

«Stien blir til mens man går den»

En kvalitativ studie av erfaring med organisering og deltakelse i tverrfaglige team

—
Hege Elisabeth Rollstad Nicolaisen

Masteroppgave i sosiologi - Mai 2016

Forord

Da var slutten kommet, masteroppgaven ferdig skrevet! Endelig kan jeg si at jeg er sosiolog!

Arbeidsprosessen med oppgaven har bydd på mange utfordringer, men til tross for dette har det vært utrolig spennende og lærerikt. Studietiden har vært uforglemmelig og jeg sitter igjen med mange minner.

Alene hadde jeg ikke klart å fullføre denne oppgaven. Det er spesielt noen personer jeg må takke for at jeg kom i mål.

Min veileder **Anne Grete Sandaunet**, som har vært tilgjengelig og behjelpelig. Gitt gode råd og vist vei når jeg har vært på ville veier. Motivert når det virkelig har trengtes. Hver veiledningstime har vært givende.

Min kjære **mamma** og **pappa**, som har stilt opp som barnevakt for min to små gutter og motivert, slik at jeg har kunne fullføre oppgaven. Ikke minst **Stig** og **Anita** som har gitt meg husly, vært et fantastisk vertskap når jeg har vært i Tromsø i forbindelse med oppgaven. Mitt søskenbarn **John-Arne** som har lest gjennom oppgaven.

Jeg vil å takke alle informantene som har vært villig til å stille opp i denne studien. Dere har lagt hele grunnlaget for denne oppgaven.

Uten dere hadde dette ikke vært mulig!

Hege Elisabeth Rollstad Nicolaisen, 18. Mai 2016

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for problemstilling	1
1.1.1	Tverrfaglig samarbeid	2
1.1.2	Samfunnsutvikling og behovet for tverrfaglighet	3
1.1.3	Min personlige motivasjon for valg av problemstilling.....	5
1.1.4	Demenssykdom og demensteam	5
1.2	Forskningsspørsmål	7
1.3	Tidligere forskning	8
1.3.1	Hva vet vi om demensteam i Norge?	8
1.3.2	Erfaring ved deltakelse	9
1.3.3	Viktigheten av tillit i et tverrfaglig samarbeid.	11
1.3.4	Erfaring ved organisering	12
1.4	Oppgavens oppbygning	14
2	Teoretisk tilnærming	15
2.1	Organisasjonsteoretisk perspektiv	15
2.1.1	Organisasjonskultur.....	17
2.2	Sosialisering.....	18
2.2.1	Internalisering.....	19
2.2.2	De signifikante andre	19
2.3	Profesjonsteori	20

2.4	Rolle teori	22
2.4.1	Yrkesrolle	23
2.5	Goffman.....	24
2.5.1	Ramme begrepet.....	24
2.5.2	Frontstage og backstage	26
3	Metode.....	29
3.1	Metodevalg	29
3.2	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	30
3.3	Det endelige utvalget	30
3.4	Rekrutteringsprosessen	31
3.5	Intervjuprosessen	33
3.5.1	Intervjuguiden	33
3.5.2	Intervjusituasjonen	34
3.6	Analyse	37
3.7	Etiske vurderinger.....	38
4	Erfaring med organisering av tverrfaglig sammensatte team.....	39
4.1	Formet av ressurser.....	39
4.1.1	Formet av økonomiske ressurser	39
4.1.2	Interkommunalt samarbeid som løsning	42
4.1.3	Samarbeid med lokale foreninger	43
4.1.4	«Stien blir til mens man går den».....	44
4.2	Formet av kompetanse	45

4.2.1	Ekstern kompetanse.....	45
4.2.2	Ulike profesjoner.....	46
4.3	Formet av situasjon.....	50
4.4	Formet av lokale forhold	52
5	Erfaring med deltakelse i tverrfaglig sammensatte team	55
5.1	Personavhengig.....	55
5.2	Mindre hierarki	56
5.2.1	Respekt	57
5.2.2	Mangel på hierarki	58
5.2.3	Læringsutbytte.....	60
5.3	Helhetsbilde oppleves som større	61
5.4	Erfaringer med kommunikasjon	63
5.5	Nære relasjoner og rolleavklaring	66
6	Avsluttende drøfting.....	69
6.1	Forutsetninger for individuell læring.....	70
6.1.1	Gjensidig respekt.....	71
6.1.2	Tillit.....	71
6.2	Læringsforhold	73
6.2.1	Sosialisering	74
6.3	Forutsetninger for læring i organisasjon.....	76
6.4	Læring i organisasjonen.....	77
6.5	Avsluttende kommentar.....	79

7	Litteraturliste	81
	Vedlegg 1	87
	Vedlegg 2	89
	Vedlegg 3	91

1 Innledning

«Tverrfaglighet» er blitt et begrep som ofte dukker opp innenfor ulike sektorer av samfunnslivet. Begrepet har fått relevans innenfor produktutvikling, forskning, undervisning og omsorg. I forhold til helse og omsorgs tjenesten blir nettopp tverrfaglig samarbeid forbundet med at pasienten får en helhetlig behandling av høy kvalitet og dermed sees dette på som et positivt ladet ord (Lauvås og Lauvås, 2004). Temaet for denne oppgaven er erfaring med organisering og deltakelse i tverrfaglige samarbeid i team. Formålet med min oppgave vil være å forsøke å få mer kunnskap om hvilke erfaringer som finnes i henhold til organisering og deltakelse i tverrfaglig sammensatte team. Dette ser jeg på som et aktuelt tema nå og framtiden.

Som eksempel på tverrfaglig team så har jeg valgt å bruke demensteam, dette er et dagsaktuelt eksempel, fordi behovet for et slikt tverrfaglig sammensatt team vil med sannsynlighet øke i årene framover som følge av den demografiske utviklingen i det norske samfunnet og dermed også en økt forekomst av demenssykdom. En av løsningene på disse utfordringene er tverrfaglige samarbeid, altså samarbeid på tvers av ulike faggrupper.

1.1 Bakgrunn for problemstilling

I forsøket for å få mer kunnskap om organisering deltakelse i tverrfaglige team, så vil det være nødvendig å definere hva tverrfaglig samarbeid er. Jeg vil også gi en kort beskrivelse av utviklingen innenfor samfunnet generelt i forhold til behovet for et tverrfaglig team, samt hva demens er og hvilke utfordringer det stiller samfunnet overfor for å gi et bilde av situasjonen.

Behovet for samarbeid innenfor helse- og sosial sektoren er noe som er godt dokumentert internasjonalt med tanke på forbedring av tjenester. I over 40 år har nødvendigheten av tverrfaglig og tverretattlig innsats over flere forvaltningsnivåer for å sikre framkomsten av forsvarlige tjenester med grunnlag i fornuftig ressursbruk blitt erkjent og trukket fram i ulike forvaltningsdokumenter (Stortingsmedling nr. 26, 2014-2015). Samtidig har det vist seg at å gjennomføre et tverrfaglig samarbeid i praksis kan være vanskelig til å få til (Lauvås og Lauvås, 2004). Når det gjelder tverrfaglig samarbeid er det mangel på kunnskap, og det er et stort behov for å utvikle mer forskning på området slik at samarbeid mellom organisasjoner, profesjoner og tjenestebrukere kan utforskes ytterligere (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2014).

1.1.1 Tverrfaglig samarbeid

I det man skal gi en definisjon på hva et tverrfaglig samarbeid er vil det være naturlig å si noe om hva et fag er. I følge Lauvås og Lauvås (2004) kan et fag defineres som en kombinasjon mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi, som til sammen danner grunnlaget for kunnskapsbasen og som også kan definere selve faget. Med faget følger det også med normer og verdier som er med på å bidra til å legitimere og opprettholde den virksomheten som de som representerer faget utøver. Disse normene og verdiene er helseprofesjonene sosialisert inn gjennom utdanning og yrkespraksis.

Verdens helseorganisasjon (WHO) kom i 2010 med rapporten «*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*», der det blir definert at tverrfaglig samarbeid oppstår når to eller flere individ fra ulike bakgrunn med utfyllende kompetanse kommer sammen, en interaksjon finner sted og det skapes en felles forståelse som ikke noen kunne ha hatt eller kommet fram til på egenhånd. Det er i realiteten er det en gruppe der hver av individene har kommet til enighet om å bruke deres kompetanse til å oppnå et felles mål. Stiberg og Olstad (2002) kommer fram til at et tverrfaglig samarbeid ikke er et mål i seg selv, men mer som et middel for å nå et mål. Dette er til forskjell fra det mer tradisjonelle flerfaglige samarbeidet man ofte finner på somatiske avdelinger innenfor helsesektoren. Der aktørene arbeider parallelt i forhold til brukeren, og i et slikt samarbeid finner man ofte lite dialog og samhandling mellom partene. Hvert fag vil kun bidra med kunnskap i det å belyse et problem, men det vil ikke bli etablert noen direkte kontakt mellom de ulike innfallsvinklene som de ulike fagene representerer (Lauvås og Lauvås, 2004).

I denne masteroppgaven vil det tverrfaglige samarbeidet bli undersøkt i form av en teamorganisering, dermed vil jeg gi en kort redegjørelse på hva denne organisasjons formen innebærer. Et team kan kjennetegnes ved at det er større grad av gjensidighet mellom aktørene enn det man vil finne i en gruppe i arbeidet mot et mål eller det å fullføre en oppgave. Det må også eksistere en enighet mellom de ulike teammedlemmene om hva målet er, og de er innforståtte med at det er kun ved å arbeide sammen i form av et team at oppgaven kan løses og for å nå målet som er satt (Lauvås og Lauvås, 2004).

1.1.2 Samfunnsutvikling og behovet for tverrfaglighet

Et kjennetegn ved dagens samfunn er økt faglig spesialisering, profesjonalisering og desentralisering som har resultert i en sterkt fragmentert velferdsstat. Det kan også omtales som en funksjonell differensiering i samfunnet. Dette gjenspeiler seg også i de ulike sektorene av helsetjenesten. Det med spesialisering viser seg ved at flertallet av helsepersonell i dag har et høyt utdanningsnivå, og fordelene er at helsetjenestene er av høy kvalitet. Norge har sammenlignet med andre nordiske land, en høy tetthet av både leger, sykepleiere og fysioterapeuter per tusen innbyggere (Stortingsmelding nr. 26, 2014-2015). Det er den sterke fragmenteringen i samfunnet som ligger bak store deler av behovet for å organisere tjenester i form av tverrfaglig samarbeid. I rapporten til WHO (2010) kommer det fram at det er organiseringen i form av tverrfaglig samarbeid som er mest lovende i å løse den globale helsekrisen og også fragmentering innenfor helse som kjennetegnes internasjonalt, er et tverrfaglig samarbeid. En organisatorisk fragmentering har også funnet sted i helse- og omsorgstjenestene i Norge der nye tjenester tradisjonelt har blitt organisert som en uavhengig tjeneste, separat fra de andre og denne utviklingen har syntes å fortsette (Stortingsmelding nr. 26, 2014-2015). For imøtekomme behovet til de med et stort og sammensatt sykdomsbilde blir det sett på som en nødvendighet at ulike profesjoner og faggrupper jobber sammen, ikke bare for at brukeren skal få et best mulig helhetlig tjenestetilbud, men det er også snakk om å få utnyttet ressursene på en mest mulig effektiv måte. Slike overordnede mål vil ikke oppnås dersom de ulike sektorene jobber uavhengig av hverandre (Lauvås og Lauvås, 2004).

Et annet kjennetegn ved dagens samfunn er at den demografiske sammensetningen vil endre seg i framtiden, det vil bli langt flere eldre i løpet av de neste ti årene, sammen med at sykdomsbildet har endret seg og er i stadig endring. Dette resulterer i at flere sykdomstilstander kommer fram og det er en økning i forekomsten av sykdommer relatert til spesielt den eldre befolkningen i samfunnet. Utfordringen er ikke lenger knyttet til bekjempelsen av de smittsomme sykdommene, de som har overtatt dette fokuset er store og sammensatte lidelser slik som kols, kreft og demens for å nevne noen (Sortingsmelding 26, 2014-2015).

Som følger av endringer i demografien vil det i framtiden være et flertall av eldre sammenlignet med antallet som er i yrkesaktiv alder. Kommunens økonomi vil ikke vokse i takt med befolkningsveksten og det er ikke tilstrekkelig med kun å tilføre en økt mengde ressurser, det må finnes nye løsninger slik at ressursene kan bli utnyttet på en mer effektiv

måte gjennom en ny oppgave fordeling (Stortingsmelding 47, 2008-2009). utfordringene som er knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan også ses på som bærekraftige utfordringer ved at dagens tjenester er for lite utformet til å møte dagens og morgendagens behov. Fordi det skjer en økning i etterspørselen etter helsetjenester kan denne etterspørselen overgå muligheten for både å utdanne og rekruttere personell med kompetanse, det utfordrer også samfunnets evne til å betale. Dette resulterer i at det blir viktig å utnytte de samlede ressursene bedre enn det som er tilfellet i dag (Stortingsmelding 26, 2014-2015).

Man kan betegne det å utvikle tverrfaglighet innfor velferdsstaten som et samfunnsoppdrag som forsøker å løse konsekvensene av den demografiske utfordringen og det endrede sykdomsbildet samfunnet vil stå overfor i de kommende årene. Gjennom å betrakte dette som et samfunnsoppdrag henvises det til den store betydningen det vil ha for samfunnet å lykkes med dette oppdraget. Samfunnsoppdraget som utfordring kan betraktes som historisk både når det gjelder omfang og vanskelighetsgrad (Sirnes, 2014). Det går ut på å finne innovative løsninger og samarbeidsformer som svarer på den gjeldende samfunnsutviklingen. I og med at det er et samfunnsoppdrag vil det ligge en forpliktelse i oppdraget. Det er en nødvendighet for samfunnet og det er ingen av samfunnets aktører som kan stille seg utenfor og ikke delta. Det som kreves imidlertid av de ulike aktørene er derimot vilje til å gå utfor det vante og være med på å skape innovative løsninger (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2014).

Som et svar på de utfordringene som samfunnet står overfor har de siste reformene slik som *Samhandlingsreformen*, *Omsorgsmeldingen* og *Fremtidens primærhelsetjeneste* vektlagt som en av løsningene at det utvikles nye samarbeidsløsninger. På denne måten kan utfordringene håndteres i fremtiden. I utviklingen av nye helse- og velferdstjenester, som baserer seg på nye samarbeidsformer, er kommunene tiltenkt en nøkkelrolle. Det er her store deler av endrings- og utviklings arbeidet skal gjennomføres, og er den mest sentrale arenaen for å møte de aktuelle utfordringene (Sirnes, 2014). Resultatet av samfunnsforskning gjort i flere land viser at samarbeid blir sett på som et politisk svar på de fragmenteringsprosesser som følger av en sterk faglig spesialisering, profesjonalisering og desentralisering, som nevnt tidligere.

Gjennom lovgivningen har både kommunene og spesialisthelsetjenesten fått stor frihet til selv å velge organiseringsform. Formålet har vært at kommunene selv skal utforme sine tjenester slik at de på best mulig måte samsvarer med de lokale behovene. Det ligger også en tanke om at denne friheten vil gi en høyere tjenestekvalitet, riktigere prioriteringer og en mer effektiv

bruk av ressursene. Staten legger kun rammer gjennom helse- og omsorgsloven (Stortingsmelding 26, 2014-2015).

1.1.3 Min personlige motivasjon for valg av problemstilling

Min personlige bakgrunn for problemstillingen er min interesse for organisasjonsteori og tverrfaglig samarbeid. Jeg har tidligere arbeidserfaring fra helse og omsorgssektoren, hjemmesykepleien i en liten kommune og har dermed jobbet med mennesker som er rammet av blant annet demenssykdommer. Derifra har jeg fått nysgjerrigheten for organiseringen av arbeid i forhold til denne pasientgruppen og min interesse for organisasjonsteori dannet bakgrunn for min problemstilling. Dette ser jeg på som spesielt interessant i forhold til små kommuner i Nord-Norge.

1.1.4 Demenssykdom og demensteam

Som tidligere nevnt vil jeg i denne oppgaven gjennom å bruke demensteam som case illustrere erfaringer ved organisering og deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Det er det tverrfaglig sammensatte demensteamet jeg vil studere. Dermed vil jeg gi en kort beskrivelse av hva demenssykdom er og hvordan den vil utvikle seg i framtiden, samt hva et demensteam er og hvilke arbeidsoppgaver det har.

I Norge ligger ansvaret for utredning og diagnostisering av alle typer pasientgrupper på primærhelsetjenesten, dette kommer fram av i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I følge loven har primærhelsetjenesten ansvaret for at pasienter med klare symptomer på kognitiv svikt skal utredes, det er kun ved enkelte tilfeller at pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten (Gausdal og Michelet, 2011).

Utredningen er ofte organisert igjennom et demensteam, en demenskoordinator eller ofte en kombinasjon av disse organiserings formene. Demensteam og demenskoordinator er ikke det man kan kalle beskyttede titler, kommunene har dermed stor handlingsfrihet i å selv tillegge innholdet i disse. Hva et demensteam er, hvilke oppgaver det skal ha eller hvordan det skal organiseres er derfor svært ulikt fra kommune til kommune (Michelet, 2015). Et demensteam er oftest tverrfaglig team med gjennomsnittlig 3,9 medlemmer i de små kommunene. Når det blir flere medlemmer som skal koordineres oppstår behovet for en koordinator, en leder for teamet som har det overordnede ansvaret for teamets arbeidsoppgaver og at disse blir gjennomført. I de kommunene det kun finnes en demenskoordinator har den de samme

oppgavene som et demensteam og vil samarbeide med fastlegene («Etablering og drift av demensteam», 2011).

De som har kommet med forslag og ideer om hvordan denne helsetjenesten skal organiseres og utføre sine arbeidsoppgaver er Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse. I deres forslag er hovedideen er at demensteamet skal være drivverket i arbeidet med demenspasienter og deres pårørende. Demensteamet skal på mange måter være kommunenes eksperter på demens og kan bistå fastlegen i utredning og oppfølging av pasienter (Michelet, 2015) I en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse beskriver de demensteam ved at det er en gruppe som er bestående av minst to personer og er tverrfaglig sammensatt, ofte er sykepleier og ergoterapeut blant medlemmene (Gausdal og Michelet, 2011). Teamet skal foreta hjemmebesøk hos pasienten der de gjennomfører en samtale med pasient og pårørende, samt gjennomfører en kartlegging av pasientens funksjonsevne i hjemmet med tanke på sikkerhet. Fastlegens oppgave i forhold til en utredningsprosess er å ta den somatiske undersøkelsen, inkludert standard laboratorieprøver, og vurdere om det er nødvendig å henvise videre til spesialisthelsetjenesten for en ytterligere utredning (Rokstad og Smebye, 2008).

Utviklingen av demenssykdom er et av mange eksempler på utfordringer ved den demografiske utviklingen som finner sted i dagens samfunn i Norge og resten av den vestlige verden for øvrig. Ofte blir demenssykdom omtalt som den nye folkesykdommen, det kan virke som at stadig flere blir rammet av denne fremdeles uhelbredelige sykdommen. Det er slik at jo høyere alderen er jo større sannsynlighet er det for å utvikle sykdommen, altså er det en sammenheng mellom forekomsten av antall tilfeller av demenssykdom og en stigende alder. I Norge i dag er det over 70.000 mennesker med en form for demenssykdom, men det er sannsynlig at tallet er omtrent 100.000 da ikke alle har fått stilt diagnose av ulike årsaker. Prognosene tilsier at antallet demenssyke kommer til å fordobles innen 2040. I en rapport fra WHO blir det bekreftet at også på verdensbasis skjer det en økning av antallet som får demens (Henningstad og Hustadnes, 2013). I møte med denne utviklingen og for på en mest mulig effektiv måte utrede, diagnostisere og følge opp pasienter med denne diagnosen så er målsetningen at alle kommuner i Norge skal ha et fungerende demensteam eller demenskoordinator i løpet av utgangen av 2015 (Demensplan 2015, 2012-2015).

Kort oppsummert er demens en hjernesykdom som forårsaker i ulik grad kognitiv svikt hos den rammede. Den formen for demenssykdom, Alzheimer, degenerativ demens er den som

forekommer oftest og utgjør nærmere 60% av tilfellene. Demenssykdommen kan forekomme både før og etter fylte 65 år, men det er kun en liten del på 2 til 3 prosent som er rammet som er under 65 år. Sykdomsforløpet er individuelt for hver enkelt pasient, for noen går forløpet raskt, mens for noen kan forløpet strekke seg utover 10 til 20 år. Sykdommen vil derfor kreve en individuell oppfølging og en eventuell behandling og tilrettelegging (Rokstad og Smebye, 2008). En stor andel, nærmere halvparten av personer med demenssykdom bor fremdeles i sitt eget hjem og resten bor i en eller annen form for institusjon. Det regnes med at omtrent 75% av de med fast plass på sykehjemsinstitusjon har en demenssykdom. Det er kun en liten andel av personer med demenssykdom som bor i skjermede enheter tilrettelagt for personer med demens (Rokstad og Smebye, 2008; Demensplan 2015, 2012-2015).

1.2 Forskningsspørsmål

Det jeg ønsker å se nærmere på i min oppgave er hvilke erfaringer medlemmer av demensteam har med å organisere sitt tverrfaglig sammensatte team, hvilke erfaringer de har i forhold til å delta og hvordan dette påvirker utfallet av det arbeidet som utføres. Formålet med denne oppgaven er å bidra med kunnskap om tverrfaglig sammensatte demensteam.

Den overordnede problemstillingen er som følgende:

«Hvilke erfaringer finnes det med å organisere og delta i tverrfaglig sammensatte demensteam i små kommuner?»

Ut i fra forskningsspørsmålet vil jeg forsøke å besvare disse to underordnede spørsmålene:

- *Hvilke erfaringer har medlem av demensteam med organiseringen av demensteam i deres kommune?*
- *Hvilke erfaringer har medlem av demensteam med å jobbe i et tverrfaglig sammensatt team?*

Med utgangspunkt i min gjennomførte kvalitative studie vil jeg drøfte min problemstilling opp mot den tidligere forskningen på temaet og sosiologisk teori.

1.3 Tidligere forskning

Ut ifra det jeg kan finne av tidligere forskning på feltet så finnes det lite kvalitative studier om erfaring med tverrfaglig samarbeid gjennomført ved norske helseinstitusjoner i Norge. Jeg kan ikke finne noe litteratur i forhold til erfaringer med å delta i et tverrfaglig sammensatt demensteam. Den fremste aktøren på forskningsfronten i Norge er Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Det finnes del undersøkelser og litteratur om tverrfagligsamarbeid i forhold til andre helse- og sosialtjenester, dette kan dras inn denne oppgavens sammenheng så lenge det er snakk om sammensatte lidelser slik som demenssykdom anses for å være. En del av den tidligere forskningen er i stor grad litteraturgjennomgang, eller en kombinasjon av litteraturgjennomgang og en presentasjon av et studie. Det finnes også noen rent kvalitative studier og noen kvantitative innenfor forskningsfeltet.

Tidligere forskning har lagt vekt på hvilke faktorer som blir sett på som viktige for å få et velfungerende tverrfaglig team. Hovedvekten av disse faktorene ligger på mellommenneskelige relasjoner. Jeg vil presentere et utdrag fra forskningen som jeg har funnet, så relevant som mulig for min studie i denne oppgaven.

1.3.1 Hva vet vi om demensteam i Norge?

Som vi kan se finnes det ikke noe konkret forskning om erfaring ved deltakelse i tverrfaglig sammensatte demensteam. Jeg har valgt å presentere den tidligere forskningen jeg fant rundt dette temaet bare for å gi et bilde av situasjonen, denne forskningsrapporten peker mer mot organisering av demensteam og hvem som deltar i det. De som har vært fremst på studier av demensteam i kommune-Norge er Nasjonalt Kompetansesenter for aldring og helse. I rapporten «Demensteam - godt i gang, fortsatt i utvikling» (Michelet, 2015) utgitt i 2015 kommer det fram at den vanligste organisasjonsformen i små kommuner er et tverrfaglig sammensatt demensteam med en koordinator. Antallet medlemmer i demensteam i små kommuner er gjennomsnittlig 3,9 personer mot gjennomsnittet på landsbasis som er 4,3 personer og inkludert en eventuelt koordinator. 80% av demensteamene uten koordinator og 91% av demensteamene med koordinator er tverrfaglig sammensatt. Det finnes tre vanlige kombinasjoner av sammensetning: Sykepleier og ergoterapeut; sykepleier og helsefagarbeider; sykepleier og vernepleier. Ut i fra dette kan man se at den utdanningsbakgrunnen som er sterkest representert i demensteamene er sykepleiere.

Av alle demensteamene i undersøkelsen hadde 65% av teamene fastsatt tid til sine arbeidsoppgaver, altså en stillingsprosent. Det er små kommuner som representerer sterkest av å ikke ha fastsatt tid til demensarbeid, dermed må slikt arbeid utføres innimellom andre arbeidsoppgaver, alt etter hvilket behov som er viktigst. Flere av kommunene som deltok i studien hentyder at det kan være vanskelig å finne tid til arbeid i demensteamet. Noe som spesielt vises i de mindre kommunene er at det er ofte koordinatoren som innehar den fastsatte tiden demensteamet eventuelt har, de andre medlemmene deltar etter behov. Det kan ha en sammenheng med at små kommuner gjennomfører gjennomsnittlig 7,3 utredninger på årsbasis, og de minste kommunene mindre enn en utredning i måneden. Sammenlignet med de største kommunene som har 29,2 utredninger i året.

I små kommuner brukes det mindre tid på selve utredningen og etterarbeidet sammenlignet med store kommuner. Det kan sees i sammenheng med at de fleste av medlemmene i et demensteam i små kommuner ikke jobber heltid i demensteamet, men delvis. Dermed vil de i større grad ha kjennskap til pasienten og vil derfor bruke mindre tid til å skape tillit i utredningsprosessen, samt at etterarbeidet vil naturlig falle inn under det daglige arbeidet i for eksempel hjemmetjenesten. På landsbasis er demensteamet organisatoriske tilknytning oftest til sykehjem tett etterfulgt av hjemmetjenesten.

