde kommet med ny pasient. Hun var stresset og utstrålte liten forståelse og respekt for at han kom. Hun evnet derimot å snu 180 grader da hun fikk tenkt seg om. Det forteller meg at den relasjonelle kapasiteten kan bli utfordret av blant annet stress. Sykepleieren viste også en evne til å reflektere i situasjonen, som resulterte i endret handling, og det kan ses på som en relasjonell kapasitet. En studie viser at stress forsterker ulikhetene mellom fagspesialitetene på en negativ måte i samarbeidet (Stein-Parbury, 2007).

Relasjonell kapasitet kan læres og er basert på trygghet om sin egen fagkunnskap, så vel som evnen til å anerkjenne andres (A. Edwards, 2011). At denne evnen kan læres kan forstås som en motsetning til det deltakerne i denne studie benevner som ”*personlighet*”, når de beskriver at det noen ganger ikke hjelper å bli kjent for å bedre samarbeidet. Jeg forstår beskrivelsene som en litt mer låst, manglende evne hos personen til å samarbeide, og som er forankret i det individuelle. Jeg mener at hvis vi ser på relasjonell ekspertise som en ferdighet som kan læres og utvikles, kan det ha betydning for vårt eget engasjement for å bidra til bedring hvis vi opplever samarbeidet som utfordrende.

5.4.1 Identifisere ulikheter og erkjenne avhengigheten av hverandres kunnskap

Et godt samarbeid forutsetter en felles forståelse gjennom å skape en felles kunnskapsplattform. Denne plattformen forutsetter at aktørene klarer å identifisere ulikheter og erkjenne avhengighet av hverandre, som igjen forutsetter en relasjonell kapasitet. Alle de nevnte forutsetninger krever trygge rammer, og det blir belyst i neste kapittel. Jeg forstår det slik at forholdene henger gjensidig sammen. Flere studier viser at det har stor betydning for et godt samarbeid, det å kunne identifisere fagutøvernes ulike spesialiteter og erkjenne avhengigheten av hverandre (Allport, 1954; Atwal & Caldwell, 2006; Edwards, 2005; Le Blanc, 2010; Ness, 2016; Stein-Parbury, 2007; Xyrichis, 2008).

Resultater fra denne studie viser at anerkjennelse av hverandre har stor betydning for samarbeidet. En sykepleier poengterer viktigheten ved både å få anerkjennelse og gi anerkjennelse. Jeg mener at anerkjennelse i denne sammenheng handler blant annet om å kunne identifisere ulikhetene, og samtidig erkjenne avhengigheten. Jeg tolker også at det ligger anerkjennelse bak når intensivsykepleieren har forståelse for fysioterapeutens spesielle bidrag, og erkjenner at hun er avhengig av fysioterapeuten for å forflytte pasienten best mulig. Jeg ser likheter med det Xyrichis (2007) kaller for audit, som jeg oversetter med å få tilbakemeldinger på en måte som styrker anerkjennelsen av det du gjør. Forskeren mener det har stor betydning for et godt samarbeid (Xyrichis, 2008).

Deltakerne i studien sier tydelig at alle deler (alles bidrag) må være på plass før de kan utføre sine oppgaver, og at intensivsykepleieren aldri kunne ha jobbet alene. De er entydige når de beskriver sin avhengighet av de andre. Jeg mener at noe av anerkjennelsens utfordringer kan ligge i at den må opptre gjensidig i samarbeidssituasjonen. Jeg drar paralleller til et av Allports vilkår om kontakt; status-likhet i situasjonen. Jeg mener at det blir ikke godt nok hvis bare den ene anerkjenner den andre. En sykepleier forteller at hun trenger ikke kunnskaper om den andres fagspesialitet, og sier at det er nok å forstå at de gjør det de gjør. Jeg tolker det hun beskriver som at det er mer betydningsfullt å anerkjenne den andres bidrag, enn å skulle kjenne til den andres fagkunnskap. Dette funn styrker tidligere forskning som viser til viktigheten med å identifisere ulikhetene og anerkjenne avhengigheten av hverandre.

En deltaker fortalte om da hun ringte vaktende lege for å formidle sin uro over et problem hos pasienten. Hvorpå legen hadde svart med at det ikke var noe å bekymre seg over, og hun fikk da bakvakta til å ordne opp. Sykepleieren satt igjen med en følelse av at hennes bidrag ikke ble tatt seriøst. En måte å forstå denne hendelsen på kan være at legen ikke forsto hennes måte å formulere problemet på, og anså det derfor ikke som bekymringsfullt. Hendelsen kan ses i lys av resultater fra en studie som viser at samarbeid mellom leger og intensivsykepleiere bryter sammen i de situasjoner der

verken sykepleier eller lege har svaret. Begrunnelsen var at leger og sykepleiere ser problemer ut fra ulike kunnskapsperspektiv. Leger ser tradisjonelt et kliniske problemet ut fra et faktaperspektiv, og sykepleierne ut fra et relasjonelt perspektiv (Stein-Parbury, 2007). Ved hjelp av Molander (1996) tolker jeg legens faktaperspektiv som å forstå problemet ut fra sin påstandskunnskap, mens sykepleieren søker forståelse ut fra ferdighets- og fortrolighetskunnskap. Hendelsen som deltakeren i denne studien fortalte om, og resultater fra Stein-Parbury's studie mener jeg viser til mangelfull evne til å identifisere ulikhetene og erkjenne avhengigheten av hverandres bidrag. Det kan peke på en mindre utviklet relasjonell ekspertise. En annen erfaring som en deltaker beskriver kan vitne om det motsatte, der anerkjennelsen blir tolket som sterkt til stede. Jeg refererer til tidligere nevnte hjertestans-situasjon der kirurgene overlot ansvaret til intensivsykepleierne og formidlet respekt for intensivsykepleierens ekspertkompetanse.

