



Kommunalt tverrfaglig ambulant team Sykepleiers rolle, utfordringer og muligheter

Marte Lilløy Aabø
Kandidatnummer: 102
Lovisenberg diakonale høgskole

Masteroppgave
i
Avansert klinisk sykepleie
med spesialisering i allmennsykepleie

Antall ord: 14.853

Dato: 01.06.18



LOVISENBERG
DIAGONALE HØGSKOLE

ABSTRAKTLovisenberg diakonale høgskole
Dato: 01.06.18**Tittel: Kommunalt tverrfaglig ambulant team - Sykepleiers rolle, utfordringer og muligheter**

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har ført til at pasienter blir skrevet ut tidligere enn før og har mer komplekse tilstander. Derav er det et økt behov for kompetanse i kommunene.

Tverrfaglige ambulante team har til formål å forebygge sykehusinnleggelse, sikre koordinering og helhetlig oppfølging av pasienter. Teamene anbefales blant annet å ha fokus på rehabilitering og kronisk syke. Studier viser at sykepleiere har en sentral rolle i rehabilitering og tverrfaglige team, men føler mangel på anerkjennelse.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse erfaringer sykepleiere i ambulante tverrfaglige team har med egen rolle og funksjon. Studien vil også belyse faglige utfordringer og muligheter sykepleierne ser som medlemmer i ambulante team.

Metode: Studien har et kvalitativt design og metode, og data er samlet inn ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Utvalget er seks sykepleiere fra seks kommunale tverrfaglige ambulante team. Analysen er inspirert av Graneheim og Lundman sine beskrivelser av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: To temaer og seks sub-temaer er identifisert. Temaene er ”forventninger til en selv og fra andre” og ”Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme”.

Informantene erfarer å bruke sykepleierkompetansen og er etterspurt av andre i teamet. De har vanskeligheter med å definere ansvarsområder. Noen synes det er utfordrende å finne sykepleierrollen. De gjør en tidlig innsats når pasienter utskrives fra institusjon. Veiledning av pasienter, pårørende og andre er en viktig oppgave. Yrkesgruppene utfyller hverandre i teamet.

Konklusjon: Sykepleierne har vansker med å definere egne ansvarsområder. Sykepleiere har ansvar for helheten i pasientens forløp og har behov for anerkjennelse for sitt bidrag i teamet. Det tverrfaglige teamet er fleksibelt og jobber helsefremmende. Det er et mål at pasienten skal oppleve mestring.

Nøkkelord: Sykepleierrolle, tverrfaglig samarbeid, rehabilitering, avansert klinisk sykepleie

ABSTRACTLovisenberg Diaconal University College
Date: 01.06.18**Title: Municipal interdisciplinary ambulatory team - Nursing role, challenges and opportunities**

Background: Consequences of the Norwegian coordination reform is early hospital discharge and patients having more complex conditions. There is a need for increased competence in municipalities. Interdisciplinary ambulatory teams aim at preventing hospitalizations, ensuring coordination and comprehensive follow-up of patients. Teams are recommended to focus on rehabilitation and chronically ill patients. Studies show that nurses have a central role in rehabilitation and interdisciplinary teams, but feel lack of recognition.

Aim: The aim of this study is to illuminate what experiences nurses have with their own role and function in municipal interdisciplinary ambulatory team. It will also illuminate professional challenges and opportunities nurses see as team members.

Method: This study has a qualitative design and method. Data is collected using semi-structured individual interviews. Six nurses from six municipal interdisciplinary ambulatory teams were included. The analysis is inspired by Graneheim and Lundman's descriptions of qualitative content analysis.

Result: Two themes and six sub-themes were identified. Themes: "Expectations for one's own and from others" and "Facilitation for patients, so they can be able to live home as long as possible". Informants experience use of their nursing competence. This competence is needed by others in the team. Nurses have difficulty defining areas of responsibility. Some find it challenging to find their role. They make an early effort when patients are discharged from institutions. Guidance of patients, relatives and others is important. The professions complement each other in the team.

Conclusion: Nurses have difficulty defining their own areas of responsibility. Nurses have overall responsibility in continuity of patient care and need recognition for their contribution. The interdisciplinary team is flexible and works health-promoting. The patients should experience coping.

Keywords: Nursing role, interdisciplinary collaboration, rehabilitation, advanced clinical nursing

Forord

Det er nesten ikke mulig å forstå at jeg nå er ferdig med mastergraden og denne oppgaven. Bak oppgaven ligger det mange timer med arbeid. Prosessen har vært givende og lærerik, samtidig til tider frustrerende. Studiet har gitt meg utrolig mye og jeg er glad jeg valgte denne retningen. I forbindelse med arbeidet med masteroppgaven er det flere jeg ønsker å takke.

Først og fremst vil jeg takke min arbeidsgiver Bydel Østensjø for økonomisk støtte og tilrettelegging. Det hadde ikke vært mulig å fullføre studiet uten det. Jeg ønsker også å takke alle mine tidligere kollegaer i hjemmesykepleien og mine nåværende kollegaer i innsatsteamet. Dere har heiet på meg hele veien. I tillegg vil jeg takke min leder, for å tilrettelegge min turnus slik at jeg har hatt muligheten til å delta i undervisning og få tid til oppgaveskriving.

Jeg vil spesielt takke min veileder professor Rita Jakobsen for god hjelp og veiledning. Takk for at du har inspirert meg i arbeidet med denne oppgaven og i undervisning gjennom hele utdanningsløpet. Det er få som inspirerer og motiverer sånn som du.

Jeg vil også takke mine medstudenter for gode diskusjoner, hjelp og motivasjon. Studietiden ville ikke vært den samme uten dere.

Takk til Erna som har brukt av tiden sin til å lese korrektur. Takk til familie, kjæreste og venner for at dere har holdt ut alle frustrasjoner og muntret meg opp når jeg har hatt behov for det.

Oslo, mai 2018

Marte Lilløy Aabø

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	2
2. Tidligere forskning	3
2.1 Søkestrategi	3
2.2 Tverrfaglige team	3
2.3 Sykepleiers funksjon og rolle i tverrfaglige team	5
3. Teoretisk rammeverk	8
3.1 Rolle	8
3.1.1 Rolleteori	8
3.1.2 Profesjon og anerkjennelse	8
3.1.3 Avansert klinisk sykepleie (AKS)	9
3.2 Kompetanse	10
3.3 Tverrfaglig samarbeid	12
3.3.1 Det kommunale tverrfaglige ambulante teamet.....	12
3.4 Rehabilitering	13
3.4.1 Hverdagsrehabilitering.....	13
3.4.2 Mestring	14
4. Metode	16
4.1 Kvalitativt design og metode	16
4.2 Beskrivelse av forskningsfeltet	16
4.3 Rekruttering og utvalg	17
4.4 Datainnsamling	18
4.5 Analyse	19
4.6 Etiske vurderinger	21
4.7 Metodologiske betraktninger	22
4.7.1 Forforståelse.....	22
4.7.2 Reliabilitet.....	22
4.7.3 Validitet	23
5. Resultater	25
5.1 Forventninger til en selv og fra andre	25
5.1.1 ”Å være på” som sykepleier i teamet.....	25
5.1.2 ”Å gjøre sykepleieroppgaver”	26

5.1.3 ”Å oppleve seg uerstattelig i teamet”	27
5.2 Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme	29
5.2.1 ”Å være tidlig på”	29
5.2.2 ”Å utfylle hverandre”	30
5.2.3 ”Å veilede pasienter og kollegaer”	31
6. Diskusjon	33
6.1 Forventninger til en selv og fra andre	33
6.1.1 Sykepleierkompetanse	33
6.1.2 Sykepleierrollen og anerkjennelse	36
6.2 Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme	37
6.2.1 Det tverrfaglige teamet som ledd i pasientforløpet	37
6.2.2 Mestringsfokus	38
6.2.3 Tverrfaglighet	40
6.3 Implikasjoner for praksis og avansert klinisk sykepleie	41
7. Konklusjon	42
Referanseliste	43
Vedlegg 1	49
Vedlegg 2	50
Vedlegg 3	52
Vedlegg 4	55

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2012 trådte Samhandlingsreformen (SHR) i kraft i Norge. SHR legger vekt på pasientenes behov for helhetlige tjenester og har fokus på pasientforløpene. Målsettingen med reformen er å styrke samhandlingen mellom ulike ledd i helse- og omsorgstjenesten og styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Orvik, 2015). Dårlig samhandling kan føre til at pasienter opplever helsetjenesten som usammenhengende og uoversiktlig, og overganger mellom tjenester kan bli vanskelig. Pasienter og pårørende må selv ta ansvar for mye av koordineringen mellom tjenestene og kan oppleve belastninger som følge av det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

SHR beskriver det som et problem at utskrivningsklare pasienter oppholder betydelige antall senger i sykehusene (Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016). Et av de største grepene i reformen har vært å forskyve oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (Hellesø & Melby, 2013; Tønnessen et al., 2016). Kommunene har nå ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging. De helhetlige pasientforløpene skal i større grad forgå innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Kommunene har et økonomisk ansvar overfor utskrivningsklare pasienter. Det betyr at de har betalingsplikt når pasientene er definert som utskrivningsklare (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Pasienter er utskrivningsklare når lege i sykehus vurderer at det ikke er behov for videre behandling (Forskrift om kommunal betaling - utskrivningsklare pasienter, 2011).

Konsekvenser av SHR er flere. Pasienter med behov for kommunale helsetilbud blir utskrevet tidligere, er dermed sykere og har behov for mer avansert pleie og behandling (Grimsmo, 2013; Haukelien, Vike & Vardheim, 2015; Killie & Debesay, 2016). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) er det en viss økning i antallet reinnleggelser. Det kan komme av at pasienter er skrevet ut for tidlig, men også at kompetanse og oppfølging i kommunene er for dårlig. Kommunene får pasienter med komplekse tilstander og økt arbeidsmengde, før de har bygget opp kompetansen (Haukelien et al., 2015). Studier viser at helsepersonell fortsatt opplever samhandlingen som vanskelig etter innføringen av SHR (Haukelien et al., 2015; Tønnessen et al., 2016). Flere pasienter må innom kommunale institusjoner før de kan komme hjem. Forløpene er mer komplekse og pasienter og pårørende får flere helsepersonell å

forholde seg til. Det er dokumentert at overganger mellom tjenestetilbud øker risikoen for at det oppstår feil og kan være en trussel for pasientsikkerheten (Grimsmo, 2013).

I SHR er det anbefalt en ordning med tverrfaglige ambulante team der fokus er pasienter med kroniske sykdommer, rehabilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus. Formålet med teamene er blant annet å bidra til kompetanseoverføring og forebygge sykehusinnleggelse. Kommunale ambulante team har til hensikt å ha nærhet til kommunalt tjenesteapparat og den enkelte pasient. Teamene skal sikre koordinering, helhetlig oppfølging av pasienter og har tverrfaglig kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det er beskrevet et ønske om strukturerte tilnærminger til brukergrupper basert på behov og funksjon, uavhengig av diagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Studier viser positive effekter av tverrfaglige tiltak rettet mot eldre som skrives ut fra sykehus (Caplan, Williams, Daly & Abraham, 2004). Pasienter opplever at utskrivelsen kan bli enklere når de vet at de får kontakt med et team kort tid etter utskrivelse (Lou et al., 2017). Sykepleier spiller en sentral rolle i tverrfaglige team og Dreyer, Angel, Langhorn, Pedersen og Aadal (2016) sier sykepleie er en kjerneverdi i rehabiliteringsarbeid i tverrfaglige team. Samtidig viser andre studier at sykepleiere føler mangel på anerkjennelse av egen rolle og funksjon i tverrfaglige team (Dreyer et al., 2016; Hart, 2015). Sykepleiere har behov for anerkjennelse for å bli trygge på bidraget sitt i rehabiliteringsarbeidet (Long, Kneafsey, Ryan & Berry, 2002).

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å belyse erfaringer sykepleiere i ambulante tverrfaglige team har med egen rolle og funksjon. I tillegg vil studien belyse faglige utfordringer og muligheter sykepleierne ser som medlemmer i ambulante team.

Forskningsspørsmålene er:

- *Hva erfarer sykepleiere om deres funksjon og rolle i kommunalt tverrfaglig ambulante team?*
- *Hvilke faglige utfordringer og muligheter erfarer sykepleiere i kommunalt tverrfaglig ambulante team?*

2. Tidligere forskning

2.1 Søkestrategi

Ved litteratursøk etter internasjonal og nasjonal forskning ble det laget en søkestrategi iht. forskningsspørsmålene. Hovedsøk er utført i databasene Cinahl og Medline.

Søkeord 1	Treff	Søkeord 2	Treff
Multidisciplinary Care Team	28.177	Nursing Role	43.487
Interprofessional Relations	19.777	Advanced Nursing Practice	12.665
Home Health Care	34.814		

Tabell 2.1: Eksempel på søkeord og treff i Cinahl

Søkeord 1 satt sammen med "OR" ga 78.698 treff. Søkeord 2 satt sammen med "OR" ga 54.499 treff. Deretter ble søkeord 1 og 2 satt sammen med "AND", og ga 4.116 treff. Søket ble avgrenset med årstall fra 2008 til dags dato. Det ble gjort avgrensning til kvalitative artikler (best balance) og språk ble satt til dansk, engelsk, norsk og svensk. Dette ga 153 treff. I flere søk er årstall satt til 2013 for å få nyeste forskning. Andre søkeord benyttet i Cinahl er: primary health care og patient discharge. I Medline ble det brukt søkeord som: patient care team, interprofessional relations, home care services og nurse`s role. Det ble gjort avgrensninger med årstall, både 2008 og 2013. I tillegg til avgrensninger på språk og kvalitative studier.

Noen studier er hentet fra referanselister i andre artikler eller bøker. Det har vært utfordrende å finne studier direkte relatert til forskningsspørsmålene. Studiene som er inkludert omhandler tverrfaglige team i forskjellige former. Konteksten er både institusjon og pasientens hjem. Flere studier er rettet mot rehabilitering, noe som er relevant ettersom teamene i denne studien jobber med det. Enkelte artikler er over 10 år gamle, men anses likevel relevante.

2.2 Tverrfaglige team

Caplan et al. (2004) sin kvantitative studie ser på effektene av omfattende geriatrisk vurdering og tverrfaglige tiltak for eldre pasienter som sendes hjem fra akuttmottak. Pasientene i intervensjonsgruppen i studien fikk besøk av et medlem av et team innen 24 timer etter

utskrivelse. Ofte var det en sykepleier. Sykepleieren utførte en semistrukturert vurdering styrt av kliniske funn, vurderte resultater fra skjemaer fylt ut i akuttmottaket og foretok en diskusjon med pasientens allmennlege. Sykepleieren utformet en tiltaksplan, satte i gang tiltak og henvisninger det hastet med. Deretter ble pasienten presentert i ukentlige tverrfaglige teammøter. Der var det gjerne geriater, sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Videre tiltak kunne da settes i gang. Det ble utført tiltak i opptil fire uker og det ble sendt nødvendige henvisninger. Pasienter som måtte ha oppfølging utover de fire ukene, ble overført til rett tjeneste. Pasientene i kontrollgruppen fikk reise hjem uten spesielle tiltak. Studien måler alle innleggelser til alle sykehus innen 30 dager etter utskrivelse fra akuttmottaket. Det viser seg å være signifikant færre innleggelser i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen.