1.3.2 Erfaring ved deltakelse

I artikkelen til Brataas og Haugan (2009) «*Ansattes perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling*» baserer seg på en følgestudie om ansattes erfaringer ved utvikling av funksjonelt tverrfaglig samarbeid i en nyetablert rehabiliteringsavdeling i et norsk sykehus. Studiets informanter ble intervjuet i fokusgrupper tre og fem år etter avdelingens oppstart. Resultatet av studiet viste en utvikling i både forståelsen og tverrfaglig fungering mellom de to møtetidspunktene på tre og fem år. Det å skal utvikle et funksjonelt tverrfaglig samarbeid er en prosess som tar tid. Det er ikke nok at medlemmene av teamet er enige om å arbeide tverrfaglig, denne arbeidsformen må læres gjennom praksis og over tid. I den første tiden av prosessen innebar det for informantene å bli kjent med de andre profesjonene, deres kunnskap og hva de sto for. Det var gjennom erfaring ved å arbeide i et team over tid at man var i stand til å kunne utvikle fordelaktige samarbeidsmåter og i forhold til det å få forståelse av eget fagområde og det som var felles. For at det ikke skulle bli for ensporet, ønsket de derfor at teamsammensetningen kunne variere slik at de kunne få nyttige impulser gjennom diskusjon

med andre ansatte og dette ble omtalt som «artig» og «nyttig» samt resulterte i at det gjorde jobben «morsommere» (Brataas og Haugan, 2009).

I Dieleman m.fl.'s (2004) artikkel «*Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process*» presenterer oppfatningen til 22 helsearbeidere i kommunebaserte team, eksempelvis farmasøyter, leger og sykepleiere fra 6 ulike team. I artikkelen kom det fram at det å jobbe i et team ble opplevd som svært verdifullt når de hadde å gjøre med svært komplekse tilfeller i pasientomsorgen. De identifiserte kommunikasjon, respekt for andre teammedlem, forståelse for deres roller og kompetanse, og det å være åpen for læring som viktige elementer for et velfungerende samarbeid. Viktigheten av respekt er også noe som kommer fram i Brataas og Haugan's (2009) artikkel sammen med viktigheten av å ha et felles verdigrunnlag innad i teamet og at de i felleskap hadde kommet fram til en ideologi de arbeidet ut i fra. I San Martin-Rodriguez m.fl.'s (2005) artikkel «*The determinants of collaboration: A review of theoretical and empirical studies*» finner man en litteratur gjennomgang av faktorer som vil fremme et samarbeid mellom ulike profesjoner i et team. De kommer fram til at samarbeid er i stor grad en mellommenneskelig prosess som krever et tilstedeværelse av ulike faktorer i forholdet mellom profesjoner i et team. Dette inkluderer vilje til å samarbeide (D'Amour m.fl., 1999; Henneman m.fl., 1995), det å ha tillit til hverandre, gjensidig respekt og kommunikasjon. Det er interaksjonsfaktorene som er elementer for å komme fram til disse.

Videre i Dieleman m.fl.'s (2004) artikkel kom det fram at studiets bidragsytere stolte på at de fikk støtte fra deres kolleger i teamet. For at de kunne stole på de andre medlemmene så ble det sett på som nødvendig for hver og en av medlemmene å lære seg om de ulike medlemmene i forhold til hvilken kunnskap, ferdigheter og muligheter de kunne tilby teamet. Dermed ble kommunikasjon sett på som en viktig del av samarbeidet i teamet og bidragsyterne opplevde de fikk all den informasjonen de trengte, samt at dette førte til en forbedret pasientomsorg og kommunikasjon innad i teamet. Videre kom det fram at det å ta seg tid til å bli trygg på hverandre som medlem av et team ga fordeler for kommunikasjonen. Det ble også opplevd en høyere grad av tilfredshet i jobben når de arbeidet i et team

Læring gjennom praksis og erfaring var to faktorer som kom fram i studiet til Brataas og Haugan (2009) gjennom at det var over en lengre tidsperiode at de som var medlem av tverrfaglige team ervervet seg erfaring gjennom å praktisere et tverrfaglig organisert arbeid og

på den måte være i stand til å utvikle arbeidsmetoder som forbedret kvaliteten på både det tverrfaglige teamet og også tilbudet til pasienten.

1.3.3 Viktigheten av tillit i et tverrfaglig samarbeid.

Tillit blir sett på som en svært viktig faktor for å få et tverrfaglig samarbeid til å fungere, og det kommer fram av flere studier at tillit er en viktig faktor for å oppnå et vellykket tverrfaglig samarbeid (Pullon, 2008; Axelsson og Axelsson, 2009). Tillit blir sett på som en grunnleggende faktor i alle forhold mellom mennesker (Skau, 2011). Det blir sett på som en forutsetning at profesjoner må stole på hverandre før en samarbeids prosess kan bli etablert så er det en rekke av menneskelige funksjoner og dynamikker som er nødvendig å utvikle innad et team (D`amour m.fl., 2005). Det at tillit både til seg selv og andre teammedlemmer er en forutsetning for samarbeid kommer det også fram hos Henneman m.fl. (1995). Videre i artikkelen blir det sagt at for å skape tillit er tålmodighet, pleie og tid til relasjoner nødvendig for å bygge opp et samarbeidsforhold. I en kvalitativ studie gjort for å se på det profesjonelle forholdet mellom sykepleiere og leger i New Zealand kom det fram at en av nøkkelfaktorene i prosessen for å utvikle tverrprofesjonell tillit innen helsefaglige team i primær helsetjenesten så er det å anerkjenne hverandres kompetanse og respektere den. Det må også eksistere en felles forståelse om hvor grensene for de ulike profesjonene går. Steget fra respekt til tillit er ikke automatisk, men må bli utviklet og fortjent mellom individ, dette er noe som skjer over tid. Sammen med en felles forståelse for hverandres roller og det komplekse samspillet mellom medlemmene i et team vil det over tid lede mot tverrprofesjonell tillit (Pullon, 2008). Også ifølge Axelsson og Axelsson (2009) er forutsetningen for at det skal oppstå det de omtaler overfor som altruistisk holdning er et høyt nivå av tillit mellom medlemmene som er involvert i det tverrfaglige teamet, og at dette igjen krever en stabil og vedvarende deltakelse i samarbeidsprosessen. Altruisme blant profesjoner er en prosess som strekker seg over lang tid og er en prosess som kan være vanskelig på grunn av ulike utdanningsbakgrunner og ulike tilnærminger som resulterer i at de har ulike språk, holdninger og verdier (Overtveit, 1993). Denne prosessen krever at de ulike profesjonene har lang erfaring bak seg slik at de har tilegnet seg kunnskap og kompetanse om hverandre og lære seg å se at ulikhetene dem imellom som en fordel for samarbeidet.

Ulike profesjoner er sosialisert gjennom utdanning inn i en disiplin basert på visjon og rammeverk, som også kan sees på som essensen av profesjonssystemet. Samarbeid mellom profesjoner vil dermed kreve at man gjør endringer på dette paradigmet og implementere en

logikk for samarbeid i stedet for konkurranse i forhold til andre profesjoner i en samarbeidssituasjon (D`amour m.fl., 2005). En profesjon vil forsøke å forsvare og legitimere sitt spesifikke kunnskapsområde. En strategi for dette vil være å mistenkeliggjøre konkurrerende profesjoner (Lauvås og Lauvås, 2012) sammen med å trekke opp sterke grenser for innholdet for deres fagfelt (Axelsson og Axelsson, 2009). Det sees på som viktig i denne strategien vil være å få andre til å akseptere påstanden om at man er i besittelse av en spesifikk kompetanse som ingen andre enn denne profesjonen er i besittelse av (Lauvås og Lauvås, 2012). I følge intervjuene som ble gjort i forhold til artikkelen til Axelsson og Axelsson (2009) kom det fram at det tok en tid før de deltakende profesjonene i det tverrfaglige teamet i forbindelse med rehabilitering i å bli bevisste på den kompetansen som eksisterte i teamet og at de kunne benytte seg av den. Det ble av informantene beskrevet at i begynnelsen var de gjensidig skeptisk til de ulike profesjonene i teamet og at dette i stor grad var basert på mangel på kunnskap om de andre profesjonene kombinert med en forhåndsdomming som følge av en territoriell tenkning blant deltakerne. I følge artikkelen byttet informantene gradvis ut det å være skeptisk med positive erfaringer i forhold til det å være i stand til å oppnå et bedre resultat sammen i arbeidet med pasientene. Det ble klarere at hver profesjon bidrar med sine syn og kunnskap om en spesifikk situasjon og at man i den forbindelse kan lære mye av hverandre. Det at perspektivet går fra en mer territoriell holdning og til en mer altruistisk holdning er med på å styrke samarbeidet. Det som innebærer i en altruistisk holdning i det tverrfaglige samarbeidet er at fokuset blir rettet mer på omsorg for andre og tenke på samfunnet som helhet, slik at i helse- og sosialtjenester blir basert hovedsakelig på pasientens behov. Dermed må de ulike profesjonenes bidrag bli sett i forhold til hverandre, altså oppstår det en mer holistisk tilnærming til behov og tjenester (Higgins m.fl., 1994; Bennett og McIntosh, 1995).

1.3.4 Erfaring ved organisering

Selv om de mellommenneskelige faktorene er viktige, så vil det ikke være tilstrekkelig i et samarbeid, for i komplekse helsetjenester kan ikke profesjonene alene skape alle nødvendige tilstander for suksess. Organisasjonsmessige faktorene spiller også en viktig rolle og har en sterk innflytelse på utviklingen av samarbeid i helsefaglige team (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005).

Tidligere forskning viser at samarbeid er en kompleks, frivillig og dynamisk prosess. Det å bringe ulike profesjoner sammen i et team er ikke enetydende med at det vil lede til et

samarbeid. Flere studier av tverrprofesjonell praksis har vist at de samarbeidsrelasjonene man finner i et aktuelt team kan ofte bli fremmet eller hemmet av team- og organisasjons faktorer. Slike faktorer kan for eksempel være både organisasjonsmessig og personavhengige. I forhold til det organisasjonsmessige er det noen strukturelle kjennetegn som sees på som viktige faktorer for et samarbeid. Det er viktigheten av å ha blant annet en organisasjonskultur som støtter et tverrfaglig samarbeid, en administrativ støtte og tid og rom der samarbeid kan oppstå (Bronstein, 2003). Dette understøttes også i en annen studie der det vises at kjennetegn ved organisasjonen vil påvirke det tverrfaglige teamet slik som organisasjonskultur. Det er et viktig element å utvikle et godt tverrfaglig team, øke behandlingskvaliteten og fremme suksess for teamet (Kôrner m.fl., 2015).

Et tverrfaglig samarbeid krever en gunstig organisasjons setting. Organisasjonsmessige faktorer kombinerer organisasjonens egenskaper som definerer arbeidsomgivelsene til teamet, slik som struktur og filosofi, team ressurser og administrativ støtte, samt kommunikasjon og koordinerings mekanismer (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005). Det er også viktig å avsette tilstrekkelig med tid til at team medlemmene slik at de gjennom interaksjon vil ha mulighet til å dele informasjon, utvikle de mellommenneskelige forholdene og ta fatt på teamets oppgaver (Mariano, 1998). En annen organisatorisk faktor som fremmer samarbeid er viktigheten av i organisasjonsstrukturen må gå over fra en tradisjonell hierarkisk struktur til en mer horisontal struktur, dette vil åpne opp i større grad for å for å foreta felles beslutninger og direkte kommunikasjon (Henneman m.fl., 1995). I Brataas og Haugan`s (2009) artikkel kom det fram av studiet at målet med å organisere arbeidet tverrfaglig var ifølge studiets informanter at man observerte en behandlingssituasjon og var i stand til å kunne vurdere dem ut i fra egne faglige «briller», og på et senere tidspunkt utveksle informasjon for å se situasjonen i en helhet. I løpe av femårs perioden så erfarte informantene at det var blitt mye enklere å jobbe, de drar nytte av hverandres kompetanser og samarbeidet har en opplevelse av å ha betydning for kvaliteten i det tilbudet de ulike pasientene får.

Ut i fra denne presentasjonen av tidligere forskning rund temaet for min forskning kan man se at det finnes både uformelle faktorer og formelle strukturelle faktorer som skal til for å skape et tverrfaglig samarbeid. Jeg vil bruke dette bakteppe i min studie ved å relatere den til mine funn i analyse og drøfting av utvalgte funn.

1.4 Oppgavens oppbygning

Fram til nå har jeg presentert bakgrunnen for valg av min problemstilling både i forhold til hva tverrfaglighet er og den samfunnsmessige utviklingen i samfunnet med framveksten av behovet for tverrfaglighet. Jeg har gitt en innføring i hva demens er og hvilke behov det stiller samfunnet overfor. Jeg har også presentert problemstillingen for denne oppgaven og tidligere forskning på feltet.

Med kapittel 2 ønsker jeg å presentere det teoretiske rammeverket som jeg vil benytte i forsøket på å forklare mine funn i analysen.

I kapittel 3 vil jeg gi en presentasjon av de metode valgene som er gjort i forbindelse med denne oppgaven.

Kapittel 4 og 5 presenterer analysen. Jeg har valgt å dele analysen inn i to kapitler. Der det første tar for seg informantenes erfaring ved å organisere et tverrfaglig demensteam. Det andre analysekapittelet tar for seg informantenes erfaringer i hvordan det er å delta i et tverrfaglig sammensatt team.

Kapittel 6 er en avsluttende drøfting der jeg forsøker å knytte opp tidligere forskning og teori for å belyse mine funn i analysen, for så å komme med en avsluttende kommentar som vil runde av denne masteroppgaven.

2 Teoretisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for denne oppgaven som jeg har valgt for å belyse mine funn i analysen i henhold til erfaring med organisering og deltakelse i tverrfaglig sammensatte demensteam. Har tatt utgangspunkt i å se demensteamet som en organisasjon, og de fleste teoriene har en tilknytning til den symbolske interaksjonismen i mer eller mindre grad. Jeg har valgt å starte kapitelet med å se på organisasjonen som helhet før jeg går over på å presentere ulike teorier som forklarer mellommenneskelige relasjoner.

2.1 Organisasjonsteoretisk perspektiv

Starter hele det teoretiske rammeverket ved å se på det tverrfaglige teamet som helhet gjennom å se det som en organisasjon. Som følge av dette kan man se på ulike fenomener ved teamet som vil være til hjelp for å gjøre et tverrfaglig team til gjenstand for nærmere undersøkelse. Cato Wadel (2002) omtaler et team som en «mikro»-organisasjon, de har mye av de samme karaktertrekkene men de har et få antall medlemmer. Samtidig vil det åpne opp for en rekke flere analyse punkter ved å betrakte et team som en organisasjon.

Jeg har valgt å bruke Jacobsen og Thorsvik's definisjon på en organisasjon:

«Mer teoretisk kan man si at en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen og Thorsvik, 2007:13)

Denne definisjonen inneholder noen begreper som jeg vil trekke frem som relevant for å beskrive hvordan et tverrfaglig samarbeid blir konstruert.

Definisjonen sier at en organisasjon er *sosialt* konstruert. Av dette kommer det fram at det er mennesker som samhandler. Dermed kan man si at en organisasjon er relasjoner etablert mellom medlemmene gjennom at de har inngått kontrakter som utgjør samlet et sosialt system. Det er innenfor dette sosiale systemet at man arbeider sammen mot å nå et bestemt mål. Når man skal studere en organisasjon må en derfor forsøke å se den grunnleggende sosiale og menneskelige karakteristika ved en organisasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Det at organisasjoner er *bevisst konstruert* vil si at de er utformet på en intensjonell måte med bakgrunn i troen på at dette er den mest effektive måte å løse organisasjonens oppgave på. I denne forbindelse settes de formelle mål og det stokes ut strategier som ofte blir dokumentert i skriftlige dokumenter (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Innledningsvis så vi at et team er kjennetegnet av større gjensidighet mellom aktørene i arbeidet mot å nå et mål. For å illustrere hvordan et tverrfaglig samarbeid som organisasjon fungerer kan man bruke sosiologien Emile Durkheims begrep om *organisk solidaritet*. I følge Durkheim var det mulig å kunne se på samfunnets og det institusjoner som en organisme, et selvregulerende system der alle organer virker sammen for å opprettholde en funksjonsdyktig organisme (Guneriusen, 2007). Dette illustrerer det at i demensteamet så er det ulike kompetanser som komplementerer og har et avhengighetsforhold til hverandre slik at den tjenesten som tilbys pasienten blir best mulig.

Innenfor en organisasjon kan man skille mellom formell og uformell struktur. Det er på mange måter den formelle strukturen som legger rammene rundt organisasjonen slik at den uformelle strukturen kan utvikles. Den formelle strukturen går ut på det som er nedfelt skriftlig, slik som stillingsinstrukser og organisasjonskart, som sier noe om hvem som har ansvar for hva, samt at det er stedet der organisasjonen er lokalisert og det er økonomiske ressurser som er tilgjengelige for organisasjonen. Den uformelle strukturen er det som sier noe om mønsteret av personlig kontakt og relasjoner, samhandling og gruppe dannelser som igjen vil påvirke holdninger og atferd. De uformelle strukturene vil ofte utfylle de formelle strukturene (Eriksson-Zetterquist, 2014).

Det vil være til hjelp å innta et symbolsk interaksjonistisk perspektiv for å få fram den uformelle strukturer ved organisasjonen som vil være relevant for min problemstilling i oppgaven. Dette innebærer å innta et perspektiv som er bestående av oppfatningen om hvordan kompetente aktører gjennom språklig formidlet samhandling på en kreativ og refleksiv måte konstruerer en meningsfull og ordnet sosial verden (Aakvaag, 2008). Innenfor dette perspektivet blir de sosiale situasjonene vektlagt og ofte på detaljnivå. Det ønskes å si noe om hvordan sosiale situasjoner oppstår og danner et utgangspunkt for interaksjon og sosialisering, samt utvikling av normer, kulturer og samfunn som helhet (Tjora, 2010).

2.1.1 Organisasjonskultur

Det å studere en organisasjon i et kulturelt perspektiv i form av organisasjonskultur vokste fram på 1920-tallet, fra 1980-tallet begynte forskere å studere dette som et eget fenomen og har dermed fått et godt fotfeste innenfor organisasjonsteorien (Jacobsen og Thorsvik, 2007) og er et eksempel at det er en økt fokus på det uformelle innenfor den organisasjonsteoretiske forskningen. Som man kan se ut i både den tidligere forskningen og analysen er største delen av de faktorene som er fordelaktig for et tverrfaglig samarbeid av uformell karakter.

Ved å studere en organisasjon gjennom et kulturperspektiv vil man kunne fange opp hvordan organisasjoner fungerer, man kan se nærmere på hvordan medlemmene av organisasjonen utvikler et felles mønster av mening og holdning og som resulterer i en bestemt handlingsatferd. Ved å innta dette perspektivet vil det bli mulig å studere nærmere hvordan medlemmene av demensteamet kommer fram til hvorfor de handler som de gjør i bestemte situasjoner. Organisasjonskulturen kan si noe om forklaringen på en organisasjonssuksess, og det blir hevdet at en sterk organisasjonskultur vil samle medlemmene i en fellesopplevelse av tilhørighet og fellesskap vil være en påvirkningsfaktor til suksess (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Det som skiller en organisasjonskultur i fra det mer generelle kulturbegrepet og kulturprosesser som finnes i samfunnet er at organisasjonskulturen vokser fram innenfor et organisasjonsmessig rammeverk. Det fokuset som ofte vises i definisjoner av organisasjonskulturer er på medlemmenes opplevelser, tanker og meninger som er felles for alle i en bestemt sosial sammenheng (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Schein definerer organisasjonskultur som et sett grunnleggende mønster av antakelser om er utviklet av en gruppe gjennom en prosess over tid ved at medlemmene av organisasjonskulturen har lært slik de blir i stand til å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon. Ved at dette fungerer tilstrekkelig nok til at det blir betraktet som sant vil det læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å tenke, å oppfatte og føle på i henhold til organisasjonens problemer (Schein, 1985). Schein legger samtidig fokuset på lærings aspektet som finner sted i en organisasjonskultur. Med begrepet læring henvises det til hvordan kulturen utformer seg fra hvordan ting har blitt utført tidligere i en gitt arbeidssituasjon til at de kan forbedres eller endres i forhold til nye erfaringer. Læring i denne forbindelse kan knyttes til to forhold. Det første er at en kultur vil utvikle seg etter hvert som man lærer seg å mestre de utfordringer i forhold til eksterntilpasning til omgivelsene i form av for eksempel klienter eller kunder. Det andre er at kulturen vil utvikle

seg etter hvert som organisasjonen lærer å mestre utfordringer knyttet til den interne integrasjonen, for eksempel hvordan man skal kommunisere og samarbeide innad i organisasjonen slik at alle medlemmene bidrar til å nå det felles målet for organisasjonen. Schein i sin definisjon legger også vekt på at nye medlemmer skal sosialiseres inn i den allerede eksisterende organisasjonskulturen slik at de lærer organisasjonens «kjøreregler» (Jacobsen og Thorsvik 2007). Læring vil bli et viktig begrep i den forstand at demensteamet er i utvikling, altså man kan betrakte det som at demensteamet er i en læringsprosess mot det å skulle håndtere både interne uformelle utfordringer og utfordringer knyttet til eksterne omgivelser.

2.2 Sosialisering

Sosialisering blir en viktig prosess når et nytt medlem skal begynne å jobbe i et team. Når jeg har valgt i denne oppgaven å betrakte et tverrfaglig team som en organisasjon så kan man ut i fra det se at innenfor dette teamet finnes det mange forskjellige relasjoner som det nye medlemmet må bli kjent med og lært seg. Med dette så kreves det at det oppstår en sosialiseringsprosess.

Når et menneske gjennom utdanning inntar en sosialiseringsprosess så er det ikke bare de teoretiske og praktiske kunnskapene de sosialiseres inn i, det finnes også normer og verdier knyttet til de ulike fagene. Dette er noe de ar med seg ut i yrkeslivet. Men det er sekundær sosialiseringen til yrkeskulturen som er den sterkeste sosialiseringsprosessen (Lauvås og Lauvås, 2004). Det er med andre ord flere sosialiseringsprosesser et individ må igjennom i forhold til sin yrkeskarriere, etter endt utdanning må et hvert individ sosialiseres inn i den nye organisasjonen de skal arbeide i.

Når et individ skal sosialiseres inn i en organisasjon forutsetter dette at individet som er rekruttert har i noen grad sammenfallende mål og interesser med organisasjonen. Når et nytt medlem skal sosialiseres inn i organisasjonen så er det et forsøk på få den nye til å tilegne seg organisasjonens normer, verdier og grunnleggende antakelser, at de oppnår å kunne føle lojalitet, samt identifisere seg med organisasjonen. Målet med sosialiseringen er at disse elementene skal internaliseres, at de dermed gjør organisasjonens mål til sine egne. Jo sterkere sosialiseringen er, jo mindre blir det behov for styring innad i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Dermed kan man se det som fordelaktig å gi det nye medlemmet en grundig sosialisering inn i organisasjonen.

2.2.1 *Internalisering*

I følge Berger og Luckmann er utgangspunktet for sosialiseringprosessen det de kaller for *internalisering*. Begrepet internalisering innebærer en prosess der et individ gjør en subjektiv virkelighet til sin egen, individet «overtar» den verden som alle andre bor i. I dette inkluderes det blant annet roller, holdninger, kultur og verdier (Berger og Luckmann, 1966). Dette kan man se gjennom eksempelet ved at det nye medlemmet av en organisasjon har en organisasjonskultur er internalisert, vil resultatet være at man automatisk vil handle på vegne av organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

2.2.2 *De signifikante andre*

I sosialiseringprosessen finnes det noen som er mer viktige enn andre. De som skal formidle kunnskapen til det nye medlemmet av teamet er *de signifikante andre* blir betraktet som et nøkkelbegrep innenfor sosiologien med en hensikt å forene to av fagets grunnteser om vår sosiale verden. Den første grunntesen går ut på at det er kun gjennom samhandling med andre mennesker at vi blir mennesker, altså gjennom samhandling med de signifikante andre. Den andre grunntesen går ut på at det er de andre vi samhandler med som former oss og på forskjellige måter, altså er noen mer signifikante enn andre (Rye, 2013).

Berger og Luckmann (1966) skisserer et analytisk skille der de viser hvordan de signifikante andre har ulike funksjoner i ulike faser av individets liv, i henholdsvis gjennom den primære- og sekundære sosialiseringen. Samtidig har de en oppfatning om at de signifikante andre spiller en rolle gjennom hele livet.

I følge Berger og Luckmann (1966) er de signifikante andre en viktig del av primærsosialiseringen til et individ. Det er de signifikante andre som har ansvaret for individets sosialisering. Dette er konkrete personer som står individet nærmest og som er de viktigste aktørene for å opptre som de signifikante andre og det er spesielt i samhandling med disse at individet tar til seg samfunnets sosiale struktur og internaliserer dette. Det er altså gjennom denne sosialiseringen at individet blir en del av samfunnet (Rye, 2013). De signifikante andre fremstiller definisjonen av en spesifikk situasjon for individet og at dette er den eneste objektive virkelighet. Som følge av primærsosialiseringen identifiserer individet seg i en emosjonell forstand med dets signifikante andre og de påtar seg deres roller og

holdninger, kultur og verdier. På denne måten skaper individet seg en subjektivt sammenhengende og troverdig identitet.