For å kunne identifisere ulikheter må fagutøverne synliggjøre sin kompetanse. Hver profesjon må gjøre sin disiplin synlig og kunne gjenkjenne andres bidrag som ressurser. Det er viktig med trygg bevissthet om sitt fag for å være med å bidra (Edwards, 2010). Forfatteren legger vekt på betydningen av å være bevisst på sitt fag for å kunne bidra i samarbeidet. Min studie viser til en sykepleier som sier at det er viktig å ikke glemme sitt yrke, men like viktig å ikke glemme at vi samarbeider med et annet menneske. Jeg tolker dette funnet som et samsvar om å se viktigheten med å være sitt fag bevisst og å anerkjenne den andres bidrag. I følge Le Blanc er det viktig å tro på sin egen kompetanse (efficacy beliefs) for å kunne bidra i fellesskapet (Le Blanc, 2010).

Jeg ser begrepet "efficacy beliefs" opp mot profesjoners autonomi. Autonomi er vanligvis knyttet til profesjoners uavhengighet og selvbilde (Lauvås & Lauvås, 2004). Profesjoner vokter over sin kunnskap, og blir utfordret til å gi slipp på eierskapet over sin disiplin når de samarbeider med andre fagutøvere (Willumsen, 2009). Jeg mener at profesjoners autonomi kan opptre som hemmende faktor for samarbeid mellom ulike fag fordi verdien av autonomiens uavhengighet står som en motpol til samarbeidets avhengighet av hverandre. Slik jeg forstår Le Blanc's bruk av begrepet "efficacy beliefs", er at det handler om intensivsykepleiernes tro på sin egen kompetanse og verdien av sine bidrag inn i samarbeidet med de andre fagutøverne. Jeg tolker mitt sammenhold av begrepene autonomi og "efficacy beliefs" som et argument for at evnen til å samarbeide ikke nødvendigvis opptrer proporsjonalt med å gi avkall på sin egen profesjons fagkunnskap. Det er studier som viser at for å bedre tverrfaglig samarbeid, er det ikke veien å gå, det med å styrke profesjonenes autonomi (Edwards, 2005; Rose, 2011). Andre studier viser til det motsatte, og som viser til bedre samarbeidsevne hos intensivsykepleiere med høyere nivå av autonomi (Rafferty, Ball, & Aiken, 2001). Jeg mener at en balanse mellom autonomi og efficacy beliefs hos intensivsykepleieren kan bidra til økt evne av å samarbeide med andre fagutøvere. Jeg tror også at årsaken til at studier viser motstridende resultater kan være et resultat av å ikke legge det samme i begrepet autonomi. Det

diskuteres om forskning på tverrfaglig samarbeid styrker eller svekker fagets posisjon (Bergsagel, 2016).

Jeg mener at sykepleiere har noe å hente på å styrke troen på sin egen kompetanse og dens verdi, inn i et samarbeid. Det kan bidra til at hun synliggjør sin kunnskap for de andre på en mer forståelig måte, og hennes bidrag blir tatt med i vurderingen. Studier har vist at samarbeid der flere spesialiteter får utfylle hverandre gir bedre pasientbehandling. Sykepleieren sier at hun innhenter fysioterapeutenes kompetanse hvis hun har behov for det. Edwards (2010) peker på at relasjonell kapasitet er også evne til å innhente andres kompetanse, der det trengs.

En viktig del av samarbeidet er planlegging av hva som skal gjøres, og hvordan koordinere oppgavene best mulig. Deltakerne forteller om viktigheten av å fordele arbeidsoppgaver både på forhånd og underveis. En sykepleier forteller at det er lettere å planlegge og utføre forflytning av intensivpasient med fysioterapeut, enn det er sammen med en sykepleiekollega. Hun begrunner det med mer tydelige roller sammen med en annen profesjon. En måte å forstå hvorfor det er lettere å samarbeide med fysioterapeut enn med sin egen kollega ved forflytning, er at det er lettere å identifisere ulikhetene som gjør det lettere å utnytte hverandre sine ressurser. Sykepleieren sier at hun og fysioterapeuten utfyller hverandre bedre.

5.4.2 Trygge rammer – Safety Zone

Samarbeid mellom ulike fagutøvere er en relasjonell prosess, og det emosjonelle klima i gruppen er viktig (Ness, 2016). Hennes studier viser at der faggruppene viste mest fruktbart samarbeid var det også mest åpenhet og god støtte fra hverandre. Gruppene som utviklet en trygghetssone kunne tolerere uenigheter, og medlemmene turte å utfordre hverandre uten å bli kritisert. Forskeren kaller dette trygge rommet for *Safety Zone*. Grupper som utviklet et surt miljø viste dårligere samarbeid (Ness, 2016). Disse funn samsvarer med resultater fra denne oppgaven som viser til at intensivsykepleierne mener det må være rom for å kunne si sine meninger, og kunne stille spørsmål uten å bli sett ned på. Sykepleierne forteller også at mangel på forståelse kan skape stress og dårlig stemning, og sier at en god tone i teamet gir respektfull stemning. Den ene sykepleieren sier videre at de trenger en lett tone på intensivavdelingen fordi de står i mange tunge situasjoner. Jeg tolker god stemning som et godt emosjonelt klima i samarbeidet. Resultater fra denne studien viser også til at sykepleierne mener at tillit og respekt for hverandre skaper et godt og trygt samarbeidsmiljø. En sykepleier sier at hvis hun kjenner den hun skal samarbeide med, at hun vet hva de står for og stoler på dem så gjør det noe med tonen. ”Den lette tonen har mye å si”, sier hun. Jeg tolker et samarbeid under disse positive forhold

som samsvar med innholdet i begrepet collaborative practices, og som i følge forskeren Le Blanc, er det et samarbeid med åpenhet og gjensidig tillit.

Sykepleieren sier at hvis det er god stemning kan de slå av en spøk, noe som også viser seg som funn i Ness' studie. Hun viser til humor som en relasjonsbygger i samarbeid, som får gruppen til å føle seg mer avslappet. Hun observerte at gruppe-medlemmene kunne komme med vitser for å forsterke de emosjonelle bånd (Ness, 2016).