Det er flere studier knyttet til tidlig støttet utskrivelse. Lou et al. (2017) sin kvalitative studie ser på hvordan pasienter med mildt slag og deres partnere erfarer hverdagen ved en tidlig støttet utskrivelse. Interessante funn er at utskrivelsen blir lettere når pasientene vet at et team relatert til tidlig støttet utskrivelse vil kontakte pasienten innen et par dager. Pasientene setter pris på teamet og ser på det som meningsfullt og verdifullt å trene i egne omgivelser. De setter også pris på de profesjonelles evne til å vurdere pasientenes behov og gi individuelle råd som kan brukes i hverdagslivet. Pasientene sier teamene er en motivasjonsfaktor. Taule, Strand, Skouen og Råheim (2015) sin kvalitative studie ser på hvordan overlever av milde-til-moderate hjerneslag opplever rehabilitering i hjemmet ved tidlig støttet utskrivelse fra sykehus. Her gir pasienter eksempler på forbedringsområder. De opplever mangel på fysisk trening etter hjemkomst. Enkelte kan ha behov for tilrettelegging av fritidsaktiviteter, men de profesjonelle viser liten interesse for pasientenes sosiale liv. Enkelte kan ha problemer med å endre sin situasjon alene og blir derfor mer isolert. Noen pasienter opplever det som viktig at teamet har tro på dem og mulighet for fremgang. De ønsker at teamet tar seg tid og lytter. Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi og Pietilä (2014) sin kvalitative studie ser på hjemmebaserte tjenester for eldre og hva som fremmer pasientenes evne til å kunne bo hjemme. Noen interessante funn fra denne studien er fokuset på pasientens ressurser. Både sykepleiere og pasienten selv ønsker at pasientens evner skal tas i betraktning og støttes av den hjemmebaserte tjenesten. Det er viktig med meningsfulle aktiviteter. Aktivitetene kan settes i gang av den hjemmebaserte tjenesten. Aktiviteter utenfor hjemmet er også viktige. Sykepleieren kan være et bindeledd mellom pasienten og hans/ hennes nettverk for ta vare på det sosiale behovet.

Flere tverrfaglige team i Norge arbeider med hverdagsrehabilitering. Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen og Langeland (2017) sin kvalitative studie belyser det tverrfaglige samarbeidet i hverdagsrehabilitering. I artikkelen fremkommer det at for eksempel sykepleiere i teamet må gjøre oppgaver som tradisjonelt har vært knyttet til fysioterapi og omvendt. Alle deltakere aksepterer dette fordi fokuset deres er på pasientens mål og deltakelse i rehabiliteringen. Det er lite konflikter blant profesjonene i teamene. Hverdagsrehabilitering kan være utfordrende og komplekst, for eksempel ved at en må kombinere fysisk trening og skifte av stomi, motivering av deprimerte pasienter og medisinerer. Det kan være utfordrende alene, men kollegaene i teamene bidrar med hver sin spesielle kompetanse. De lærer av hverandre ved å søke hverandres ekspertise og ha jevnlig møter. For eksempel har fysioterapeuter kun vært opptatt av et kne eller en fot når de har jobbet alene tidligere. Tverrfaglighet kan gi dem mulighet til å se det totale bildet av pasienten. Hver yrkesgruppe gjør en vurdering av pasienten basert på egen kompetanse og teamet diskuterer veien videre. Tverrfaglig arbeid kan gi innsikt i rollene til de ulike profesjonene.

2.3 Sykepleiers funksjon og rolle i tverrfaglige team

Det finnes ulike studier av hva som oppfattes som sykepleieres rolle i tverrfaglige team. Flere studier beskriver sykepleieres komplekse arbeid og ulike roller. Long et al. (2002) sin kvalitative studie har som hensikt å identifisere sykepleierens bidrag inn i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. De omtaler seks roller hos sykepleieren: Vurdering, koordinering og kommunikasjon, teknisk og fysisk pleie, integrering av terapi og videreføring, følelsesmessig støtte og involvering av familie.

Sayah, Szafran, Robertson, Bell og Williams (2014) analyserer sykepleieres rolle i den canadiske primærhelsetjenesten og hvilke faktorer som påvirker arbeidet, sett ut i fra sykepleieres perspektiv. Fokuset er primærhelsenettverk. Ni roller identifiseres for sykepleierne i det tverrfaglige teamet. Disse er koordinering av pasientbehandlingen, vurdering og identifisering av pasientens behov, pasientopplæring, å være pasientens advokat, være primærkontakt for pasienten, navigere innen klinikken og primærhelsenettverket, koordinere pleien blant medlemmene av teamet, ledelse i det tverrfaglige teamet, tilrettelegge for kommunikasjon mellom teammedlemmene.

Ruud og Heggdal (2013) sin kvalitative studie har til hensikt å bidra til klargjøring av sykepleierfunksjon i rehabilitering i sykehjem. Sykepleierne opplever å ha fire

hovedfunksjoner. Først en i varetaker-funksjon med ansvar for helheten. Sykepleierne tar ansvar for helheten i rehabiliteringen, koordinerer og prøver å skape en trygg, forutsigbar rehabiliteringsprosess for pasienten. Den neste er den relasjonelle funksjonen, som innebærer en balansegang mellom det å være faglig og hverdagslig. Sykepleieren skal være en fagperson og samtidig skape tillit og trivsel for pasienten. Neste er tilretteleggerfunksjonen for brukermedvirkning. Pasienten må delta aktivt i egen rehabiliteringsprosess. Til slutt ble det identifisert en knutepunktfunksjon i det tverrfaglige teamet. Sykepleierne opplever at de ulike sykepleierfunksjonene utfyller hverandre, samtidig som knutepunktfunksjonen blir fremhevet som en egen fagspesifikk funksjon i rehabiliteringen. Funksjonen handler om at sykepleier må være oppdatert når det gjelder pasientens situasjon og hva de andre faggruppene arbeider med, slik at en kan sette sammen en pakke for pasienten.

Dreyer et al. (2016) sin kvalitative studie har til hensikt å beskrive erfaringer knyttet til roller og funksjoner hos sykepleiere ved rehabilitering av hjerneslagpasienter innlagt i sykehus. Utvalget i denne studien er kun sykepleiere. Studien viser at sykepleierne ser på seg selv som den som er nærmest pasienten og sier noe om hvordan de tar hånd om viktige funksjoner og behov hos pasientene. De ser også på det som viktig å bli kjent med pasienten og hvem han eller hun er. Sykepleierne mener at pasientens behov for sykepleie og grunnleggende behov er en kjerneverdi i rehabilitering. Sykepleierne inkluderer pårørende og ser på dem som en ressurs i rehabiliteringen.

Sayah et al. (2014) sin studie viser at sykepleierne peker på flere punkter som er essensielle for effektivt samarbeid. Disse er blant annet gjensidig respekt og tillit blant teammedlemmene, ønske om å jobbe sammen, mottakelighet av sykepleieren blant teammedlemmene, kommunikasjon og godt samarbeid. Uklare roller kan påvirke samarbeidet og sykepleiers funksjon i teamet. Hart (2015) sin studie viser at det er forskjell på hvordan andre yrkesgrupper beskriver rollen og statusen til sykepleierne, og hvordan sykepleierne selv oppfatter sin posisjon. Andre yrkesgrupper uttrykker at sykepleierne kan føle at de ikke blir hørt i like stor grad som andre yrkesgrupper. Andre yrkesgrupper har en mening om at sykepleierne har en mektig posisjon, som de ikke alltid bruker. Sykepleierne føler på mangel av anerkjennelse for eget komplekst arbeid. De føler seg ikke alltid respektert og til tider nederst på rangstigen. Ifølge Dreyer et al. (2016) er det viktig at partene i teamet anerkjenner hverandres arbeid. Sykepleierne ser på seg selv som koordinatorene og at de er pasientens stemme inn i det tverrfaglige teamet. Når samarbeidet fungerer godt beskriver sykepleierne at alle snakker sammen, oppdaterer hverandre og utveksler ideer. Sykepleierne i

studien etterspør anerkjennelse knyttet til egen rolle og funksjon inn i det tverrfaglige teamet. Long et al. (2002) sier sykepleieren har behov for å bli anerkjent og anerkjenne seg selv, verdsette og føle seg trygge på eget bidrag i rehabiliteringen. Andre i det tverrfaglige teamet må se potensialet i sykepleierrollen, slik at sykepleieren får utnyttet sitt fulle potensial. Sykepleierne ser på terapeutene som eksperter innen rehabilitering. Noen sykepleiere klarer ikke å se hvordan de skal passe inn i rehabiliteringen.

Det er ønskelig å se på egen studies relevans i forhold til studiene nevnt over. Studiene viser at sykepleie et komplekst fag hvor en opplever å ha mange ulike roller og funksjoner. Dette viser seg spesielt i tverrfaglig arbeid, og arbeid med rehabilitering. Ambulante tverrfaglige team er ikke noe nytt. Det nye, er den funksjonen som skal fylles knyttet til dokumenterte utfordringer etter innføringen av SHR. Denne studien vil få rede på sykepleieres erfaringer i tverrfaglige team, etablert i Norge, etter innføringen av SHR.

3. Teoretisk rammeverk

3.1 Rolle

3.1.1 Rolleteori

Flovik, Normann og Mølsted (2008) beskriver sykepleieres rolle som godt etablert i samfunnet. Sykepleiere har en særegen funksjon i det å fremme helse, hjelpe personer med sviktende helse og sykdom, og ta hånd om pasientens grunnleggende behov. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004), ”kan en rolle løst defineres som det sett av forventninger som er knyttet til en bestemt stilling eller funksjon (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 66)”. Forventningene kan komme fra en selv eller andre og er knyttet til opptreden rundt pasienter, pårørende og kollegaer. Normer og forventninger henger sammen, men forventninger må vare over tid før de kan kalles en norm. En norm kan si noe om hva vi forventer av oppførsel og er en slags uskrevet regel. En forventning til en sykepleierrolle kan omfatte en betingelse om kunnskap og at denne kunnskapen skal vise seg ute i det praktiske arbeidet. Ødegård (2016) beskriver at profesjonelle som arbeider sammen har forventninger til hverandre. Hvis rollene er uavklarte kan det føre til at flere i samarbeidet jobber med like oppgaver. Det kan skape konflikter hvor en ønsker å beholde eller slippe oppgaver.

3.1.2 Profesjon og anerkjennelse

Ifølge Molander og Terum (2008) er en profesjon en organisering av arbeid etter forskjellige yrker. Det vil si at personer med en type utdanning har rett til å utføre spesielle arbeidsoppgaver. Retten til å utføre disse oppgavene er bygget på anerkjennelse av betydningen av oppgavene inn i samfunnet. Yrkesgruppene tar seg av oppgaver ved hjelp av sin kompetanse. Sykepleiere får i tillegg autorisasjon når de er ferdigutdannet.

Det er viktig med anerkjennelse for å opprettholde egen oppfatning av rollen en innehar (Lauvås & Lauvås, 2004). Ifølge Honneth (2008) er anerkjennelse et overordnet behov hos mennesker. Anerkjennelse må være gjensidig. Man må bli sett som menneske man er, men også å se andre mennesker som de er. Når en utøver sin profesjon er man en del av et fellesskap i sitt arbeid. I arbeidssammenheng beskrives solidaritet som en type anerkjennelse. Det handler blant annet om at mennesker må verdsette hverandre og vise tillit seg imellom. I fellesskap må vi som mennesker respektere individuelle særtrekk hos andre. Enkeltpersoner

må anerkjennes ved at de sees på som personer med evner og verdi i fellesskapet. Vi er med på å bestemme hvilke verdier, mål, ferdigheter og prestasjoner som bør verdsettes og hva som er målet og verdiene i samfunnet. Anerkjennelse skal være bygget på en tanke om at mennesker er uerstattelige og bidrar til en samfunnsmessig helhet. En må få følelsen av at det en presterer er viktig. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) kan anerkjennelse styrkes av kollegaer. Rolleidentiteten kan stå i fare om kollegaers oppfatninger av rollen er veldig annerledes fra egen oppfattelse. Dette grunnet manglende bekreftelse på egen rolle. En måte å redde rolleidentiteten på, er å ha kontakt med andre personer med lik yrkesbakgrunn. Ved å ha samme yrkesbakgrunn, vil en kanskje dele samme syn på rollen.

Ifølge Honneth (2008) står krenkelser i sammenheng med anerkjennelse på den måten at det er negativt. Krenkelser vil i denne studien forstås som underkjennelse. Honneth (2008) sier forventningen til anerkjennelsen er forskjellig etter hvilke relasjoner det gjelder. Samfunnets normer gir oss forventninger om anerkjennelse. Hvis ikke forventningene innfris, kan en kjenne seg krenket i ulik grad. En krenkelse vil ha negativ effekt på oss og vår integritet. Vi er avhengig av andres anerkjennelse for å få et godt forhold til oss selv. Krenkelsene kan derfor føre til at vi ikke handler på måten vi bør, innenfor faget vårt for eksempel.

3.1.3 Avansert klinisk sykepleie (AKS)

I statsbudsjettet for 2015 er det satt av midler til klinisk utdanning på masternivå for sykepleiere i kommunene. Det henger sammen med sentrale trekk ved SHR (Helsedirektoratet, 2017b; Orvik, 2015). Helse- og omsorgsdepartementet (2015) legger vekt på en "nurse practitioner"-modell rettet mot oppgaver i kommunene. Helsepersonell med breddekunnskaper på høyt nivå kan bidra til at brukere med sammensatte behov opplever trygghet i bruken av kommunale tjenester. Ifølge studieplanen for master i avansert klinisk sykepleie vil det være nødvendig å kvalifisere sykepleiere til å arbeide i tråd med politiske føringer om sammenhengende pasientforløp. Avansert klinisk sykepleier må være i stand til å initiere tidlig innsats og ha en forebyggende og behandlende funksjon i kommunehelsetjenesten (Lovisenberg diakonale høyskole, 2015). Helsedirektoratet (2017b) foreslår master i allmennsykepleie. Flere slike sykepleiere arbeider i hjemmebaserte tjenester. Fokuset er oppfølging av hjemmeboende utskrevet fra sykehus, som fortsatt har uavklarte og store behov for sykepleie og rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) foreslår for eksempel en ordning med primærhelseteam i kommunene hvor det er ønskelig med sykepleiere med avansert klinisk kompetanse. Ifølge Helsedirektoratet (2017b) vil AKS i

primærhelseteam arbeide sammen med fastlegen med pasienter på fastlegens lister. Sykepleieren skal fokusere på pasienter med størst behov for kontinuitet og regelmessig oppfølging.

3.2 Kompetanse

”Kompetanse er ikke noe en har – det er noe en viser i konkrete og virkelige situasjoner” (Fagermoen, 1998, s. 9). Sykepleiere har behov for teoretisk, praktisk og etisk kunnskap, i tillegg til erfaringskunnskap. Kompetanse handler om evnene til å foreta seg noe (Flovik et al., 2008). Ifølge Orvik (2015) vil kompetanse oppstå når egne kunnskaper og erfaringer deles med andre. Sykepleiere må ha både klinisk og organisatorisk kompetanse. Den kliniske er selvsagt, mens den organisatoriske består av organisatorisk innsikt, politikk, å ha et bevisst forhold til ressurser, koordinering, sikring av pasientforløp og evne til tverrprofesjonelt arbeid. Det vil si at sykepleierne med dette vil inneha en bred kompetanse og helhetlig yrkesrolle.