Ved å trekke dette perspektivet på de signifikante andre videre til sekundærsosialiseringen så finnes fremdeles eksistensen av de. Sekundærsosialiseringens funksjon vil være å introdusere det allerede sosialiserte individet inn i nye sektorer i den objektive verdens sosiale verden. Primærsosialiseringen er en forutsetning for sekundær sosialisering (Rye, 2013). Men under sekundærsosialiseringen endrer de signifikante ofte seg til institusjonelle funksjonærer med den oppgave å formidle informasjon og det er i den forstand at det emosjonelle i stor grad faller bort. Det emosjonelle ved sekundær sosialiseringen kan framkomme ved at det blir sett på som en nødvendighet med fordypelse og engasjement i den nye sosiale virkeligheten. I følge Berger og Luckmann er sekundærsosialiseringen internalisering av institusjonelle eller institusjonsbaserte «sub-verdner» som vanligvis er delverdener sett i forhold til primærsosialiseringens grunnleggende verden. Innenfor sekundærsosialiseringens roller finner man en større grad av formalitet og anonymitet, dette vil resultere i at de lettere kan frigjøre seg fra sine individuelle aktører. Dermed blir innholdet som læres i løpet av sekundærsosialiseringen ikke så subjektivt absolutt slik som det som skjer under primær sosialiseringen, derfor kan denne subjektive virkeligheten lettere settes til side (Berger og Luckmann, 1966). Dette kan si noe om hvorfor vi er i stand til å kunne bytte jobber eller hvordan vi er i stand til å jobbe i to forskjellige organisasjoner samtidig.

I voksen alder vil de signifikante andre spille en spesielt viktig rolle i form av en virkelighetsoppretholdelse. Individet trenger med jevne mellomrom bekræftelse på at verden faktisk er slik som den er, eller oppfattes av individet. Denne bekræftelsen får individet gjennom alle hverdagslivets interaksjoner. Det kan tenke seg at framveksten av en ny «modernitet» vil påvirke måten de signifikante andre former aktørene og deres hverdagsliv. Dette vil påvirke hvem de signifikante er, når en mulig signifikans oppstår og når de vil spille en viktig rolle for individets selvforståelse (Rye, 2013).

2.3 Profesjonsteori

Det er i større grad ulike profesjoner som jobber sammen i et tverrfaglig sammensatt team. Det blir av den grunn viktig å si noe om hva en profesjon er og hvordan dette kan påvirke relasjoner til andre profesjoner i et tverrfaglig team. Gjennom utdanning har de ulike profesjonene blitt sosialisert inn i teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter (Skau,

2011) med tilhørende normer, verdier og virkelighetsoppfatning. Når slike ulikheter kommer sammen vil det være spesielt viktig med en sterk sosialisering inn i teamet og der målet er at alle internaliserer teamets normer, verdier og virkelighetsoppfatning slik at individet handler ut i fra teamets beste i stedet ut i fra sitt profesjonsståeds beste.

Andrew Abbott er en av de fremste innenfor profesjonsteori og hans definisjon av profesjon er mye brukt. Det som ifølge Abbott (1988) er den beste måten å definere en profesjon på er å se på dens abstrakte kunnskap som de har en enerett på å bruke som er blitt internalisert gjennom sosialisering. Det er kunnskapen som gir den kontroll over dens arbeidsområde. Profesjonens praktiske ferdigheter vil vokse fram av den abstrakte kunnskapen som er tilhørende faget.

Ved å bruke Abbott's (1988) begrep om *jurisdiksjon* vil man kunne utforske forholdet mellom ulike profesjoner. Han uttrykker at jurisdiksjon er forbindelsen mellom en profesjon og dens arbeid. Den blir sett på som selve rygg raden i profesjonen, og betyr yrkes myndighet og ansvarsområde innenfor et arbeidsområde. Når en profesjonsutøver vil beskytte sin jurisdiksjon, altså arbeidsområde, vil det ofte oppstå en *revirtenking* ifølge Abbott. Det som ofte kan føre til jurisdiksjonelle konflikt mellom ulike profesjoner er når det eksisterer bestrebelser i forhold til det å få kontroll over sitt arbeidsområde eller at grensene mellom profesjonene forandres. Abbott har definert seks forskjellige former for jurisdiksjon som er skal være til hjelp for å løse de jurisdiksjonelle konfliktene gjennom en arbeidsfordeling. Men kun tre av dem vil bli tatt opp i denne oppgaven på grunn av relevansen.

Tradisjonelt har profesjonene særlig innenfor helsesektoren vært preget av en *full jurisdiksjon* som innebærer at det trekkes tydelige grenser for de ulike profesjonenes arbeidsoppgaver, eller ved en jurisdiksjon i form av *underordning* som innebærer en hierarkisk inndeling av arbeidsoppgaver. Det som nærmest vil kjennetegne det tverrfaglige teamets jurisdiksjon er det Abbott kaller *teigdeling*. Denne jurisdiksjonene innebærer en arbeidsdeling mellom funksjonelt forskjellige, med strukturelt likeverdige profesjoner, arbeidsdelingen vil bli mer uformell, basert på situasjonsbestemte forhold og erkjennelsen av hverandres kompetanser. Argumentasjonen for dette er at de ulike kunnskaps- og arbeidsområdene må sees på som selvstendige og supplerende i forhold til hverandre (Abbott, 1988 i Erichsen, 1996).

Erichsen (1996) har hentet inspirasjon fra Abbott i sitt arbeid. Hun kommer med begrepet *grenseflate* som framkommer av arbeidsdelingen mellom ulike profesjoner innenfor

helsesektoren. Disse arbeidsfordelingene kan enten være klart definerte eller bære preg av å være gråsoner. Gråsonen blir skapt ifølge Erichsen ved at det eksisterer uklarheter eller konflikter i forhold til arbeidsoppgaver, autoritet og ansvar mellom yrkesgrupper. Dette er mest vanlig i ytterkantene av en profesjons autoritets- og ansvarsområde. Ofte i et tverrfaglig team vil dette være et relevant begrep for å forstå de situasjonene der kompetansene overlapper i en arbeidssituasjon.

2.4 Rolleteori

De ulike medlemmene av et tverrfaglig demensteam vil komme med både ulike profesjons- og yrkesbakgrunner, dette vil i stor grad forme deres rolle som helsefagarbeider. Det kommer fram av analysen i denne oppgaven at medlemmene foretrekker både ulike profesjonsbakgrunn og yrkesbakgrunn, og begrunner dette med at medlemmene på den måten kan ta med seg nyttig informasjon inn i teamet. Av den grunn er rolle et relevant begrep for å forklare hvordan de ulike medlemmene av et demensteam vil påvirke det.

Innenfor et tverrfaglig sammensatt team har alle medlemmene ulike roller, de har en profesjonsrolle, en yrkesrolle, en rolle som medarbeider, en rolle som teammedlem og så videre. Goffman definerer begrepet rolle i det et individ handler ut i fra et fastlagt handlingsmønster som er gitt for en situasjon, det samme handlingsmønsteret benyttes også ved andre situasjoner av samme type (Goffman, 1992). Begrepet rolle er et klassisk begrep innenfor sosiologien med røtter tilbake til Parsons og funksjonalismen. Goffman`s definisjon av begrepet har en større bredde med flere variasjoner og nyanser enn de tidligere definisjonene, for han er ikke rolle enten begrensende eller mulighetsskapende, men begge deler på samme tid (Jacobsen og Kristiansen, 2002).

Goffman trekker også fram viktigheten av enighet mellom hvilken rolle de ulike medlemmene skal spille når en bestemt arbeidsoppgave skal utføres, han omtaler dette at teamet skal utføre sitt arbeid på en offentlig scene. Beskjeder som er nødvendig for å utføre arbeidsoppgaven, må gjøres tilgjengelig for alle medlemmene, slik at de kan spille sin rolle, samtidig som de føler at de er en del av teamet. Hvis viktige beskjeder og opplysninger blir tilbakeholdt for et eller flere medlem kan det være det samme som å frata dem deres rolle.

På lik linje med samfunnet ellers kan ikke institusjoner og sosiale strukturer, for eksempel tverrfaglig demensteam, fungere uten differensierte roller. Det er gjennom en rollefordeling at

komplekse organisasjoner kan realisere sine mål. Det er interaksjonen mellom rollene som utgjør det sosiale systemet. De som forvalter organisasjonens ressurser og kan utvikle den videre er rolleinnhaverne. I et tverrfaglig samarbeid skjer arbeidsfordelingen ved at rolleinnhaverne, altså medlemmene av samarbeidet, forsøker å ivareta helheten i diagnostisering og behandlingen av hver enkelt pasient (Lauvås og Lauvås, 2004).

Det finnes ulike tilknytninger man kan ha til en rolle. *Rolleforpliktelse* som innebærer at individet spiller en rolle fordi man er tildelt den og dermed nødt til å handle etter de forventinger som foreligger den spesifikke rollen. *Rolletilknytning* oppstår når vi spiller en rolle fordi vi ønsker å spille den. *Rolleomfavning* er roller som individet lar seg helt oppsluke av, det er roller som individet finner svært interessant og har dermed påtatt seg den av fri vilje (Jacobsen og Kristiansen, 2002).

2.4.1 Yrkesrolle

Den yrkesrollen en helsearbeider har igjennom sin profesjon er bestående av forventninger som pasientene, befolkningen og hele samfunnet har til hvordan de skal opptre når de innehar rollen. Dette vil også være forventninger som helsearbeideren også vil stille seg selv, her kan man relatere til det Goffman betegner som rolleforpliktelse. Forventningene er dermed formet av både individ og kulturen som de inngår i. Det er ikke bare forventninger som er knyttet til en yrkesrolle, den er også bestående av et sett normer, verdier, ideer og holdninger. En helsearbeider vil dermed handle ute fra disse elementene som er spesifikke for en profesjon, på denne måten kan de handle ut i fra bestemte oppfatninger om hva som er rett og galt i forhold til deres fagfelt (Lian, 2013). Oppfatningen av egen yrkesrolle opprettholdes og utvikles i en sosial interaksjon der anerkjennelse fra andre samarbeidspartnere spiller en viktig rolle. Man kan betrakte dette i forståelsen av at medlemmene i et demensteam vil opprettholde deres rolle som medlem av et demensteam gjennom sosial interaksjon med de andre medlemmene i teamet. Hvis anerkjennelse forsvinner vil selvoppfatningen som regel også over tid forsvinne. Det samme vil gjelde for medlemmet av demensteamet. Av den grunn er det viktig for de ulike rolleinnhaverne å ha et sosialt samspill med samarbeidspartnerne da dette er med på å styrke og opprettholde rolleidentiteten slik at de kan få reaksjoner på sitt profesjonsmessige bidrag til samarbeidet. Uteblir dette eller at reaksjonene er svake er det en økende sannsynlighet for at profesjonsidentiteten svekkes og at det spesifikke bidraget som profesjonen representerer i det helhetlige samarbeidet blir undergravet (Lauvås og Lauvås, 2004).

Når et individ har diffuse, uklare eller svake oppfatninger av hva innholdet i ens egen rolle er vil man med stor sannsynlighet stille svakt i et tverrfaglig samarbeid og det vil alltid være på defensiven av frykt for at samarbeidet skal resultere i tap av faglig selvstendighet og egenart. Det kan ikke kommuniseres en gang for alle om rolleinnhold og forventninger knyttet til dem for roller forandrer seg over tid. Det kommer inn i samarbeidet nye aktører som har forskjellige syn rolleinnholdet, organisasjonsstrukturen og arbeidsrutiner endrer seg. Dermed vil rolleavklaring være en kontinuerlig prosess (Lauvås og Lauvås, 2004).

2.5 Goffman

Goffman`s arbeid kan man si er påvirket av symbolsk interaksjonisme med inspirasjon fra Durkheim og mikrososiologisk iaktakelsesevne. Hans sosiologiske prosjekt er å avdekke mikromekanismene for kompetente aktørers refleksive konstruksjon av sosial orden (Aakvaag, 2008). Ved å bruke Goffman`s teater inspirerte teori for hvordan et demensteam organiserer seg kan man fange opp de sosiale relasjonene og interaksjonen som forekommer mellom medlemmene av et tverrfaglig team. Når man sier at Goffman`s teori er teater inspirert er det fordi han sammenligner et lag eller det jeg vil kalle for et team med et skuespill der de forskjellige medlemmene av teamet spiller ulike roller. Den første inndelingen jeg vil plukke fra hans teori er å bruke *ramme* begrepet for å forsøke å vise at det eksisterer en kontekst rundt et tverrfaglig team, samt en inndelingen mellom *frontstage* og *backstage* som hjelp til å vise hvor de ulike handlingene foregår og innenfor hvilke rammer.

2.5.1 *Ramme begrepet*

I følge Goffman er våre observasjoner kun forståelig som følger av den rammen vi setter rundt dem. Rammene har som formål å definere de situasjonen vi befinner oss i, uten disse rammene ville den sosiale verden være en kaotisk overflod av fakta. Rammen skal kunne svare på spørsmålet «Hva er der som skjer her?». Individet velger å handle ut i fra hvordan det velger å lese rammen, og det er rammens kontekst som definerer situasjonen (Manning, 1992). Gjennom rammeanalysen presenterer Goffman en fortolkning av de ulike måtene menneskelig erfaring er sosialt organisert (Smith, 2006).

Sosial interaksjon blir gjort meningsfull gjennom rammer, der den mest grunnleggende rammen er *primærrammen*. Disse rammene organiserer våre erfaringer til meningsfylte aktiviteter. Goffman deler dette ytterligere inn i to forskjellige typer primærrammer; et

naturlig rammeverk og et *sosialt rammeverk*. Det naturlige rammeverket definerer situasjoner ved hjelp av fysiske hendelser som ikke er påvirket gjennom menneskelig handling, slik som for eksempel været. I kontrast til dette vil det sosiale rammeverket gjøre hendelser forståelig gjennom menneskelig inngripen.

Det primære rammeverket blir vi mest bevisst på når våre forventninger om dem blir forstyrret og ikke gir den mening vi forventer at dem skal gi (Manning, 1992). Det primære rammeverket kan ifølge Goffman transformeres, dvs. der meningsinnholdet i handlingene kan bli gitt en annen mening enn det som det primære rammeverket i utgangspunktet ga handlingen. Dette kan skje på to forskjellige måter, altså det finnes to forskjellige transformeringsprosesser av det primære rammeverket.

Det første der det primære rammeverket blir «*keyed*» og i dette tilfellet vil individene være klar over at rammen for aktiviteten er transformert. De vanligste formene i vårt samfunn er fantasi som innebærer lekende atferd, dagdømming og dramaturgi, det neste er konkurranse og her bruker Goffman som primæreksempel slåssing, deretter kommer seremonier som defineres ved at vanlige hendelser blir gitt en symbolsk karakter av betydning og til sist finner vi denne typen rammeverk det han kaller for «*tekniske endringer*» som omhandler demonstrasjoner, eksperimenter, rollespill o.l. (Smith, 2006).

Den andre typen for transformering er *fabrikasjoner* som kjennetegnes av en asymmetri, individene har en falsk tro på meningen til handlingen og er ikke klar over at det har skjedd en transformasjon, dermed er de ikke klar over handlingens faktiske betydning og vil ofte dermed misforstå. Det er her ironi er eksempler, de er ofte kun de deltagende som er klar over rammen rundt disse handlingene (Smith, 2006). De primære rammene kan ikke bare gjennomgå en transformasjon, med transformasjonen kan også være reversibel og kan transformeres tilbake (Smith, 2006).

Rammer inneholder også organisasjonsmessige premisser som er opprettholdt både av bevissthet og handling. Rammene har ikke kun betydning for individets sinn, men sier også noe om måten et aspekt ved en aktivitet i seg selv er organisert. Organisasjonsmessige premisser er noe det kognitive oppstår fra, noe det skaper og generer. Gitt deres forståelse av hva det er som skjer, altså forståelsen av rammen rundt en aktivitet, så vil individene tilpasse deres handlinger til denne forståelsen og vanligvis så ser individene at «*verden*» også støtter denne tilpasningen de har gjort. Dette kaller Goffman rammen for aktivitet (Smith, 2006).

Rammen for aktivitet blir relevant i forbindelse med innenfor hvilken ramme demensteamet utfører sine arbeidsoppgaver. Er de i en utredningssituasjon vil de handle annerledes enn om de befant seg på kontoret med kun de andre teammedlemmene.

I en sosial organisasjon finner man også kulturelle verdier som vil påvirke medlemmenes virkelighetsoppfatning av ulike saker. På denne måte vil det også oppstå en ramme som medlemmene må forholde seg til, uansett om det foreligger andre personlige følelser til saken (Goffman, 1992). Som vi kan se ut i fra analysen så har demensteamene utviklet ulike måter for teamet å utføre arbeidsoppgaver på, slik som for eksempel ved å ta utgangspunkt i utredningsverktøyet til Nasjonalt kompetanse senter for aldring og helse. I et utredning så er de disse som følges uansett som det er personlige følelser som tilsier en annen handlingsatferd.

2.5.2 Frontstage og backstage

Goffman`s teori om *frontstage* og *backstage* er ofte blitt brukt til å forklare atferd innenfor helse (Lewin og Reeves, 2011).

Demensteamets «backstage» er når medlemmene kommer sammen som et team, et sted der ingen andre enn medlemmene av teamet har adgang. Når demensteamet er backstage diskuteres det problemstillinger rundt pasienter eller problemstillinger knyttet til organisering av teamet og arbeidsoppgaver. Det er også backstage at fordelingen av roller finner sted før de enten skal utrede en pasient i hjemmet eller motta pasient og/eller pårørende på kontoret.

Frontstage er når demensteamet befinner seg i interaksjon med andre utenfor teamet. Før de kommer i frontstage har de forberedt seg backstage, der blir de enige om hvordan de skal fremstå for å opprettholde den ønskede fasaden for teamet. Det er når demensteamet er i frontstage at det blir viktig at teammedlemmene spiller sine roller i henhold til de normer for handling slik at fasaden opprettholdes og at de dermed kan formidle det inntrykk de ønsker. Det er dermed viktig at de på forhånd har kommet fram til en enighet om definisjonen av situasjonen. Det vil si at de på forhånd har gjennomført en rolle avklaring og på den måten er det mulig at medlemmene av teamet kan uttrykke forventninger til de andre medlemmenes roller. Det er karakteristisk for grupper i en sosial organisasjon å fremheve enigheten og skyve i bakgrunnen eventuelle uenigheter. Det er i frontstage at man kan se resultatene av det arbeidet og de forberedelser som har blitt gjort backstage (Goffman, 1992).

I følge Goffman vil personer som er medlem av en gruppe eller i dette tilfellet et team i en sosial organisasjon stå i et spesielt forhold til hverandre. Medlemmene av teamet vil være nødt til å stole på at de andre medlemmenes atferd samsvarer med de normene for handling for den arbeidsoppgave de skal gjennomføre. Dermed eksisterer det en gjensidig avhengighet mellom medlemmene, som binder dem sammen som en enhet. I de fleste team vil det være forskjellig grad av status og rang innenfor organisasjonen, men den gjensidige avhengigheten er så sterk at det vil med sannsynlighet utjevne de strukturelle eller de sosiale skillene slik at det på denne måten skaper et samhold innenfor organisasjonen. Dette er noe som kommer til uttrykk når medlemmene er backstage, væremåten blir mer avslappet og uformell tone, og de trer ut av de rollene de inntar når de befinner seg i frontstage. Det vil nå oppstå det Goffman kaller familiaritet i omgangstonen til medlemmene, og det vil også med sannsynlighet vokse fram solidaritet blant medlemmene over tid. Medlemmer av en gruppe eller team er villige til å ta i bruk ulike metoder for å redde teamets opptreden i frontstage om noe uforutsett dukker opp. På denne måten kan de forebygge mulige forstyrrelser eller for å rette opp forstyrrelsene som ikke kunne unngås. Dermed er viktige karaktertrekk ved gruppers medlemmer lojalitet, disiplin og omtenkksomhet ifølge Goffman.

I dette kapitlet har jeg redegjort for det overordnede teoretiske rammeverket jeg vil benytte meg av i videre drøfting av mine funn i analysen i kapitel 6 Avsluttende drøfting. Som jeg innledningsvis påpekte er disse teoriene valgt ut i fra et perspektiv som bærer preg av symbolsk inetraksjonisme. Jeg har valgt å se på et tverrfaglig team som en organisasjon, og videre organisasjonskultur. Jeg har i forsøket å forklare hvordan et individ blir medlem av et team gjennom å bruke sosialisering og betydningen av de signifikante andre. For å vise at innenfor teamet at det eksisterer ulike roller både av profesjons- og yrkesmessig karakter gjennom å bruke rolleteori. Tilslutt har jeg forsøkt å se dette igjennom at det finnes ulike kontekster som gir både mening til handling og å være bestemmende for handling ved å bruke ramme begrepet og frontstage og backstage.

Eter å ha gjennomført analysen kan det se ut som det vil i den avsluttende drøftingen at læring vil bli relevant. Teori om læring vil bli presentert i drøftingen.

3 Metode

I dette kapittelet skal jeg beskrive framgangsmåten som ble brukt i gjennomførelsen av denne masteroppgaven. Innholdet vil være en beskrivelse av metodevalg i henhold til problemstilling, innhenting av datamaterialet, mitt ståsted som «forsker» og analysestrategi. Hvilke valg som er tatt og hvorfor. Til slutt vil jeg ta med de endringene og utfordringene som har funnet sted underveis.

3.1 Metodevalg

Metodevalget er noe som vil reflektere hva man som forsker ønsker å finne ut (Tjora, 2012). Jeg har valgt i mitt studie å bruke kvalitativ metode, nærmere bestemt intervjuer. Kvalitativ metode er velegnet for å besvare min problemstilling fordi den gir innblikk og forståelse av sosiale fenomener gjennom informantenes meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2012). Fordi jeg ønsker å se nærmere på informantenes erfaringer så er intervju samtaler et godt utgangspunkt for å få kunnskap om informantens opplevelser og refleksjoner over en spesifikk situasjon (Thagaard, 2009).

I min undersøkelse valgte jeg å bruke *fokuserte intervju* som avviker noe fra standard modellene dybdeintervju og semistrukturerte intervju. Denne intervjuformen er kjennetegnet av at intervjuene er tidsmessig kortere og egner seg å bruke når temaet er sterkt avgrenset og tillit kan etableres raskt i intervjusituasjonen. Dette er mulig når det ikke er følsomme eller vanskelig temaer som skal tas opp under intervjuet. For å gjennomføre et slikt intervju kreves det at temaet for intervjuene er på forhånd godt avgrenset, informanten slipper dermed i mindre grad til med omfattende digresjoner under intervjuet (Tjora, 2012).

For å få fram aktørens perspektiv vil spesielt det kvalitative intervjuet være godt egnet på grunn av at det er en intensiv forskningsmetode som har få enheter, mange aspekter og fleksibilitet (Ryen, 2002). Ved å ta et utgangspunkt i dette perspektivet vil det etter min mening, være egnet til å studere informantenes erfaringer med det sosiale fenomenet tverrfaglig samarbeid og organiseringen av et tverrfaglig team. Det interessante blir å finne ut hvordan og hvorfor aktøren ser ting på den måten de gjør (Ryen, 2002).

3.2 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Ved å bruke en kvalitativ metode der målsetningen er å få forståelse for de fenomener vi studerer vil fortolkning ha en viktig plass. Dermed er det naturlig å knytte kvalitativ forskning opp mot ulike fortolkende teorier, da det er den vitenskapsteoretiske fortolkningsrammen som i stor grad danner grunnlaget for den forståelsen som forskeren utvikler i gjennom forskningsforløpet (Thagaard, 2009).

I følge Tjora (2012) tar vi som forskere med oss en faglig forutforståelse inn i det aktuelle forskningsprosjektet. I dette legger han betydningen av at det å tilhøre et fag slik som sosiologi vil gjenspeile vår perspektivmessige forankring. Man tar med andre ord sine egne forståelser som baserer seg på teorier, perspektiver, metode kunnskap og interesser inn i forskningen. Dette vil igjen utfordre den tanken om at kvalitativ forskning skal i utgangspunktet ikke bære preg av en deduktiv tilnærming til sosiale fenomener, men en mer induktiv tilnærming. Den induktive tilnærmingen er eksponerende og empiridrevet, mens den deduktive er teori- og hypotesedrevet. Det kommer videre fram hos Tjora (2012) at forskeren har en forutforståelse vil dreie tilnærmingen i en retning av en abduktiv tilnærming, der det hele starter fra empirien i form av induksjon, men hvor teorier og perspektiver spiller enten inn i forkant av eller i løpet av forskningsprosessen. Det er allikevel ikke fremmed at den kvalitative forskningen kan ha et rent deduktivt utgangspunkt.

Dette er noe jeg som forsker i forbindelse med denne masteroppgaven har hatt i tankene både under intervjuprosessen og i analyse arbeidet. Spesielt når jeg har valgt fokuserte intervju som forskningsmetode, en metode som krever at forskeren på forhånd har tilegnet seg kunnskap på feltet for å kunne forme intervjuguiden slik at teamene er rettet mot det som vil være relevant for problemstillingen. Men jeg har allikevel ikke inntatt et deduktivt utgangspunkt for gjennomførelsen av mitt studie i denne oppgaven. Jeg vil si at mitt utgangspunkt ligner mer det Tjora (2012) omtaler ovenfor som en abduktiv tilnærming.

3.3 Det endelige utvalget

Utvalget er bestående av syv medlemmer fra demensteam i fire forskjellige kommuner i Nord-Norge. Informantene hadde ulik utdannings- og yrkesbakgrunn. Det kriteriet som lå som utgangspunkt for at demensteamet i kommunene var representative for utvalget var at det var maksimalt 4500 innbyggere. De fire kommunene i utvalget ligger mellom omtrent 1300 og

4000 innbyggere, dette for å forøke å få en så lik befolkningsstørrelse som mulig. Grunnen til at det kun ville bli valgt demensteam fra de tre nordligste fylkene i Norge var at jeg var litt nysgjerrig på om det fantes noe spesielle erfaringer ved å jobbe i små kommuner med denne geografiske plasseringen.