5.5 Muligheter for ny kunnskap og ressurser i grensene mellom disipliner

Når ulike betydningsfulle forutsetninger for et godt samarbeid er til stede, som status-likhet, felles mål, felles kunnskapsplattform, god kommunikasjon, anerkjennelse og trygge rammer kan samarbeid gi muligheter til å utvikle nye kunnskaper og ferdigheter. Det er gjennom spenningen mellom de ulike fagdisipliners kunnskap og perspektiv at ny kunnskap kan utvikles (Edwards 2010, Ness 2016).

Et samarbeid som er preget av gjensidig respekt og anerkjennelse kan man kalle collaborative practice (Stein-Parbury, 2007). Sykepleierne i min studie har formidlet at de kan lære noe nytt når de føler seg trygge i samarbeidet. Et samarbeid som bidrar til at aktørene skaper noe sammen kan kalles "co-production" (Willumsen, 2016). Ness sier at forutsetning for at medlemmene skal kunne skape noe nytt sammen er at det skjer i et emosjonelt og støttende miljø (Ness, 2016).

Deltakerne i denne studien sier at de lærer av andre gjennom samarbeid, og de sier at de lærer noe hele tiden. En sykepleier mener at når alle kommer inn med sine bidrag så blir summen større utover summen av enkeltbidragene. Hun sier at hun ikke kan forklare hvordan, men ved bruk av metafor gir det meg en viss forståelse når hun sier at i møtet med den andre blir hver enkelt større fordi den andre løfter oss. Jeg kommer først til å tenke på Willumsens lignelse om symfoni. Der hvert bidrag blir sammenlignet med ulike instrumenter, og som sammen skaper en symfoni som er større enn summen av delene.

De sier at de lærer noe av de andre hele tiden, og kommer med eksempler om praktiske ting de har lært av fysioterapeuter. Det kan være tips som de selv bruker i liknende situasjoner senere. Jeg forstår det slik at de utvider sin fagkunnskap og ferdigheter gjennom samarbeid, og tolker læringen som en kontinuerlig prosess. Når sykepleieren snakker om at summen blir større, og at hver enkelt fagutøver blir større i møtet med de andre så oppfatter jeg at det er noe som oppstår i spenningen mellom deres ulike fagspesialiteter, jamfør Edwards og Ness sin forståelse. Anne Edwards har lenge forsket på

samarbeidets relasjonelle side, og med fokus på hva som finnes i grensene mellom fagspesialiteter. Det er nettopp i grensene mellom disipliner at ny kunnskap og ressurser kan oppstå (Edwards 2010, Ness 2016).

Deltakeren i denne studien sier at det er vanskelig å forklare hvordan hun opplever å *bli løftet* av den andre. Jeg synes det er forståelig og kjenner meg igjen. En studie (Ness 2014) viser til kompliserte gruppeprosesser der målet var å utforske hvordan grupper med ulike fagdisipliner samarbeidet for å utvikle ny kunnskap. Resultatene var blant annet identifisering av seks ulike faser av den kreative kunnskapsprosessen, som er referert i punkt 5.3.1. Sammen med studien av Carlile, viser Ness at samarbeidsprosesser er kompliserte (Carlile, 2004; Ness, 2014). Deres funn kan gi en forståelse for at intensivsykepleieren mener det er vanskelig å forklare hvordan læringsprosessen er. Funnet om at hver enkelt blir større når de samarbeider kan jeg også se i lys av den hermeneutiske sirkel, der prinsippet er en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg ser at når intensivsykepleieren samarbeider med for eksempel fysioterapeut, bidrar det til at hun ser en mer helhet som styrker kunnskapen om sin del. Det samsvarer med at sykepleieren forteller at hun lærer hele tiden. Jeg viser til funn tidligere i denne oppgaven der deltakerne sier at fysioterapeut og intensivsykepleier utfyller hverandre gjennom å samarbeide. De har formidlet at de trenger hverandres kompetanse og at alle deler må være på plass. Jeg forstår beskrivelsen av ”å utfylle hverandre” slik at hver del er viktig, og opptrer som en forutsetning for å kunne utnytte de andre delene som en gjensidig avhengighet.

Deltakerne beskriver at de blir påvirket av andre når de samarbeider, både i negativ og positiv retning. De opplever at fysioterapeuter kommer utenfra og inn som ”friske aktører” med engasjement og motivasjonen. Sykepleierne sier at dette smitter over på dem. De opplever det som en *energiboost*, og blir dratt inn i samme engasjementet. Denne studien er ikke egnet for å måle kunnskapsvekst, men kan betrakte resultatene som at sykepleierne lærer nye ting, og at de får tilskudd av motivasjon og engasjement gjennom samarbeid. Et samarbeid med fokus på spenningen mellom de ulike disipliner mener jeg er mer i tråd med det engelske begrepet ”interprofessional collaboration” enn det norske begrepet ”tverrprofesjonelle samarbeid”. Jeg mener det norske språk mangler et tilsvarende begrep.

5.6 Metodiske overveielser

Vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk og kritisk refleksjon og leseren forventer at data, funn, tolkninger og konklusjoner står i en større sammenheng som forskeren har tatt stilling til. Det forutsettes også at forskeren har gitt leseren innsikt i kontekstuelle forutsetninger som har betydning for alle trinn i prosjektet (Malterud, 2011). Jeg vil her kritisk reflektere over studien ved

hjelp av begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet. Etisk kritisk refleksjon av studien er belyst i kapittel 3.7.

Begrepene reliabilitet og validitet er sentrale når studiens troverdighet skal vurderes. I kvalitative studier er metodisk refleksjon et viktig grunnlag for reliabilitet, og begrunnelser for tolkning et viktig grunnlag for validitet. Overførbarheten sier noe om studiens validitet eller gyldighet (Thagaard, 2009).