I henhold til fagplanen i bachelorutdanningen for sykepleiere illustreres sluttkompetansen ved hjelp av læringsutbytte. Læringsutbyttet er delt i tre og beskriver hva denne sluttkompetansen skal inneholde:

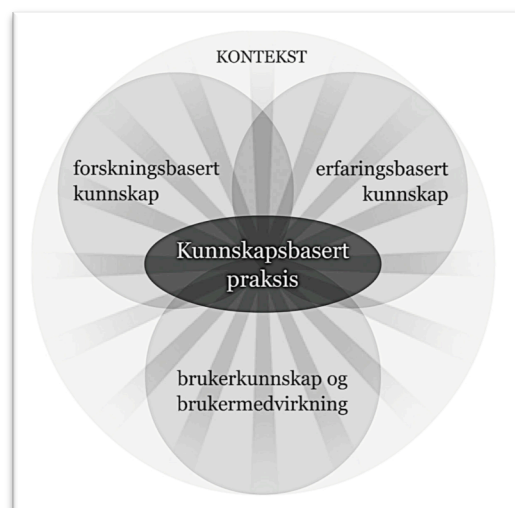
- Kunnskaper
- Ferdigheter
- Generell kompetanse (Lovisenberg diakonale høgskole, 2018)

Internasjonalt er det anbefalt en slik type inndeling av læringsutbytte for alle typer av utdanning. Kunnskap bygger på en forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper og prosedyrer innenfor fag og yrker. Ferdigheter er evnen til å anvende kunnskap i problemløsning og oppgaver. Generell kompetanse vil si evnen til å kunne anvende kunnskap og ferdigheter selvstendig, ved å vise evne til samarbeid, ansvarlighet, refleksjon og kritisk tenkning (Kunnskapsdepartementet, 2011). Bachelorutdanningen i sykepleie har egne beskrivelser av læringsutbytte. Under kunnskaper ligger en forventning om kunnskap i sykepleievitenskap, medisin, natur- og samfunnsvitenskap. Videre sykepleiens historie, tradisjon, forskning og utvikling, kunnskap om velferdsstaten og rammer for sykepleieutøvelse.

Ferdigheter skal utøves på bakgrunn av forskning og omhandler ivaretagelse av grunnleggende behov hos pasienten. Det er krav om observasjon- og vurderingsevne, planlegging, tiltak og dokumentasjon. Sykepleier skal arbeide helsefremmende og forebyggende, og være i stand til å informere og veilede pasienter og pårørende. Fagutvikling står sentralt i arbeid med blant annet pasientsikkerhet. Sykepleier skal utføre prosedyrer, bruke verktøy og kommunisere. Tverrprofesjonell samhandling er et viktig aspekt i arbeid med helhetlige pasientforløp.

Sykepleieren skal ha en generell kompetanse. Det handler om kravet om å forholde seg til lover, regler og ha bevissthet om etiske problemstillinger. Generell kompetanse er også ansvaret knyttet til pasienter, pårørende og brukermedvirkning. Sykepleieren skal jobbe kunnskapsbasert og utvikle kvalitet i faget (Kunnskapsdepartementet, 2008; Lovisenberg diakonale høgskole, 2018).

Bachelor og master gir forskjellig sluttkompetanse. I henhold til læringsutbytte for bachelor i sykepleie er det eksempelvis beskrevet at sykepleierne har relevante kunnskaper innenfor forskjellige områder, de utøver sykepleie og ivaretar pasientene (Lovisenberg diakonale høgskole, 2018). Studieplanen for master i avansert klinisk sykepleie beskriver kompetanse på høyere nivå ved at sykepleier har inngående og avansert kunnskap, er selvstendig og har en analytisk tilnærming til praksis. I tillegg skal AKS videreutvikle og fremme kunnskapsbasert praksis (Lovisenberg diakonale høgskole, 2015). Kunnskapsbasert praksis innebærer at sykepleiere bruker ulike kilder til kunnskap i praktisk arbeid.



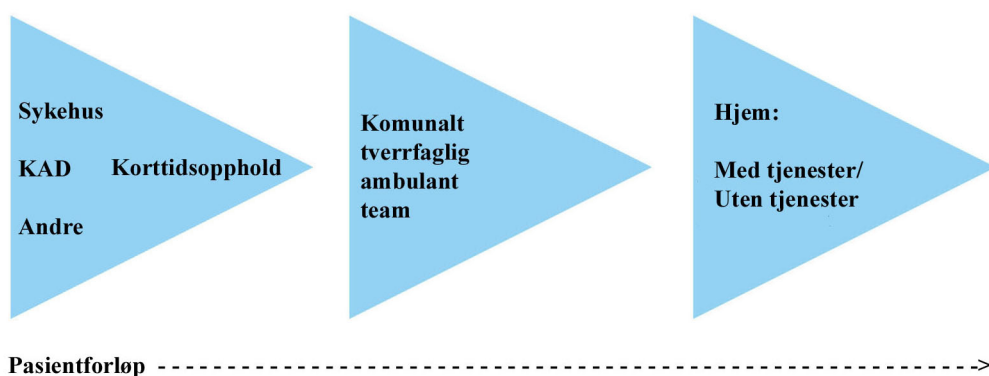
Figur 3.1: Modell for kunnskapsbasert praksis.

Modellen over viser at i en kunnskapsbasert sykepleie, må sykepleiere benytte seg av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning for å gjøre en god jobb. I tillegg påvirker konteksten det praktiske arbeidet (Flovik et al., 2008; Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen på Vestlandet & Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet, 2018).

3.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid bygger på samarbeid mellom ulike faggrupper. Beslutninger tas sammen av faggruppene og forutsetter kommunikasjon dem imellom. Samarbeidet skal inkludere pasient og i noen tilfeller pårørende. Det skal identifiseres behov hos den enkelte pasient for å blant annet sikre felles mål og forståelse. En må planlegge tiltak sammen, gjennomføre og evaluere dem. Det tverrfaglige samarbeidet skal være strukturert og teamet må bestå av flere personer med ulik yrkesbakgrunn. Hver person har ansvar for sitt fag og må være trygg i sin rolle som fagperson (Helsedirektoratet, 2018). Tverrfaglighet er nødvendig i dagens samfunn. Kunnskaper er ofte så spesialiserte at det vil være vanskelig å få til en helhet uten denne typen samarbeid. Ved å hente inn forskjellige fagområder for å løse et problem, vil problemet bli belyst på en helt annen måte, enn hvis det kun var ett fagområde som arbeidet med det. Formålet med tverrfaglig samarbeid vil være å sikre at faglig kompetanse utnyttes til det fulle. I tillegg vil det være å finne et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagene til de ulike yrkesgruppene og øke kunnskaper seg imellom (Lauvås & Lauvås, 2004).

3.3.1 Det kommunale tverrfaglige ambulante teamet



Figur 3.2: Det kommunale tverrfaglige ambulante teamets plass i pasientforløpet

Ifølge Fjørtoft (2016) har flere kommuner startet opp innsatsteam og rehabiliteringsteam. Det er i hovedsak gjort for å få til styrket innsats hos pasienter i perioder hvor de har behov for det. Det har vært utfordrende å finne tydelige offentlige retningslinjer for ambulante tverrfaglige team i kommunene. Teamene har ulike navn og ulik sammensetning av helsepersonell. For å finne ut hva de har til felles, er det gjort søk på hjemmesidene til et utvalg av teamene. Felles for teamene er at de jobber tverrfaglig og består av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. De jobber med pasienter som overføres fra sykehus og andre helseinstitusjoner til hjemmet. Felles for pasientgruppen er at de nylig har hatt større endringer i funksjonsnivå og helsesituasjon. Teamene kartlegger pasientens helsestatus og funksjon. De legger en plan sammen med pasientene slik at de kan gjenvinne funksjon og oppnå mestring. Tjenesten er tidsavgrenset og ved avslutning vurderes behovet for kommunale tjenester for pasientene (Eidsvoll kommune, 2016; Trondheim kommune, 2018; Ås kommune, 2018). Ranheim, Flottorp, Austvoll-Dahlgren og Johansen (2010) viser til hvilke effekter tverrfaglige ambulante tjenester har for pasienter med kroniske sykdommer. Her nevnes et spesialsykehus for rehabilitering med ambulant virksomhet som arbeider med hjerneskadde. Fokuset har vært tidlige tiltak i forbindelse med rehabilitering, for å øke funksjonsnivå og oppnå mestring. Dette har vist seg å være betydningsfullt for livskvalitet. I tillegg ble overgangene mellom tjenestene bedre. Det ga økte gevinster både for pasienter og pårørende, samt samfunnsøkonomiske gevinster.

3.4 Rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. (Helsedirektoratet, 2017a, s. 12).

3.4.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering arbeider med menneskers hverdagsliv. Med hverdagsliv menes livet vi lever hjemme og i nærmiljøet. Personer med behov for hverdagsrehabilitering har til felles at de ikke lenger mestrer eller har utfordringer rundt det å mestre aktivitetene hjemme eller i nærmiljøet. I hverdagsrehabilitering er det pasienten som oppgir hvilke aktiviteter som er viktige for dem. Hverdagsrehabilitering bygger på en tanke om at mennesker har behov for

meningsfulle aktiviteter i livet. Det er viktig å gjøre en tidlig innsats for å begrense følger av sykdom og forebygge forverring av tilstander (Tuntland & Ness, 2014).

3.4.2 Mestring

Mestringsbegrepet i rehabilitering og hverdagsrehabilitering kan sees i lys av salutogenese. Antonovsky (2012) beskriver begrepet salutogenese. Begrepet bryter med patologien ved at det fokuserer på hva som fremmer helse og gir mennesker opplevelse av mestring. Patologien legger i motsetning større vekt på hva som forårsaker sykdom. Ved en salutogen tilnærming er fokuset rettet mot muligheter og ikke problemer. Begrepet "sense of coherence" av Antonovsky blir brukt her, på norsk oversatt til opplevelsen av sammenheng (Langeland, 2012). Ifølge Antonovsky (2012) vil mennesker som opplever sammenheng i livet takle belastninger, stress og uventede forhold bedre enn de som ikke opplever sammenheng i like stor grad. Kjerneelementene i opplevelsen av sammenheng bygger på at enkeltmenneske må ha tro på at situasjonen er *begripelig, meningsfull og håndterbar*. En sterk opplevelse av sammenheng i livet innebærer at man forstår, finner mening og har nødvendige ressurser til å håndtere situasjonen man er i. En person kan havne i en vanskelig situasjon, men kan samtidig oppleve den som begripelig, meningsfull og håndterbar. Det å oppleve sammenheng i livet, vil etter større sannsynlighet gjøre personen rustet til å kunne velge en aktiv tilnærming til situasjonen. Disse personene møter situasjonen med problemorientert mestring. Personer som ikke opplever sammenheng i livet kan lettere gi opp. Opplevelsen av sammenheng bygger blant annet på personers livserfaring.

Det er viktig at helsearbeidere tilrettelegger i situasjoner for å understøtte og styrke opplevelsen av sammenheng. En må arbeide for at pasientens situasjon er begripelig. Vi må for eksempel besvare spørsmål og forklare hva som skjer. Situasjonen må være preget av å være meningsfull. Pasienten må motiveres til å gjøre en innsats. Det er viktig å være klar over at det som motiverer er forskjellig fra menneske til menneske. Til slutt må situasjonen være håndterlig. Pasienten må kunne påvirke situasjonen som bør være preget av brukermedvirkning. Hjelpen skal være forutsigbar og det bør legges realistiske forventninger (Antonovsky, 2012). Pasienter må sees på som eksperter på seg selv og sin situasjon. En må få forståelse av pasientens situasjon og akseptere den. I samtaler med pasienten kan en finne håndterbare og passende utfordringer. Det å være en aktiv deltaker vil gi grunnlag for motivasjon slik at opplevelsen av sammenheng kan styrkes (Langeland, 2012).

I sammenheng med mestring er det naturlig å forklare begrepene empowerment og brukermedvirkning.

Empowerment kan oversettes med myndiggjøring eller ”å gjøre sterk”. Dette er en ressursfokusert tilnærming som vektlegger å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Tjenestene må bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at pasient og bruker kan nå sitt potensial. (Helsedirektoratet, 2017a, s. 18).

Brukermedvirkning er pasientens rett til å medvirke når han eller hun mottar helse- og omsorgstjenester. Denne typen medvirkning må tilpasses den enkelte. Pasientens tjeneste skal i stor grad formes av han eller hennes meninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

4. Metode

4.1 Kvalitativt design og metode

Designet er planen for hvordan prosjektet utføres, hva studien skal fokusere på, hvem som kan stille som informanter, hvor og hvordan studien skal utføres (Thagaard, 2013). Det kvalitative designet er fleksibelt og kan justeres underveis når en får ny informasjon ved innsamling av data (Polit & Beck, 2017). I forbindelse med studien ble det levert en prosjektplan. Ved at designet er fleksibelt har det vært mulig å endre planene underveis. Det er for eksempel fjernet et forskningsspørsmål fra den opprinnelige planen.

Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer av egen rolle, og erfaringer knyttet til utfordringer og muligheter i det kommunale tverrfaglige ambulante teamet. Det er ønskelig å få kunnskap om erfaringer, og forskningsspørsmålene i studien blir derfor belyst ved hjelp av kvalitativ metode. Kvalitative metoder går i dybden og et mål er å få forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013). Metoden kan gi innsikt i hvorfor mennesker gjør som de gjør. En kan få kunnskap om erfaringer, forventninger, opplevelser, tanker og holdninger. Samhandling og utvikling er egnet som forskningsområder. Målet med kvalitativ forskning vil være å oppnå en forståelse og ikke nødvendigvis få forklaringer (Malterud, 2013). Det er ønskelig å se verden fra intervjupersonenes side. Den kvalitative metoden i studien baserer seg på individuelle intervjuer. I følge Thagaard (2013) vil en ved hjelp av intervjuer få mye data om hvordan intervjupersonene opplever egen livssituasjon og hvilke perspektiver de har på temaer det er ønskelig å ta opp. På bakgrunn av det som er nevnt over er det hensiktsmessig å velge en kvalitativ metode for å belyse de to forskningsspørsmålene i studien. Metoden egner seg til studier av temaer hvor det er gjort lite forskning fra før. Det kan være med på å åpne for forskning på det aktuelle feltet og sette nye spørsmål på dagsorden (Malterud, 2013; Thagaard, 2013).

4.2 Beskrivelse av forskningsfeltet

Forskningsfeltet i studien er kommunale tverrfaglige ambulante team. Teamene arbeider med pasienter i egne hjem. Alle teamene i studien består minst av en sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Teamene varierer noe i størrelse når det gjelder antall ansatte og noen har ansatt

flere av hver yrkesgruppe. Enkelte team har i tillegg flere andre yrkesgrupper som hjelpepleiere og saksbehandlere.

4.3 Rekruttering og utvalg

Utvalget i studien består av sykepleiere fra kommunale tverrfaglige ambulante team. Det ble satt tre kriterier for deltakelse i prosjektet:

- Utdannet sykepleier.
- Arbeider i et kommunalt tverrfaglig ambulant team.
- Ønskelig med ett års erfaring fra teamet.

I kvalitative studier må en finne et utvalg som kan gi et rikt og tilstrekkelig materiale om det som forskes på (Malterud, 2013). Studien er basert på et strategisk utvalg. Det vil si at informanter velges ut i fra de egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske for å belyse forskningsspørsmålene (Malterud, 2013; Thagaard, 2013). Informantene ble rekruttert fra ulike kommunale tverrfaglige ambulante team i små og store kommuner. Det ble gjort søk på internett i forkant, for å få innsikt i hvilke kommuner som hadde slike team. Jeg visste at det eksisterte flere team ettersom jeg jobber i et slikt team selv. I følge Malterud (2013) er det nødvendig med erfaring fra feltet for å kunne samle inn data fra relevante kilder.