3.4 Rekrutteringsprosessen

De jeg ønsket å intervju i min studie var et kriterieutvalg der kriteriene var at informantene måtte være medlemmer av et demensteam i en Nord-norsk kommune med maksimalt 4500 innbyggere. Med den viten for at det kunne oppstå vanskeligheter med å få avsatt tid hos informantene fordi de som helsepersonell har travle hverdager så falt valget på å bruke fokusintervju som er en variant av dybdeintervjuet (Tjora, 2012) av hver enkelt informant. Med dette i tankene satte jeg i gang med å finne informanter til mitt studie.

Etter at jeg hadde fått godkjent problemstilling og framgangsmåte av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) begynte jeg rekrutteringsprosessen (vedlegg 1).

Den aller første som ble tatt kontakt med var en sykepleier som jobber i et demensteam i en av de aktuelle kommunene. Hun fikk en forespørsel om hun ønsket å delta i mitt studie. Jeg sendte informasjonsskrivet (vedlegg 2) og hun takket ja til å delta. Denne informanten ble på mange måter min nøkkelinformant i dette, fordi vi i utgangspunktet hadde et nært forhold ved at vi var i familie. En nøkkelinformant er informanter som kan gi forskeren spesielt mye innsikt og som det utvikles et nært forhold til (Thagaard, 2009). Vedkommende satt inne med mye nyttig og verdifull kunnskap om demensteam og dets arbeidsoppgaver fordi hun hadde jobbet noen år i kommunenes demensteam og vært med på en gjenoppbygging av teamet. Nøkkelinformanten hadde også oversikt over andre demensteam i kommunene rundt sin egen.

Dette var den første informanten jeg intervjuet. Etter at jeg hadde gjennomført dette og tre andre intervjuer, samt justert intervjuguiden (vedlegg 3). Oppsøkte jeg nøkkelinformanten på nytt og spurte om hun kunne tenke seg å gjennomføre et intervju nummer to, hvor temaer som jeg fant svært interessante for min problemstilling ble reist. Min nøkkelinformant er dermed intervjuet to ganger.

Nøkkelinformanten fikk med seg først et annet medlem av demensteamet, og disse to ble intervjuet først. Jeg fikk en telefon etter kort tid etter at intervjuene var gjennomført med disse

to. Henvendelsen gikk på at et til medlem ønsket å delta på intervju og jeg fikk kontaktinformasjon. Deretter kontaktet jeg vedkommende og fikk avtalt tid for intervju. Vi kan beskrive denne prosessen som en form for snøballmetode. Fordi jeg fikk kontaktinformasjonen på forhånd ville det ikke oppstå mulige etiske problemer. Informanten har allerede gitt sitt samtykke til å bli intervjuet, idet vedkommende ga ut kontaktinformasjonen sin (Thagaard, 2009).

I prosessen med å finne andre kommuner som passet inn under kriterier for utvalget kontaktet jeg Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse med en forespørsel om litteraturforslag til min problemstilling og om de hadde en oversikt over fungerende demensteam i kommuner i Nord-Norge med maksimalt 4500 innbyggere. Responsen fra dere var positiv og jeg fikk en oversikt over kommuner med maksimalt 4500 innbyggere i de tre nordligste fylkene i landet. Ut i fra denne oversikten valgte jeg ut to kommuner til som jeg tok kontakt med.

For å komme i kontakt med den første av kommunene forsøkte jeg først å ringe kommunens demenstelefon uten å få svar. Deretter forsøkte jeg å ringe lederen for pleie og omsorg i kommunen. Etter en samtalen fikk jeg to e-post adresser til to stykker som kunne egne seg som informanter da de var tilknyttet kommunens demensteam. Sendte ut informasjonsskrivet til de to, og fikk svar fra den ene som gjerne kunne stille opp til et intervju til mitt studie.

Til den neste kommunen ringte jeg demenstelefonen og fikk svar direkte hos lederen for demensteamet i kommunen. De responderte positivt på forespørselen om hvorvidt de ønsket å delta på intervju. Jeg sendte over informasjonsskrivet per e-post og vi avtalte deretter videre via e-post sted og tidspunkt for intervjuene.

Det å få tak i flere informanter skulle by på litt mer utfordring. Jeg fant nye kommuner som tilfredsstilte kravene til både demensteam og kommunestørrelse ut i fra listen som Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse hadde sendt meg med oversikt over kommuner med fungerende demensteam. Jeg forsøkte å lete frem informasjon om teamene på kommunenes hjemmesider, fant kun kontaktinformasjon til en av kommunene. Jeg ringte kommunen og det visste seg at demensteamet var lagt ned.

Jeg fant nye kommuner fra listen til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Deretter søkte jeg kontaktinformasjon på hjemmesidene til kommunen og fikk tatt kontakt. De responderte positivt i den ene kommunen, de trengte ikke engang å få sendt

informasjonsskrivet og avtalte tid for intervju der og da. Den andre kommunen jeg var i kontakt med sa seg også villig til å delta, men skulle komme tilbake til meg om tidspunkt for intervju. Dette var noe som aldri skjedde til tross for at jeg purret på.

Etter å ha gjennomført det siste intervjuet kom jeg til et punkt der det hadde begynt å bli svært vanskelig å finne informanter og tidsrammen for dette prosjektet begynte også å bli liten så valgte jeg med et utgangspunkt i at jeg hadde en del materiale å avslutte rekrutteringsprosessen. Jeg begynte analysen med det materialet jeg hadde.

Problemet jeg hadde forutsett på forhånd om at det var vanskelig for helsepersonell å avsette tid til intervju, viste seg å ikke være reelt i forbindelse med rekrutteringsprosessen. Det mest fremtredende problem var mangelfull informasjon på kommunenes hjemmesider slik at prosessen med å finne kontakt informasjon til demensteamene var i noen tilfeller svært komplisert. Det andre problemet som var fremtredende var at teamene enten var lagt ned eller at de var gått over til at det kun var en koordinator som jobbet med utredningen av pasientgruppen, også her var ikke hjemmesidene til kommunene oppdaterte med korrekt informasjon. Etter at vi nå har sett litt på rekrutteringsprosessen, skal vi se på hvordan intervjuprosessen ble gjennomført.

3.5 Intervjuprosessen

Jeg har delt intervjuprosessen inn i to deler, i den ene vil jeg presentere utarbeidelsen av intervjuguiden og i den andre delen vil jeg beskrive intervjusituasjonen.

Informantene for denne studien ble rekruttert på bakgrunn av at de var medlem av et demensteam i en små kommune i Nord-Norge. Altså hadde de erfaring, dog i ulik grad ettersom hvor lenge de hadde vært medlem, med dette. Informantene visste på forhånd at de ville bli spurt om deres erfaringer rundt organisering av og det tverrfaglige samarbeidet i demensteamet. Dette gjorde det mulig å ha korte intervju som allikevel var informative. Som tidligere nevnt under avsnittet for metodevalg falt valget på å bruke fokuserte intervju.

3.5.1 *Intervjuguiden*

Fordi jeg har valgt å bruke fokuserte intervju vil min intervjuguide bære preg av dette. Intervjuguiden min valgte jeg å strukturere i form av å først dele inn i tre temaer; demensteamets organisering, tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Under hvert av

temaene hadde jeg konkrete spørsmål som omhandlet det aktuelle temaet og jeg hadde også satt noen stikkord under noen av spørsmålene som kunne hjelpe meg å formulere oppfølgings spørsmål hvis jeg ønsket å utdype noe eller om informantene sto fast. Tjora (2012) argumenterer for at det å dele intervjuguiden inn i ulike temaer og annonsere dette for informantene er med på å skape rammer for intervjusituasjonen og ved å bruke en fastlagt intervjuguide kan få forskeren til å framstå som mer seriøs.

Som oppvarmingsspørsmål spurte jeg om utdanning og yrkesbakgrunn. Dette er relativt enkle spørsmål som ikke krever refleksjon i stor grad. Etter det kommer spørsmålene under de ulike tematikkene som krever svar med mer refleksjon før jeg avrundet hele intervjuet med å stille et spørsmål om informantene ville tilføye noe i forhold til intervjuet, om de hadde kommet på noe i etterkant eller om de ville ta noe opp som de mente var relevant i forbindelse med dette intervjuet.

3.5.2 Intervjusituasjonen

I gjennomførelsen av mine intervju ønsket jeg å snakke med informantene ansikt til ansikt, til tross for at dette innebar en del reising for å gjennomføre intervjuene. Et alternativ var å gjennomføre intervjuene over telefon, men da hadde muligheten til å skape en god atmosfære i intervjusituasjonen falt bort. Både forsker og informant ville ikke fått et ordentlig inntrykk av hverandre, og en telefonsamtale ville vært av en mer formell karakter som kanskje hadde vært med på å ødelegge et godt forhold som et dybdeintervju er avhengig av for å få en god kvalitet på materialet. Telefon intervju ender ofte opp med å ha en kortere varighet enn et dybdeintervju gjort ansikt til ansikt (Tjora, 2012).

Det var viktig for min del at det i intervjusituasjonen var en så avslappet stemning som mulig. Derfor fikk informantene selv bestemme hvor intervjuet skulle finne sted. Samtlige av intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor eller møterom knyttet til demensteamenes lokaler. I følge Tjora (2012) er det vanlig å gjennomføre dybdeintervjuer på steder der informanten føler seg trygg. Spesielt for de informantene som er med i et dybdeintervju for første gang.

Gjennom arbeidet med intervjuguiden hadde jeg satt meg inn i informasjon om demensteam, hvilke arbeidsoppgaver de var ment til å utføre og den tidligere forskningen som Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse hadde gjennomført. Jeg hadde også begynt å lese meg

opp på tverrfaglig samarbeid og noe profesjonsteori før jeg utformet selve intervjuguiden. Med dette kan man si jeg var til en viss grad forberedt på gjennomføre intervjuene med informantene. Jeg kunne på en lettere måte skape en mer interaksjonsbasert intervjusituasjon. Denne forberedelsen henger også sammen med den metoden jeg ønsket å benytte meg av, nemlig fokuserte intervju. Denne varianten av dybdeintervju krever at man er godt forberedt før intervjuene, dette fordi har innsnevret i stor grad det du ser på som interessant å få vite noe om (Tjora, 2012).

Når jeg forberedte meg på intervjuene hadde jeg også i tankene hvor viktig relasjonene som utvikler seg mellom forskeren og informanten er avgjørende for kvaliteten på materialet forskeren får. Jeg som forsker skulle bruke meg selv som et middel for å informasjon (Thagaard, 2009).

Intervjusituasjonene ble startet med at jeg presenterte meg selv og oppgaven min, og hvorfor jeg har valgt akkurat denne problemstillingen. Hva det ville innebære for informanten å være deltaker i dette studiet, understreket for dem at den informasjonen de kom med i intervjusamtalen ville bli anonymisert slik at det ikke ville komme frem hvem som har sagt hva. I denne presentasjonen informerte jeg også om at jeg hadde en arbeidstid på kort stund i en kommunes omsorgstjeneste og hadde på forhånd litt kjennskap til pasientgruppen og deres behov. Dette gjorde jeg for å forsøke bryte ned det at jeg var en student fra samfunnsvitenskapelig retning som ikke hadde noen praktisk erfaring ved å jobbe innenfor helse. Målet med denne presentasjonen var å skape en mindre distanse mellom meg som forsker og informanten, slik at det oppsto en mer avslappet intervjusituasjon. Med dette hadde jeg i tankene at når man gjennomfører kvalitative intervju at det er en situasjon preget av nærhet mellom forsker og informant, og relasjonen mellom dem er avgjørende for kvaliteten for det materialet du får ut av intervjuene (Thagaard, 2009).

I intervjusituasjonen tok jeg som forsker et valg om å ikke ta notater underveis i intervjuene, da det kan virke forstyrrende for samtalen. Det ble derfor brukt lydopptaker for å få med alt som ble sagt under intervjuet. Ved kun bruk av lydopptaker gir mulighet til å fokusere på god kommunikasjon og flyt i intervjuet. Det vil å bli enklere å be om utdypning og konkretisering der det trengs (Tjora, 2012). Dette ble informantene informert om i både informasjonsskriv og før intervjuet startet både om at lydopptakene ville kun bli hørt og transkribert av meg. Lydfilene ville bli slettet og transkriberingen makulert når oppgaven ble levert. Det var ingen som hadde negative innvendinger mot dette. Under selve intervjuet satt jeg med

intervjuguiden framfor meg, jeg forsøkte ikke å lese på rams opp fra den, men prøve å formulere spørsmålene så muntlig som mulig for å nærme meg idealet om en mer interaksjonsbasert situasjon. Under intervjuene lot jeg informantene komme med digresjoner og lot dem få snakke ferdig.

Etter å ha gjennomført de to første intervjuene så ble de transkribert før de resterende intervju ble gjennomført. Hensikten med dette var å høre seg selv i intervjusituasjon og notere seg de svarene som informantene ga slik at man forsøkte å ta lærdom fra det. Intervjuguiden ble også justert etter dette slik at spørsmålene falt i en mer naturlig rekkefølge, noen spørsmål ble slettet og nye ble lagt til. Fordi kvalitativ metode, spesielt i intervjuform er kjennetegnet ved å være et fleksibelt forskningsopplegg der det er viktig å gjennomføre datainnsamling og analyse parallelt slik at det åpner opp for muligheten til å tilpasse den videre informasjonsinnsamlingen etter de tidligere gjennomførte intervjuene (Thagaard, 2009).

De neste intervjuene gikk lettere, mye mer flyt i samtalene og oppfølgingsspørsmål kom mer naturlig og på en mer riktig plass, ettersom som jeg selv opplevde å bli mer trygg i forskerrollen.

Det ble valgt ut en nøkkelinformant til å bli intervjuet to ganger. Dette henger litt sammen med at jeg i de første intervjuene ikke var veldig fornøyd med de spørsmålene jeg stilte, så dermed ble den første informanten kontaktet igjen og jeg fikk muligheten til å gjennomføre et intervju hvor jeg fikk utdypet noen spesifikke spørsmål.

I gjennom hele intervjuprosessen endte jeg opp med totalt åtte intervjuer og syv informanter. Da jeg hadde gjennomført mitt åttende intervju med min syvende informant følte jeg at jeg begynte å høre historiene på nytt; jeg lærte lite nytt. Dermed hadde jeg nådd det man kaller metningspunktet som nettopp kjennetegnes av at intervjuene har lite nytt å komme med (Ryen, 2002). Jeg så på dette som et tegn på at jeg kunne tenke på å avslutte prosessen med å få tak i flere informanter, dette hadde etter hvert utviklet seg som tidligere nevnt til å bli svært vanskelig. Samtidig hadde jeg hadde lite ressurser og tid til å gjennomføre flere intervjuer og jeg ønsket for å oppnå best mulig kvalitet på materialet ved å intervju informantene ansikt til ansikt, i stedet for over telefon. Grunnen til dette er at man ved å gjennomføre intervju over telefon ifølge Tjora (2012) vil miste muligheten til å bruke kroppsspråk under intervjuet, dermed vil noe av samtaleaspektet falle bort, et aspekt som et godt intervju er avhengig av. Et intervju over telefon vil også bære preg av å være mer formelt enn ved ansikt-til-ansikt

intervju, og forskeren vil holde seg strengere til intervjuguiden. Dette resulterer i at det ofte opplevd at et intervju gjort iver telefon er tidsmessig kortere.

Men det finnes også positive betraktninger på å gjennomføre et intervju over telefon, informantene slipper å stirre på opptakeren og føle en større grad av anonymitet som deltaker i et forskningsprosjekt (Tjora, 2012). Etter å ha gjennomført intervju og transkribering så gikk jeg i gang med analysen. Neste delkapittel vil inneholde en beskrivelse av analyseprosessen.

3.6 Analyse

Materialet mitt er bestående av 8 transkriberte intervju og er i alt 69 sider. Fordi jeg valgte å transkribere rett etter hvert av intervjuene så fikk jeg tidlig dannet meg av bilder av hvilke kategorier jeg ønsket å ha i min analyse.

I arbeidet med analysen brukte jeg fargekoder som i første omgang skulle skille erfaring ved organisering og erfaring ved deltakelse i et tverrfaglig team fra hverandre. Samtidig hadde jeg en egen fargekode for om det fantes noen form for lokale tilpasninger av det tverrfaglige demensteamet. Til tross for dette opplevdes materialet i stor grad som kaos den første tiden. Etter hvert som knappene ble synlig slik at jeg fikk en mer oversikt over materialet, dermed ble det lettere å forme en analyse opp mot den overordnede problemstillingen jeg hadde sett for meg. Jeg fikk organisert de ulike temaene i kategorier, og hver underkategori hadde som formål å bygge opp under den kategorien de hørte under.

Ut i fra problemstillingen min har jeg valgt å dele inn analysen min i to kapitler med tilhørende kategorier og underkategorier med utgangspunkt i de to underspørsmålene til den overordnede problemstillingen.

Ved å gjøre dette så oppstår det et analytisk skille ved at i det første analysekapittelet blir informantenes erfaringer ved det å organisere det tverrfaglige demensteamet og i det andre analysekapittelet blir informantenes erfaringer ved det å delta et tverrfaglig team presentert. I «virkeligheten» vil man ikke kunne skille dette, da det i stor grad glider over i hverandre. Men i min analyse har jeg forsøkt å gjøre dette skillet.

Før jeg startet på analysen av mitt materiale hadde jeg en forventning om at jeg skulle finne noe som var spesifikt for små kommuner i Nord-Norge i mitt materiale. Jeg hadde funnet mitt utvalg av informanter og formet min intervjuguide på bakgrunn av dette. I arbeidet med

kategoriseringen i analyseprosessen fant jeg ikke tilstrekkelig mengde funn til å utarbeide et eget underordnet forskningsspørsmål. Jeg tok en beslutning om å omformulere forskningsspørsmålet slik at det ikke inneholdt Nord-Norge, men at fokuset heller lå på små kommuner. Har valgt å presentere de funn som er nærmest relevant til sist i hvert av analyse kapitlene knyttet til det lokale. Dette er funn som ikke vil bli videre tatt med i den avsluttende drøftingen.

3.7 Ethiske vurderinger

Det etiske har blitt tatt hensyn til i hele forskningsprosessen. Det å skape tillit mellom meg som forsker og mine informanter har vært et mål i seg selv ikke bare for å få best mulig materiale men også for at informanten skulle føle seg vel gjennom hele prosessen fra intervjusituasjon og fram til den presenterte tekst.

Informert samtykke er et utgangspunkt for et hvert forskningsprosjekt som inkluderer personer. Prosjektet kan bare settes i gang etter at informanten har gitt sitt informerte samtykke. I utarbeidelsen av informasjonsskrivet til studiet jeg skulle gjennomføre informerte jeg om at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studiet uten at det oppstod noen form for konsekvenser. Det samme gjorde jeg med å informere om hva som ville skje med de opplysningene de ga, inkludert lydopptak og transkriberte intervju. Alle opplysninger ville bli anonymisert og slettet når masteroppgaven var blitt levert. Altså at kravet om konfidensialitet vil bli vektlagt (Tagaard, 2002). Dette informerte jeg også muntlig før hvert av intervjuene slik at informanten ble påminnet dette.

I forhold til konfidensialitet valgte jeg under transkriberingen av intervjuene å skrive om til bokmål, nettopp av den grunn at ingen skulle kunne kjenne igjen på dialekt hvor informanten kom i fra. Dette ble utført med målet om å beskytte informantens privatliv, identitet og lokalisering slik at leseren ikke på noen måte kan lese dette mellom linjene (Ryen, 2002).

4 Erfaring med organisering av tverrfaglig sammensatte team

I dette kapitlet vil jeg se på informantenes erfaring med det å organisere i et demensteam. Som nevnt i oppgavens innledningen står kommunene noe fritt til å organisere både når det gjelder arbeidsfordeling og antall medlemmer, dette fordi det ikke er en lovpålagt tjeneste for kommunene. Dermed er det åpent for at demensteamene kan utviklet seg noe forskjellig. I dette første analyse kapitlet har jeg identifisert fire ulike temaer som vokste fram av materialet; ressurser, kompetanse, situasjonen og lokale forhold.

Fokuset fram til nå på landsbasis har vært på utredning, i framtiden vil fokuset dreie seg mer imot oppfølging av pasienter som har fått en diagnose («*Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling*»). Dette kan være en forklaring på hvorfor det er mest fokus på organiseringen av utredning i denne analysen.

4.1 Formet av ressurser

Det kommer fram i materialet at ressurser i form av bevilget økonomisk støtte til drift av demensteamet som en viktig bestemmende faktor for hvordan teamet blir organisert. To av kommunene har innledet et interkommunalt samarbeid som en løsning på mangel av ressurser nok til å på egenhånd arrangere pårørendeskole.

4.1.1 *Formet av økonomiske ressurser*

Jeg har i mitt materialet i forbindelse med denne masteroppgaven identifisert flere eksempler på hvordan demensteamet har organisert seg etter de ressursene som de har blitt tildelt. Teamet organiserer seg i forhold til hvilke ressurser de har til rådighet, dette viser seg blant annet ved organisasjonsstruktur og hvilke arbeidsoppgaver som prioriteres.

Ut i fra mitt materiale ser det ut som at ressurser, spesielt med tanke på de økonomiske setter en viss ramme for tjenesten slik at de ulike teamene blir nødt til å komme fram til en enighet, en felles visjon om hva som er teamets overordnede mål og hvilke arbeidsoppgaver som skal prioriteres for å nå dette målet.

«Vi har jo holdt på i veldig mange år, vi har en veldig fornuftig organisering nu som ikke er så ressurs krevende og som fungerer godt»

I et flertall av intervjuene har jeg identifisert en utvikling der det er knapphet på ressurser for å håndtere dagens situasjon i forhold til demenssykdommen, og de bekymrer seg for framtidsutsiktene med tanke på den demografiske utviklingen og dermed det økende antallet pasienter med denne type sykdom. Informantene virker observant og innehar informasjon i forhold til det arbeidet et demensteam gjør og hva som er sykdommens status i deres kommune, samt hvordan den med sannsynlighet vil utvikle seg. Dette kan ha noe med interesse å gjøre. De kan med dette være bedre i stand til å kunne se hva som skal til i teamets organisering i forhold til det å møte opp til kommunens behov for denne type tjeneste. Den ressursen som oppleves som sterkest begrensende er den økonomiske som innebærer delegering av stillingsprosenter til demensteamet.

«Ja, så utviklingen er rett og slett at problematikken blir større og større, mens ressursene er på samme nivå som tidligere, kanskje enda mindre.»

Det er et økt behov for denne type helsetjeneste, det vil føre til at demensteamet vil være nødt til å foreta prioriteringer for å håndtere etterspørselen, både når det gjelder arbeidsoppgaver og det å prioritere de som trenger hjelpen mest. Selv om etterspørselen har økt og vil fortsette i framtiden sier informantene at de ikke har mottatt en økning av ressursene. Dette vil kreve en omorganisering av teamet slik at ressursene blir utnyttet maksimalt til enhver tid for å møte det behovet som den aktuelle kommunen har. I materialet kommer det fram at flere av informantene opplever at de ikke klarer å hjelpe alle pasientene tilstrekkelig, de skulle ønske de hadde hatt mer ressurser slik som avsatt tid i form av en høyere stillingsprosent i teamet. Dette er noe som kjennetegner helsetjenesten i Norge generelt da det er et stort gap mellom tilbud på og etterspørsel etter helsetjenester. Selv om det er slik at alle samfunnsmedlemmene har samme krav på behandling, vil det være slik at ressursene ikke alltid strekker til og det vil være nødvendig å prioritere først de med størst behov. Behovs begrepet har en sentral plass i forhold til prioritering (Lian, 2007). Det å måtte prioritere og avgrense tjenestetilbud kom fram i materialet som en faktor som påvirker organiseringen av arbeidsoppgaver innenfor demensteamet.

«Vi har jo konsentrert oss om å, med utredning og diagnostikk da. Det er det vi har som hovedsak og vi er veldig flink å følge den tråden. Vi har vanvittig mye å gjøre nå og vi vil ikke at det skal bli masse flere oppgaver på oss. Vi definerer på en måte vårt arbeidsområde, eller det vi skal jobbe med, det gjør vi sjøl, så vi er veldig nøye på det er selve teamet jobber med utredning og diagnostikk.»

Overfor er et eksempel på at et av demensteamet har en tydelig definisjon på hva deres arbeidsoppgaver er, fordi etterspørselen er stor og tilbudet ikke klarer å møte helt opp med det har de vært nødt til å avgrense tilbudet slik at de viktigste arbeidsoppgavene blir utført på en god nok måte. De har som team identifisert hva som er de viktigste arbeidsoppgavene for å få diagnostisert en pasient, og holder seg strengt til disse. Som følger av gapet mellom ressurser og stor etterspørsel etter den tjenesten demensteamene tilbyr, har et av demensteamene valgt å organisere sitt team ved å prioritere utredning og diagnostikk, dette har medlemmene i teamet en felles forståelse for. Dermed blir oppfølging og arbeid rettet mot pårørende satt litt til side, til tross for at dette er en del av demensteamets arbeidsoppgaver. Denne kommunen tilbyr derfor ikke arrangementer for pårørende i form av pårørendeskoler og lignende fordi de bruker alle ressurser på utredning og diagnostikk slik at flest mulig kan få den hjelpen de har krav på. At pasienten får en diagnose er nøkkelen for videre behandling og oppfølging. I stedet for å arrangere pårørendeskole gir de i stedet for individuell informasjon til hver enkel pasient og deres pårørende. En av informantene fra dette teamet har erfaring med at pårørende i dag har jevnt over høyere kunnskap om sykdom enn tidligere takket være de mange informasjonskanaler som blant annet internett og andre folkeopplysninger.

Ressurser slik som avsatt arbeidstid er med på i flere tilfeller både å begrense og i værste fall avgrense demensteamets oppgaver. En forutsetning for å fremme et tverrfaglig samarbeid er at det er avsatt tilstrekkelig med tid både når det gjelder å løse teamets arbeidsoppgaver og til interaksjon mellom teamets medlemmer (Martin-Rodriguez m.fl. 2005). Begrensede ressurser kan skape mulige utfordringer for demensteamet i det å skape en felles problemforståelse, når ikke alle medlemmene har fast avsatt tid til arbeid med demensteam og dermed heller ikke alltid har mulighet til å kunne delta på møter eller relaterte arbeidsoppgaver.