5.6.1 Studiens reliabilitet

For å belyse denne studiens reliabilitet ønsker jeg å vise til mine refleksjoner over prosessen av datainnsamling, og under hvilke forhold dataen ble samlet inn under. I kapittel 3 redegjør jeg for studiens metode. Jeg viser detaljert framgangsmåte av innhenting av data, transkripsjon, koding, analyse og refleksjoner rundt prosessen. Jeg gjorde tidlig et valg av tema for prosjektet på bakgrunn av interesse for tema og flere års erfaring fra intensivavdeling av samarbeid med andre fagutøvere. Jeg ønsket å utvide forståelsen for hva som beskriver et godt samarbeid, og hvilke muligheter samarbeid gir når det gjelder sykepleierens kunnskapsutvikling. Som jeg nevner i metodekapittelet planla jeg i starten å gjøre både observasjoner og intervju. Jeg måtte endre metode for innsamling av data til å gjelde bare intervju kort tid før studiens start. Endringen kan ha hatt innvirkning på studiens kvalitet selv om jeg justerte flere ledd. Jeg ser i ettertid at jeg kunne fokusert mindre på sykepleiernes handlingssituasjoner med fysioterapeuter, og heller vært mer åpen om samarbeidssituasjoner generelt.

Beskrivelser av andre verdifulle samarbeidssituasjoner, kan ha blitt begrenset. På den andre siden er det mulig at deltakerne fikk anledning å gå i dybden på hverdagslige komplekse samarbeidssituasjoner som mobiliseringer er. I ettertid ser jeg at jeg hadde vært tjent med å sende prosjektet til REK for en framleggsvurdering tidlig i forløpet.

I starten vurderte jeg å intervju ulike profesjoner om samme tema. Det kunne gitt interessante og annerledes datamateriale. Valget falt likevel på tre intensivsykepleiere fordi at jeg i denne studien ønsket å ha fokus på erfaringer om samarbeid fra fagutøvere med samme fagspesialitet som meg selv. Jeg hadde mangelfull plan på hvordan jeg skulle håndtere at flere deltakere ga positivt svar på forespørselen, enn det antallet jeg hadde planlagt inn i studien. Det at jeg var forsiktig med utsending av forespørsler resulterte i noe som i ettertid oppleves som unødvendig tidsbruk. Uten en god plan ble jeg usikker på hvordan jeg skulle avvise noen som hadde svart positivt. Kriterier for deltakelse var blant annet at de skulle ha mer enn to års erfaring fra avdelingen. Begrunnelsen for mitt strategiske valg var gjennom refleksjon over hvilke deltakere som best kunne bidra til rikt og nyansert datamateriale. Jeg tenker at intensivsykepleiere med over to års erfaring ved avdelingen har ervervet

mye kunnskap og erfaring om samarbeid med andre fagutøvere, og på den måten kunne bidra til et rikere materiale. Jeg kan derimot ha gått glipp av viktige beskrivelser fra nyutdannede, nettopp fordi de har liten erfaring og kan se forhold med ferske øyne.

Gjennom tre intervju hadde jeg en bratt læringskurve med det å være ”intervjuer”, og jeg tenker i ettertid at det kunne ha vært fruktbart å gjøre et pilotintervju i forkant. Det til tross mener jeg likevel at jeg fikk et rikt og nyansert materialet som grunnlag for analyse. Jeg intervjuet sykepleiere om tema som handler om samarbeid med andre fagutøvere, som enten også er ansatt på samme avdeling eller som har tilknytning til intensivavdelingen på annen måte. Det kan være viktig å se at deltakernes lojalitet til de andre kan virke noe begrensende på beskrivelser av samarbeid, spesielt i de tilfeller der samarbeid beskrives som dårlig fungerende.

Det å endre metode for innsamling av data på et sent tidspunkt har også hatt innvirkning på tidsrammen for mitt prosjekt. Metodeendringer har påvirket prosjektet, men det fører ikke nødvendigvis til dårligere kvalitet. Jeg får et annerledes resultat. I følge Tjora er kvalitativ forskning følsom for den konteksten studien gjennomføres i, og det gjør metoden både spennende og utfordrende. Man må kanskje justere prosjektet og idéer fordi forholdene ikke er som forventet (A. Tjora, 2017).

Jeg ser i ettertid at da intervjuguiden ble utformet, hadde jeg ikke reflektert grundig nok over begrepet ”tverrfaglig samarbeid”. Det er begrunnelsen for at jeg bruker dette begrepet i informasjonsskrivet og i intervjuene, til tross for at jeg innledningsvis redegjør for å bruke begrepet ”samarbeid” i oppgaven. Det kan ha begrenset deltakernes beskrivelser, med tanke på at ”tverrfaglig samarbeid” i litteraturen blir forklart som et samarbeid der graden av interaksjon er større enn for eksempel flerfaglig samarbeid (Orvik, 2004). Jeg tror likevel ikke at det har medført store begrensninger. Fordi den erfaring jeg har fra praksis, virker det å være vanlig å bruke ”tverrfaglig samarbeid” som handler om alt samarbeid mellom ulike fagutøvere. Før opptakeren ble satt på, informerte jeg litt mer utfyllende om hva jeg ønsket å få belyst.

For å styrke studiens reliabilitet er det viktig å presentere resultater med tydelig skille mellom data og forskerens fortolkninger (Thagaard, 2009). I denne studien blir resultater presentert i eget kapittel, der jeg har bestrebet å skille mine tolkninger og intensivsykepleiernes beskrivelser. Resultatene blir diskutert i eget drøftkapittel, og fortsatt med bestrebelse om et tydelig skille mellom funn og tolkninger.

5.6.2 Studiens validitet

Validitet handler om gyldighet av de tolkninger forskeren har kommet fram til. Det kan stilles spørsmål til om studiens resultater representerer den virkeligheten vi har studert. Studiens gjennomsiktighet kan styrke validiteten, ved blant annet å gå kritisk gjennom analyseprosessen og prøve ut om alternative perspektiver gir relevant forståelse (Thagaard, 2009). Malterud sier at spørsmål om gyldighet stiller krav om en synlig rød tråd som den logiske forbindelsen gjennom prosjektet (Malterud, 2011).