Det ble sendt ut forespørsler om tilgang til forskningsfeltet (vedlegg 1) til aktuelle kommuner og team. Det ble sendt forespørsler til åtte kommuner eller bydeler, hvor syv svarte. Jeg fikk kontaktinformasjon til aktuelle informanter som alle havnet innenfor kriteriene for deltakelse i studien. Deltakerne ble kontaktet per mail med beskrivelse av studien og vedlagt samtykkeskjema. På bakgrunn av masteroppgavens omfang og egen erfaring, hadde jeg bestemt meg for å inkludere minst seks sykepleiere i studien. Jeg fikk raskt 6 informanter, men to trakk seg. Jeg måtte ta kontakt med nye kommuner og nye team underveis i prosessen for å få nok materiale. Det endelige utvalget ble derfor seks sykepleiere fra seks ulike kommunale tverrfaglige ambulante team. Det at informantene arbeider i seks ulike team, har bakgrunn i at det i flere team kun er ansatt en sykepleier. Det at sykepleierne jobber i ulike team kan gi en bredde i datamaterialet. I følge Malterud (2013) kan et homogent materiale vanskeliggjøre det å få frem nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål.

Malterud, Siersma og Guassora (2015) snakker om hva som er et adekvat antall informanter i en kvalitativ studie og bruker begrepet informasjonsmakt. Informasjonsmakt er relatert til om informantene i en studie har spesifikk erfaring, kunnskap eller egenskaper som er nødvendig for å delta i studien. Et mindre omfattende utvalg er nødvendig når informantene i en studie

har de spesifikke egenskaper som er nødvendige for formålet med studien. I denne studien er alle informantene innfor de kriteriene som ble satt for deltakelse i studien, og en kan derfor tenke seg at informantene har vært med på å gi omfattende informasjon på feltet.

4.4 Datainnsamling

Dataene i studien er samlet inn ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer. Med semistrukturert menes det at en har noen forhåndsbestemte temaer det er ønskelig å belyse gjennom intervjuene. Det er et mål med intervjuene (Malterud, 2013; Polit & Beck, 2017). Det utarbeides en intervjuguide (vedlegg 2) i forkant av intervjuene. Denne kan gi en påminnelse om hva som er viktig å snakke om i intervjusituasjonen (Malterud, 2013). Intervjuguiden i studien bestod av flere hovedspørsmål. Under disse var det laget forslag til flere oppfølgingsspørsmål. Hovedspørsmålene skal være grunnlaget i intervjuguiden og temaene er hentet ut fra forskningsspørsmålene. Oppfølgingsspørsmål skal være med for å få flere detaljer til temaene som tas opp (Thagaard, 2013). Ved at intervjuguiden er semistrukturert, er den både ledende og fleksibel, noe som krever en viss erfaring som intervjuer. Intervjuguiden opplevdes som nyttig og var til hjelp for å slippe bekymringer rundt det å miste tråden i samtalen. Jeg har lite erfaring med intervju fra før og opplevde derfor at jeg fulgte intervjuguiden noe slavisk under pilotintervjuet. Det førte til en mindre oppmerksomhet mot hva informanten snakket om og endte med avbrytelser av informanten ved et par anledninger. Konsekvensen av det kan være å miste interessante data og ikke klare å stille tilstrekkelig med oppfølgingsspørsmål.

En kan ikke vite hvordan intervjuguiden og spørsmålene vil fungere før en starter med intervjuer. Det ble utført et intervju med en kollega før pilotintervju og oppstart av intervjuer med reelle informanter. I etterkant av intervjuet med min kollega ble noen av spørsmålene korrigert for at de skulle bli enklere å forstå. Deretter ble det utført et pilotintervju. Ingen av spørsmålene i intervjuguiden ble endret etter pilotintervjuet. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuer med digital opptaker og lydfilene ble lagt over på minnepenn. Det var nyttig å høre på opptaket i etterkant. Ved å høre seg selv, kunne en gjøre endringer i egen måte å opptre på i neste intervju. For eksempel unngå og avbryte informanten og avslutte setninger med egne antakelser. Pilotintervjuet ga rikelig med data og er inkludert i analysen.

Intervjuene i studien foregikk ved informantenes arbeidsplasser. De valgte tidspunkt for intervjuet, slik at de skulle få mulighet til å sette av nødvendig tid. Intervjuenes varighet var på 20-50 minutter. Det bør presiseres at kun ett intervju var av 20 minutters varighet.

Intervjuene ble utført over en periode på ca. to måneder og transkriberingen ble gjort fortløpende mellom hvert intervju. Jeg lyttet gjennom alle filer og skrev ned hvert ord som ble sagt i intervjuene. Gjentatt gjennomgang av intervjuer er første steg i Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse. En transkripsjon gir kun et indirekte bilde av virkeligheten. Teksten må være lojal til informantenes meninger og erfaringer i intervjuene. Talespråket er mer oppstykket enn skriftspråk og non-verbal kommunikasjon mellom intervjuer og informant vil ikke komme til syne på lydfilen (Malterud, 2013). I transkripsjonene ble det lagt til beskrivelser som latter og lange pauser. Jeg opplevde at teksten var preget av ufullstendige setninger og fyllord som gjorde det hele oppstykket. I samråd med veileder valgte jeg å renskrive teksten om til et mer skriftlig språk, etter første gjennomlesning.

4.5 Analyse

Analysen av datamaterialet i studien er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sine beskrivelser av kvalitativ innholdsanalyse i sykepleieforskning.

Et sentralt trekk ved innholdsanalyse er at det er et redskap til å kondensere store mengder ord og tekst til mindre kategorier (Polit & Beck, 2017). Det er viktig å presisere at jeg under hele analysen har hatt forskningsspørsmålene foran meg, for å påse at funnene er relatert til disse. Jeg har gjort en hermeneutisk analyse av datamaterialet. Hermeneutikk bygger på prinsipper om en kontinuerlig prosess hvor en går frem og tilbake mellom deler av materialet og helheten av det, slik beskrivelsen av analysemetoden viser. Teksten fortolkes i deler og delene settes sammen med helheten igjen. Dette kalles den *hermeneutiske sirkel* og kan være med på å gi en dypere forståelse av mening i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2017; Thagaard, 2013). En vil først se teksten som en helhet. Deretter kondenseres den til mindre deler og til slutt til sub-temaer og temaer. Teksten gjøres hel igjen når resultatene skrives.

Graneheim og Lundman (2004) sier en kvalitativ innholdsanalyse skiller på manifest og latent innhold. Manifest vil si det åpenbare innholdet, altså det teksten sier. Det latente eller skjulte innholdet vil være det teksten snakker om, og er en tolkning av den underliggende meningen.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er første steg i analysen å lese gjennom all tekst fra intervjuene flere ganger, for å få et helhetlig inntrykk av materialet. Det ble gjort både før og etter at teksten var renskrevet.

Andre steg i analysen er å dele opp teksten og finne *meningsbærende enheter*. Det vil si ord, setninger eller uttalelser som har lik mening og er relatert til hverandre gjennom innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg laget derfor en tabell hvor jeg satte inn all renskrevet tekst fra intervjuene. Ved å lese gjennom teksten flere ganger fant jeg mange meningsbærende enheter som jeg markerte i tabellen. De meningsbærende enhetene var av ulik størrelse, dvs. alt fra enkeltord til flere setninger.

Det tredje steget i analysen er å *kondensere de meningsbærende enhetene* til en kortere beskrivelse som ligger tett opptil den opprinnelige teksten. Det vil si det manifeste eller åpenbare innholdet. Dette steget handler om å redusere mengden tekst, men fortsatt beholde det opprinnelige innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Det ble gjort med alle meningsbærende enheter og skrevet inn i neste rute i tabellen. Det var viktig å gå frem og tilbake mellom opprinnelig tekst og kondensert tekst, slik at den opprinnelige meningen til informantene ble beholdt inn i denne delen av analysen.

Det fjerde steget i analysen er å *kondensere de meningsbærende enhetene til en tolkning av den underliggende meningen*. Det vil si det latente eller skjulte innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). I denne delen av analysen ble teksten ytterligere forkortet og i denne ruten i tabellen ble det kun skrevet ett eller få ord. Her ble det brukt andre ord enn det informanten hadde uttrykt. Det ble gjort en tolkning av det som ble forstått som den underliggende meningen i det som ble sagt.

Femte steg i analysen er å sette opp *sub-temaer*. De kondenserte meningsbærende enhetene skal sees på i sin helhet og sammenfattes til sub-temaer. Flere sub-temaer sammen vil danne et *tema*. Temaene kan sees på som et uttrykk for det latente innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Ved å lese gjennom intervjuene og meningsbærende enheter flere ganger, dannet det seg forslag til temaer og sub-temaer. I første utkast fremkom fire temaer og 14 sub-temaer. Alt av tekst ble merket med forskjellige farger, slik at det ble tydelig hvilke meningsbærende enheter som hørte til under hvilke sub-temaer og temaer. Flere av temaene og sub-temaene gikk i hverandre og måtte derfor slås sammen. I samarbeid og diskusjon

med veileder ble det analysert frem to temaer og seks sub-temaer. Når alt var merket med farger og satt under rett tema og sub-tema, ble de meningsbærende enhetene kopiert over i egne dokumenter i forhold til hvilket sub-tema de tilhørte. Dette for å bedre oversikten over teksten og se om noe måtte flyttes på før resultatene ble skrevet. Det var viktig å gå tilbake til intervjueteksten for å se hvordan de meningsbærende enhetene hadde stått i forhold til denne. På den måten prøvde jeg å unngå å forandre på informantenes utsagn.

Renskrevet intervjuetekst	Kondensert meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet – En tolkning av den underliggende meningen.	Sub-tema	Tema
Også prøver vi så fort som mulig etter hjemkomst fra sykehus å ha et møte hjemme hos pasienten, gjerne med pårørende tilstede. Vi har en samtale, også setter man i gang masse tiltak.	Teamet møter pasienten så fort som mulig etter utskrivelse og setter i gang tiltak, gjerne med pårørende tilstede.	Rask kontakt Raskt i gang med tiltak.	Å være tidlig på	Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme
Oppgavene våre er stort sett det å ta imot pasienter. Enten fra sykehus eller rehabilitering. Det er liksom førsteprioritet. Hvis det kommer nye brukere derfra, så skal vi slippe andre arbeidsoppgaver og gjøre det.	Teamets viktigste oppgave er å ta imot pasienter fra institusjon. Det går foran andre oppgaver.	Raskt inne etter hjemkomst. Fleksibilitet		

Tabell 4.1: Eksempel fra tabell brukt i analysen av datamaterialet

4.6 Etiske vurderinger

I forkant av datainnsamling og kontakt med informanter ble studien meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Studien ble godkjent den 19.10.17 (vedlegg 3). NSD har som hovedoppgave å bidra til at institusjoner kan sørge for sine lovpålagte plikter når det kommer til internkontroll og kvalitetssikring av egen forskning (NSD, 2018).

Prosjektet ble gjennomført i tråd med opplysningen gitt i meldeskjemaet til NSD.

Personidentifiserbare opplysninger som samtykkeskjemaer, ble levert og låst inn i eget skap ved skolens bibliotek. Opptak ble gjort ved hjelp av digital opptaker og lydfiler ble lagt direkte over på passord-beskyttet minnepenn ulevert av Lovisenberg diakonale høgskole. Etter transkribering ble lydfilene slettet og det transkriberte materialet ble lagt over på samme minnepenn. Alle filer ble kryptert.

Det ble sendt ut forespørsel om tilgang til forskningsfeltet til ulike kommuner eller ledere (vedlegg 1). De aktuelle informantene fikk oversendt samtykkeskjema på mail i forkant av

intervjuene (vedlegg 4). Dette ble de bedt om å lese og skrive under på før intervjuene fant sted. Informanter har rett til å avbryte sin deltakelse når som helst, uten at det skal gi negative konsekvenser. Samtykket skal avgis uten ytre press og deltakerne skal være informert om hva deres deltakelse i prosjektet innebærer. All informasjon skal holdes konfidensielt og materialet skal anonymiseres (Thagaard, 2013). For eksempel er det unngått bruk av navn eller stedsnavn i transkriberinger. Informantene har fått et nummer hver som en, to, tre osv. Teamene har ikke blitt gjengitt ved navn, da de enkelt ville blitt gjenkjent. Teamene har fått det felles navnet kommunale tverrfaglige ambulante team.

4.7 Metodologiske betraktninger

4.7.1 Forforståelse

Under arbeidet med studien har det vært nødvendig å være bevisst min forforståelse. Ifølge Malterud (2013) er forforståelsen den erfaringen vi har med oss inn i prosjektet. Dette vil påvirke måten data blir samlet inn på og hvordan vi ser på datamaterialet. Forforståelsen er positiv ved at den som regel er motivasjonen til å forske på feltet. Samtidig kan den være begrensende i forhold til å lære noe nytt av materialet. Gadamer (2012) hevder forforståelsen er en forutsetning for å forstå og forholde seg til ulike deler av forskningsprosessen. Forskere vil ha et eget utgangspunkt med erfaringer og meninger som kvalifiserer til gjenkjenning, innsikt og det å unngå misforståelser. Erfaringer og innsikter kan også overskygge ny kunnskap som ligger skjult i datasamling og materiale. Ifølge Jakobsen (2012) kan dette kalles egen kulturell hjemmeblindhet. Forskere må forholde seg aktivt til denne potensielle blindheten for å kunne åpne for informantenes erfaringer. Jeg jobber i et slikt team selv, og har egne erfaringer og tanker om forskningsspørsmålene. Min forforståelse i forkant av prosjektet er at det fungerer godt med tverrfaglige ambulante team i kommunen. Jeg ser på det som et godt tiltak inn i pasientens forløp, for å sikre og trygge pasienten i overgangene fra institusjon til hjemmet. For ikke å påvirke funnene, har jeg prøvd å stille meg åpen til informantene under intervjuer og til datamaterialet i analysefasen.

4.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om undersøkelsens pålitelighet, resultatene i studien og om disse kan produseres på nytt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2017). Beskrivelsene i metodekapittelet er nødvendige for å styrke påliteligheten til studien. Ifølge Thagaard (2013)

må det gjøres rede for hvordan dataene i studien er utviklet gjennom hele forskningsprosessen. På den måten argumenteres det for relabilitet. Jeg ønsker å diskutere utvalget i studien. Ved at informantene arbeidet i forskjellige team, fikk jeg et rikt materialet. Det er positivt og kan gi større bredde i kunnskapen om hvordan teamene fungerer. Likevel ser jeg at funnene kunne blitt annerledes hvis jeg hadde intervjuet seks andre team. Det er ingen felles retningslinjer for hvordan teamene skal fungere. Per dags dato er det muligens slik at alle team arbeider litt forskjellig, selv om de fleste har likhetstrekk.

Det er positivt at jeg kjenner feltet jeg har undersøkt. Det var derfor viktig å unngå ledende spørsmål eller komme med egne antakelser under intervjuene. Egne antakelser kan påvirke informantenes svar. Ved å lytte til pilotintervjuet, hørte jeg at jeg hadde tendenser til å stille ledende spørsmål. I de andre intervjuene var jeg derfor nøye med måten jeg stilte spørsmål på. For eksempel ved å stille meg spørrende når jeg fortolket informantenes svar. Jeg kunne si: ”forstår jeg deg riktig når..?”. Jeg passet på å stille informantene alle hovedspørsmålene fra intervjuguiden for at de skulle få samme utgangspunktet. Informantene fikk spørsmålene i en rekkefølge som falt seg naturlig i samtalen.