«Men utfordringen var å få til de her møtene, det var litt lange avstander, det var det her at noen hadde aften, dag, natt og det passet aldri. Det var veldig slitsomt å få det til, de var ikke bare å få til sånne møter så jeg tenkte vi må ha det mer lettvent.»

Det å ha en felles forståelse av hva som er de overordnede arbeidsoppgavene og en felles innarbeidet visjon som demensteamet skal etterstrebe er en forutsetning for at et samarbeid skal kunne fungere optimalt (Glavin og Erdal, 2013). Til tross for at dette er noe som kan skape konflikt i forhold til det å løse arbeidsoppgavene som et team, kommer det fram i materialet at ingen av informantene opplever at dette er en utfordring innad i deres

demensteam i dag, den delen av informantene som sa de hadde problemer med at det var lite oppmøte på møter har funnet en løsning slik at det fungerer i dag. Informantene er i stand til å kunne kommunisere omkring dagens situasjon, og komme fram sammen om hvordan de skal løse de aktuelle utfordringene de står overfor.

4.1.2 Interkommunalt samarbeid som løsning

Som tidligere nevnt i dette kapitlet er det demensteamets oppgave å gi pasientenes pårørende informasjon om sykdommen. Dette er ikke en av de mest nødvendige arbeidsoppgavene til demensteamet slik som utredning og diagnostisering er, så det er ofte denne arbeidsoppgaven som faller utenfor og som ikke prioriteres på grunn av ressursmangel. Jeg fant i mitt materiale at ingen av teamene hadde ressurser til på egenhånd tilby denne delen av tjenesten. Av de fire kommunene som er med er det kun en av dem som har valgt å ikke tilby pårørendeskole, men heller individuell informasjon direkte til pasient og deres pårørende. Mens de tre resterende kommunene har ulike organiseringer for kunne tilby en pårørendeskole.

Det kommer fram i materialet at to av kommunene arrangerer pårørende skole sammen i et interkommunalt samarbeid med en av de nærliggende kommunene. Dermed er den løsningen av å organisere arbeidet med pårørendeskole sterkest representert gjennom i form av et interkommunalt samarbeid. Et slikt samarbeid mellom nærliggende kommuner er blitt mer og mer vanlig de siste årene spesielt innenfor de største sektorene i kommunen slik som helse, omsorg og skole. Det finnes ikke noen form for formell oversikt over hvor mange av denne type samarbeid som eksisterer men det antas at det finnes mange uformelle avtale baserte samarbeid som ikke ligger under noen form for lovgivning (Jacobsen, 2012). Det interkommunale samarbeidet finner sted der avstanden mellom kommunesentrum i de to ulike kommuner ikke er for stor.

«Og i høst så samarbeider vi med (...) så vi var invitert dit, så i år har det vært i (...), så da var det noen pårørende her nede men det var ikke så veldig mange for man ser det her med avstander og sånn var det og når vi hadde det og (...) var invitert at det var ikke så mange pårørende fra (...). Det har nok med at det er tungvint å, det er litt langt å kjøre og så er det å forlate, det blir jo en time ekstra kan du si å være borte fra den som er syk da.»

Informantene virker positive til et slikt samarbeid, og omtaler gjennomføringen som vellykket. Det som er en opplevd konsekvens for informantene med en slik type organisering er at det har vært et frafall blant deltakerne som bor i den kommunen pårørendeskolen ikke finner sted i, og de mener dette kan henge sammen med at det er ofte vanskelig for pårørende å dra ifra den syke når reiseavstanden blir lang og tiden man er borte blir derfor lenge.

4.1.3 Samarbeid med lokale foreninger

Den siste og tredje kommunen som arrangerte pårørendeskole gjennomførte dette ved å samarbeidet med lokale foreninger og organisasjoner i den kommunen de tilhørte. Nærmere bestemt, samarbeidet demensteamet med pensjonistforeningen i den aktuelle kommunen.

For å få til samarbeid mellom demensteamet og andre frivillige organisasjoner i kommunen blir nevnt kan påvirkes av demensteamenes medlemmers omgangskrets og bekjentskaper eller av personlige egenskaper.

«Fordelene i hvert fall det ser jeg det her å få samarbeid, jeg synes det er lettere å få, eller det kan være at det er lett i Oslo også... Men det her med å finne samarbeidspartnere, sånn her med de her eldrerådet og pensjonistforeningen. Nu får dem i gang den her frivillighetssentralen i ... kommune, kjempebra. Som jeg sier det er viktig at vi må ut å markedsfører oss og fortelle om oss, og at vi ønsker å gå i et samarbeid å prøve å få til noe. Så det tenker vi er kjempeviktig. Nu hadde vi seinst i går hadde vi møte med de her pensjonistforeningen og vi skal starte sammens, altså vi planlegger pårørendeskole og så snakket vi litt om sosiale aktiviteter, at skal vi prøve sammens at vi fra demensteamet og pensjonistforeningen klarer å få en sånn her ettermiddag der hvor man kan bake pepperkaker og litt sånn. At dem kan informere og vi vet også brukere som vi vet som hadde hatt glede av det og sånne ting.»

Det å være på offensiven og markedsføre seg selv blir sett på som viktig for å finne samarbeidspartnere når knappheten på ressursene er stor. Det er å være innovativ. For å markedsføre demensteamet så må medlemmene også være av samme oppfatning og interesse for å utføre et slikt arbeid, de må sammen bli enige om at dette er veien å gå for å kunne tilby pasientene en bedre helsetjeneste. Her spiller interessene i en stor rolle. En av informantene uttrykte at hvis lederen har interesse for å jobbe i et demensteam vil den også strekke seg lengere for å gi det beste tilbudet til pasienten.

En annen informant sier til det å skulle samarbeide med lokale foreninger og organisasjoner, at det oppleves som enklere i en mindre kommune, fordi man kjenner som regel noen som man kan ringe til.

«Ja det tror jeg, for hvis jeg for eksempel vil ha noe gjort så vil jeg jo kjenne en eller annen som jeg kunne ha ringt til som kunne ha ordnet det her for meg, (...) en eller annen slags tante eller et eller annet for å (...) at nå trenger vi noe, så hadde vi fått det ordnet.»

Ingen av informantene som er blitt intervjuet har tatt opp det å samarbeide med lokale foreninger og organisasjoner som negativt, men det var ikke alle informantene som tok opp dette under intervjuet. Det å kunne samarbeide med lokale frivillige foreninger og organisasjoner kan sees på som en positiv fordel i de kommunene der det er knapphet med ressurser. Uten et slikt samarbeid ville de ikke kunne fått til ulike arbeidsoppgaver, for eksempel å arrangere pårørendeskole.

4.1.4 «Stien blir til mens man går den»

Det kommer fram av materialet at det å organisere et tverrfaglig demensteam er en form for læringsprosess. Organiseringen av arbeidsoppgaver og innholdet av disse blir formet i løpet av tid gjennom tilkomsten av ulike former for ressurser. En av informantene uttrykker det slik i forhold til det å organisere et demensteam, et godt oppsummerende sitat for organiseringsprosessen til et tverrfaglig sammensatt demensteam:

«...det er jo sånn at stien har blitt til mens man går, altså man har utformet teamet sånn som man vil ha teamet...»

Dette er også noe som kommer fram i litteraturen, det å få til et tverrfaglig samarbeid er en prosess som tar tid. For å kunne organisere oppgavene på en mest mulig effektiv måte må medlemmene av et tverrfaglig sammensatt team bli kjent med hverandre og hverandres kompetanser, og dette er noe som tar tid (Lauvås og Lauvås, 2004). I tillegg må tjenesten tilpasses det lokale ved å ha kjennskap til kultur og etterspørselen i den aktuelle kommunen, slik at rutineene for demensteamets arbeidsoppgaver må innarbeides over tid.

4.2 Formet av kompetanse

Ut ifra det materialet jeg fikk av de gjennomførte intervjuene kunne jeg se at det var ulike kompetanser som hadde lagt føringer for hvordan demensteamet var blitt organisert. I materialet mitt identifiserte jeg ulike kompetanser slik som ekstern kompetanse og de ulike profesjonene i teamets ulike kompetanser.

4.2.1 *Ekstern kompetanse*

Det at kommunene har et demensteam er et relativt nytt tilbud i kommunehelsetjenesten, dermed finnes det lite erfaringer om hvordan man skal få ting gjort på en mest mulig effektiv måte for å dekke behovet som finnes i kommunene. Behovet er også i stadig endring. Noen av informantene har erfaringer gjennom å prøve seg fram, slik at organisasjons formen har vokst fram som følge av ervervet erfaring i forhold til kunnskap om sykdommen og det å jobbe i et demensteam. Det er også disse teammedlemmene som er nøkkelpersoner i forhold til det å sosialisere nye medlemmer inn i den eksisterende organisasjonskulturen for det aktuelle demensteamet.

«...da fikk drahjelp fra ...kommune, dem var jo sånn pilotkommune i forhold til det her og da var det liksom hvordan skal man starte opp..»

Det at «stien blir til mens man går den» er noe som spesielt gjelder de teamene som har eksistert lengst, de hadde ikke mulighet til å ha en pilotkommune med mer erfaring med denne type drift, som forbilde for hvordan å starte opp et demensteam. Andre team igjen har hatt samarbeid med nabokommunen som hadde startet opp flere år før og dermed vært en god ressurs ved å gi mange gode råd og tips i oppstartsfasen og når det dukker opp uforutsette utfordringer.

«Ja, vi har en mal fra nasjonalt kompetansesenter. Vi følger deres anbefalinger, men ikke slavisk, det blir på en måte en slags huskeliste for at alle de her tingene er sett eller gjort.»

I de senere årene har Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse kommet med håndbøker om hvordan man skal opprette og drifte et demensteam, samt hvordan de burde organisere teamets arbeidsoppgaver. Dette er et godt eksempel på at demensteamene tar i bruk ekstern kompetanse som en ressurs. Alle informantene sier de kjenner til disse håndbøkene, men det

er i ulik grad de aktiv har brukt dem. Dette er ikke noe som er lovpålagt men et arbeidsverktøy, og informantene sier de bruker dette nettopp som et verktøy. Noen holder seg helt og holdent til «oppskriften», men andre har den bare litt i bakgrunnen når de foretar utredninger. Dette eksterne hjelpemiddelet er med på å påvirke i den grad at utredningene i de forskjellige teamene inneholder mange likhetstrekk.

4.2.2 Ulike profesjoner

Ulike profesjoner har ulik både faglig kompetanse og ulik erfaringsbakgrunn. Med ulike profesjoner kommer ulik kompetanse som innebærer at de ser ulike elementer i en utredningssituasjon, sammen skal de forsøke å gi en bredde på situasjonen og kunne fange opp flere sider ved pasienten. Det skal gi et bredere helhetsbilde av den situasjonen pasienten befinner seg i.

«Men også er det som regel sånn at jeg som sykepleier snakker om de pleiemessige behovene, altså på en måte for de tingene som er syke og trenger hjelp, mens vernepleieren tar seg av alle de ressursene, de friske tingene, det som faktisk fungerer og kan brukes, og jobbe med det at dem enda skal være i drift og kan brukes. Dermed så fyller vi hverandre ganske perfekt ut. Det samme med ergoterapeut, så det er en veldig fin kombinasjon å jobbe på den måten. At sykepleierne er på en måte oppdratt til å se det syke til enhver tid, mens vernepleieren er så oppdratt til å finne ressursene.»

De ulike profesjonene og yrkesgruppene som har vært med i teamet har utformet arbeidsrutinene med sin kunnskap og kompetanse slik at arbeidsprosedyrene har blitt forbedret og mer effektivisert. På denne måten har alle de ulike profesjonene hatt en innflytelse på organiseringen av demensteamet i tillegg til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse som har utgitt et forslag til utredningsverktøy som alle informantene opplyser at de bruker, men som tidligere nevnt i ulik grad.

«Så demensteamet er på en måte formet av de ulike yrkesgruppene sitt syn på demensteam så i det tilbudet vi gir i dag så har vi for eksempel ikke ergoterapeut tilknyttet, men vi har allikevel anledning til å kunne være behjelpelig med å bestille inn hukommelses hjelpemidler fordi det er allerede innarbeidet i demensteamet. Sånn at vi kan gjøre det selv om ikke vi har ergoterapeut, så er det lett for oss å kunne gjøre det.»

Overfor gir en av informantene et eksempel på hvordan en profesjon som tidligere var medlem av demensteamet har vært med på å forme rutiner på en arbeidsoppgave som dette teamet ikke kunne utføre på egenhånd. Løsningen på denne arbeidsoppgaven har fulgt teamet videre, selv om akkurat denne profesjonen ikke lenger har tilknytning til teamet. Det er på denne måten en profesjon kan sette sine spor ved å legge igjen noe av sin kompetanse i teamet slik at teamet utvikler seg i en positiv retning. Ut ifra materialet i forbindelse med denne oppgaven kan man se at teamet som helhet får en økt kompetanse og dermed økt selvstendighet som helsetjeneste ved at de andre medlemmene i teamet tar til seg denne kunnskapen og gjør den til en rutine blant arbeidsprosedyrene.

En av informantene gir uttrykk for hvordan kommunens demensteam har utviklet seg fra det ble oppstartet og til i dag, hvordan arbeidsprosessene har utviklet seg til å bli mer effektive etter hvert som erfaringer har tilkommet. Ny kunnskap har kommet inn i teamet og er med på å forme teamet, medlemmene tar til seg denne nye kompetansen i sin utførelse av arbeidsoppgavene slik at det resulterer i mer effektivitet og bedre kvalitet i tjenesten.

«Ja dem er utarbeida gjennom masse masse år, det er sånn at du holder på å le deg i hjel hvis du tar fram de første heftene for det her skal vi gjøre på et hjemmebesøk for 7 år siden så er det sånn at du holder på å dø av latter hvis du ser det for det er noe helt annet enn det som er i dag, at i dag er det større og mye mer omfattende også mye enklere på enkelte områder.»

Det er denne prosessen, en form for læringssirkel som finner sted når det til kommer ny kunnskap, også i form av kompetanse, inn i demensteamet. Utredningsprosessene blir endret i takt med at det tilkommer ny kunnskap som blir tatt opp hos de andre medlemmene og blir til en form for «kollektiv bevissthet» om at denne endringen er en bedre løsning på en arbeidsoppgave (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Dette gir en beskrivelse og en eksemplifisering av hvordan de ulike profesjonene har utformet teamet til å kunne tilby en forbedret tjeneste til pasientgruppen i kommunen, samt at de er i stand til å se den utviklingen som har skjedd de årene etter at teamet ble oppstartet. Der er det en indikator på at de i oppstartsfasen var både urutinerte og hadde lite kunnskap om demensutredning. I forhold til dette kan man også se viktigheten av at det kommer nye

medlemmer som kan med «friske» øyne se på arbeidsrutinene som blir utført i teamet, det vil være enklere for det nye medlemmet å oppdage svakheter og komme med løsninger på disse, og også på eksisterende problemer som medlemmene tidligere ikke har klart å løse.

«Men heldigvis har rekrutteringa vært sånn at det skiftvis har vært en ny, sånn at vi ikke har opplevd å måtte begynt fra start igjen, det er det som har vært så fint og det er slik det har kunnet utvikle seg.»

For å kunne bevare den kompetansen som demensteamet er i besittelse av og som er en viktig forutsetning for at demensteamet skal kunne utvikle seg til å gi en bedre tjeneste til pasientene er at det skjer en skiftevis utskiftning av medlemmene. Dette er noe to av informantene selv tok opp under intervjuene. På denne måte forblir organisering og rutiner for ulike arbeidsprosesser bevart og på den måten åpner opp for muligheten til å forbedre dem uten å måtte begynne med blanke ark. Det nye medlemmet blir da sosialisert inn den allerede eksisterende organisasjonskulturen og kan dermed heller bidra med ny kunnskap der det trengs og det i form av positive impulser uten preg av hvordan det har blitt gjort tidligere.

«Hvis jeg skulle sittede alene å utredet demens så hadde jeg gått glipp av veldig mye, det hadde blitt veldig snevert»

Kan det være slik at hvis et demensteam har hatt sine medlemmer uten utskiftning i mange år, vil de da tilslutt jobbe med skylapper og det er minimalt med nye impulser og erfaringer. Det blir av informantene understreket viktigheten med en jevnlig utbytting av et og et medlem for at teamet til enhver tid kan fungere optimalt. I artikkelen til Brataas og Haugan (2009) kom det fram at informantene ønsket at det skulle være en variasjon blant medlemmene i det tverrfaglige teamet slik at det ikke ble for «ensporet» og at nye impulser fikk komme til fra andre ansatte.

Ut ifra de intervjuene som er gjort kan jeg se at informantene er i stand til å organisere demensteamet gjennom den yrkeskompetanse som de er i besittelse av og den yrkesbakgrunnen som de ulike medlemmene har med seg inn i det tverrfaglige samarbeidet, samtidig som de må ta hensyn til andre ressurser slik som avsatt tid til arbeid og stillingsprosenter.

«...det at jeg og ... jobber i forskjellige sektorer i kommunen, vi får litt informasjon fra forskjellige steder som vi kan dra inn hit.»

Informantene ser nødvendigheten av et tverrfaglig team for å løse demensteamets arbeidsoppgaver på en best mulig måte, men de ser også viktigheten av en form for tverretatlig team da de ulike medlemmene har sitt hovedvirke i ulike etater innenfor kommunens helsesektor slik som eksempelvis institusjon og hjemmesykepleie. Flere av informantene foretrakk at minst et av medlemmene i demensteamet kom i fra kommunens hjemmesykepleie da de hadde verdifull informasjon til teamet med tanke på pasienter og den eldre delen av befolkningen i kommunen.

Den største delen av informantene foretrekker at de er ulike profesjoner som jobber i demensteamet, som et tverrfaglig team.

«Vi har stilt det som et absolutt krav til at det skal være en annen profesjon i tillegg til sykepleier. De må det være for at det skal fungere.»

I materialet kommer det fram at informantene ønsker ikke at det kun skal være en yrkesgruppe i teamene og ser på det særdeles viktig å ha supplerende kompetanser slik at på den måten kan alle sidene ved pasienten/brukeren blir ivaretatt på en helhetlig og verdig måte. Man kan dermed være i stand til å se utredningssituasjonen fra en bredere synsvinkel og dermed kunne foreta en grundigere utredning enn hvis teamet hadde vært bestående av kun en profesjonskunnskap. Informantene ser på det som en nødvendighet å organisere demensteamet tverrfaglig for å oppnå målet til teamet på en best mulig måte. Dette er det som er formålet med å ha et tverrfaglig sammensatt team. Men for at det skal kunne fungere kommer det også an på de mellommenneskelige forholdene rundt dette samarbeidet slik som personlige egenskaper, respekt og tillit for å få dette til.

«Ja det blir for ensporet, og sykepleieren er på en måte utdannet til å ta seg av det syke mennesket og dermed trenger man en til å ta seg av den gjenværende friske delen. Det vil det alltid være hos en som er dement, en endel vil jo være frisk som vi må ivareta.»

Ulike yrkesgrupper har kunnskap til å se ulike sider ved pasienten, noen har kunnskap i å ta vare på det syke mennesket mens andre igjen har kunnskap til å se det gjenværende friske mennesket og hvilke ressurser det fremdeles er i stand til å bruke. På denne måten kan to ulike

yrkesgrupper, eksempelvis sykepleier og vernepleieren komplementere hverandre i utredning og oppfølging gjort av demensteamet. Jo flere forskjellige profesjonskunnskaper man finner i demensteamet jo større del av pasienten vil bli tatt opp til vurdering og flere sider ved vil bli observert, dette har å gjøre med de «profesjonsbrillene» de ulike profesjonene har, de ser og vektlegger ulike ting.

«Det blir vel mye annerledes å jobbe fulltid i et demensteam det tror jeg, men jeg vet ikke hvor god kvaliteten blir da på det arbeidet, kan bli litt alene og ensporet tenker jeg.»

En av informantene uttrykker at kvaliteten på det arbeidet som et eventuelt demensteam gjør kan bli svekket dersom en person kun jobber med demensutredning. Dette kan sees på som et utsagn som bygger opp viktigheten av å ha et tverrfaglig team rundt denne pasientgruppen for å ha best mulig samlet kompetanse. Det oppleves også som positivt at de er flere i en utredningssituasjon.

4.3 Formet av situasjon

Det er ikke bare ressurser og kompetanse som er viktige faktorer for organiseringen av et tverrfaglig demensteam, med hver utredning oppstår det ulike situasjoner som setter det tverrfaglige teamet i en posisjon der det må avklare arbeidsfordelingen.

Utredning av en pasient er ikke en strekt rutinepreget arbeidsoppgave selv om det finnes klare rutiner for hva som skal gjennomføres, men arbeidsfordelingen er ofte situasjonspreget. Det krever at de som foretar utredningen er i stand til å kjenne på hvilke forhold som møter dem. Her blir teammedlemmets sosiale egenskaper satt på prøve. Det å raskest mulig skape tillit med både pasient og pårørende er svært viktig for å få et best mulig resultat på utredning og oppfølgings arbeid. Informantene snakker om de andre teammedlemmene på en slik måte at de har tillit til den kompetansen de er i besittelse av, de uttrykker det på en sann måte at de har tillit til at de andre teammedlemmene bidrar med sin kompetanse der det er et behov for den og dermed lar de andre medlemmene komme med sine tolkninger av situasjonen. Jo lengere teammedlemmene har jobbet sammen, jo sterkere kan det virke som tilliten er i forhold til den enkeltes kompetanse og ferdigheters bidrag i ulike arbeidskontekster.

«Vi tar det litt på følelsen hvem som prater med hvem, litt avhengig av hvem er det som har kjemi med pasienten og hvem er det som har kjemi med pårørende, hvem er det som kjenner en av dem, for hvordan reagerer dem på relasjonen.»

I en utredningssituasjon er det situasjonsbetinget i forhold til hvem som gjør hva, hvem har kjemi med hvem og lignende. Ansvarsfordelingen mellom teammedlemmene vil variere fra utredning til utredning. Det handler i stor grad om hvem som får tillit hvor. De tolker situasjonen for hvert enkelt tilfelle av utredning. De som også understreker dette i forhold til når ulike profesjoner samarbeider tverrfaglig er Lauvås og Lauvås (2012) ved at det tverrfaglige samarbeidet må ta et utgangspunkt i den faktiske situasjonen de er i ved hvert enkelt tilfelle av pasienter, og organisere teamet slik at de får utnyttet ressursene på en best mulig måte. Men ansvarsforholdet skal ikke være løst definert slik at arbeidsrutinene må diskuteres fram i hvert tilfelle for et forsvarlig og rasjonelt samarbeid forutsetter klare rutiner. En av informantene sier at de ser på som en nødvendighet å gjøre det på denne måten da de som utredes er mennesker som har forskjellig bakgrunn, har forskjellige behov og er kommet ulikt i sykdomsforløpet. Alle mennesker er unike, og derfor kreves det at teammedlemmene er samkjørte i en arbeidsprosess slik at pasienten blir ivaretatt på en best mulig måte.

«Kommunikativt sånn det her er, det kan jo også være personlig egnethet at, ... sier jo litt selv at hun ikke er nok ikke den som liker best det her småpjattet. Jeg kanskje litt bedre på det, det kan være igjennom jobben.»

Når ansvarsfordelingen av arbeidsoppgaver er kontekst avhengig vil det være viktig at det innad i demensteamet skapes det nære relasjoner mellom medlemmene, deltakerne blir kjent med hverandre som personer og lærer hverandre å kjenne og dermed vitende om de andre medlemmenes styrker og svakheter. En etablering av en slik type kjennskap til de andre teammedlemmene åpner opp for muligheten til å aktivt kunne bruke de andre medlemmenes yrkeskompetanse og personligkompetanse som ressurs i arbeidssituasjonen. Det kommer fram av Nancarrow m.fl. artikkel (2013), der 253 medlemmer av kommunale rehabiliterings og overgangspleie team responderte, at personlige egenskaper var viktig for å ha et utmerket velfungerende tverrfaglig team. Eksempler på dette var blant annet imøtekommenhet, være i stand til å kunne inngå kompromiss, besluttsomhet, empati, gode organiserings ferdigheter og kunnskaper, tålmodighet, personlig ansvar, refleksjonsevne og toleranse.

I forhold til dette med ansvarsfordeling i demensteamet kommer en annen informant med en annen løsning enn at den er kontekst avhengig, det skjer en forberedelse på forhånd av en utredning.

«Vi fordeler ansvaret da i teamet, hvem av oss gjør denne utredningen og samtale med pårørende.»

Noen av informantene sier de avtaler på forhånd hvilke arbeidsoppgaver hver enkelt skal ha i forhold til utredningen. Det er denne typen organisering som de synes er best. Det kan virke som de har en fast prosedyre de følger, de vet hvem av medlemmene som er god på hva.

«Mange gang så er det jeg og hun sykepleieren, hun synes det er litt ubehagelig å teste, hun føler at hun gruer seg litt så hun har villet hatt pårørende og da har jeg tatt meg av.. Men jeg føler aldri sånn ubehag, jeg har ikke gjort det enda. Men man har jo gjort det så mange ganger, så man gå jo pent fram ikke sant.»

De fleste av informantene virker bevisst på sin egen kunnskap og den kunnskapen kollegene er i besittelse av og ser på det som mulige ressurser i en arbeidssituasjon. Nå har det blitt presentert hvordan demensteamet organiserer sine arbeidsoppgaver ut i fra situasjon, videre i dette analysekapittelet vil det bli sett på hvordan organiseringen blir formet av lokale forhold.

4.4 Formet av lokale forhold

Fordi jeg var litt ekstra nysgjerrig på om det fantes noen lokaletilpasninger i organiseringen av det tverrfaglige demensteamet ga jeg det plass i analysen. Ut i fra mitt materiale så jeg at det alle informantene hadde til felles var at de uttrykte viktigheten ved det å kjenne kulturen godt, det blir av halvparten av informantene også nevnt som en nødvendighet.