Å redegjøre for studiens reliabilitet, er i følge Thagaard (2010) med på å styrke verdien av resultatene. Gjennom kritisk refleksjon av prosjektet styrker jeg denne studiens gjennomsiktighet, og derved blir også studiens validitet forsterket. Jeg belyser forhold som jeg mener har betydning for mine tolkninger. I kapittel 3.2 belyser jeg sider ved at jeg forsker i eget fagfelt og på en avdeling jeg selv har vært ansatt. For å redusere min kulturblindhet, som Paulgaard kaller det, har jeg støttet meg på bruk av teori og tidligere forskning for å løfte blikket opp fra det nære. Jeg har også til dels brukt Tjoras SDI-modell som verktøy til studiens innholdsanalyse. Det ga meg anledning til å jobbe empirinært, og det har muligens resultert i noe reduksjon av kulturblindhet.

Jeg valgte å intervju kun intensivsykepleiere om deres erfaringer som gjelder samarbeid med andre. Det er viktig å være klar over at de andres stemmer i et samarbeid da ikke blir hørt, og at resultatene bare sier noe om sykepleiernes erfaringer og forståelser. Valg av teoretisk perspektiv har stor betydning for hvilke resultater og forståelser man får. Jeg ser i ettertid at jeg kunne ha beholdt mine første teoretiske ”briller”, som var ment til bruk for å forstå resultater fra observasjon og intervju. Ved å se på resultatene fra min studie i et kunnskapsperspektiv, ville det kunne gitt andre interessante og nye forståelser. Det at jeg endret teoretisk perspektiv kan ha påvirket studiens kvalitet. Jeg opplevde det kognitivt vanskelig å gi helt slipp på de første ”brillene”, som for eksempel hva jeg oppfattet som interessant, og hvilken type oppfølgingsspørsmål jeg kom med. Det kan ha begrenset relevante data. I arbeidet med analysen tenkte jeg noen ganger at jeg skulle ha formulert meg annerledes i intervjusituasjonen, og også bedt om å få utdypet andre forhold. Jeg mener likevel at et teoretisk perspektiv som ser samarbeid i lys av kontakt-teori og relasjonelle aspekter har gitt interessante resultater og utvidet min forståelse for tema.

Overførbarheten sier noe om studiens validitet, og det er forskeren som må argumentere om tolkningene kan være relevante i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). Jeg oppfatter det som en utfordring med å vurdere overførbarheten av min studie fordi jeg har intervjuet kun tre personer om deres erfaringer. I følge Kvale (2009) kan jeg stille spørsmål om resultatene kun er av lokal interesse, eller om de kan overføres til andre personer og situasjoner. Kvale stiller også kritiske spørsmål om

nødvendigheten med å generalisere resultater fra kvalitative intervjuer for å kunne kalle det for vitenskapelig kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2009). Overførbarhet kan knyttes til *gjenkjennelse*, som kan innebære at tolkningen gir leseren en dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer om temaet (Thagaard, 2009). På denne måten kan jeg argumentere for en viss overføringsverdi av resultatene fra mitt prosjekt. Inspirert av Thagaard kan jeg si at min masteroppgave har en viss overføringsverdi, dersom det innebærer at leseren kjenner seg igjen i min tolkning, og at den gir en dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer.

6. Avslutning

Mål for denne studien er å bidra til bedre praksis ved å belyse ulike elementer for hva som har betydning for et godt fungerende samarbeid mellom intensivsykepleiere og andre fagutøvere, samt utforske potensiale for kunnskapsvekst gjennom samarbeid.

Forskning viser at et godt fungerende samarbeid bedrer kvaliteten på den omsorg og behandling som blir gitt til pasientene. Forskning viser også til at et godt samarbeid på intensivavdelinger er avgjørende for pasientresultater, og viser samtidig at samarbeid mellom ulike fagutøvere ikke fungerer godt nok i praksis. Det samsvarer med resultater fra denne studien. Deltakerne viser at de er engasjerte i temaet om samarbeid mellom ulike fagutøver. De erkjenner avhengigheten av andres kunnskap og ferdigheter for å utføre sine oppgaver. Intensivsykepleierne formidler at et godt samarbeid er avgjørende for god pasientbehandling, noe som samsvarer med tidligere forskning. Deltakerne forteller om erfaringer, både der samarbeid fungerer godt og når det oppleves som mangelfullt. Sykepleierne beskriver et godt samarbeid med andre fagutøvere når de opplever likeverd, respekt, tillit, god dialog og forståelse for hverandre. De mener at anerkjennelse både er noe som er viktig å få, men også å gi til den andre. Deltakerne formidler at det må ligge et engasjement bak anerkjennelsen. Denne studiens funn om hvilke elementer som har betydning for et godt samarbeid samsvarer med resultater fra tidligere forskning.

Intensivsykepleierne formidler at det er av stor betydning for kvaliteten på samarbeid at de har blitt kjent med den de skal samarbeide med. Analysen viser at de viktige elementer som tillit og respekt, oppstår i takt med hvor godt de kjenner hverandre, bortsett fra noen unntak de kaller ”personlighet”. Intensivsykepleierne forteller at når samarbeid foregår under trygge forhold, tør de å vise sin kompetanse og si sin mening. Resultatene fra denne studien bekrefter således funn fra tidligere forskning og teori, som viser at tidsdimensjon og kjennskap til den man skal samarbeide med har betydning for samarbeidets kvalitet. Analysen viser samtidig at sykepleierne planlegger mest med de som de kjenner, til tross for at det er enda viktigere å planlegge med de som de ikke kjenner. Dette funnet kan også forstås ut fra kontakt-teoriens vilkår om kjennskap til den andre, som betyr at jo bedre de kjenner hverandre jo mer trygghet og bedre kommunikasjon.

Teori og tidligere forskning viser til at når de ulike aktører jobber sammen, og mot samme mål har det positiv effekt på samarbeidet. Det harmonerer med resultater fra denne studien, der sykepleierne sier at fellesskapsfølelse, et smittende engasjement og felles mål er beskrivende på et godt samarbeid.