4.7.3 Validitet

Begrepet validitet eller gyldighet, har to sider. Det første er intern validitet, som dreier seg om vi har undersøkt det som skulle undersøkes. I kvalitative studier vil det gjerne være høy intern validitet på grunn av utvalget. Utvalget skal velges ut i fra om de har kunnskaper om det som blir studert (Ellingsen & Drageset, 2008). I studien er utvalget hentet fra kommunale tverrfaglige ambulante team, noe som er redegjort for tidligere. Ifølge Thagaard (2013) er det viktig med gjennomsiktighet i kvalitative studier. Forsker må tydeliggjøre hvordan for eksempel analysen er utført. På den måten vises det hvordan en har gjort fortolkninger av datamaterialet. En måte å styrke validiteten, er å la en annen person gå gjennom analysen med et kritisk blikk. Det er derfor en kvalitetssikring at veileder har sett på analysearbeidet i studien, slik at ikke kun mitt syn preger analysen. For å få frem informantenes synspunkter, er det brukt sitater fra alle i resultatkapittelet.

Under validitet ligger begrepet *ekstern validitet*. Det handler om overførbarhet av funn i studien. Hvilke steder kan funnene i studien gjelde utover den konteksten som er undersøkt (Ellingsen & Drageset, 2008; Malterud, 2013). I studien er det tenkelig at resultatene kan

overføres til kontekster der det arbeides tverrfaglig. Studien er preget av sykepleieres synspunkter og det er naturlig at resultatene kan være gjeldende for sykepleiere som arbeider tverrfaglig. Det er selvfølgelig av interesse at studien vil bidra til ny kunnskap på feltet, og at funnene muligens vil åpne for interesse og ny forskning når det kommer til tverrfaglige ambulante team i kommunen.

5. Resultater

Etter analyse av det transkriberte datamaterialet har jeg kommet frem til to temaer og seks sub-temaer under disse. Se tabellen under.

Sub-tema	Tema
<ul style="list-style-type: none">- ”Å være på” som sykepleier i teamet- ”Å gjøre sykepleieroppgaver”- ”Å oppleve seg uerstattelig i teamet”	<ul style="list-style-type: none">- Forventninger til en selv og fra andre
<ul style="list-style-type: none">- ”Å være tidlig på”- ”Å utfylle hverandre”- ”Å veilede pasienter og kollegaer”	<ul style="list-style-type: none">- Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme

Tabell 5.1: Inndeling temaer og sub-temaer

5.1 Forventninger til en selv og fra andre

Temaet knyttes til sykepleierens rolle i det tverrfaglige ambulante teamet. Det er bygget opp av tre sub-temaer som vil presenteres under.

5.1.1 ”Å være på” som sykepleier i teamet

Flere av informantene i studien opplever at det forventes at de holder seg faglig oppdaterte, og spesielt nevnes kunnskaper om sykdom og medisiner. Forventningene kommer fra både kollegaer, andre samarbeidspartnere, pasienter og fra dem selv. Deltakerne beskriver at de selv tar initiativ til å holde seg faglig oppdaterte. Både ved å bli med på internundervisning i kommunen eller ved å ta videreutdanning. ”I forhold til rollen min som sykepleier i teamet, merker jeg at det å ta etterutdanning gjør at man får litt styrket rolle som sykepleier”.

Informantene beskriver deltakelse i fordelingsmøter av pasienter og kommunikasjon med sykehus før en utskrivelse. Det forventes at sykepleierne skal ha faglige kunnskaper, slik at de kan si noe om hvilke pasienter som kan ivaretas i hjemmet, og hvilke tiltak som bør iverksettes etter en utskrivelse. Kunnskapene som nevnes her er kunnskap om sykdom og behandling. Dette er kunnskaper de tenker og måtte inneha for å kunne kommunisere med andre samarbeidspartnere som sykehus og fastlege. Det blir nevnt at det har vært viktig å promotere seg selv og det tverrfaglige teamet utad i kommunen og til andre samarbeidspartnere. Flere sier teamet har blitt mer kjent utad og informantene forteller at de

har fått flere forespørsler og oppgaver fra blant annet fastleger og sykehus. Forespørslene knyttes til generell oppfølging av pasienter, men også konkrete oppgaver som oppfølging av blodprøver etter utskrivelse, fjerning av sting/agraffer og samarbeid om sår sammen med poliklinikker.

Det sies at det er en forventning om at en som sykepleier er aktiv og deltakende innad i teamet. Flere informanter opplever å få forespørsler fra kollegaer hvis disse har pasienter som har behov for sykepleie. ”Hvis det er en fysioterapeut som går til en pasient som ikke har hjemmesykepleie og fysioterapeuten er litt bekymret. Pasienten er kanskje blitt litt mer tungpustet i det siste. Da kan jeg gå å ta en undersøkelse av ham”. Informantene snakker om å bruke hverandres kunnskaper innad i teamet. På vurderingsbesøkene går de gjerne flere yrkesgrupper sammen og sykepleieren må gjøre egne observasjoner basert på eget fag.

Veldig mange av de vi får har jo for eksempel falt hjemme. Da blir det en naturlig fordeling. Jeg ser: Kan dette være medisiner han står på? Er det fordi han ikke har tatt medisiner? Har han tatt for mye eller er det noe som ikke passer sammen? Kan det være fordi han har gått mye ned i vekt? Altså de tingene. Mens fysioterapeuten ser på den fysiske funksjonen. Kan det være årsaken? Ergoterapeuten ser: Er det noen hjelpemidler vi kan bruke for å forhindre fall her eller en annen måte å bevege seg på? Vi ser på samme pasienten, men fra litt ulike vinkler. Det er egentlig ganske nyttig.

Informantene opplever at det blir en flyt i arbeidet, og det oppleves nyttig å være ulike yrkesgrupper tilstede i vurderingssituasjoner.

5.1.2 ”Å gjøre sykepleieroppgaver”

Noen av informantene opplever det som utfordrende å svare på hvilke særegne ansvarsområder de har som sykepleiere i det tverrfaglige teamet. Dette er blant annet knyttet til at noen tenker at ledelsen ikke ønsker at de skal ha særegne ansvarsområder, men at de helst skal utføre oppgaver på tvers av yrkesgruppene. Andre opplever at det er lite prosedyrer og at det er enklere å finne sin sykepleierrolle ved andre arbeidsplasser. Det blir nevnt at sykepleierrollen oppleves å bli borte. En av sykepleierne snakker om sin rolle:

Før jobba jeg i hjemmesykepleien og da var det ganske greit. Da fikk du 10 pasienter du skulle innom med forskjellige ting og prosedyrer. Det er ikke på den måten nå. Det er ikke sånn typisk, i hvert fall ikke hos oss, sånn typiske stell og pleieoppgaver. Det er ikke den type oppfølging, med medisiner og sånn. Det er liksom litt vanskelig å finne ut hva det egentlig er sykepleieren i team skal gjøre.

Informantene i studien oppgir oppgaver knyttet til medisiner som sitt ansvarsområdet som sykepleier i det tverrfaglige teamet. Grunnen til dette er blant annet at sykepleieren er den eneste som har lov til å administrere medisiner. Andre årsaker som blir beskrevet er at sykepleieren har mer kunnskap om medisiner og kan derfor informere og veilede pasienter om dette. Medisiner knyttet til smertelindring oppgis av flere som en arbeidsoppgave for sykepleieren. Videre blir sår og ernæring nevnt av flere.

Det er dette med medisiner. Hvilken medisiner de står på, hvordan de administrerer medisiner, om de trenger hjelp til å administrere dem og hvilken type hjelp. Også dette med ernæring, kunne kartlegge om de har en vektnedgang. Det er det veldig mange som har hatt når de kommer hjem fra sykehus. De fleste har vektnedgang i forkant og under oppholdet. Vi må sette i gang tiltak, i forhold til å få opp vekten igjen.

Noen informanter forteller at de bruker lite medisinskteknisk utstyr og noen opplever at de utfører lite sykepleieprosedyrer. Det kan til tider oppleves som å miste faget, men de ser samtidig at kunnskaper brukes i veiledning og at de bruker sitt kliniske blikk i stor grad i arbeidshverdagen. En av informantene beskriver noen av sine observasjoner av en pasient:

Vi er relativt fleksible i hva vi trener på. Gå på toalett på offentlig bygg er ikke enkelt når du går med rullatorer. Vi må trene på det, hvis ønsket ditt er å gå på kafé. Det ligger mye kartlegging i det. Du får ikke kartlagt så mye kognitivt hjemme hos folk, for de er godt kjent. Du kan få kartlagt ganske mye om hvordan de orienterer seg ute. Hva er det som er skummelt når vi går? Hvordan ser trafikkbildet ut? Hvor ligger kjøpesenteret når vi går ut? Det er en vei mange har gått i 20 år.

Informantene knytter også sitt ansvarsområde til vurdering av aktiviteter i dagliglivet (ADL). Videre nevnes stell og opplæring i stomistell, men flere nevner også oppgaver knyttet til bestilling av trygghetsalarmer og søknader om hjelpemidler. Noen opplever at personer i andre yrkesgrupper i teamet har mer spesifikke oppgaver og synes arbeidet til de forskjellige yrkesgruppene skilr i hverandre. Enkelte har etter hvert mer kontorarbeid i form av saksbehandlingsarbeid.

5.1.3 ”Å oppleve seg uerstattelig i teamet”

Informantene har presisert gjennom intervjuene at sykepleierkompetansen trengs og at det ofte vil være behov for en sykepleier. Ikke alle informantene opplever å utføre sykepleieroppgaver i arbeidshverdagen, de fleste snakker imidlertid om det å ha samtaler med pasientene sine. Noen ser på dette som sitt ansvarsområde som sykepleier. Dette kan dreie seg

om samtaler knyttet til ny-oppstått og nåværende livssituasjon, medisiner, prosedyrer, veiledning m.m. En informant sier: ”Når man sier man er sykepleier, så er det mange som får tillit, og kan fortelle flere sensitive opplysninger”. Informantene opplever det som viktig at det er en sykepleier med på vurderingsbesøkene, og de forteller at det er forventninger fra fysioterapeuter og ergoterapeuter om å ha med seg en sykepleier på det første vurderingsbesøket. Det gjelder ikke alltid den andre veien. Informantene begrunner dette med at det ofte vil være behov for sykepleierkompetanse. Det vil ofte dukke opp spørsmål knyttet til medisiner, sår og prosedyrer. Pasientene har oftere spørsmål om dette og ikke for eksempel trening, når de skrives ut til hjemmet.

Hvis jeg ikke har vært med på første kartleggingsbesøk, er det ofte mange spørsmål om diagnoser, medisiner, mat. Når kan jeg gjøre det? Hva er lurt å huske på? De spør ofte mer om det enn trening. Jeg ser det på kartleggingen at det mangler noen viktige ting. Det synes de andre i teamet hvis jeg har vært der også kanskje? Vi har en kartlegging vi går igjennom.

Informantene forteller at de har utarbeidet egne kartleggingsverktøy eller eventuelt har en felles kartleggingsmetode. Dette skal være til hjelp slik at alle ansatte uansett fagbakgrunn går gjennom de samme punktene på et vurderingsbesøk.

Samtidig som sykepleierkompetansen nevnes som viktig i vurderingene, sier likevel noen at det ikke skal spille noen rolle hvilken yrkesgruppe som vurderer pasienten. De legger vekt på at de jobber tverrfaglig og at avgjørelser tas sammen. Det blir sagt at sykepleieren kan utføre alt av oppgaver innad i teamet. Andre yrkesgrupper kan ikke utføre alle sykepleieroppgaver, som for eksempel sårstell eller oppgaver knyttet til medisiner. Samtidig sier noen at de ikke skal ha pasienter innskrevet i teamet, som kun har behov for en av yrkesgruppene. For noen av teamene er det et hovedpoeng at hjelpen skal være tverrfaglig. En informant sier: ” Hvis det bare er behov for meg, så er det ikke behov for innsatsteam. Da er det hjemmetjenesten”.

5.2 Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme

Temaet sier noe om det tverrfaglige teamet på et mer generelt nivå og er delt opp i tre subtemaer.

5.2.1 ”Å være tidlig på”

Informantene forteller at teamene jobber for at pasienter skal klare seg lengst mulig hjemme. De sier det er et mål å finne rett tjeneste for pasienten. Med rett tjeneste menes det hjemmesykepleie like mye som lavterskeltilbud i kommunen. Informantene sier det er et viktig mål å prøve og trygge pasienter og pårørende i overgangen fra institusjon og hjem og forebygge reinnleggelser. I tillegg sier flere av informantene at de opplever at noe av hensikten med teamet er å minske eller unngå bruk av permanente tjenester i kommunen og også unngå overliggerdøgn i sykehus.

Målet vårt er at folk føler seg trygge i eget hjem etter en funksjonsnedsettelse. Målet til kommunen er at de har minst mulig tjenester. De aller fleste har ikke lyst å ha 40 stykker hjemme hos seg i løpet av en uke. De aller fleste vil klare seg selv, så det er ikke noe vanskelig å motivere til det.

De fleste informantene forteller at deres team er i kontakt med sykehus og korttidsavdeling før pasientene utskrives. Ofte kan de ansatte begynne med å lese pleie og omsorgsmeldinger (PLO) eller i journalsystem og kommunisere med sykehuset, for å sette seg inn i pasientens situasjon før hjemkomst. En informant sier hun opplever at både pasienten og de pårørende kan merke at de ansatte er forberedt. Flere team reiser til sykehus og korttidsavdeling med jevne mellomrom for å møte pasienten før han eller hun skrives ut. Vurderingsbesøkene blir beskrevet som et besøk hvor teamet vurderer om pasienten kan hjem eller må ha et korttidsopphold. Enkelte informanter opplever at sykehuspersonell lover korttidsopphold uten å ha diskutert dette med kommunen først, noe som kan bli vanskelig å innfri. Besøkene på korttidsavdelingene kan være nettverksmøter eller andre typer møter med pasienten.

Det vi ser som er veldig bra, er at vi er tidlig på. At vi er inne for eksempel på korttidsavdelingen. Snakker med de, tar de gjerne med på hjemmebesøk. Vi ser at de blir trygge og at de ser at ”oi, ja, det går jo, klarer det jo”. For den dørstokkmila for å komme hjem etter et lårhalsbrudd, etter et hjerteinfarkt, etter et eller annet, så ser vi det med å trygge og informere. Det at man har den faglige begrunnelsen når man snakker med dem.

Aktuelle pasienter for det tverrfaglige teamet kan være pasienter uten tjenester fra før, men også pasienter med hjemmetjenester. Dette varierer mellom de forskjellige teamene. Informantene forteller at de kan møte eller komme til pasienten på veldig kort varsel ved utskrivelse. Ofte møter de pasienten på utskrivelsesdagen eller dagen etter. Det avtaler de med institusjonen, med den aktuelle pasient eller pårørende. De fleste informantene ønsker pårørende tilstede ved det første møtet, mens noen inkluderer kun pårørende hvis pasienten har ønsket om dette selv.

Ting skjer litt fort. Det er ofte det som er vellykket, og det vi får tilbakemelding på fra pasienter og pårørende. Det er gjerne pårørende som har passet på og vært bekymret for mor i kanskje to år allerede, også hadde de kanskje ventet mer byråkrati. Det er lange ventelister på ren fysioterapi hjemme, gjerne noen uker. På ergoterapi kan det være enda mer, noen måneder. Vi får utfyllt hverandre og ting skjer litt kjapt.

De fleste teamene møter pasienten ved utskrivelse og kan følge opp han/henne inntil to uker. Noen lengre og noen kortere. Informantene forteller at de har en samtale med brukeren og setter i gang tiltak etter behov. Hos flere av pasientene er hjemmesykepleien inne samtidig og disse har derfor et samarbeid rundt den aktuelle pasienten. Ved første besøket kan de være flere for å vurdere brukerens behov.