Å kjenne til kulturen i den kommunen en helsefagarbeider jobber sees på som en viktig forutsetning for blant annet å kunne møte en pasient med respekt og skjønn for den situasjonen de har havnet i. Det er forskjell fra kultur til kultur hvordan et individ opplever lidelse og smerter, hvordan de definerer sykdom og hvor grensen går før de oppsøker hjelp fra helsevesenet. Kulturelle verdier og tro er det som påvirker dette (Roberts, Battaglia og Epstein, 1999).

Når spørsmålet om å kjenne til kulturen var viktig for demensteamets gjennomføring av arbeidsoppgaver svarte en av informantene dette:

«Ja absolutt, det er jo det som er hele grunnlaget for mennesket, det er jo hvem er du egentlig som person og da å skulle finne en demens så må du først vite hvem er egentlig den her personen sånn egentlig for å finne endringen. At det som er mine øyne kan være rart og snodig er kanskje det som er normalt for den her personen eller den her familien. Da må man jo være åpen for at ting kan jo være veldig ulikt fra det du selv er vant til da du vokste opp, at det er ulik standard for flere ting.»

Noen av informantene tar opp at det er viktig at demensteamets medlemmer har kulturell kunnskap om den kommunen de jobber i, utfordringen ligger da i at det er en viss nødvendighet at medlemmene i demensteamet kjenner til kommunens kultur. Dette kan nok være spesielt for nettopp de nord-norske kommunene da denne landsdelen har et mer komplekst kulturmønster enn for resten av landet. Den nordlige landsdelen er kjennetegnet av et blandet bosetningsmønster som følge av en systematisk fornorskingsprosess og at det har forekommet giftemål mellom den norske majoritetsbefolkningen og minoritetsbefolkningen slik som samer og kvener. Dette har resultert i at det å definere seg som «nordmann», «same» eller «kven» kan være vanskelig for den enkelte og for samfunnet rundt (Selle, Semb og Strømsnes, 2011). Det at et individ har tilknytning til en minoritetskultur kan gjøre en utredningsprosess mer kompleks hvis de av demensteamets medlemmer ikke har kjennskap til den respektive kulturen som pasienten er i tilknytning til.

Informantene understreker dette med å kjenne til kulturen i samfunnet som svært viktig, og kan nesten sees på som en forutsetning for å i det hele tatt kunne foreta en utredning.

«...kommune er en samisk kommune, og da tenker jeg at det har vært viktig å hatt samisk talende koordinatorene til stedet. Akkurat nå har vi ikke det. Hun kan litt samisk ho som er akkurat nå, hun er vikar, vokst opp i samisk kultur, vokst opp med egentlig foreldre som er samer men hun kan ikke selv snakke helt den der perfekte samisken. Men hun har i hvert fall kulturforståelsen med seg, og det tenker jeg også er kjempeviktig.»

Det som er spesielt for de nord-norske kommunene er at deler av befolkningen har et annet morsmål en majoriteten, dette fører nødvendigvis også med seg en annen kultur. Når det skal utredes pasienter med et annet morsmål, veksles det med å bruke tolk eller at en av teamets medlemmer behersker språket. I mange av de nord-norske kommunene har den eldre generasjonen som man finner i dag ofte mangelfull skolegang som følge av både krig og kulturellevariabler. I denne landsdelen er det en andel av både samer og kvener, mange av

dem har gjennomgått forforskning og deres skolegang kan være preget av dette. I forhold til dette kan det også eksistere språkvansker som i noen tilfeller krever en tolk. Av denne grunn kan testene som demensteamet gjør på pasienten får et lavt og misvisende resultat, ikke fordi pasienten er kommet langt i sykdomsforløpet, men at grunnen er mangel på skolegang slik at de i utgangspunktet ikke kunne ha svart på spørsmålene. Utfordringen for demensteamet blir da å vurdere dette ved å se på pasientens kulturelle og sosiale bakgrunn.

I en studie gjort av Larsen m.fl. (2014) i en norsk-samisk kommune viser det seg at helsearbeidere med en lokal tilhørighet og som har en langvarig deltakelse bak seg i de lokale nettverkene i bygda tar med seg sin lokalforståelse, historier og erfaringer i møtet med pasientene. På denne måte kjenner helsepersonellet til lokalbefolkningen og deres kulturelle preg slik at det oppstår respekt, nøytralitet og imøtekommenhet.

5 Erfaring med deltakelse i tverrfaglig sammensatte team

I dette kapittel skal jeg se på hvilke erfaringer som de ulike informantene som medlemmer av et demensteam har ved det å delta i et tverrfaglig team. Jeg kom fram til fire overordnede kategorier for erfaring ved deltakelse; personavhengige egenskaper ved medlemmet, mindre hierarki, større helhetsbilde og kommunikasjon. Jeg har valgt å ta med en femte kategori; nære relasjoner og rolleavklaring da dette er noe som ifølge informantene blir møtt av med jevne mellomrom.

5.1 Personavhengig

Det er ikke bare det organisatoriske som må være på plass for at et tverrfaglig team skal kunne samarbeide på tvers av fag, det kreves også noe av hvert enkelt medlem. På bakgrunn av intervjuene har jeg tolket meg til at man må gi av seg selv i det tverrfaglige samarbeidet, det å være åpen for å senke murene rundt sin egen profesjonsbakgrunn slik at det blir enklere å skape tillit til hverandre og tilegne seg kunnskap om hverandres kompetanser.

Når jeg stilte spørsmålet til en informant om hun/han hadde noen opplevde erfaringer om ulemper om det å jobbe i et tverrfaglig team så var svaret dette:

«Ja, jeg synes jo selv at det bare er fordeler, men jeg tenker jo nå når jeg skal slutte også at jeg begynner å bli sliten av det og at det krever en stor egeninnsats, og det krever at man er veldig veldig interessert i det man jobber med og det krever at du er aktiv til enhver tid. For jeg tror at hvis man ikke klarer å oppfylle de kriteriene så blir man til irritasjonsmoment for de andre i teamet, for det krever at alle gjør sin del av jobben. Du kan ikke bare henge med på lasset og du kan ikke bare gjøre det du gjør hver eneste dag sånn som når du jobber på en avdeling. Så derfor tror jeg det er viktig at man kjenner sin begrensning at man lar seg bytte ut når man har gjort det man kan bidra med i et sånt team.»

Som denne informanten uttrykker det oppleves det at det kreves stor egeninnsats å jobbe i et tverrfaglig team. Informantens erfaring videre er at man må kjenne sine begrensninger og hvordan det vil påvirke det tverrfaglige teamet når man kjenner at man ikke har stort mer å bidra med eller at interessen avtar. Da er det viktig å slippe til en annen som har interessen og motivasjonen for å jobbe i teamet. Det kommer fram av litteraturen at det ikke er tilstrekkelig nok med bare den faglige kompetansen til team medlemmene. Vilje (San Martin-Rodriguez

m.fl., 2005) sammen med interesse (Nancarrow m.fl., 2013) er minst like viktig. Faller disse faktorene bort vil heller ikke det tverrfaglige teamets samarbeid fungere godt eller at medlemmene ikke vil finne noe form for nytteverdi ved å delta i samarbeidet, og de vil heller ikke gi av seg selv på en tilstrekkelig måte.

I et tverrfaglig team må alle bidra, konsekvensen hvis man ikke bidrar på samme nivå som de andre medlemmene er at man ifølge informanten som er sitert ovenfor kan bli til et «irritasjonsmoment» for de andre. Dette bekreftes også ved hjelp av litteratur, hvis medlemmet kommer inn i teamet og ikke har intensjoner om å både måtte gi av seg selv og måtte ofre ved å kunne diskutere med respekt med de andre medlemmene, så kan det være en mulighet for at det oppstår et hinder for samarbeidet (Glavin og Erdal, 2013). I verste fall er det pasienten som lider på grunn av det, fordi ikke alle bidrar med sin profesjonskunnskap slik at flere sider av situasjonen blir belyst eller at de utfører sin arbeidsoppgave tilstrekkelig.

En informant har erfaring i forhold til det å utvikle og jobbe i et tverrfaglig demensteam at det er en fordel om ledere har interesse for arbeidet.

«Så jeg tror det som er viktig at den leder som sitter må være veldig interessert i det her. Hvis man ikke er interessert så setter man ikke ressurser i det her, så det her med, jeg tror det er veldig personavhengig. Dessverre.»

Alle informantene som ble intervjuet jobber frivillig i demensteamet, og begrunner deltakelsen ved at dette er en pasientgruppe de har interesse for og ønsker å jobbe med. De er med andre ord med fordi de ønsker å bidra, som er en av forutsetningene for et godt samarbeid. Når interessen for å hjelpe denne pasientgruppen ligger til grunn vil det trolig bli noe enklere å nå det målet som demensteamet har satt seg. For å nå dette målet må medlemmene være både delaktige og bruke sin kunnskap og kreativitet aktivt (Glavin og Erdal, 2013). Det å tenke innovativt.

5.2 Mindre hierarki

Det kom fram av materialet at informantene hadde en opplevelse av mindre hierarki når de deltok i tverrfaglig samarbeid.

Et tema som jeg identifiserte som relevant i forhold til opplevelsen av mindre vertikalt hierarki er viktigheten av gjensidig respekt mellom medlemmene i det tverrfaglige

demensteamet, dette er også noe som går igjen i store deler av litteraturen på feltet. Det å ha respekt for hverandre som medlemmer, med ulike profesjonsbakgrunn, av et demensteam er en forutsetning for at medlemmene sammen kan løse teamets problemstilling på en best mulig måte gjennom aktive diskusjoner og refleksjon, selv når man er uenig.

5.2.1 Respekt

Respekt blir ofte tatt opp som viktige elementer for samarbeid i både tidligere forskning og litteratur på feltet for tverrfaglig samarbeid, det er dermed ikke overraskende at noen av informantene også tok opp nettopp dette i forbindelse med erfaring ved deltakelse i et tverrfaglig team.

En av informantene svarte dette når det ble spurt om bevissthet rundt de andre medlemmenes kompetanse:

«Det tror jeg at er veldig viktig for at man skal kunne jobbe med respekt for hverandres profesjoner. Det er akkurat som at jeg synes det er godt å bli respektert som sykepleier at mine sykepleier vurderinger blir tatt alvorlig og da vet jeg samtidig at må ikke jeg gå utenfor grensene for det som er min jobb, at jeg er for eksempel ikke den som stiller den endelige diagnosen, jeg er ikke den som informerer om diagnosen, jeg er ikke den som gir medisinske råd, det er det legen som gjør. Dermed må man være veldig klar på det hva er det som er min og hva er det som er deres og dermed kunne bruke det. Hvis man har respekt for andre sitt så blir du også respektert for det du står for.»

Sitatet overfor gir et godt eksempel på det man kan kalle gjensidig respekt mellom medlemmer i et tverrfaglig team. Det som inngår i det å respektere hverandres ulike profesjonsbakgrunner er å kunne anerkjenne at det eksisterer ulike syn og tilnærminger til ulike fenomen og problemstillinger som demensteamet måtte komme opp i, og lære seg å se på dette som ressurser. I en studie gjort i henhold til ansatte som arbeider i institusjonell omsorg for personer med demens ble det gjort et funn i forhold til det å kjenne sine arbeidskolleger og deres kunnskapsområde. I løpet av studiets gjennomføring ble det observert at de ansatte gjentatte ganger spilte på hverandres kompetanse. I situasjoner der en ansatt fikk problemer med å løse arbeidsoppgave var terskelen lav for å trekke seg tilbake og spørre en annen kollega om å overta uten at det ble opplevd som et nederlag (Thorvik, Helleberg og Hauge, 2014). I dette studiet blir det henvist til både respekt og anerkjennelse i arbeidet.

Det å respektere hverandre innebærer også det å kunne svare på de andres utspill på en saklig måte i form av sin egen forståelse. Samtidig som man skal respektere andre for den kompetansen og ansvarsområdet de står for. Det blir også tatt opp av en av informantene viktigheten av å vite hvor ens egne grenser går slik at man ikke trår over på en annens kompetanseområde og forsøker å overkjøre. Det er da viktig både å kjenne til andre medlemmers grenser og respektere dem. I følge Brataas og Hugans`s (2009) studie at må man for å kunne kjenne til andre profesjoners grenser er det viktig med kunnskap om de andre profesjonene. Å få kunnskap om de andre profesjonene i teamet er en prosess som skjer over tid, det tar tid å bli kjent med hverandre. Det er på denne måten medlemmene i et team får kunnskap om hverandres grenser og hvor de eventuelt overlapper.

Det er en av de største hindringene for et godt samarbeid hvis det mangler innsikt i og kunnskap om hverandres profesjoner innad i teamet, slik at de ikke er i stand til å kunne respektere kompetanse og ansvarsområde (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Dette er også noe som kommer fram i Axelsson og Axelsson`s (2009) artikkel som viktig i forhold til å få fram blant teammedlemmene det de kaller en altruistisk holdning.

Det er ingen av informantene som opplever at de ikke blir respektert av sine teammedlemmer, de peker heller ut at når det skal kommuniseres med andre enheter føler de at ikke blir tatt på alvor. I slike situasjoner der formidling av informasjon oppleves som vanskelig, så unnskylder de den andre enden av kommunikasjonen for at de ikke har interesse for deres arbeid i demensteamet eller at de vet lite om demens. Altså er mangel på kunnskap det som informantene trekker fram som en mulig hindring og som en forklaring på dette problemet. I følge Lauvås og Lauvås (2004) er den kunnskapen vi har til andre roller og funksjoner ofte mangelfull og overfladisk. Dermed vil forventningene som stilles til disse være konvensjonelle og ofte stereotypiske av art og eksempler på dette er at legen er den som diagnostiserer og forordner behandlingen, mens sykepleieren er den som utfører legens ordrer på pleien osv. I følge Pullon (2008) er kunnskap om ulike profesjoner en kilde til å skape tillit og det å legge bort revirtenkningen blant profesjoner.

5.2.2 Mangel på hierarki

To av informantene synes det å jobbe i et tverrfaglig sammensatt demensteam er positivt i den forstand at de har en opplevelse av det ikke eksisterer et vertikalt hierarki, de føler at de er på samme linje. En av informantene svarer slik:

«Jeg synes at det er kjempespennende og jobbe med ulike, men forskjellen ved å jobbe i et demensteam og det å jobbe på avdeling der jeg jobber de andre 80%: På avdelingen er det hierarki, sånn som det har vær i alle år. Doktoren bestemmer, og det fysioterapeutene sier er sånn det skal være og det man ser og syns og sånn spiller egentlig ikke så stor rolle. Men når man jobber i demensteamet så føler jeg vel egentlig at det du kan blir respektert og hørt på en helt annen måte, fordi at jeg bidrar da med min del. Vernepleieren bidrar med sin del og hjemmesykepleien med sin del og legen med sin del. Det blir liksom, det er ikke et hierarki og at min vurdering blir like viktig som noen andre sin.»

Dette er noe ulik den opplevelsen enkelte av informantene har i forhold til det å jobbe i det dem kaller en «tradisjonell somatisk avdeling», der man kan fremdeles finne et vertikalt hierarkisk system med fastsatte ansvarsområder. Det typiske vertikale hierarkiet faller på en måte bort i demensteamet. Teamets medlemmer kommer på bakgrunn av sin profesjonskompetanse med sine synspunkt i forhold til en utredning og de føler de blir hørt. I demensteamet kan det virke som man finner en likestilling blant medlemmene ved at de er bevisste på at de innehar ulike kompetanser, og dermed ulike syn på ulike problem, og at de sammen er bedre utrustet til å se helheten. Dette støttes i litteraturen ved at det blir sett på som en faktor for å fremme et tverrfaglig samarbeid ved å ta bort den vertikale hierarkiske organisasjonsstrukturen og erstatte den med en mer horisontal organisering av ansvarsforhold (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005).

Ut i fra respekt kommer også evnen til å kunne likestille hverandres profesjoner, det at det er ulike kompetanser som kan ha svært ulike syn og oppfatninger av et fenomen eller tilstand. Det at man ikke nødvendigvis er enig i alt andre teammedlemmer mener er det dermed viktig at man i et samarbeid har evnen til å kunne både anerkjenne og verdsette det andre har ulike syn på ting enn det du selv har. Dette vil det gjøre det enklere å være også uenig i ulike situasjoner. Det å være uenig kan snues til en positiv ressurs i det a det kan åpne opp for saklige diskusjoner og refleksjoner omkring en problematikk eller et fenomen (Glavin og Erdal, 2013).

«Jeg tror ikke at teamarbeid er for alle heller. Og så tenker jeg på det her med profesjonskamp, at man må være villig å legge det til siden for at det skal fungere.»

Når informantene fikk spørsmål om de følte at det var noen utfordringer knyttet til det å være medlem av et tverrfaglig team så var det ingen som tok opp at det eksisterte noen form for

profesjonskamp mellom medlemmene i teamet. Dette har vært en vanlig problematikk som har vært mye omtalt i litteraturen er at det foregår en profesjonskamp mellom ulike profesjoner innenfor helsesektoren, og da tradisjonelt var det mellom leger og sykepleiere på somatiske avdelinger, senere mellom sykepleiere og de nye profesjonene som etablerte seg slik som blant annet sosionom, ergoterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere (Lauvås og Lauvås, 2004). Men ut i fra mitt materiale er ikke dette noe som oppleves av informantene.

5.2.3 Læringsutbytte

Samtlige av informantene uttrykker seg positivt til å samarbeide med andre yrkesbakgrunner i et tverrfaglig sammensatt team, det oppleves som interessant og at det i noen tilfeller kan det resultere i et læringsutbytte mellom medlemmene. I Dieleman m.fl.'s (2004) artikkel legges det vekt på at det at medlemmene av et tverrfaglig team er åpen for læring som et viktig element for et velfungerende samarbeid. Ut i fra materialet er det ingen som sier de ikke lærer noe av å delta i et tverrfaglig samarbeid.

«Det er veldig interessant. (...) vi har jo forskjellige utdanninger og forskjellige innfallsvinkler og observerer forskjellig ting så det blir utrolig lærerikt.»

Man kan se på det som en positiv konsekvens av at ulike profesjoner som arbeider sammen i et tverrfaglig samarbeid når de opplever et læringsutbytte. Dette kom også fram i Axelsson og Axelsson's (2009) artikkel, at når man i en spesifikk situasjon kom med ulik tilnærming som følger av ulik kompetanse så er det en mulighet for at det oppstår læring mellom teammedlemmene i teamet.

Det kommer fram i Brataas og Haugan's (2009) studie at det oppstod læring blant deltakerne i et tverrfaglig team gjennom to forhold. Det ene var at ved å delta i et tverrfaglig samarbeid over tid vil man tilegne seg kunnskap gjennom erfaring ved det å samarbeide tett med andre profesjoner for å oppnå et felles mål, medlemmet vil dermed lære de arbeidsformene som er mest fordelaktige for å løse teamets arbeidsoppgaver. Altså må nye medlemmer av et team lære seg å jobbe tverrfaglig og dette er noe som skjer over tid. Det andre forholdet ved læring er at medlemmene av et tverrfaglig team må lære hverandre å kjenne, lære hva de ulike profesjonene står for, hvilken kompetanse de har og hva de kan bidra med inn i teamet, samt samarbeidet. Læringen innbefatter også hvor de ulike profesjonenes grenser går og på hvilke områder de ulike profesjonenes kompetanser overskrider hverandre. Læring er dermed en

prosess som strekker seg utover en lengre tidsperiode og etter hvert som denne kunnskapen erverves kan medlemmene benytte seg av den i det tverrfaglige samarbeidet.

« Så jeg bruker å si at i refleksjon så er det mye læring, det er der jeg tror det er mest læring. Det hjelper ikke bli professor i et eller annet, man må reflektere.»

Ved å se på det tverrfaglige demensteamet som en organisasjon så kommer det fram av litteraturen at ved all læring i organisasjoner begynner med at et av medlemmene reflekterer over noe det har erfart som har relevans for organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

5.3 Helhetsbilde oppleves som større

Ut i fra mitt materiale kan jeg at informantene trekker fram at helhetsbildet blir større når ulike profesjons- og erfaringsbakgrunner kommer til. Dette blir sett på som viktig at det er flere i forhold til arbeidsoppgavene. Fordi man ikke alene har mulighet til å se det store helhetsbildet, som er avgjørende for at pasienten får dekket sitt behov på best mulig måte. Sammen kan de se en større helhet av situasjonen, de kan se en situasjon fra ulike sider og blir dermed vurdert mer grundig enn det den ville blitt om det var kun en profesjon som sto bak utredningen. Det kan virke som informantene er bevisst at de ikke innehar kunnskap og kompetanse nok til å kunne utføre denne type arbeidsoppgave på best mulig måte alene, men at de er nødt til å kunne samarbeide med andre yrkesbakgrunner for å kunne få et større helhetsbilde av situasjonen. Noe som også underbygger dette er at som tidligere nevnt av en av informantene at de stiller det som et krav at det skal være ulike yrkesbakgrunner i demensteamet.

Informantene trekker fram at det som blir sett på som en fordel og ønskelig er at de ulike medlemmene i det respektive demensteamet kommer fra ulike deler av helse sektoren. På denne måten kan man se på demensteamet på to forskjellige måter, gjennom en tverrfaglig organisering og gjennom en form for tverretatlig organisering.

«...det at jeg og (...) jobber i forskjellige sektorer i kommunen, vi får litt informasjon fra forskjellige steder som vi kan dra inn hit.»

På bakgrunn av demensteamenes organisering kan det se ut som at de fleste medlemmene i de ulike teamene har sitt hoved arbeidssted innenfor ulike deler av helsesektoren i kommunen. I

de aller minste kommunene er det så stor kjennskap mellom de som jobber innenfor helse og omsorg at de får informasjon både fra hjemmesykepleien og også fra hjemmehjelp om utviklingen av sykdommen i kommunen. Ofte er de ulike tjenestene også under samme tak, som kan åpne opp for kommunikasjon i større grad enn hvis de hadde vært atskilt i forskjellige bygninger.

«Jeg trur at vi klarer å få koordinert tjenestene bedre og det å fange opp mer enn bare hjemmesykepleien, så det å prøve å se helheten i lag, for det er ingen som klarer det alene»

Den delen av helsesektoren jeg identifiserer som er viktigst å ha med i teamet så er svaret hjemmetjenesten/hjemmesykepleien og det er fordi de har en god oversikt over mange i den eldre generasjonen ute i kommunen og dette blir sett på som verdifull informasjon for demensteamet.

I materialet finner jeg mange eksempler på at medlemmene i demensteamet komplementerer hverandre som følger av ulik kompetanse når de utfører teamets arbeidsoppgaver. Forutsetningene for at dette skal kunne være mulig er tillit og respekt mellom de ulike medlemmene, at de tørr komme med sine innvendinger i forhold til en arbeidsoppgave og at de føler at de blir hørt og respektert for deres syn på saken. For at en større del av helheten skal kunne bli belyst er det viktig at medlemmene uanstrengt kan drøfte og diskutere ulike problemstillinger, ved hjelp av deres ulike «profesjonsbriller» vil de kunne se ulike ting, ting den andre kanskje ikke har tenkt på i det heletatt. På denne måten kan flere sider ved pasienten blir sett og tatt fram i oppsummeringen som teammedlemmene har i etterkant av en utredning. Det kommer fram i Brataas og Haugan`s (2009) artikkel at informantene i deres studie syntes samtaler på tvers av yrkesgrupper var både «artig» og nyttig, og gjorde jobben også «morsommere». Medlemmene av det tverrfaglige rehabiliteringsteamet i studien observerte ulike arbeidssituasjoner og vurderte dem ut i fra sine egne «profesjonsbriller» og deretter utvekslet de informasjon for å se denne situasjonen i en helhet.

«At man har en ulik tilnærming, litt forskjellige fagplattformer, med at man kan drøfte hva er det her, hva er det vi har sett her og hva tenker du om det, hvordan skal vi tilnærme oss dette og hvordan tiltak bør vi sette inn. Bare det å være flere.»

En av informantene uttrykker det slik i forhold til det å skulle utrede pasienter for demens alene:

«Hvis jeg skulle sittede alene å utredet demens så hadde jeg gått glipp av veldig mye, det hadde blitt veldig snevert, altså vi er veldig gode på biokjemi, vi er veldig god på det som skjer inni hjernen hvis jeg gir medisin, så sånne ting er vi god på. Og, mens sykepleierne og vernepleierne dem har jo en annen innfallsvinkel, og en annen måte å gjøre det på.»

Denne informanten viser et godt eksempel at den innehar kunnskap om den kompetansen de ulike teammedlemmene har og på hvilken måte de bidrar i teamet. Her kan det også tolkes til at det eksisterer et gjensidig avhengighets forhold mellom teammedlemmenes kompetanser og ferdigheter.

Viser et eksempel på at også i de hverdagslige arbeidsoppgavene kan informantene utfylle hverandre, de jobber sammen med å formidle informasjon til andre deler av helsesektoren. Informanten viser at det eksisterer bevissthet omkring begrensningene for sin egen kompetanse og at det må suppleres med andre kompetanser for at helhetsbildet skal utvides og mer kan fanges opp i henhold til pasienten som skal utredes.

«Fordi at når vi for eksempel skal skrive et brev så setter vi oss ned å fyller hverandre ut. Hun sier at det her er behov for å få med og jeg ser det også velger vi kanskje. Vi er veldig forskjellig språklig og måter å uttrykke oss på også så, hvilke ord vi bruker og ting, men det er jo bare en berikelse egentlig tenker jeg.»

Informantene har flere eksempler på hvordan deres ulike profesjoner komplementerer hverandre slik at resultatet av det arbeidet de gjør oppleves som bedre fordi de føler at flere sider ved pasienten blir sett og dermed vil den videre behandlingen også bli mer tilpasset hver enkelt pasient og at det er dette som er til det beste for pasienten.