Analysen viser at intensivsykepleieren snakker et annerledes språk med fagutøvere som har annen fagspesialitet enn med kollegaer med samme utdanning. Dette funnet er i tråd med tidligere forskning som viser til at det å skape et felles språk mellom ulike disipliner bidrar til felles forståelse, og bidrar til å skape en felles kunnskapsplattform. Sykepleierne i denne studien sier at dersom det ikke skapes et felles språk, så kaller de det ikke for samarbeid. Funn fra denne studien samsvarer med resultater fra tidligere forskning som viser til at det er nødvendig å skape en felles kunnskapsplattform for å kunne utnytte hverandres bidrag.

Intensivsykepleierne formidler at de lærer mye av å samarbeide med andre fagutøvere, og at de lærer hele tiden. De sier at de utfyller hverandre, og hver enkelt deltaker blir større i et samarbeid fordi ”*den andre løfter oss*”. De sier også at det er vanskelig å forklare hvordan de opplever dette med å ”bli større” gjennom et samarbeid. Jeg drar paralleller til den forskning som har fokus på hva som skjer mellom de ulike fagspesialiteter. Tidligere forskninger viser til at det er gjennom spenningen mellom de ulike fagdisipliners kunnskap og perspektiv at ny kunnskap kan utvikles. Forskning viser også til at det er viktig med trygge rammer, og det kreves relasjonelle ferdigheter. Det samsvarer med resultater fra denne studien som viser til viktigheten ved et trygt og godt klima under samarbeidet.

Jeg mener at denne studien bidrar til forskningsfeltet ved at den viser til rike beskrivelser av viktige elementer som er til stede når samarbeid oppleves som godt fungerende. Studien viser til resultater som bidrar til økt forståelse for at det fins potensialer i spenningsfeltet mellom fagdisipliner, men studiens resultater sier lite om hvordan samarbeidet kan bidra til kunnskapsvekst hos intensivsykepleieren. Jeg anser derfor at studien ikke tilfører akkurat dette forskningsfeltet ny kunnskap. Jeg mener dog at studiens funn samsvarer med forskning som viser til at samarbeidsprosesser er komplekse, med det at deltakerne sier at det er vanskelig å sette ord på hvordan de øker sin kunnskap.

Med denne studien i ryggen og mer innsikt i tidligere forskning vil jeg oppfordre intensivsykepleiere å styrke sin tiltro til egen kompetanse. På den måten kan de bidra til bedre samarbeid mellom ulike fagutøvere. Resultater i studien avdekker at sykepleierne planlegger minst med de fysioterapeuter som de ikke kjenner til tross for at de mener det er minst like viktig. Jeg oppfordrer av den grunn intensivsykepleierne til refleksjon over hvordan de kommuniserer og planlegger med fysioterapeuter og andre som de ikke kjenner så godt. God kommunikasjon og status-likhet i situasjonen er av stor betydning for godt samarbeid mellom ulike fagutøvere. Jeg ønsker derfor å oppfordre ledelsen på intensivavdelingen til å se hvilken betydning et samarbeid av god kvalitet har for pasientresultater. Denne studien og tidligere forskning viser til at tiden som brukes til god kommunikasjon og informasjonsflyt gir færre misforståelser og bedre pasientbehandling. Jeg oppfordrer også ledelsen til å se viktigheten med at ulike fagutøvere er representert når pasientbehandling skal vurderes for å sikre pasientene best mulig behandling.

Et forslag til videre forskning vil være å utforske samarbeid med ulike fagutøvere i lys av begrepet samarbeidspraksis, ”collaborative practice. Det kunne vært interessant å gjøre en liknende studie på en intensivavdeling med et kunnskapsperspektiv, samt mer fokus på prosesser som oppstår mellom faggrenser. Videre oppfordrer jeg til utvikling av nye norske begreper om samarbeid mellom ulike fagutøvere. Begreper som kan favne flere aktører og som har mer fokus på hva som skjer *i mellom* fagspesialiteter. Norske begreper inneholder ord som *tverrfaglig* og på *tvers* av profesjoner, men engelske begreper inneholder mest forstavelsen *inter*, som i interprofessional. Jeg tolker begrepet som at det har et større fokus på ”landet i mellom” de ulike fagspesialiteter.

Litteraturliste

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health - care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359-365. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x
- Bergsagel, I. (2016). Tilbake til kjernen-sykepleieforskning bør handle om sykepleie. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2.
- Carlile, P. R. (2004). Transferring, translating, and transforming: An integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*, 15(5), 555-568. doi: 10.1287/orsc.1040.0094
- Edwards. (2005). Relational Agency: Learning to Be a Resourceful Practitioner. *International Journal of Educational Research*, 43(3), 168-182. doi: 10.1016/j.ijer.2006.06.010
- Edwards. (2010). *Being an Expert Professional Practitioner* (Professional and Practice-based Learning v.v. 3): Springer Netherlands : Imprint: Springer.
- Edwards. (2012). The role of common knowledge in achieving collaboration across practices. *Learn. Cult. Soc. Interact.*, 1(1), 22-32. doi: 10.1016/j.lcsi.2012.03.003
- Edwards, A. (2011). Building Common Knowledge at the Boundaries between Professional Practices: Relational Agency and Relational Expertise in Systems of Distributed Expertise. *International Journal of Educational Research*, 50(1), 33-39. doi: 10.1016/j.ijer.2011.04.007
- Edwards, A. (2015). A tool for public services research and development. *International Journal of Public Leadership*, 11(1), 21-33. doi: 10.1108/IJPL-11-2014-0019
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kydona, C. e. a. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia*, 14(2), 94.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Le Blanc, P. e. a. (2010). Efficacy beliefs predict collaborative practice among intensive care unit nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 583-594. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05229.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, J. e. a. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: Making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140(SEPTEMBER). doi: 10.4414/smw.2010.13062
- Mitchell, R. e. a. (2010). *Review: Toward Realizing the Potential of Diversity in Composition of Interprofessional Health Care Teams: An Examination of the Cognitive and Psychosocial Dynamics of Interprofessional Collaboration*. Thousand Oaks: SAGE PUBLICATIONS, INC.
- Mohaupt, J. e. a. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 370-375. doi: 10.3109/13561820.2012.673512
- Molander. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Molander. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Ness. (2016). *The Room of Opportunity: Understanding how knowledge and ideas are constructed in multidisciplinary groups working with developing innovative ideas*. (PhD PhD), University of Bergen, Bergen.
- Ness, I. J. (2016). Polyphonic Orchestration: Understanding how leaders facilitate creative knowledge processes in multidisciplinary groups working with innovation. . *European Journal of Innovation Management*. (art. 3, i avhandlingen), 29.
- Ness, I. J. e. a. (2014). The Room of Opportunity: understanding phases of creative knowledge processes in innovation. *Journal of Workplace Learning*, 26(8), 545-560. doi: 10.1108/JWL-10-2013-0077
- Ness, I. J. e. a. (2015). Openness, curiosity and respect: Underlying conditions for developing innovative knowledge and ideas between disciplines. *Learning, Culture and Social Interaction*, 6, 29-39. doi: 10.1016/j.lcsi.2015.03.001

- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse : i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur : innenfra, utefra eller begge deler? I*. Oslo: Universitetsforl., cop. 1997.
- Pettigrew, T. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.
- Piquette, D. e. a. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 2009, Vol.23(3), p.273-285, 23(3), 273-285. doi: 10.1080/13561820802697818
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?(Statistical Data Included). *Quality in Health Care*, 10(4), ii32.
- Rammeplan. (2005). *Rammeplan for videreutdanning for intensivsykepleie*.
- Retningslinjer, i. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 2014, Norsk anesthesiologisk forening og NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere*. Hentet
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nurs. Crit. Care*, 16(1), 5-10. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x
- Sandahl, C. (2013). Simulation team training for improved teamwork in an intensive care unit. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 174-188. doi: 10.1108/09526861311297361
- St.meld.nr 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*.
- St.meld.nr.13. (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo.
- St.meld.nr.29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*.
- Stein-Parbury, J. e. a. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 470-478.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thistlethwaite. (2016a). Collaboration, cooperation, communication, contact and competencies. 33. doi: 10.3205/zma001036
- Thistlethwaite. (2016b). Introducing the individual Teamwork Observation and Feedback Tool (iTOfT): Development and description of a new interprofessional teamwork measure. *Journal of interprofessional care*, 30(4), 526. doi: 10.3109/13561820.2016.1169262
- Thistlethwaite, J., et.al. (2014). Interprofessional teamwork: still haven't decided what we are educating for? 48(6), 556-558. doi: 10.1111/medu.12471
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Willumsen. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid* (Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning). Oslo: Universitetsforl.
- Willumsen. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Xyrichis, A. e. a. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015
- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Vedlegg nr. 1

Intervjuguide

Dato:.....Kl: Start: Slutt:.....

Sted:.....

Briefing - før start av opptaker:

- Fortelle deltaker om hvordan intervjuet skal foregå, og om formålet utover den informasjon de har fått fra før.
- Presentere litt om meg selv som intensivsykepleier
- Gi rom til deltaker om spørsmål før intervjuet starter.
- Alle tanker kan være interessante, må ikke være godt formulert, eller god flyt.
- Teksten skal analyseres, og ikke dere.
- Jeg er interessert i dine tanker om, og erfaringer med tverrfaglig samarbeid på intensiv.
- Du kan også si noe om dine erfaringer som ikke dekkes av spørsmålene.

Intervjuet starter: sette på opptaker

Bakgrunnsspørsmål:

- Hva er din bakgrunn som intensivsykepleier?
- Tidligere erfaring?
- Hvor lenge har du jobbet på intensiv?

Beskrive en vanlig mobiliseringssituasjon:

- Kan du beskrive en situasjon hvor du og fysioterapeut skal hjelpe en pasient å flytte seg fra seng til stol?
- Snakker du og den andre fagutøver i forkant?
- Fordeler dere på forhånd oppgaver/ansvar?
- Går det vanligvis som planlagt?
- Hvis ingen planlegging; hvordan fordeler dere underveis?
- Snakker dere om situasjonen etterpå?
- Har det noen betydning om dere har samarbeidet før?
- Var det i så tilfelle annerledes nå?

- Kunne du gjort det på andre måter?
- Hadde du gjort ting annerledes hvis du samarbeidet med en intensivsykepleier (en med samme faglige bakgrunn)?
- Hva må til for at det skal være en vellykket forflytning?
- Lærer dere noe av hverandre?

Særtrekk ved intensiv:

- Hva er spesielt med intensiv?
- Er det annerledes å samarbeide med andre faggrupper på intensiv, enn steder du har jobbet på tidligere?
- Evt. Hvordan?

Forutsetninger for godt samarbeid:

- Når har det fungert? Og hvorfor fungerte det?
- Har du erfaring med mangelfullt samarbeid, og hvordan opplevdes det? Husker du noen konkrete tilfeller?
- Hva mangler da?
- Hva er forutsetning for godt samarbeid?
- Hva må du bidra med for at det skal være et godt samarbeid?
- Hva forventer du av den andre?

Lære noe nytt:

- Hva må til i et samarbeid for at du skal føle at du lærer noe?
- Hvordan utfyller dere hverandre?

Kunnskap om den andre:

- Har din kunnskap om den andres fag noen betydning for samarbeidet?
- Har det noen betydning om du kjenner den andre? Evt hvordan?
- Hvilken betydning for samarbeidet har det at den andre har kunnskap om ditt fag?
- Er det noen yrkesgrupper du samarbeider bedre med? Kan du evt tenke deg hvorfor?
- Gå gjennom notater for å se om alle tema er belyst?

Oppsummering:

- Var det slik du mente?
- Har du noe mer du gjerne vil si eller spørre om?

Slå av opptaker

Etter intervjuet: Hvordan opplevde du intervjuet?

Takke for tid og deltagelse.