Fordelen er at vi slipper å gå ut flere ganger, at man får gjort en kartlegging og vurdering med en gang. At man slipper: Først går jeg inn, så går ergo inn, deretter går fysio inn. Vi har vært tre stykker på ett og samme besøk. Det er mye mer effektivt for brukeren. Slipper å måtte forholde seg til flere og måtte fortelle den samme historien gang på gang.

5.2.2 ”Å utfylle hverandre”

Informantene forteller at de ofte går to personer med forskjellig yrkesbakgrunn på vurderinger og førstegangsbesøk hos pasienter. Flere opplever å utfylle hverandre når de går sammen. Informantene sier at det ofte er en av yrkesgruppene som tar ledelsen i vurderingen, slik at de ikke skal prate i munn på hverandre. Det spiller ingen rolle hvem som tar ledelsen, ettersom flere bruker faste tester eller kartleggingsverktøy i vurderingen. Flere av sykepleierne sier at de tar ansvar for hver sine fagområder og synes det er godt å ha en fysioterapeut eller ergoterapeut der som kan svare på spørsmål som gjelder deres felt.

Ofte er vi to på besøk. Vi utfyller hverandre på en god måte. Jeg synes det er veldig ålreit og ha fysio i forhold til treningsøvelser. Fysio synes også det er godt fordi ofte er det veldig mye spørsmål om smerter, smertestillende, mat, kvalme, mage. Det er mange sånne spørsmål.

Alle informanter har positive tanker rundt det å jobbe tverrfaglig. Flere presiserer at de lærer mye av sine kollegaer og deres måter å jobbe på. Noen sier de har fått et annet syn som sykepleier.

Jeg har bare gode erfaringer med det å jobbe tverrfaglig. Jeg synes det er morsomt. Vi utfyller hverandre, gjør hverandres ting, særlig i forhold til trening, aktivitet og treningsøvelser. Så har man mye erfaring, man føler seg veldig trygg og blir trygg av å være flere.

Informantene sier de gjør flere oppgaver som de ikke gjorde før de begynte i det tverrfaglige teamet. Alle informantene nevner bestilling av hjelpemidler som en av disse oppgavene. Flere forteller også at de trener med pasientene. Fysioterapeuten setter opp treningsopplegg som sykepleiere og andre kan følge opp. Informantene forteller at de deler på noen av hverandres oppgaver innad i teamet. Det er ikke bare sykepleier som tar over oppgaver for fysioterapeut og ergoterapeut. ”Jeg vet at både fysio og ergo har vært med å tilrettelegge for eksempel i stellesituasjoner. Vi må gjøre litt av hverandres oppgaver, når vi er så få i teamet”. Pasientene skal ikke oppleve at det er noen forskjell i hvilken hjelp de får i forhold til hvilke yrkesgruppe de får hjelpen av. Informantene forteller at de lager en plan sammen og følger denne.

Det kan også oppstå utfordringer i det tverrfaglige teamet. En informant sier at det for eksempel kan være vanskelig å få fysioterapeuter til å engasjere seg i annet enn eget fagfelt. Slik at det å ha ulike syn også kan oppleves utfordrende til tider. En annen informant synes det er utfordrende at de ikke alltid har samme fokus i teamet med tanke på arbeidsmåte. Noen opplever også at sykepleierrollen kan bli borte i det tverrfaglige teamet. ”Har følt at det å finne sykepleierrollen i teamet har vært det vanskeligste. Det å være fysioterapeut sier seg selv på mange måter og ergoterapeuten også, i forhold til tilrettelegging med hjelpemidler”.

5.2.3 ”Å veilede pasienter og kollegaer”

Veiledning er en del av hverdagen til de fleste av informantene. Ved vurderingsbesøket er det flere av teamene som har fokus på å stille pasientene spørsmålet ”Hva er viktig for deg?”. En informant sier at de jobber ut ifra hva pasienten svarer på dette spørsmålet, så lenge pasienten

er klar og orientert. Veiledning av pasienter kan derfor foregå på flere måter og kan dreie seg om ulike ting. Alt fra ”strømpe-på-trekker” til medisiner og trening er nevnt som eksempler på veiledningssituasjoner. De fleste informantene sier de har mye fokus på mestring og trening. Flere av teamene har nær tilknytning til hverdagsrehabiliteringsteam eller jobber med dette selv innad i sitt team. Uavhengig av hverdagsrehabilitering, så jobber alle teamene med trening. ”Vår jobb er ikke bare å vurdere, men prøve å lære bruker og pasienter til å gjøre ting selv. Hvis vi ser at han er motivert og ønsker å gjøre noe selv, så setter vi i gang hverdagsrehabilitering”.

I tillegg til å veilede pasienter, er det flere av informantene som forteller at de bruker tid på å veilede hjemmesykepleiere. Dette kan foregå som undervisning for hjemmesykepleiere, men enkelte forteller at de også får direkte forespørsler om veiledning fra dem. ”Vi har fått forespørsler fra hjemmetjenesten der de sier: ”Kan dere ta et besøk, kan dere hjelpe oss? Vi står litt fast, vi får det ikke til”. Enkelte informanter forteller at samarbeidet med hjemmesykepleieren har vært noe utfordrende. Utfordringen har bestått av at de opplever å ha forskjellige syn på ulike pasienter. Hjemmesykepleiere har for eksempel ønsket sykehjems plass for pasienter, mens det tverrfaglige teamet har laget planer, tilrettelagt og trent sammen med pasienten for å få det til å fungere hjemme. Derfor er det flere team som veileder hjemmesykepleiere i bruk av forflytningshjelpemidler og forflytningsteknikk. Det kan også være at hjemmesykepleiere opplever andre ting som utfordrende og kommer med andre ønsker til veiledning.

Vi har hatt veiledning av hjemmetjenesten i hvordan man går inn til brukere og får de til å være litt mer selvhjulpne. Ikke gjøre så mye ”hjelpefeller”, og det å tørre og stå i det og si at: ”Vet du hva, noen ting må du mestre selv, eller bør”. Ja, for å ikke forfalle. For sitter man i lenestolen og får alt servert, så er det mange i hjemmetjenesten som synes man er veldig grei.

6. Diskusjon

Hensikten med studien er å belyse erfaringer sykepleiere i ambulante tverrfaglige team har med egen rolle og funksjon. I tillegg til å belyse hvilke faglige utfordringer og muligheter sykepleierne ser som medlemmer i ambulante team. Forskningsspørsmålene er:

- *Hva erfarer sykepleiere er deres funksjon og rolle i kommunalt tverrfaglig ambulant team?*
- *Hvilke faglige utfordringer og muligheter erfarer sykepleiere i kommunalt tverrfaglig ambulant team?*

Resultater viser to temaer og seks sub-temaer (tabell 5.1). Temaet "Forventninger til en selv og fra andre" handler i hovedsak om sykepleieren. Det andre temaet "Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme" omhandler det kommunale tverrfaglige teamet og sykepleierens erfaringer knyttet til teamets arbeid med pasienter. Diskusjonen er delt opp etter disse to temaene. I dette kapittelet ønsker jeg å reflektere over resultatene i lys av relevant teori og forskning.

6.1 Forventninger til en selv og fra andre

6.1.1 Sykepleierkompetanse

Informantene i studien bruker sin sykepleierfaglige kompetanse i ulike situasjoner. Dette blir beskrevet av noen som "å være på" som sykepleier i teamet. Informantene forteller om forventninger om å inneha visse kunnskaper og holde seg faglig oppdaterte. Kunnskaper om sykdom og medisiner fremheves som nødvendige for å ta avgjørelser i forbindelse med utskrivelser, kommunikasjon med sykehuspersonell og vurdering av om pasienter kan ivaretas hjemme. Ifølge Stiberg og Olstad (2002) har medlemmer av tverrfaglige team hver sin fagspesifikke kompetanse. Sykepleier har derfor et eget faglig perspektiv med seg inn i teamet. Willumsen (2016) kaller dette for kjernekompetanse og sier at kompetansen viser hovedfokuset i profesjonens fag. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) er kompetanse mer enn å ha kunnskap om noe. En må også å vite hvordan kunnskapene skal brukes i praksis.

Funnene i studien viser at informantene har kompetanse på flere områder når det gjelder sykepleie. Sykepleiere skal ha kompetanse som inneholder nødvendige kunnskaper,

ferdigheter og generell kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2008; Lovisenberg diakonale høgskole, 2018). En må ha kunnskap om teori, ferdigheter til å anvende kunnskap når en løser oppgaver, og generell kunnskap hvor en viser evne til blant annet samarbeid og kritisk tenkning (Kunnskapsdepartementet, 2011). På tross av kompetansen som beskrives, har flere informanter vanskeligheter med å si noe om ansvarsområder de har som sykepleiere i det tverrfaglige teamet. Ett ansvarsområde som imidlertid peker seg ut som sentralt, er forhold som har med medisiner å gjøre. Sykepleierne er tydelige på at de innehar mest kunnskap på dette område. Det er i tråd med hva Kunnskapsdepartementet (2008); Lovisenberg diakonale høgskole (2018) beskriver. Sykepleier skal ha nødvendige kunnskaper innenfor medisin og naturvitenskap. Samtidig skal en ha vurderingsevne, observasjonsevne og dokumentasjonsevne som er nødvendig når pasienter behandles med medikamenter. Sykepleieren må ha tilstrekkelig kunnskap til å informere pasienter og pårørende og kunne utføre prosedyrer på en tilfredsstillende måte, samtidig som en forholder seg til lover og regler. All kompetansen er nødvendig for å ha ansvar for medisiner. En del av informantene i studien forteller at deres kompetanse blir etterspurt av andre yrkesgrupper. Etterspørselen kan dreie seg om vurderinger knyttet til medisiner. Informantene kan se på hvilke medisiner pasienten bruker, bivirkninger og virkninger. Må det trappes opp eller ned på smertestillende medikamenter? Hvordan påvirker medisinerne hverandre? Kanskje må det gjøres en legemiddelgjennomgang?

Ness (2014) beskriver viktigheten av sykepleierkompetanse inn i hverdagsrehabilitering. Selv om ikke alle teamene i denne studien arbeider med hverdagsrehabilitering kan det relateres til tverrfaglige team generelt. Ness (2014) sier den medisinske kompetansen er viktig for å se hvordan medikamenter påvirker fysisk aktivitet og allmenntilstand, noe som igjen spiller inn på rehabiliteringsprosessen. Det er i tråd med studien til Long et al. (2002) som finner at andre kollegaer i det tverrfaglige teamet forventer at sykepleieren tar seg av administrering av medisiner, ernæring, sårskift og observasjoner av for eksempel infeksjonstegn. I Dreyer et al. (2016) sin studie uttrykker sykepleiere i en tverrfaglig kontekst, at pasientens behov for sykepleie er kjerneverdien i rehabilitering. Her nevnes pasientens grunnleggende behov, for eksempel behovet for ernæring og behovet for søvn og hvile. Ved å ivareta disse kan pasienten bedre være i stand til videre aktivitet og trening. Funn fra eksisterende forskning bekrefter denne studiens funn, der informantene knytter ansvarsområder til medisiner, ernæring, sårstell og ADL. Det at informantene presiserer legemidler som et av sine klare ansvarsområder handler også om at sykepleierne har myndighet og kompetanse, i henhold til

loven, til å klargjøre og utlevere legemidler i det tverrfaglige ambulante teamet (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008; Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleierne i studien viser til en rekke oppgaver de har ansvaret for. Samtidig nevner de fleste at de gjør mange av de samme oppgavene som fysioterapeuten og ergoterapeuten, i tillegg til egne oppgaver. Sykepleierne sier mye om hvilke oppgaver de har, men unnlater å nevne hvilke kunnskaper som ligger bak oppgavene de gjør. Det kan forstås som at enkelte devaluerer egen kompetanse. Selv om informantene sier at sykepleierkompetansen er viktig, sier flere samtidig at det ikke er av betydning hvilke yrkesgruppe som går til pasientene. Funnene kan relateres til Hart (2015) sin studie, hvor sykepleierne ble beskrevet som å ha mer makt enn de selv tror. Sykepleierne hadde en følelse av å ikke bli hørt eller anerkjent i like stor grad som sine kollegaer med annen yrkesbakgrunn. De andre yrkesgruppene uttrykte imidlertid at sykepleierne hadde en mektig posisjon. Med dette mente de for eksempel at de alltid måtte forhøre seg med sykepleierne for å sikre at tiltak passet inn i pasientens plan. I flere studier har sykepleiere beskrevet seg som koordinører for pasienten (Dreyer et al., 2016; Hart, 2015; Long et al., 2002; Ruud & Heggdal, 2013; Sayah et al., 2014). Med koordinatormenes blant annet å ha oversikt over helheten i pasientens forløp. Dette er i tråd med hva Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken og Vike (2002) sier om helhetlig ansvar eller holisme. Andre yrkesgrupper som ergoterapeuter og fysioterapeuter har mer avgrensede områder de arbeider med. Sykepleiere må i større grad være tilstede hos pasienter nettopp fordi de i tillegg til å ivareta omsorg og behov, forventes å koordinere slik at tilbudet oppleves helhetlig. Sykepleiers ansvar overfor pasienter er ifølge Bakken et al. (2002), mer ubegrenset og en kan vanskelig si at noe ligger utenfor ansvarsområdet. Kanskje det er noe av grunnen til at det er utfordrende for informantene å svare på hva deres ansvarsområde er. Ifølge Olsvold (2016) har sykepleiere vansker med å fremstille egen spesielle ekspertise ved behandling av pasienter. I foreliggende studie gir informantene selvmotsigende svar knyttet til når det er behov for sykepleie. Sykepleieren er viktig, men samtidig skal det ikke kun være behov for sykepleieren. Det viser seg allikevel at fysioterapeuter og ergoterapeuter ønsker å ha med seg sykepleier første gang de møter pasienten etter hjemkomst. Ofte fordi sykepleieren kan besvare medisinske spørsmål og utføre sykepleiefaglige prosedyrer. På en måte kan man si at de egentlig er *uerstattelige i teamet*, til tross for beskjeden beskrivelse av egen betydning.