5.4 Erfaringer med kommunikasjon

Demensteamet samarbeider ikke bare innad i teamet i form av et tverrfaglig samarbeid, de samarbeider også med andre etater i kommunen i det man kan kalle et tverretatlig samarbeid, samarbeid mellom ulike sektorer i kommunen. Kommunikasjon er en viktig del både internt og eksternt i det tverrfaglige demensteamet. I et tverrfaglig team vil man ikke kun kommunisere innad med de ulike medlemmene, men det skal også kommunisere ut til andre eksterne aktører.

Det kommer fram fra informantene at de kommuniserer godt med hverandre innad i teamet, de utfyller hverandre, de opplever en god kommunikasjonsflyt. Det vi ser at de at de har både kjennskap og kunnskap om hverandres kompetanser, og har dermed også en forventning om hva de ulike medlemmene kan bidra med i forhold til å løse demensteamets arbeidsoppgaver. Gjennom intervjuene snakker informantene mer om kommunikasjon med andre eksterne aktører og nevner både fordeler og ulemper i forhold til dette.

Når informantene fikk spørsmålet om kommunikasjon med andre utenfor demensteamet ble fastlegen og hjemmesykepleie/hjemmetjeneste tatt opp av de fleste og omtalte som viktige samarbeidspartnere som demensteamet har jevnlig kontakt med.

Informantene opplevde det som en utfordring å kommunisere med noen utenfor teamet nevnte samtlige av informantene fastlegen, der noen er mindre interessert i kommunikasjon enn andre. Hvorfor det er slik kommer informantene med ulike påstander, det som ble nevnt flest ganger var holdninger og mangel på kunnskap om hva demensteamet er og hva de gjør som årsak til dårlig kommunikasjon. Informantene opplever at interesse for demens og kjennskap til demensteamet som er en forutsetning for god kommunikasjon, og nevner at det er spesielt viktig med god kommunikasjon med hjemmetjenesten.

Selv om det oppleves som en utfordring å kommunisere med ulike fastleger så kommer det fra flere av informantene at det har vært en forbedring den siste tiden. I forhold til utfordring ved kommunikasjon har holdningene endret seg i noen kommuner til mer positive, men ikke i alle. I følge enkelte av informantene er skyldes denne utviklingen at både kunnskapen og kjennskapen til demensteamets oppgave har økt, fastlegens syn har endret seg til å se på demensteamet som en ressurs og kan lette deres arbeid i forhold til diagnostisering av pasientene.

«Ja jeg merker på holdningene. Det ser jeg, det har blitt, man er blitt kjent og den her, vi har fått en sterkere posisjon. At vi har blitt mer viktigere, at legene etterlyser etter, og hvis man ikke har, vi har hatt en periode der demenskoordinatoren har vært i permisjon og vi har ikke fått noen tilstede. Det merkes, det mangler.»

Der de nevner at det er utfordringer er i forhold til kommunikasjon med andre utenfor teamet, enten det er i hjemmetjenesten eller i forhold til fastleger. Her er det snakk om interesse-mangel hos den som det er forsøkt kommunikasjon med. For å løse denne utfordringen og for å sikre en bedre kommunikasjonsflyt virker det som tilbøyeligheten for å

henvende seg til noen faste personer som har kunnskap og interesse for demens for å få en positiv feedback.

«Vi tar tak i sykepleierne, men vi ser jo vi har jo våre favoritt sykepleiere som det er, vi snakker heller med enn andre. Det kan godt ha med at, og det går nok litt på at den tilbakemeldingen vi opplever i samhandlingen der og da fra den sykepleieren vi snakker med, noen er veldig engasjert i det vi snakker om og andre ikke, det kan være det handler om feil pasienter, det kan være at det handler om at dem ikke er så interessert i demens, det kan hende at dem ikke har vært borti det, det kan være mange årsaker til det. Men det er noen jeg har inntrykk av at noen er oppdatert og da blir det til at vi ofte bruker dem. Men jeg føler absolutt at det er en lavterskel begge veier.»

Til tross for at det nevnes at det er ulike former for utfordringer til tider når det skal kommuniseres med andre utenfor teamet så oppleves det som lavterskel å ta kontakt begge veier. Begrep som lavterskel blir brukt i forhold til å forklare kommunikasjonen mellom demensteamet og en ekstern part der både hjemmetjeneste og pårørende inkluderes. I forhold til dette er også det med holdning viktig. Det kan virke som det er lettest for demensteamet å kontakte og innlede kommunikasjon med de som de opplever har en god holdning og kjennskap til det arbeidet de gjør.

I forhold til det å skulle kommunisere ut til de omliggende omgivelsene om det er i form av brev til fast lege eller på ulike fellesmøter innenfor kommunens helsesektor så uttrykker en av informantene det slik:

«Føler vel egentlig at man, vi kan jo si det vi tenker, men om jeg hadde gjort det om jeg ikke hadde hatt ... på laget det vet jeg ikke. Men det er kanskje litt de der at når man er to som ser det samme så føler man at man har en større faglig tyngde i det man sier, at det ikke er bare noe jeg tenker»

De føler en trygghet og det å være to, de har som et team kommet fram til den beslutningen de har gjort og føler at de har en faglig tyngde i det de formidler ut av teamet. De føler en trygghet i det å være et team.

5.5 Nære relasjoner og rolleavklaring

En annen utfordring som demensteamene står overfor ved å være lokalisert i en liten kommune er at sannsynligheten ved å møte på pasienter som skal utredes som de har en forutgående relasjon til er større. De fleste demensteamene har møtt på denne utfordringen og har funnet ulike løsninger på dette. Største delen av informantene sier at når de har valgt å organisere demensteamet sitt med mer enn to medlemmer så er det også med tanke på dette, slik at det skal kunne være en mulighet til å bytte ut en av medlemmene med en annen når man kommer opp i denne type situasjon.

«Men samtidig så tenker jeg at det her er noe du må tenke igjennom i det øyeblikket du velger å bli helsepersonell så er du jo klar over at du kanskje vil ha på deg en hatt og du vil treffe på noen som du har en annen relasjon til enn i ditt arbeid, tenker at da gjelder det å være profesjonell, men samtidig må man jo ikke bli så profesjonell at man skaper en kunstig distanse.»

I det du er ferdig utdannet som en helsefagarbeider så trer du inn i en rolle, en yrkesrolle. Spesielt når du jobber i en liten kommune vil det være sannsynlig at du vil i ditt arbeid pleie/behandle en du kan ha en annen relasjon til i utgangspunktet. Det blir da viktig å holde på denne rollen under utførelsen av arbeidsoppgavene.

Noen synes det er helt i orden å utrede en som er nær, mens andre derimot ikke ønsker dette. En av informantene sier det er et spenningsforhold i det du skal foreta førstegangsbesøket til en pasient du har en forutgående relasjon til.

«...jeg kjenner selv at jeg har vært litt spent når du kommer til sånn her førstegangsbesøk til foreldrene til noen du har lekt hos da du var liten, og da kommer du og får den der lillejente følelsen der du står med røde gummistøvler i gangen egentlig, men så er du på jobb der. Men det har gått overraskende fint, rett og slett bare fordi at jeg er flink med det jeg gjør, og i den rollen så føler jeg meg veldig trygg og da ser jeg at dem også er trygg og da går det egentlig veldig greit.»

I forhold til den mulige problematikken rundt det å skulle utrede en pasient man har en nær relasjon til nevner informantene dette med å være bevisst sin yrkesrolle, og avklare dette på en bestemt og klar måte ved å fortelle hvorfor de er der denne dagen. Videre forteller

informantene at så lenge rolleavklaringen er på plass vil utredningsprosessen ikke være negativt preget av at utreder og pasient har en nær relasjon.

«Jo altså jeg bruker å være ganske tydelig for det bruker alltid å bli litt sånn oppstandelser, å ja er det du, du er kona til han eller du brukte jo å være her når du var liten eller et eller annet sånn.. Også løser det liksom opp stemningen litt så sier jeg liksom tydelig at i dag er jeg her fordi at jeg er sykepleier og vi skal snakke om ditt eller datt.. At man avklarer det ganske tydelig, og da er man liksom over på det som er temaet for dagen, hvorfor er vi egentlig her.»

Når rolleavklaringen er foretatt i forhold til pasienten så er det over på den faktiske utredningen. En av informantene uttrykker det å ha kjennskap til en pasient som skal utredes oppleves som positivt som følger av at det oppstår tillit i relasjonen til pasienten på en raskere måte. Dette er også noe som blir bekreftet i rapporten som Norsk kompetanse senter for aldring og helse har gjort i forhold til demensteam, at demensteam i små kommuner bruker mindre tid på å skape tillit i relasjonen til pasienten («*Demensteam - godt i gang, fortsatt i utvikling*», 2015).

«Ja egentlig så føler jeg at dem fortere får tillit til meg, dem har parkert meg der og dem vet hvem jeg er, og det er liksom, jeg føler at vi fortere kan komme nærmere hverandre enn når du kommer til helt fremmede der du må på en måte må føle deg litt fram og du kanskje ikke naturlig har en del ting å snakke om, innimellom er det tunge ting man snakker om men da er det fint å spore av da og snakke om andre ting sånn bare for å løse stemningen litt, særlig hvis det er triste ting man snakker om og at diagnosen faktisk er stilt så er det greit å kunne spore litt av og da er det en fordel å bruke det her at man kjenner hverandre litt fra før.»

Det blir omtalt som en «icebreaker» i en ellers trasig situasjon for pasienten, det å kunne snakke om kjente temaer for å lette litt på stemningen etter å ha snakket om den alvorlige og tunge tematikken. Også i forhold til det å skape tillit til noen du allerede har en relasjon til blir enklere ifølge informantene, dette resulterer ofte i at utredningsprosessen blir enklere både for demensteamet og pasienten selv. Dette fenomenet støttes også av funn kommet fram i en intervjuundersøkelse gjort av psykiskhelse arbeidere i små kommuner med høyst 2500 innbyggere i Nordland fylke. I denne undersøkelsen blir det sagt at den kjennskapen som helsearbeideren og pasienten hadde til hverandre fra før av ble også opplevd som positivt. Kjennskapen til hverandre ble omtalt som positiv i den forstand at det var til hjelp for

arbeidssituasjonen og det å kunne raskere skape trygge relasjoner mellom helsearbeider og pasient (Masvie og Ytrehus, 2013).

6 Avsluttende drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funn i analysen med det teoretiske rammeverket jeg har valgt for oppgaven og relevant supplerende litteratur for å belyse mine funn. Som en avslutning på dette kapitelet vil jeg komme med en avsluttende kommentar.

Jeg har i lys av min problemstilling sett på erfaringer ved organisering og deltakelse i tverrfaglige team. I analysen er det blitt gjort et analytisk skille mellom erfaring med organisering og deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Dette skillet vil gli over i hverandre i virkeligheten. De forutsetter på mange måter hverandre, for at et tverrfaglig samarbeid skal kunne fungere så må både det formelle i form av organisering og det uformelle i form av erfaring med deltakelse være på plass. I den tidligere forskningen som ble presentert innledningsvis i denne oppgaven ser man at det finnes ulike faktorer som vil fremme et tverrfaglig samarbeid. De faktorene som går på det uformelle er vilje til å samarbeide (D'Amour m.fl., 1999; Henneman m.fl., 1995), respekt (Dieleman m.fl., 2004; Brataas og Haugan, 2009; San Martin-Rodriguez m.fl., 2005) tillit (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005; Pullon, 2008; Axelsson og Axelsson, 2009; D'Amour m.fl., 2005; Henneman m.fl., 1995), gjensidig anerkjennelse av de ulike kompetansene i teamet (Pullon, 2008), forståelse for sin egen og andres roller i teamet (Dieleman m.fl., 2004; Pullon, 2008), kommunikasjon (Dieleman m.fl., 2004; San Martin-Rodriguez, 2005), kjennskap til hvor de ulike profesjonenes grenser går (Pullon, 2008) og ha en altruistisk holdning til samarbeidet (Axelsson og Axelsson, 2009). Mine funn som kommer fram av analysen, spesielt i kapittel 5 er i stor grad sammenfallende med den tidligere forskningen som nevnt overfor. De formelle forutsetningene er at det må være en horisontal struktur (Henneman m.fl., 1995), administrativ støtte (Bronstein, 2003; San Martin-Rodriguez m.fl., 2005), ressurser (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005), tilstrekkelig med tid og rom der samarbeid kan oppstå (Bronstein, 2003; Mariano, 1998). Disse faktorene kommer også fram i analysen, særlig i kapittel 4 om erfaring med organisering av tverrfaglig samarbeid i team.

Men det finnes også noen interessante funn som fra materialet som av det jeg kan se, ikke er sterkt representert i tidligere forskning på feltet. Det framkommer av analysen at informantene som medlemmer av et tverrfaglig sammensatt demensteam er positive til å samarbeide med andre profesjonsbakgrunner. De opplever det både interessant og at det i noen tilfeller kan resultere i et læringsutbytte mellom medlemmene i teamet. Det er dette som jeg ser som spesielt interessant, at de opplever et læringsutbytte, de lærer av og med hverandre. Det

kommer fram av den analysen jeg har gjort at det skjer en utvikling, som jeg vil tolke som læring. Altså en form for læring for teamet som helhet også. Individuell læring og læring i organisasjon blir dermed de funnene som skal drøftes i dette kapitlet. På dette området så finnes det likhetstrekk med den tidligere forskningen som er presentert i delkapitlet om tidligere forskning i innledningen. Likhetstrekkene går ut på dette med utvikling av team og læring. I gjennom den tidligere forskningen så kan vi se at det å arbeide i et tverrfaglig team er noe som må læres gjennom praksis og det skjer over tid. Det å skal utvikle et funksjonelt tverrfaglig samarbeid blir betegnet som en prosess som tar tid (Brataas og Haugan, 2009). Nye medlem går dermed inn i en læringsprosess sammen med de andre medlemmene når de sosialiseres inn i teamet.

Det som da blir tema for grundigere drøfting i denne oppgaven er, individuell læring og læring i organisasjon som helhet. Først vil jeg i denne drøftingen presentere forutsetninger for og den individuelle læringen. Videre i drøftingen kommer forutsetninger for læring i organisasjon som helhet og etterfølgende læring i organisasjon.

Jeg har valgt å se på det tverrfaglig sammensatte demensteamet som en organisasjon, dermed vet vi på forhånd at det er sosialt konstruert. Altså bestående av samhandlende mennesker, og det finnes relasjoner mellom medlemmene. Det er også bevisst konstruert med tanke på å oppnå teamets mål på en mest mulig effektiv måte. Dette er noe vi tar utgangspunkt i når denne drøftingen blir gjennomført.

6.1 Forutsetninger for individuell læring

Noen av forutsetningene for et velfungerende tverrfaglig samarbeid som nevnt innledningsvis i dette kapitlet er sammenfallende med forutsetninger for at det oppstår læring blant medlemmene i teamet. I dette delkapitlet vil det som blir sett på som forutsetninger for at et medlem av et team opplever læring gjennom deltakelse bli presentert. Noen blir sett på som viktigere enn andre. Jeg vil ta et utgangspunkt i Cato Wadels (2002) teorier i forhold til læring som han kommer med i boka «*Læring i lærende organisasjoner*» sammen med det sosiologiske rammeverket når jeg presenterer funnene i analysen.

6.1.1 Gjensidig respekt

Det å ha *gjensidig respekt* for hverandre sees på som svært viktig i et tverrfaglig samarbeid. I min analyse finner vi både at de legger vekt på respektere hverandres ulike profesjonsbakgrunner og anerkjenne dem. Samtidig blir det sett på som viktig å ha kjennskap til og respekt for både ens egen og andres grenser for kompetanseområde. Dette kommer fram både i den tidligere forskningen som er presentert i innledningskapitlet (Dieleman m.fl., 2004; Brataas og Haugan, 2009; San Martin-Rodriguez m.fl., 2005). I litteraturen ser vi også dette gjennom Wadel`s (2002) definisjon av begrepet *aktelsesforhold* som omhandler det å tilkjennegi anerkjennelse, respekt og verdsetting av en annen person som person. Når denne aktelsen skjer gjensidig kan vi snakke om et aktelsesforhold. For å supplere Wadel (2002) så kan man nevne en forutsetning for at det kan oppstå en faglig diskusjon rundt problemstillinger er at teammedlemmene har gjensidig respekt for hverandre. På denne måten åpnes det opp for refleksjon for den enkelte som igjen kan føre både til en individuell læring eller læring for organisasjonen som helhet (Glavin og Erdal, 2013).

6.1.2 Tillit

Det å ha *tillit* til den kompetanse de andre medlemmene i teamet innehar, er en annen faktor som blir sett på som en viktig forutsetning ifølge informantene. Dette er også en faktor som er representert både innenfor delkapitlet tidligere forskning (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005; Pullon, 2008; Axelsson og Axelsson, 2009; D`Amour m.fl., 2005; Henneman m.fl., 1995). Ut i fra min analyse kan man se at de ulike medlemmene av demensteam snakker om hverandre på en måte der det kan virke som de har tillit til den kompetansen de andre medlemmene har og at de bidrar med den inn i teamet. Tillit blir sett på som en nødvendighet, spesielt hvis det skal oppstå et velfungerende demensteam i form av et tverrfaglig samarbeid. Tillit i seg selv kan være med på å fremme samarbeid, solidaritet og en fellesskaps orientering. Det er med på å gi mening til den menneskelige samhandlingen (Lian, 2007). Wadel (2002) bekrefter også at tillit er en forutsetning for at det kan oppstå et læringsforhold mellom medlemmene i et team. I begrepet *tillitsforhold* kommer han frem til at man blir avhengig av våre medarbeidere ved å gi dem tillit, og medarbeiderne blir avhengige av oss fordi man gir dem tillit tilbake. Det er gjensidigheten av tillit som gjør det til et tillitsforhold, som igjen er viktig for at det skal oppstå et læringsforhold mellom medarbeiderne.

Wadel (2002) nevner videre to til mellommenneskelige forhold som han mener er forutsetninger for at det kan oppstå et læringsforhold mellom to eller flere medarbeidere.

Det neste mellommenneskelige forholdet Wadel (2002) tar opp er *motivasjonsforholdet*. Dette forholdet innebærer at motivasjon vokser fram i samspillet med andre mennesker ved at vi motiverer og lar oss motivere. Det er ofte slik at et læringsforhold krever at partene er motiverte. Motivasjonen blir ofte påvirket ifølge Wadel (2002) av de andre tre mellommenneskelige forholdene som er nevnt overfor i dette delkapittelet. Disse forholdene for forutsetninger nevnt ovenfor vil ha en påvirkningskraft på det å lære i en organisasjon, hvis det blir forstyrrelser eller at ene av disse forholdene blir svekket vil det også påvirke læringen i organisasjonen i en negativ retning. Det vil si at det ikke vil oppstå læring om det ikke eksisterer gjensidigrespekt, anerkjennelse eller verdsetting av andres kompetanser, eller om det ikke eksisterer tillit mellom medlemmene. Alle forutsetningene må være på plass for at det skal skje en læring i en uformell kontekst i organisasjonen.

For å gi et eksempel på den gjensidigheten som finner sted i et team, oppgir informantene at de er bevisste på at de er gjensidig avhengige av hverandres kompetanser. Dette blir sett på som nødvendig for å kunne utføre arbeidsoppgavene på en tilstrekkelig måte i forhold til kvalitet og et bedre helhetsbilde. Dette er noe de ikke hadde oppnådd alene. Man kan ved å bruke Durkheims begrep om organisk solidaritet som man finner i avsnittet om organisasjonsperspektiv illustrere dette avhengighetsforholdet som eksisterer innad i teamet mellom de ulike kompetansene. Begrepet omtaler et selvregulerende system der alle organene virker sammen for å opprettholde en funksjonsdyktig organisme (Guneriusen, 2007). Dette kan trekkes videre til de tverrfaglig sammensatte demensteamene jeg studerte situasjon, de ulike kompetansene komplementerer hverandre og skaper et gjensidig avhengighetsforhold. Dette gir en indikasjon på at det eksisterer både respekt og tillit mellom de ulike medlemmene i demensteamet. For å kunne ha et team der kompetansene komplementerer hverandre må det nødvendigvis eksistere respekt og tillit til mellom de ulike profesjonene, både i forhold til kompetanse og at alle bidrar med sitt i arbeidssituasjoner.

De medlemmer som skal sosialiseres inn i teamet inntar det Wadel (2002) omtaler som *læringsatferd*. Læringsatferd innebærer at det nye medlemmet som sosialiseres inn inntar en posisjon i form av deltakende observasjon som innebærer en kombinasjon av observasjon, lytting, utspørring og deltakelse for å kunne ta til seg den informasjonen *de signifikante andre* formidler. Dette er ifølge Wadel (2002) den mest anvendbare og anvendte læringsatferden. Jeg kan se i fra funnene i min analyse at informantene er medlem i demensteamet av egen fri vilje. Det handler om vilje og interesse for å være en del av teamet. På denne måten inntar det nye medlemmet det Wadel (2002) kaller for læringsatferd for å være mottakelig for den informasjonen som de signifikante andre formidler i sosialiseringprosessen.

6.2 Læringsforhold

Wadel (2002) tar utgangspunkt i Senge (1990) definisjon av hva en lærende organisasjon er når han gir videre en beskrivelse av de fenomener vi finner innenfor en slik organisasjonstype. Ved å bruke begrepet *læringsforhold* som er utviklet av Wadel selv. Det er ifølge han et erfaringsnært begrep i det hensikten med begrepet er å fange inn det av vi til stadighet lærer av hverandre. Dette innebærer at det oppstår en form for kobling av læringsatferd. Dette kan jeg se ut i fra funnene i analysen ved å tolke det slik at det er når de i interaksjon spiller på hverandres kompetanser for å løse en arbeidsoppgave. Man kan se på læringsforhold som en del av en sosial relasjon, i form av mellommenneskelig samhandling at læring finner sted. I følge Wadel (2002) vil læringsforholdet bygge på de forutsetningene for læring som har blitt presentert i del kapitlet overfor.

Som et eksempel går vi da ut i fra læringsforhold i demensteamet. Jeg kan i analysen se at medlemmene av demensteam møtes etter hver utredning til en diskusjon rundt de funnene de har gjort i utredningen. Med hver sitt faglige ståsted kommer de med sin tolkning av situasjonen. I forbindelse med en slik situasjon sier et av medlemmene at de opplever at de blir sett ting som ikke vedkommende selv kunne ha sett med sine øyne. Dette vekslers medlemmene om å gjøre. Dette er et eksempel på en situasjon der det kunne oppstått læring. Ut i fra tidligere forskning kan man se at det er igjennom bidrag fra hver profesjon med sine syn og kunnskap om en spesifikk situasjon at man i den forbindelse kan lære mye av hverandre (Axelsson og Axelsson, 2009) I følge Wadel (2002) inneholde de fleste av våre relasjoner et potensiale for å etablere et læringsforhold. De fleste læringsforhold som skapes er av den uformelle karakter, som innebærer det at medlemmene av en organisasjon inngår i

læringsforhold på eget initiativ og uten at dette er pålagt å gjøre. Læringsforholdene er av symmetrisk karakter som vil si at medlemmene veksler på å være «lærer» i læringsforholdene. I denne type læringsforhold innebærer prosessen at medlemmene «kobler» sine dagligdage erfaringer og denne typen kobling vil igjen føre til en ny type erfaring som vil innebære læring (Wadel, 2002). I følge Skau (2011) vil man som profesjonsutøver utvikler de ulike sidene ved vår profesjonelle kompetanse over tid gjennom at de erfaringene vi erverver oss tar vi med oss videre. En del av disse erfaringene utdypes og opphøyes, mens andre igjen blir nøytralisert eller forkastet. På denne måten kan man se hvordan demensteamene er blitt bygget opp ved at de metodene for å gjennomføre de arbeidsoppgavene for å nå det bestemte målet som har ført til positive erfaringer er blitt tatt med videre, mens de metodene for å løse spesifikke arbeidsoppgaver som har blitt erfart som lite tilfredsstillende er blitt forkastet og nye metoder er kommet til. I forhold til sosialisering kan man se at læringsforhold blir viktig. Når det kommer et nytt medlem inn i teamet må både det nye medlemmet og de eksisterende inngå i læringsforhold for at det nye medlemmet kan sosialiseres inn i teamet.

6.2.1 Sosialisering

Når nye medlemmer skal sosialiseres inn i teamet er det kun en liten del som omhandler den formelle strukturen til teamet, den som tar størst plass er den uformelle. Det er her vi finner organisasjonskulturen som inneholder normer og verdier for teamet (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Man kan også betrakte demensteamets organisasjons kultur som en form for ramme ved å bruke Goffman`s rammebegrep (Manning, 1992; Smith, 2006). Det er innenfor denne rammen at demensteamets normer, verdier og atferdsmønster gir mening. Det er også innenfor denne rammen at den mellommenneskelige læringen finner sted blant medlemmene.

Det er i form av sosialisering at de nye profesjonene og yrkesbakgrunnene med sine ulikheter blir en del av teamet ved at de blir sosialisert inn i den eksisterende organisasjonskulturen. I min analyse kommer det frem en forutsetning for sosialisering nødvendigheten av at det må skje en skiftevis utskiftning av medlemmer, slik at det på forhånd eksisterer kunnskap fra før av, det nye medlemmet kan sosialiseres inni. På denne måte vil alltid den utviklede organisasjons kulturen bli videreført uten av å måtte starte fra begynnelsen igjen. Det er her betydningen av *de signifikante andre* kommer inn, dette begrepet ble presentert i teorikapittelet. De medlemmene som allerede er medlem av teamet har igjennom da de ble sosialisert inn i teamet internalisert de eksisterende formelle og uformelle strukturene. Det er disse medlemmene vil da få status som de signifikante andre i forhold til det nye medlemmet

som skal sosialiseres inn, gjennom å formidle viktig informasjon, holdninger og atferd som er den eksisterende virkelighetsoppfatningen til teamet.