Vedlegg nr. 2



Siri Moe
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 15.11.2016

Vår ref: 50553 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50553</i>	<i>Tverrfaglig samarbeid mellom intensivsykepleier og fysioterapeut</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Siri Moe</i>
<i>Student</i>	<i>Hanne Knutstad Lund</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Vedlegg nr. 3

Svar på mail fra NSD på endringsmelding:

Fra: Belinda Helle <belinda.helle@nsd.no>

Sendt: 21. desember 2016 13:46

Til: Hanne Knutstad Lund

Emne: Prosjektnr: 50553. Tverrfaglig samarbeid mellom intensivsykepleier og fysioterapeut

Hei,

Viser til endringsskjema registrert 15.12.16

Vi har nå registrert at det ikke skal benyttes observasjon som datainnsamling. Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for prosjektslutt 30.11.2017, må legges til.

Personvernombudet har ingen merknader til endringen.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Vennlig hilsen,

--

Belinda Gloppen Helle

Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

Tlf: (+47) 55 58 28 74

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

Tlf: (+47) 55 58 21 17

postmottak@nsd.no www.nsd.no

Vedlegg nr. 4

Forespørsel til forskningsfeltet; Intensivavdeling på UNN

Undertegnede er student ved Universitet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfags masterprogram i helsefag, flerfaglig studieretning. Jeg har sykepleiefaglig bakgrunn med videreutdanning i intensivsykepleie. Jeg starter nå med masteroppgaven med innlevering mai 2017.

Tema for min masteroppgave er tverrfaglig samarbeid mellom intensivsykepleiere og andre helseprofesjoner. Tilnærmingen vil være kvalitativ med intervju av intensivsykepleiere. For å få innsikt i erfaring med tverrfaglig samarbeid, ønsker jeg å gjennomføre tre individuelle intervju med intensivsykepleiere med minimum to års erfaring. Jeg ønsker å stille spørsmål som kan lede til å øke forståelsen på hva som har innvirkning på tverrfaglig samarbeid.

Studier viser at et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for pasientresultater, men at det er behov for mer forskning. Offentlige dokumenter vektlegger tverrfaglig samarbeid og gir signaler om at det skal styrkes i utdanning og praksis.

Jeg sender herved en formell forespørsel til intensivavdelingen på UNN om å få tillatelse til å intervju av tre intensivsykepleiere på avdelingen. Jeg ønsker å få hjelp fra avdelingsledelsen til å dele ut informasjonsskriv til fast ansatte intensivsykepleiere som har mer enn to års erfaring på avdelingen. De som ønsker å delta sender signert samtykke tilbake til meg. Deretter vil jeg ta kontakt for en utvidet muntlig informasjon.

Etiske prinsipper og anonymitet vil bli i varetatt og de får informasjon om at de når som helst kan trekke seg fra studien. Prosjektet er sendt til personvernombudet, NSD. Det er ønskelig intervjuer kan gjennomføres i løpet av januar/februar 2017.

Dato for prosjektslutt: 30. November 2017. Innen denne dato vil data være anonymisert og taleoptak være slettet.

Hovedveileder på mastergradsoppgaven er Siri Moe, førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet, e-postadresse: siri.moe@uit.no

Håper på positiv respons på min forespørsel.

Med vennlig hilsen

Hanne Knutstad Lund

Vedlegg nr. 5

Forespørsel til intensivsykepleier om deltakelse i mastergradsprosjekt om tverrfaglig samarbeid og samtykkeerklæring

Jeg retter med dette en forespørsel til deg om du vil delta i mastergradsprosjektet omhandlende *samarbeid mellom faggrupper*.

Undertegnede er student ved Universitet i Tromsø, masterprogram i helsefag, flerfaglig retning. Jeg har sykepleiefaglig bakgrunn med videreutdanning i intensivsykepleie. Jeg starter nå med masteroppgaven med innlevering mai 2017.

Studier viser at et godt tverrfaglig samarbeid er viktig for pasientresultater, men at det er behov for mer forskning. Offentlige dokumenter vektlegger at tverrfaglig samarbeid skal styrkes i utdanning og praksis.

Tema for min masteroppgave vil være samarbeid mellom erfarne intensivsykepleiere og andre helseprofesjoner, helsefagutøvere. Tilnærmingen vil være kvalitativ hvor jeg skal gjennomføre tre individuelle intervju av intensivsykepleiere.

For å få innsikt i tverrfaglig samarbeid ønsker jeg å stille spørsmål som kan utdype forståelsen for hva som ligger til grunn for å få et godt samarbeid. Beskrivelser fra konkrete situasjoner og andre erfaringer fra tverrfaglig samarbeid. Jeg ønsker å vite mer om forutsetninger for å utvikle et godt samarbeid mellom faggrupper.

Som forsker har jeg taushetsplikt og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Notater som blir tatt, lydopptak under intervju vil bli oppbevart nedlåst. Etter at prosjektet er avsluttet vil alle opptak og notater bli slettet. Personlige opplysninger som navn og alder vil bli anonymisert.

Det er frivillig å delta i prosjektet og dersom du ønsker å delta fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og sender den til meg i den ferdig utfylte konvolutten. Deretter tar jeg kontakt for nærmere avtale. Du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi grunn. Alle data vil da bli slettet.

Dato for prosjektslutt: 30. November 2017. Innen denne dato vil data være anonymisert og lydopptak være slettet.

Dersom du ønske ytterligere informasjon kan du kontakte:

Masterstudent: Hanne Knutstad Lund, intensivsykepleier og masterstudent ved Norges arktiske universitet (UiT), master i helsefag, flerfaglig studieretning. E-postadresse: hlu018@uit.no.
Mobilnummer: 99594054

Veileder: Siri Moe, førsteamanuensis UiT. E-post: siri.moe@uit.no

Studien er meldt til Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)

Du mottar to eksemplar av informasjon og samtykkeerklæring, den ene beholder du selv og den andre sender du tilbake til meg innen 1 uke.

Med vennlig hilsen

Hanne K. Lund

Samtykke til deltakelse i masterstudien til Hanne Knutstad Lund

Jeg har mottatt informasjon om studien og ønsker å delta:

Samtykke gjelder: Deltakelse på individuelt intervju omhandlende tverrfaglig samarbeid.

Sted _____ Dato _____ Signatur _____