6.1.2 Sykepleierrollen og anerkjennelse

Ifølge Garsjø (2001) har sykepleiere generelt flere roller samtidig. Sykepleieren er blant annet administrator, planlegger, utreder, forvalter, saksbehandler, kunnskapsformidler, ”vakthund”, omsorgsyter, lærer, behandler m.m. Det er i tråd med studier av Long et al. (2002); Ruud og Heggdal (2013); Sayah et al. (2014) hvor de på ulikt vis beskriver sykepleieres roller og funksjoner i tverrfaglige team og rehabilitering. Sykepleierens arbeid er komplekst og omfatter ulike roller. Noen av informantene i foreliggende studie opplever likevel at de utfører lite sykepleierfaglige prosedyrer og føler at sykepleierrollen er mindre tydelig i teamet enn for de andre profesjonene. De får en følelse av å miste faget. Informantene snakker om ”å gjøre sykepleieroppgaver”. Er det slik at faget føles som å bli borte fordi de ikke utfører sykepleieroppgaver i arbeidshverdagen? Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) kommer rolleforventninger fra omgivelser og en selv. Hvis forventningene til rollen avviker mye fra egne tanker om rollen, kan en oppleve å trives i mindre grad med arbeidet. I det tverrfaglige samarbeidet, er det ifølge Lauvås og Lauvås (2004) viktig at fagidentiteten til teammedlemmene anerkjennes. Bakken et al. (2002) sier sykepleiere kan ses på som generalister, noe som viser seg i den faglige identiteten hvor helhet er et ideal. Tidligere studier av Dreyer et al. (2016); Long et al. (2002) viser at sykepleierne sier de har behov for å bli anerkjent av andre i det tverrfaglige teamet, anerkjenne seg selv og være trygge på eget bidrag inn i rehabiliteringsteam. Sykepleierne ser på terapeutene som eksperter i rehabilitering og ser ikke hvordan de passer inn selv. Det kan sees i lys av Honneth (2008) sitt syn på anerkjennelse. Det er nødvendig med gjensidig anerkjennelse som kan gis ved å verdsette hverandre og vise tillit. En må se at andre i teamet har verdier og evner som er viktige for fellesskapet. I denne studien er det forskjellige tanker rundt sykepleierrollen. Noen informanter fremstod som trygge i sine roller. De opplevde å bruke kunnskaper og klinisk blikk i arbeidet, i tillegg til at de overførte kunnskaper gjennom veiledning av kollegaer, pasienter og pårørende. Kanskje disse informantene er trygge på hvilket bidrag de skal gi i det tverrfaglige teamet? Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) er det betydningsfullt med anerkjennelse for å opprettholde oppfatningen en har av egen rolle. Alle har behov for anerkjennelse. I foreliggende studie kan en tenke seg at informantene som føler ”de mister” faget eller ikke opplever å utføre klassiske sykepleieroppgaver eller prosedyrer, behøver mer anerkjennelse fra sine kollegaer, for å kjenne seg viktige og trygge i teamet. Det er i tråd med det Honneth (2008) sier om at forventninger som ikke innfris kan føre til en underkjennelse. Det vil være negativt for anerkjennelsen og kan føre til at vi ikke handler som vi bør innenfor fagområdet

vårt. Underkjennelse kan ses i lys av det Olsvold (2016) sier om sykepleieres usynlige arbeid. Arbeidstakere som tilrettelegger, binder sammen prosesser i organisasjon og hjelper andre med å utføre deres arbeid, kan bli oppfattet som fleksible og snille. I motsetning kan de også oppfattes som lite strategiske og dårlige på prioritering av oppgaver. Ifølge Bakken et al. (2002); Olsvold (2016) er organisasjonene avhengig av at noen ivaretar helheten. Sykepleiere arbeider for helheten og flyt i aktiviteter som ligger i pasientbehandlingen. Sett i lys av egen studie kan en kanskje tenke seg at sykepleiernes helhetlige ansvar bør anerkjennes fordi det er vesentlig i deres faglige identitet. Det er muligens vanskelig for sykepleierne i studien å beskrive sykepleierrollen ved hjelp av ansvarsområder, når ansvaret deres ligger i helheten.

6.2 Tilrettelegging for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme

Hensikten med andre forskningsspørsmål var knyttet til faglige utfordringer og muligheter i teamet. Da forskningsspørsmålene ble formulert var det en tanke å gi informantene anledning til å se på sykepleiefaglige utfordringer i teamets møte med pasienter. Det var overraskende at temaene som kom frem hadde fokus primært på teamets hensikt, arbeidsmåte og pasientens mål. Dette er et interessant funn, da forskningsspørsmål en har tydelig fokus på sykepleieren alene. I spørsmål som dreide seg om forskningsspørsmål to oppfattes sykepleieren som en likeverdig part av teamet ut i fra det som kommer frem i materialet.

6.2.1 Det tverrfaglige teamet som ledd i pasientforløpet

Informantene snakker om teamets muligheter og utfordringer knyttet til det å skulle tilrettelegge for at pasienter skal kunne bo lengst mulig hjemme. Det ”å være tidlig på” er et av de sub-temaene som viser seg tydelig i det informantene snakker om. Dette har flere aspekter ved seg og kan kort forklares med å iverksette tidlige intervensjoner når pasienten skrives ut fra institusjon. Helse- og omsorgsdepartementet (2009) påstår at igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunen når pasienten får funksjonssvikt, vil bidra til økt funksjon og mestring hos pasienten. Det kan igjen være med på å få ned behovene for pleie- og omsorgstjenester. I Helse- og omsorgsdepartementet (2015) er det foreslått spesifikke tiltak knyttet til blant annet hverdagsrehabilitering og primærhelseteam. Dette er i tråd med funn i foreliggende studie. Teamene arbeider for at pasienter skal klare seg lengst mulig hjemme. Det er fokus på å finne rett tjeneste til pasientene og med det menes ikke alltid hjemmesykepleie. Noen kan fortelle at en del av teamets hensikt er å minske bruken av permanente tjenester og unngå overliggerdøgn i sykehus. Dette er i tråd med det Ranheim et

al. (2010) sier om ambulante tjenester, og at disse kan gi gevinster for pasienter og pårørende, i tillegg til å gi samfunnsmessig økonomiske gevinster.

Informantene forteller at teamet har muligheten til å møte pasienten før utskrivelse, på sykehuset eller sykehjemmet. Det er i tråd med tidligere forskning hvor en studie beskriver at det er en del kommuner som har egne team som vurderer utskrivningsklare pasienter på sykehuset (Grimsmo, 2013). Mine funn viser at disse møtene fungerer som et vurderingsbesøk, men også for avklaring av forventninger knyttet til ønsker om korttidsopphold. Samtidig fører det å være ”tidlig på” til at pasienter og pårørende blir trygge på at de kan klare seg hjemme. Studien av Lou et al. (2017) viser at tidlig støttet utskrivelse blir enklere for pasienten når han eller hun vet at et team vil ta kontakt eller komme innen noen dager.

6.2.2 Mestringsfokus

Funnene i studien tyder på at de tverrfaglige teamene ønsker å gjøre en innsats for å forebygge reinnleggelser i sykehus. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) er det dokumentert at en del reinnleggelser ikke ville funnet sted hvis en hadde mer systematisk oppfølging av pasienter ved utskrivelse. Det gjelder spesielt pasienter med store, sammensatte og komplekse behov. Systematisk oppfølging bør være felles for alle uavhengig av diagnose, og det er viktig med rask og bred kartlegging av behov hos pasienten etter utskrivelse. I dette ligger behovet for mestring og rehabilitering. Det er i tråd med en studie av Turjamaa et al. (2014). Fokus på pasientenes ressurser kan være med på å fremme pasientens evne til å bo hjemme. Blant annet er det viktig å bidra til at pasienten får være med på meningsfulle aktiviteter i dagliglivet. Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 2015) beskriver hverdagsrehabilitering som et tiltak. Den typen rehabilitering kan være med på å bedre livskvalitet og funksjoner hos pasienter, øke pasienters mestringsevne og forminske behovet for helse- og omsorgstjenester. Informantene i foreliggende studie har mestring som mål hos pasientene de møter. Det kan være nyttig å bruke hverdagsrehabilitering som et eksempel her. I hverdagsrehabilitering er det pasienten som bestemmer målene for rehabiliteringen. Tidlig innsats er et vesentlig poeng, og knyttes til kort responstid og intervensjoner tidlig i et sykdomsforløp (Tuntland & Ness, 2014).

Samtlige informanter er enige om viktigheten av tidlige innsats. Begrepet mestring er gjeldende i hverdagsrehabilitering. Sett i lys av Antonovsky (2012) sitt begrep salutogenese, fokuseres det på hva som fremmer helse og opplevelse av mestring. Pasienter må oppleve sammenheng i livet og ha tro på at egen situasjon er begripelig, meningsfull og håndterbar.

De tre kjerneelementene må være styrket for å kunne takle de utfordringer som kommer i livet. Kanskje har pasienten fått et funksjonsfall og klarer ikke å komme seg ut av leiligheten. I følge Antonovsky (2012) må sykepleier tilrettelegge situasjonen for å styrke opplevelsen av sammenheng. Den som opplever sammenheng i livet kan enklere ha en aktiv tilnærming til sine problemer.

Første kjerneelement i opplevelsen av sammenheng ser på om situasjonen er *begripelig*? I denne studien knytter mye av arbeidet til sykepleierne seg til veiledning av pasienter. Det er mange situasjoner det kan veiledes i og målet er ofte mestring. Sayah et al. (2014) beskriver veiledning som en viktig rolle for sykepleiere. Veiledning kan rettes mot helserelevante områder, selvstendighet og sunne vaner. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) sier tilfredsstillende mestring av sykdom forutsetter at pasienten og pårørende har nok kunnskap og gode ferdigheter til å endre livsstil, oppdage forandring i tilstand og utføre behandlingsopplegg.

Antonovsky (2012) beskriver neste kjerneelement som *meningsfullhet*. Opplever pasienten sin situasjon som meningsfull? Ruud og Heggdal (2013) beskriver i sin studie at sykepleier må legge til rette for brukermedvirkning. Pasienten må være aktiv i rehabiliteringsprosessen. I foreliggende studie forteller informantene at de spør pasienten "*Hva er viktig for deg?*", når de er på vurderingsbesøk. På nettsiden til Folkehelseinstituttet (2016) beskrives utsagnet som et virkemiddel i utviklingen av gode pasientforløp. Oppmerksomheten skal rettes fra å spørre om hva som er i veien med pasienten, til hva som er viktig for pasienten. Dette er i tråd med Antonovsky (2012) sitt fokus på det som fremmer helse. Vi kan relatere det til begrepet empowerment ved at pasienter definerer egne behov (Helsedirektoratet, 2017a). Tuntland og Ness (2014) sier utsagnet "*Hva er viktig for deg?*" er en del av hverdagsrehabiliteringsarbeidet. Sett i lys Antonovsky (2012) sitt begrep salutogenese er det viktig å forstå at forskjellige forhold motiverer mennesker. Det er essensielt å høre hvilke meninger pasienten har. I følge Langeland (2012) er pasienter eksperter på seg selv. Det å gjøre pasienten til en aktiv deltaker kan gi motivasjon og styrke opplevelsen av sammenheng. Spørsmålet "*Hva er viktig for deg?*" kan ses i lys av sykepleiers kompetanse og situasjonsforståelse. Spørsmålet er muligens ikke passende i enhver situasjon, for eksempel i akutte situasjoner. Situasjonen må sees som en helhet. Brukermedvirkning er en rett, men det kan oppstå situasjoner hvor pasienter ikke har innsikt og vet sitt eget beste. Det enkelte pasienter uttrykker som det viktigste i situasjonen, er muligens ikke alltid det beste i situasjonen, sett ut i fra sykepleiers kompetanse og situasjonsforståelse. Dette er områder hvor

AKS kan bidra med sin kompetanse. I følge Helsedirektoratet (2017b) skal AKS arbeide kunnskapsbasert og bidra til tjenesteforbedring. AKS vil ha høy vurderingskompetanse og kan for eksempel stille kritiske spørsmål til kartleggingsverktøy eller maler som inneholder spørsmål som nevnt over.

En *håndterlig situasjon* er Antonovsky (2012) sitt siste kjerneelement i opplevelsen av sammenheng. Det må legges realistiske forventninger for pasienter. Ifølge Tuntland (2014) vil brukere med behov for hverdagsrehabilitering kartlegges ved å identifisere mål, nåværende funksjonsnivå og måling av endringer over tid. Gjentatte vurderinger av funksjonsnivået vil vise om rehabiliteringen har effekt. Kartleggingen er et ledd i det å gi pasienten en faglig forsvarlig og kunnskapsbasert (figur 3.1) tjeneste. Tuntland og Ness (2014) beskriver at mål for pasienter i hverdagsrehabilitering defineres av dem selv og former rehabiliteringsplanen.

Kanskje pasienten får opplevelse av sammenheng om vi gjør situasjonen begripelig, meningsfull og håndterbar? Antonovsky (2012) mener pasientene da vil velge aktive tilnærminger til situasjonen de er i. I følge Tuntland og Ness (2014) er det et prinsipp at vi som hjelpere ikke må ”gjøre for” pasienter hvis de kan utføre aktiviteten selv. Pasienten kan for eksempel bli med å hente posten, istedenfor at sykepleieren gjør det alene. Dette er i tråd med informantenes uttalelser om det å gjøre pasienten selvhjulpen.

6.2.3 Tverrfaglighet

Informantene forteller at de ofte er to yrkesgrupper sammen på vurderingsbesøk. De fokuserer på sitt fagområde, men synes det er godt å ha hverandre. De snakker om å *utfylle hverandre* i teamet. Dette med å utfylle hverandre er i tråd med eksisterende forskning på feltet (Birkeland et al., 2017; Ruud & Heggdal, 2013). Helsedirektoratet (2018) sier at tverrfaglighet er strukturert samarbeid mellom yrkesgrupper, hvor beslutninger tas i samråd. Helheten i pasientsituasjonen vil enklere komme frem ved hjelp av tverrfaglig samarbeid. Dette forutsetter spesialistkunnskaper og trygghet i rollene til de som yter hjelpen. Likevel må en gjøre litt av hverandres oppgaver. Birkeland et al. (2017) viser til at sykepleiere må gjøre oppgaver som tilhører fysioterapeut og omvendt i hverdagsrehabiliteringsteam. I foreliggende studie hadde informantene positive tanker rundt tverrfaglig arbeid. De opplevde å få nye oppgaver og lære av andre yrkesgrupper. I følge Birkeland et al. (2017) er hverdagsrehabilitering utfordrende og komplekst fordi en må kombinere fysisk trening med medisinske prosedyrer og medisiner. Arbeidet kan være utfordrende alene, men hver kollega i

teamet bidrar med sin spesielle kompetanse. Det er i tråd med hva Lauvås og Lauvås (2004) sier om tverrfaglig arbeid. Fordelene med å være i team er at det kan gi større muligheter til å håndtere sammensatte og komplekse oppgaver. En studie av Caplan et al. (2004) undersøker effektene av omfattende geriatriske vurderinger og igangsetting av tverrfaglige tiltak hos pasienter etter utskrivelse. Resultatene viser at det er signifikant færre innleggelses for disse pasientene, i motsetning til de som ikke får denne hjelpen. Informantene i foreliggende studie forteller at de jobber sammen mot felles mål. De gjør hverandres oppgaver, og sykepleieren kan like gjerne trene og bestille hjelpemidler, som det å dele ut medisiner. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004) kan ressurser fordeles bedre når teamet arbeider mot felles mål. Birkeland et al. (2017) sier at tverrfaglighet kan bidra til innsikt i rollene til de forskjellige profesjonene i teamet. En gjør vurderinger basert på egen kompetanse, men diskuterer mål med teamet. Informantene i studien beskriver utfordringer knyttet til dette, pga. ulike syn. Et eksempel er Dreyer et al. (2016) sin studie, som viser at alle profesjoner kan slite med å få frem sitt syn. Teamarbeidet fungerer bra når alle snakker med hverandre ofte, oppdaterer hverandre og deler ideer seg imellom. Det er viktig å ha et felles mål for å få teamarbeidet til å fungere.

6.3 Implikasjoner for praksis og avansert klinisk sykepleie

Funn i studien indikerer at det kreves mer kunnskap om kommunale tverrfaglige ambulante team, både knyttet til hensikt og retningslinjer. Mer kunnskap trengs om retningslinjer knyttet til hvilke pasienter som skal ha nytte av tilbudet og teamenes arbeidsform og arbeidsmåte. Teamene er relativt nye og det bør gjøres en evaluering i forhold til hvordan teamene fungerer i dag. Kanskje det bør utarbeides noen felles retningslinjer i teamene?

Kommunale tverrfaglige ambulante team kan være en potensiell arbeidsplass for AKS. AKS kan ha en selvstendig funksjon, har bred og omfattende medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Med tanke på konsekvenser av SHR, et økende antall eldre og pasienter med omfattende behov i primærhelsetjenesten, vil kompetansen muligens være relevant inn i teamene. AKS har også en viktig rolle i utvikling av tjenesten.

7. Konklusjon

Studiens hensikt var å belyse erfaringer sykepleiere i ambulante tverrfaglige team hadde med egen rolle og funksjon, i tillegg til å belyse faglige utfordringer og muligheter sykepleierne erfarte i teamene. Funnene er todelt, hvor ett hovedfunn omhandler sykepleiers rolle og det andre teamets arbeid med pasienter.

Sykepleierne opplever å bruke sin kompetanse, samtidig sier noen det kan være vanskelig å finne sykepleierrollen i teamet. De har vansker med å definere egne ansvarsområder.

Sykepleierne har behov for å anerkjenne seg selv og få anerkjennelse fra andre for å bli trygget i teamet. Sykepleier har en sentral rolle i teamet. Både ved at andre yrkesgrupper etterspør kompetansen, men også ved at enkelte oppgaver må gjøres av sykepleier med tanke på den spesifikke kompetansen de har og av lovmessige grunner. Sykepleieren har et vesentlig ansvar for helheten i pasientens forløp og har dermed en viktig posisjon.

Når det gjelder funn knyttet til forskningsspørsmål to og teamets arbeid med pasienter, har sykepleierne fokus på teamets hensikt, arbeidsmåte og pasientens mål. Dette er interessant med tanke på at sykepleierne hadde en beskjeden beskrivelse av egen betydning på spørsmål knyttet til egen rolle og funksjon. I forskningsspørsmål to fremstod sykepleierne som en mer likeverdig part i teamet. Det tverrfaglige teamet arbeider fleksibelt og har mulighet til å gjøre tidlig og målrettet innsats hos pasienter som skal hjem fra institusjon med behov for tjenester. De ser ut til å ha et helsefremmende perspektiv hvor målet er at pasientene skal oppnå størst grad av mestring. Yrkesgruppene utfyller hverandre og får dermed nye oppgaver ved å arbeide tverrfaglig. De tverrfaglige vurderingene kan muligens gi gevinst da de bygger på omfattende kompetanse fra flere yrkesgrupper.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Vike, H. (2002). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 195-203. doi:10.2147/JMDH.S133417
- Caplan, G. A., Williams, A. J., Daly, B. & Abraham, K. (2004). A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department - The DEED II Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), 1417-1423. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52401.x
- Dreyer, P., Angel, S., Langhorn, L., Pedersen, B. B. & Aadal, L. (2016). Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going All In for the Patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(2), 111-118. doi:http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000191
- Eidsvoll kommune. (2016). *Innsatsteam*. Hentet fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/innsatsteam/>
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning - En introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(3), 23-38. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/273570>
- Fagermoen, M. S. (1998). Sykepleierens grunnkompetanse - å være, å tenke og handle. I E. Askeland, J. Fagermoen, A. Lønstad, & G. Melsæter (Red.), *På sykepleiefagets vegne: festskrift til Ellen Askeland, Jan Fagermoen og Asfrid Lønstad* Hentet fra https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2009030900167
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Flovik, A. M., Normann, L. & Mølsted, K. (2008). Sykepleie - Et selvstendig og allsidig fag Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie 2008.pdf](https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Gode pasientforløp*. Hentet 30.04.18 fra <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

- Forskrift om kommunal betaling - utskrivningsklare pasienter. (2011). *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 18 november 2011 nr. 1115*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- Forskrift om legemiddelhåndtering. (2008). *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp av 3 april 2008 nr. 320*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode* (2. utg.). Oslo: Pax forlag.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 150-157. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0053
- Hart, C. (2015). The Elephant in the Room: Nursing and Nursing Power on an Interprofessional Team. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(8), 349-355. doi:<http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20150721-01>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse-og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer* (Bind TF-rapport nr. 362). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>
- Hellesø, R. & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. I A. Tjora, & L. Melby (Red.), *Samhandling for helse: Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten* (1. utg., s. 222-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (IS-IS-2651). Helsedirektoratet. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,habilitering,individuellplanogkoordinator.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017b). *Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS-2674 Videreutdanning for sykepleiere rapport.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS-2674Videreutdanningforsykepleiere rapport.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra [https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppfoelging av personer med store og sammensatte behov.pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppfoelgingavpersonermedstoreogsammensattebehov.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2 juli 1999 nr. 64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: Om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax forlag.
- Jakobsen, R. (2012). *Nærvær når identitet er truet: En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Nordland, Bodø.
- Killie, P. A. & Debesay, J. (2016). Sykepleieres erfaringer med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(2). doi:<http://dx.doi.org/10.7557/14.4052>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR)* Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e579f913fa1d45c2bf2219afc726670b/nkr.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 26(2), 38-48. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/66756258/betydningen_av_den_salutogene_modell_for_sykepleie.pdf
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J. & Berry, J. (2002). The role of the nurse within multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 70-78. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02059.x>
- Lou, S., Carstensen, K., Møldrup, M., Shahla, S., Zakharia, E. & Nielsen, C. P. (2017). Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 302-311. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/scs.12347>
- Lovisenberg diakonale høgskole. (2015). *Studieplan: Masterstudium i avansert klinisk sykepleie - med spesialisering i Allmennsykepleie eller Intensivsykepleie*. Hentet fra https://www.ldh.no/studietilbud/maks/_attachment/3271?_ts=158f82ee87b
- Lovisenberg diakonale høgskole. (2018). *Fagplan: Bachelor i sykepleie - 180 studiepoeng - Kull BIS18*. Hentet fra https://www.ldh.no/studietilbud/bachelor-i-sykepleie/_attachment/10067?_ts=161fa61ec49
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I H. Tuntland, & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 118-137). Oslo: Gyldendal Akademisk
- NSD. (2018). *Om oss*. Hentet 20.04.18 fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/om_oss.html
- Olsvold, N. (2016). Omsorg for helheten - en sosiologisk analyse av sykepleieres usynlige arbeid i sykehusorganisasjonen IC. B. Neumann, N. Olsvold, & T. Thagaard (Red.), *Omsorgsarbeidets sosiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2 juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ranheim, T., Flottorp, S., Austvoll-Dahlgren, A. & Johansen, M. (2010). *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer* (nr 7–2010.). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/rapport_2010_07_ambulante_tjenester.pdf
- Ruud, M. B. & Heggdal, K. (2013). Sykepleie - en balansekunst i rehabiliteringsprosessen. *Klinisk Sygepleje*, 27(3), 31-41. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/03/sykepleie_en_balansekunst_i_rehabiliteringsprosessen
- Sayah, F. A., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R. & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19/20), 2968-2979. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12547>
- Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskulen på Vestlandet & Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. (2018). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 13.05.18 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Stiberg, E. & Olstad, R. (2002). Tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helsesektoren. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 122(22), 2215-2217. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/09/kronikk/tverrfaglig-samarbeid-mellom-kultursektoren-og-helsesektoren>
- Taule, T., Strand, L. I., Skouen, J. S. & Råheim, M. (2015). Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 651-661. doi:10.1111/scs.12193
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Trondheim kommune. (2018). *Innsatsteam/ Oppsøkende rehabilitering*. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/org/helse-og-velferd/legetjenester-og-smittevernarbeid/informasjon-fastleger/samhandling-om-og-informasjon-om-tjenester/rehabilitering-habilitering/>
- Tuntland, H. (2014). Hva bør kartlegges i hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland, & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 89-100). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland, & N. E. Ness (Red.), *Hverdagsrehabilitering* (1. utg., s. 21-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A.-M. (2014). Living longer at home: a qualitative study of older clients and practical nurses perceptions of home care *Journal of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3206-3217.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12569>
- Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Samhandling med spesialisthelsetjenesten - sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 14-23. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen, & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33-52). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Willumsen, & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid* (2. utg., s. 113-130). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ås kommune. (2018). *Innsatsteam*. Hentet fra <http://www.as.kommune.no/innsatsteam.352193.70934598.tkt.html>

Vedlegg 1

Forespørsel om tilgang til forskningsfeltet

Jeg er student ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH), ved utdanningen *master i avansert klinisk sykepleie - spesialisering i allmennsykepleie*. I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg tilgang til forskningsfeltet og mulighet til å intervju en eller flere sykepleiere i Deres kommunale tverrfaglige ambulante team. Det er ønskelig med en skriftlig tillatelse fra avdelingsleder.

Hensikten med prosjektet er å belyse sykepleieres forståelse av egen rolle og funksjon i tverrfaglige ambulante team. Det er ønskelig å belyse hvilke faglige utfordringer og muligheter sykepleierne erfarer i disse teamene.

Kriteriene for deltakelse i prosjektet:

- Sykepleier må arbeide i et kommunalt tverrfaglig ambulante team
- Ønskelig med ett års erfaring fra teamet

Datainnsamlingen vil gjennomføres gjennom individuelle intervjuer og vil ha en ramme på ca. 60 minutter. Informasjonen vil registreres gjennom lydopptaker og notater.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018, og alle innsamlede personopplysninger vil da destrueres. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du har spørsmål, ta kontakt med:

- Marte Lilløy Aabø (student): tlf: 92869982/ epost: marte_lilly@hotmail.com
- Rita Jakobsen (veileder): tlf: 95032166/ epost: rita.jakobsen@ldh.no

Med vennlig hilsen
Marte Lilløy Aabø

Tillatelse gitt:

Sted _____ Dato _____

Tittel _____

Navn _____

Vedlegg 2

Intervjuguide:

Bakgrunnsinformasjon om informant og team:

- Alder?
- Hvor lenge har du jobbet i teamet?
- Har du relevant videreutdanning/ kurs?
- Hvor mange ansatte er dere i teamet?
- Hvilken utdanning har de ansatte?

1. Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag for deg? (Kom gjerne med eksempler på typiske situasjoner fra din arbeidshverdag)

- Hvilke type arbeidsoppgaver har dere i teamet?
- Hvordan jobber du?
- Hvordan jobber dere i teamet?
- Bruker dere spesielle arbeidsmetoder eller arbeider etter spesielle modeller i teamet?

2. Hva tenker du er hensikten med teamet?

- (Hva er målet med det arbeidet teamet gjør?)

3. Hva tenker du er dine særegne ansvarsområder som sykepleier i teamet?

- Hva er dine særegne ansvarsområder til forskjell fra de andre yrkesgruppene i teamet?
- Hvilke type vurderinger må gjøres av deg som sykepleier?
- Hvilke type beslutninger må tas av deg som sykepleier?
- Kan du komme med eksempler på typiske situasjoner hvor det kun er behov for deg som sykepleier for å kunne ivareta bestemte oppgaver?
- Deler dere ansvarsområder på tvers av yrkesgrupper?
 - Hvilke ansvarsområder dreier dette seg om?
 - Kom gjerne med eksempler på situasjoner hvor dere deler ansvarsområde.

4. Hvilke forventninger tenker du knyttes til deg som sykepleier i dette teamet?

- Hvilke forventninger tenker du kollegaer har til deg som sykepleier?
- Hvilke forventninger tenker du pasienter og pårørende har til deg som sykepleier?
- Hvilke forventninger tenker du andre samarbeidspartnere har til deg som sykepleier? (f.eks sykehus, helsehus, fastlege..)

5. Hvilke erfaringer har du med å arbeide i et tverrfaglig ambulant team?

- Hvilke muligheter erfarer du at dere har i dette teamet?

- Kan du beskrive en eller flere konkrete situasjoner fra din arbeidshverdag hvor det tverrfaglige samarbeidet fungerer bra ?
- Hvilke utfordringer opplever du at dere har i teamet?
 - Kan du beskrive en eller flere konkrete situasjoner fra din arbeidshverdag hvor det tverrfaglige samarbeidet er utfordrende?

Til slutt:

- Er det noe mer du ønsker å tilføye til de temaene vi har tatt opp?

Vedlegg 3



Rita Jakobsen
Lovisenberggt. 15 b
0456 OSLO

Vår dato: 19.10.2017

Vår ref: 56244 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>56244</i>	<i>Kommunalt tverrfaglig ambulant team - Sykepleiers rolle, utfordringer og muligheter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Lovisenberg diakonale høgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Rita Jakobsen</i>
<i>Student</i>	<i>Marte Lilløy Aabø</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Lovisenberg diakonale høgskole sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Lovisenberg diakonale høgskole er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

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

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg 4

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Kommunalt tverrfaglig ambulante team - Sykepleiers rolle, utfordringer og muligheter”

Bakgrunn og formål

Samhandlingsreformen har ført til at norske kommuner har fått en endret rolle. Et av de største grepene i reformen har vært å forskyve oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjeneste til kommunene. Kommunene har nå ansvar for blant annet forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging, og de helhetlige pasientforløpene skal i større grad foregå innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Samhandlingsreformen anbefaler mulige ordninger med tverrfaglige team. Ambulante team med fokus på eksempelvis kroniske sykdommer, rehabilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus. Jeg vet av egen erfaring at det finnes flere tverrfaglige ambulante team rundt omkring i kommunene i Norge, og er spesielt interessert i sykepleiernes funksjon i disse teamene.

Hensikten med prosjektet er derfor å belyse sykepleieres forståelse av egen rolle og funksjon i tverrfaglige ambulante team. Det er ønskelig å belyse hvilke faglige utfordringer og muligheter sykepleierne erfarer i disse teamene.

Prosjektet *”Kommunalt tverrfaglig ambulante team – Sykepleiers rolle, utfordringer og muligheter”*, er en mastergradsstudie ved Lovisenberg diakonale høyskole (LDH), ved utdanningen master i avansert klinisk sykepleie - spesialisering i allmennsykepleie. I den anledning inviterer jeg deg til å delta i min mastergradsstudie, på bakgrunn av at du er sykepleier og arbeider i et kommunalt tverrfaglig ambulante team.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil gjennomføres gjennom individuelle intervjuer hvor det kreves aktiv deltakelse fra deg som informant. Intervjuet har som formål å få informasjon om hvilke synspunkter du har om de temaene som blir tatt opp og gi innsikt i dine erfaringer. Det er utformet en delvis strukturert intervjuguide på forhånd, slik at temaene som er viktige for studien blir diskutert underveis i intervjuet. Spørsmålene vil i hovedsak omhandle sykepleiers funksjon og rolle i teamet og hvilke erfaringer du har med å arbeide i et tverrfaglig ambulante team. Hvilke utfordringer og muligheter erfarer du at du/dere har. Det er ønskelig at du også beskriver typiske situasjoner i din arbeidshverdag. Det individuelle intervjuet vil ha en ramme på 60 minutter og informasjonen vil registreres gjennom lydopptaker og notater.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysningene vil bli lagret

adskilt fra det øvrige datamaterialet i låsbart skap ved biblioteket på LDH og det er kun undertegnede som har tilgang til navneliste. Opptakene gjøres ved hjelp av en digital opptaker. Lydopptak og transkripsjoner vil krypteres og lagres på passordbeskyttet minnepenn for å ivareta konfidensialitet. Lydopptakene slettes når materialet er transkribert. De som har tilgang til lydopptak og transkriberinger er undertegnede og veileder. Personidentifiserende opplysninger i datamaterialet erstattes med en kode, også kalt koblingsnøkkel. Koblingsnøkkel vil også oppbevares i låsbart skap ved biblioteket ved LDH. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018, og alle innsamlede personopplysninger vil da destrueres. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Marte Lilløy Aabø (student): tlf: 92869982/ epost: marte_lilly@hotmail.com
- Rita Jakobsen (veileder): tlf: 95032166/ epost: rita.jakobsen@ldh.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Med vennlig hilsen
Marte Lilløy Aabø