Det å delta i et tverrfaglig samarbeid i form av et team vil kreve mer av det nye medlemmet enn hvis det hadde jobbe på en vanlig somatisk avdeling. Dette av den grunn at det skal samarbeide tett med andre ulike profesjoner. I min analyse ser man at det å arbeide i et samarbeid må medlemmene lære hverandre å kjenne de andre medlemmenes profesjonskompetanse og yrkesbakgrunn. De må lære å se ulike kompetanser som ressurs i samarbeidet. Medlemmene må også lære å kjenne hverandre som mennesker, med tanke på de personlige egenskapene ved styrker og svakheter som kan påvirke utfallet av det tverrfaglige samarbeidet. Tidligere forskning viser at nye medlemmer av et team må også lære seg å jobbe tverrfaglig, de må lære de arbeidsformene som er best egnet for å løse arbeidsoppgavene i teamet (Brataas og Hauge, 2009). De nye medlemmene må innta det Wadel (2002) kaller for læringsatferd.

Det er ikke bare de nye medlemmene som går i gjennom denne prosessen, de som allerede er medlem må også bli kjent med det nye medlemmet, lære å kjenne dets profesjonskompetanse og yrkesbakgrunn, samt personlige egenskaper. Når det tilkommer en ny rolle til samarbeidet kan det skape ny aktivitet, nye holdninger og nye relasjoner som kan medføre at alle medlemmene i samarbeidet må foreta en ny vurdering av egen rolle og funksjon (Lauvås og Lauvås, 2004). Det som kan påvirke i forhold til videre læring og utvikling av team er når det finnes interesse for å arbeide med denne pasientgruppen. Samtlige av informantene mine sier de er med i teamet fordi de ønsker å være medlem og interessen ligger til grunn for dette. De har en felles interesse, dette er noe som vil være med på å gjøre dem i bedre stand til å ta til seg informasjon, gjøre erfaring om til læring og videre formidle dette til de andre medlemmene.

I et tverrfaglig samarbeid arbeider ulike fagtradisjoner sammen for å løse en bestemt arbeidsoppgave og nå et felles mål. Ulike fag har ulike kunnskaper og erfaringer om hvordan man løser og forstår bestemte arbeidsoppgaver og fenomen. Det som danner en profesjons kunnskapsbase er den teoretiske kunnskapen og de yrkesspesifikke ferdighetene som er en kombinasjon av virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi. Dermed har vært enkelt fag sitt perspektiv å betrakte, forklare og forstå virkeligheten ut i fra (Glavin og Erdal, 2013). Medlemmene i demensteam har dermed ulike fagidentiteter, det er dette de ønsker ifølge analysen.

I noen tilfeller ønsker man å beskytte det arbeidsområdet som er definert som tilhørende profesjonens. Dette kan være til mulig hindring for et tverrfaglig samarbeid. Abbott (1988) bruker begrepet jurisdiksjon om en profesjons myndighet og ansvarsområde innenfor et arbeidsområde. I beskyttelsen av profesjonens jurisdiksjon mot andre profesjoners inntrengning kan det oppstå revirtenkning. For å få til et tverrfaglig samarbeid må revirtenkningen legges bort. I følge analysen opplever ingen av informantene at det eksisterer noen form for profesjonskamp blant medlemmene i teamet, det Abbott (1988) ville kalt jurisdiksjonelle konflikter. Det poengteres heller blant informantene det med viktigheten av å ha evne til å kunne senke murene rundt sin egen profesjonsbakgrunn og kjenne sine grenser for kompetanse område slik at man ikke trår over på en annens kompetanseområde og på den måten forsøker å over kjøre. Her bruker Erichsen (1996) begrepet om *grenseflater* for å beskrive de tilfellene der det oppstår gråsoner slik at ulike kompetanser kan overlappe hverandre og dette er ofte noe som skjer når ytterkantene av kompetanseområdene til profesjonene møtes. Det handler om å ha respekt for hverandres kompetanser. Det at det ikke eksisterer noen former for jurisdiksjonelle konflikter og at det eksisterer kjennskap til de ulike profesjonenes grenser for kompetanse er med på å skape større tillit blant medlemmene i teamet, samt å påvirke læringsforholdene i positiv retning.

6.3 Forutsetninger for læring i organisasjon

Når en organisasjon som helhet skal lære må det være noen forutsetninger av formell strukturell karakter, i tillegg til de individuelle og mer uformelle forutsetningene som er presenter tidligere i dette kapitlet. Den individuelle læringen er en forutsetning for læringen for hele organisasjonen. I følge Senge (1990) kan ikke en organisasjon som helhet lære uten at dens medlemmer lærer. Men den individuelle læringen vil ikke på noen måter gi en garanti for en organisasjonsmessig læring. Det er dermed menneskene i den som er nøkkelen for at en organisasjon skal kunne lære.

Ut i fra tidligere forskning ser vi at teamets formelle struktur burde ha et *horisontal* hierarki (Henneman m.fl., 1995). Dette vil være med å likestille medlemmene. Det kommer fram i min analyse at informantene føler at de blir hørt og respektert for de synspunkter de kommer med i forhold til en arbeidssituasjon. Deres synspunkter oppleves som likestilte og av den grunn så er det ingen som erfarer at de holder igjen noen form for informasjon, fordi de ikke tørr å dele med de andre medlemmene i teamet. For at det kan eksistere likhet mellom individene er det

ikke nok med kun en horisontal arbeidsfordeling, det har andre mellommenneskelige forhold også som må være til stedet, slik som gjensidig respekt og tillit mellom medlemmene i organisasjonen. De må se på hverandres ulikheter som en ressurs i samarbeidet. Et horisontalt hierarki fører som tidligere nevnt i dette avsnittet til likestilling mellom medlemmene. Denne organisasjonsformen betegner Abbott (1988) som teigdeling og er en måte å løse eventuelle jurisdiksjonellekonflikter som kan oppstå mellom ulike profesjoner.

Teamet må også ha et fysisk lokale eller område de kan møtes for å ha en interaksjon med hverandre. Det er her de sosiale relasjonene vil utvikle seg og det er her læringen vil finne sted. Her vil også ressurser spille en rolle i forhold til avsatt arbeidstid til arbeid i teamet (San Martin-Rodriguez m.fl., 2005). For å bruke Goffmans (1992) begrep om *backstage*, man kan si at det er når demensteamet kommer sammen og ha en interaksjon uten at noen andre enn teammedlemmene har adgang. Det er her det forhandles om fordeling av roller og arbeidsoppgaver. Når teamet er backstage at læringen finner sted gjennom å bli kjent med hverandre. Fordi dette er en prosess som streker seg utover en tidsperiode så kan det sees på som fordelaktig om medlemmene har fastsatt med tilstrekkelig mengde tid til å delta i teamet. Det er også her medlemmene forbereder seg for å utføre en utredning hjemme hos pasienten. Å gjennomføre arbeidsoppgaver med en pasient tilstedet kan betegnes gjennom Goffmans (1992) begrep *frontstage*. Dette begrepet viser til når demensteamet er interaksjon med andre eksterne aktører, enten det er pasienter eller ulike deler av helsesektoren. Nå har forutsetningene for læring i organisasjonen som helhet blitt presentert, dermed går vi i neste delkapittel over til hvordan læringen i organisasjonen oppstår.

6.4 Læring i organisasjonen

Det er ikke bare medlemmene av de tverrfaglig sammensatte demensteamene som opplever at de lærer av å delta i et tverrfaglig samarbeid. Det skjer også en utvikling av demensteamet. Det kommer fram av min analyse at informantene beskriver hvordan de ulike profesjonene i form av sin kompetanse er med på å utforme den formelle strukturen til teamet til det bedre. Det er en form for læringsprosess, det formes i løpet av tid gjennom nye impulser av kunnskap og erfaringer. Videre i analysen kan man se at de teamene som var en av de første i Norge med å starte opp demensteam, hadde ingen form for støtte i nærliggende pilot kommuner. Dermed måtte de prøve seg fram og bruke den erfaringen de fikk underveis. Informantene opplever at det har skjedd en utvikling siden oppstarten med tanke på både

kompetanse og effektivitet. Det kommer også fram i tidligere forskning at det å utvikle et tverrfaglig samarbeid er en prosess som strekker seg over tid (Brataas og Haugan, 2009). Dette er noe som kan forklares gjennom Schein's (1985) begrep om læring i organisasjoner.

Begrepet henviser til hvordan kulturen utformer seg fra at utførelsen av arbeidsoppgaver kan endres eller forbedres etter hvert som det kommer til nye erfaringer eller at det skjer noen form for endringer. Videre kommer det fram i analysen min at teamene har opplevd en positiv utvikling siden teamet ble oppstartet og til i dag med tanke på både økt kompetanse og mer effektivitet. Dette skjer ved at de medlemmene som er nylig sosialisert inn i teamet ser både det formelle og uformelle med «friske» øyne, og vil dermed på en enklere se et forbedringspotensiale for teamet. I følge Wadel (2002) innebærer teamutvikling en samordning i forhold til læring, som innebærer at kunnskap skal ikke holdes tilbake. Det mest ideelle er at all informasjon som omhandler arbeidsoppgaven teamet samarbeider om er tilgjengelig for alle medlemmene. Ved at medlemmene i teamet veksler på å gå inn og ut av ulike læringsroller som omfatter informasjonssøkning og –mottakelse, motivasjon, initiativ, koordinering og evaluering vil informasjonstilgjengeligheten opprettholdes.

I følge Wadel (2002) har læring i team en rekke særtrekk som gjør et team til en «mikro»-organisasjon som er godt egnet for at læring skal kunne oppstå. Dette mener han fordi det ligger noen forhold til rette i organisasjonsmodellen, dette er også forhold vi finner igjen beskrevet i analyse kapitlene. Jeg vil presentere disse forholdene med eksempler fra analyse og tidligere forskning. Det første er at i et team eksisterer det et gjensidighetsforhold i forhold til det å skal oppnå et felles mål. Og av den grunn vil samtlige av medlemmene i teamet etterstrebe læringsforhold til de andre deltakerne. Som et eksempel på dette kommer det frem i analysen at det finnes en likestilling mellom medlemmene i teamet. De er bevisste på at de har ulike kompetanser og ulike syn på ulike situasjoner. De komplementere hverandre i arbeidssituasjonen. Samtidig som de er bevisste på at det er kun gjennom samarbeid at de er utrustet til å kunne se helheten og dermed gjensidigavhengige til å nå målet. Dette er noe som glir over i det andre forholdet som Wadel (2002) tar opp i forhold til at team er en egnet organisasjonsform egnet for læring. Det andre er at i et team har medlemmene i stor grad utvikle komplementære ferdigheter til hverandre og det vil ofte si komplementære ferdigheter i forhold til læring. Det tredje forholdet er at når teamet kommer sammen blir læringsforholdene aktualisert i tette sekvenser og dermed vil det ofte oppstå det Wadel (2002) kaller for stadige «forlengelser» av kunnskap. Dette innebærer at et medlem søker råd og kompetanse hos et eller flere andre medlem av teamet i de tilfellene det står fast med en

arbeidsoppgave. Ut i fra analysen kan jeg tolke det til slik at det eksisterer kunnskap om hverandres kompetanser sammen med anerkjennelse og tillit til dem. Informantene har et ønske om at det skal være medlemmer med ulike profesjonsbakgrunner nettopp for å kunne dekke et større område av kunnskap, det vil da tenkes seg at det er naturlig å spørre de andre teammedlemmene om hjelp der man står fast. Det kommer fram i et studie som viser at der en ansatt fikk problemer med å løse en arbeidsoppgave så var terskelen lav for å spørre sine medarbeidere uten at det ble opplevd som et nederlag (Thorvik, Helleberg og Hauge, 2014).

På 1990-tallet kom det et begrep om «lærende organisasjoner» som beskrev en organisasjonsform som var i kontinuerlig forandring som å tilpasse seg endringer i de eksterne handlingsbetingelsene, og dette kunne sammenliknes med en levende organisme som tilpasser seg for å kunne overleve (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Denne definisjonen kan sammenlignes med den som vi finner i avsnittet om organisasjonsperspektiv i teorikapittelet der Durkeim (Guneriusen, 2007) beskriver organisk solidaritet som ble brukt for å beskrive den gjensidige avhengigheten som finner sted blant medlemmenes ulike kompetanser. Dette er noe som kan sammenlignes med tanken om at «stien blir til mens man går den», dette fordi man kan se at teamet endrer seg i takt med endringene til de eksterne omgivelsene som påvirker etterspørselen etter en slik type tjeneste som teamet tilbyr, det endrer seg etter hvert som det kommer ny kunnskap til teamet og ved at teamet som en form for «kollektiv bevissthet» (Jacobsen og Thorsvik, 2007) endrer seg som følge av disse forandringene.

6.5 Avsluttende kommentar

For teamet som helhet, både i forhold til den formelle og den uformelle strukturen kan sitatet gitt av en informant i dette studiet: «*Stien blir til mens man går den*» trekkes fram som en overordnet tanke om hvordan teamet forandrer seg gjennom tilkomsten av erfaringer, til det bedre. Det er de ulike profesjonene som er med på å forme teamet gjennom kunnskap og erfaringer.

Som vi kan se ved hjelp av drøftingen gjort i dette kapittelet så er det å lære som organisasjon en prosess som påvirkes av både formell og uformell struktur. Innenfor den uformelle strukturen finner vi organisasjonskulturen og de mellommenneskelige relasjonene. I følge Wadel (2002) finner vi læring som en del av menneskelige relasjoner, som igjen forutsetter ulike mellommenneskelige forhold for at de skal kunne oppstå. Dette igjen krever en ramme der denne læringsaktiviteten finner sted. Den formelle strukturen er nødvendig for at de

mellommenneskelige relasjonene og -forholdene kan vokse fram. Der de viktigste er som vi har sett tidligere innledningsvis i kapittelet; et horisontalt hierarki der det fremkommer likestilling og at teamet har et fysisk avgrenset lokale i form av et rom, der de uformelle mellommenneskelige relasjonene kan pleies og læringen oppstå. Team blir sett på som en velegnet organiseringsmodell der læring ofte vil forekomme, som følge av få medlemmer, en hierarkisk organisering av ansvar og en gjensidig avhengighet for å nå et mål (Wadel, 2002). Ut i fra dette ser man at innenfor tverrfaglig sammensatte team vil det med sannsynlighet, når visse forutsetninger ligger til grunn, utvikle seg et læringsforhold blant medlemmene og det skjer en utvikling av teamet som helhet.

7 Litteraturliste

- Aakvaag, Gunnar C., «*Moderne sosiologisk teori*», Abstrakt Forlag AS, Oslo, 2008
- Abbott, Andrew, «*The system of professionas. An Essay on the Division of Expert Labour*», The University of Chicago Press, Chicago, 1988
- Axelsson, Susanna Bihari og Axelsson, Runo, «*From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership*», i *Journal of Interprofessional Care*, Juli 2009, 23(4): 320-330
- Bennett-Emslie, Gaynor og McIntosh, James, «*Promoting collaboration in the primary health care team: the role of the practice meeting*» i *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 9, 1995, 251-256
- Berger, Peter L. og Luckmann, Thomas, «*Den samfunnsskapte virkelighet*», Fagbokforlaget AS, Bergen, 1966
- Brataas, Hallfrid V. og Haugan, Nancy, «*Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling*», i *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr 2, 2009
- Bronstein, Laura R., «*A Model of Interdisciplinary Collaboration*», i *Social Work*, Volume 48, No. 3, Juli, 2003
- Clark, Michele C., Nguyen, Hoang Thanh, Bray, Chris og Levine, Ruth E., «*Team-Based Learning in an Undergraduate Nursing Course*», i *Journal of Nursing Education*, Mars 2008, Vol. 47, No. 3
- D`amour, Danielle, Ferrada-Videla, Marcela, San Martin Rodriguez, Leticia og Beaulieu, Marie-Dominique, «*The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks*», *Journal of Interprofessional Care*, May 2005, Supplement 1: 116-131
- Demensplan 2015 «*Den gode dagen*», Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2015, Oslo
- Dieleman, Sherry L., Farris, Karen B., Feeny, David, Johnson, Jeffrey A., Tsuyuki, Ross T. & Brilliant, Sandra, «*Primary health care teams: team members`perception of the collaborative process*», *Journal of Interprofessional Care*, July 2006, 18:1, 75-78
- Erichsen, Vibeke, «*Profesjonenes forhold til hverandre*» i red. Erichsen «*PROFESJONSMAKT På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*», Tano Aschehoug, 1996

- Eriksson-Zetterquist, Ulla, Kalling, Thomas, Styhre, Alexander og Woll, Kristin, «*Organisasjonsteori*», CAPPELEN DAMM A/S, Oslo, 2014
- «*Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten*», Håndbok, Helsedirektoratet og Nasjonalt Kompetansesenter for aldring og helse, 2011
- Gausdal, Margit og Michelet, Mona, «*Demensteam – oppgaver og utfordringer*», Rapport, Helsedirektoratet og Nasjonalt Kompetansesenter for aldring og helse, 2011
- Glavin, Kari og Erdal, Bodil, «*Tverrfaglig samarbeid i praksis*», Kommuneforlaget AS, Oslo, 2013
- Goffman, Erving, «*Vårt rollespill til daglig*», Pax Forlag A/S, Oslo, 1992
- Guneriussen, Willy, «*Emile Durkheim*», i red. Andersen, Heine og Kaspersen, Lars Bo, «*Klassisk og moderne samfundsteori*», Hans Reitzels Forlag, Danmark, 2007
- Henneman, Elizabeth A., Lee, Jan L. og Cohen, Joan I., «*Collaboration: a concept analysis*», i Journal of Advanced Nursing, nr 21, 1995, 103-109
- Henningstad, Siv og Hustadnes, Halldor, «*DEMENS – Den nye folkesykdommen*», Kagge Forlag AS, Oslo, 2013
- Higgins, Ray, Oldman, Christine og Hunter, David J., «*Working together: Lessons for collaboration between health and social services*» i Helse & Social Care in the Community, 1994, 2, 269-277
- Jacobsen, Dag Ingvar, «*Interkommunalt samarbeid – viktig og uoversiktlig*», Plan 2/2012, s. 32-35
- Jacobsen, Michael Hviid og Kristiansen, Søren, «*Erving Goffman – Sociologien om det elementære livs sociale former*», Hans Reitzels Forlag A/S, København, Danmark, 2002
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan, «*Hvordan organisasjoner fungerer*», Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, Bergen, 2007
- Kőrner, Mirjam, Wirtz, Markus A., Bengel, Jürgen og Göritz, Anja S., «*Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams*», BMC Health Services Research 15:243, 2015
- Larsen, Anette Langås, Hamran, Torunn og Foss, Nina, «*Mellom profesjonell og folkelig kunnskap. En kvalitativ studie av helsepersonell sin kunnskap om og håndtering av «læsing» i en norsk-samisk kommune*», 2014
- Lauvås, Kirsti og Lauvås, Per, «*Tverrfagligsamarbeid – Perspektiv og strategi*», Universitetsforlaget AS, Oslo, 2004

- Lewin, Simon og Reeves, Scott, «*Enacting «team» and «Teamwork»: Using Goffman`s theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards*», *Social Science & Medicine*, 72 (2011) 1595-1602
- Lian, Olaug S, «*Når helse blir en vare – medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*», Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press, Kristiansand S, 2007
- Manning, Philip, «*ERVING GOFFMAN and Modern Sociology*», Polity Press, Cambridge, UK, 1992
- Mariano, C., «*The case for the interdisciplinary collaboration*», i *Nursing Outlook*, nr 37, 1989, 285-288
- Masvie, Toril Beate og Ytrehus, Siri, «*Psykisk helsearbeideres erfaringer med å jobbe i små kommuner i Nordland*», i *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr 1-2013, 9. årgang
- Michelet, Mona, «*Demenssteam – godt i gang fortsatt i utvikling*», Rapport, Nasjonalt Kompetansesenter for aldring og helse, 2015
- Nancarrow, Susan A., Booth, Andrew, Ariss, Steven, Smith, Tony og Roots, Alison, «*Ten principles of good interdisciplinary team work*», *Human Resources for Health*, 11:19, 2013
- Overtveit, J., «*Coordinating community care: Multidisciplinary teams and care management*», Open University Press, Buckingham, 1993
- Pullon, S., «*Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationship*», *Journal of Interprofessional Care*, March 2008; 22(2): 133-147
- Reeves, Scott, «*Sosiologisk forståelse av tverrprofesjonell utdanning og praksis*», i Willumsen, Elisabeth og Ødegård, Atle (red.), «*Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*», Universitetsforlaget AS, Oslo, 2014
- Roberts, Laura Wiess, Battaglia, John og Epstein, Richard S., «*Frontier Ethics: Mental Health Care Needs and Ethical Dilemmas in Rural Communities*», *PSYCHIRITARIC SERVICES*, Vol. 50, No. 4, April 1999
- Rokstad, Anne Marie Mork og Smebye, Kari Lislerud (red.), «*PERSONER MED DEMENS Møte og samhandling*», Akribe AS, Oslo, 2008
- Rye, Johan Fredrik, «*Mead, Berger & Luckmann og de signifikante andre*», i *Sosiologisk Tidsskrift*, nr. 2, 2013, 169-189

- Ryen, Anne, «*Det kvalitative intervjuet – Fra vitenskapsteori til feltarbeid*», Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen, 2002
- San Martin-Rodriguez, L, Beaulieu, M-D, D`Amour, D og Ferrada-Videla, M, «*The determinants for successful collabortion: A review of theoretical and empirical studies*», Journal of Interprofessional care (May 2005), side 132-147
- Schein, Edgar H., «*Organizational Culture and Leadership*», Jossey Bass, San Francisco, 1985
- Selle, Per, Semb, Anne Julie og Strømsnes, Kristin, «*Sosial kapital blant norske samer*», i red. Wollebæk, Dag og Seggaard, Signe Bock, «*Sosial kapital i Norge*», Cappelen Damm AS, 2011
- Senge, Peter M., «*Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*», Egmont Hjemmets Bokforlag, Oslo, 1990
- Sirnes, Tore, «*Fra politikk til praksis i helse- og velferdstjenestene*», i Willumsen, Elisabeth og Ødegård, Atle (red.), «*Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*», Universitetsforlaget AS, Oslo, 2014
- Skau, Greta Marie, «*GODE FAGFOLK VOKSER Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*», CAPPELEN DAMM AS, 2011
- Smith, Greg, «*Erving Goffman*», Routledge, New York, 2006
- St.melding nr. 26 (2014-2015) «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*», Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- St.melding nr. 47 (2008-2009) «*Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*», Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Stiberg, E. og Olstad, R. «*Tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helsesektoren*», i Tidsskrift for Den norske legeforening, nr 22, 122:2215-7, 2002
- Thagaard, Tove, «*Systematikk og innlevelse, EN INNFØRING I KVALITATIV METODE*», Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2009
- Tjora, Aksel, «*KVALITATIVE FORSKNINGSMETODER i praksis*», Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 2012
- Thorvik, Karin Elisabeth, Helleberg, Kristin og Hauge, Solveig, «*God omsorg for urolige personer med demens*», Sykepleien forskning 9, nr. 3, 2014, 236-242
- Wadel, Cato, «*LÆRING i lærende organisasjoner*», SEEK a/s, Flekkefjord, 2002
- WHO, «*Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*», 2010

- Willumsen, Elisabeth, Sirnes, Tore og Ødegård, Atle, «Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag» i Willumsen, Elisabeth og Ødegård, Atle (red.), «Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag», Universitetsforlaget AS, Oslo, 2014

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Oslo Høfdingsgate 28
N-0007 Norge
Narvik
Tel: +47 25 28 21 17
Fax: +47 25 28 50 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 965 221 884

Anne-Grete Sandaunet

Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Langnes
0001 OSLO

Vår dato: 09.10.2014

Vår ref: 40038 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40038</i>	<i>Tverrfaglig samarbeid om demens innenfor kommunehelsetjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne-Grete Sandaunet</i>
<i>Student</i>	<i>Hege Elisabeth Nicolaisen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hege Elisabeth Nicolaisen heelnic@gmail.com

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

Arkivingsdato: 2014-10-09

OSLO: NSD, Universitetsgt. Oslo, Postboks 1047 Sandnes, 0616 Oslo. Tel: +47 22 85 12 11. nsd@nsd.uib.no
NARVIK: NSD, Nordpol teknisk naturvitenskapelige universitet, 7401 Trondheim. Tel: +47 78 20 18 02. kari.sandaunet@ntnu.no
MUNDBO: NSD, SVEI, Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tel: +47 77 51 43 00. nsd@veik.no

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Demensteam i små kommuner"

Formål og bakgrunn

Jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Tromsø og skal utføre et forskningsprosjekt der formålet er å se nærmere på tverrfaglig samarbeid i og organiseringen av demensteam i kommunehelsetjenesten. Utvalget vil være bestående av medlemmer av demensteam tilhørende små kommuner i Nord-Norge, så derfor får du denne forespørselen.

Bakgrunnen for forskningsprosjektet er at samfunnet i dag, og da spesielt kommunene står overfor en stor utfordring i forhold til omsorg som følger av økt levealder og en endring av den demografiske sammensetningen med en økning av andelen eldre mennesker. Dette vil mest sannsynlig resultere i at antallet mennesker med demenslidelser vil øke og det er blitt estimert at antallet tilfeller vil bli fordoblet i løpet av de neste 30 årene. Demensteamets betydning vil dermed også øke og det å jobbe på en best mulig måte vil være nødvendig for å kunne møte disse utfordringene.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar på et personlig intervju med meg som vil ha en varighet på ca. 1 time. I løpet av dette intervjuet vil spørsmålene omhandle temaene: demensteamets organisering, tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. For eksempel vil vi gå nærmere inn på kompetansesammensetning, utfordringer og fordeler ved organiseringen og kompetanse.

Opplysningene som innhentes vil bli registrert i form av lydopptak og at det vil bli notert underveis i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet som kommer ut i fra prosjektet vil bli lagret på en pc som kun jeg har passordet til, alt av notater vil være innelåst i et låsbart skap på et rom som krever nøkkelkort. Datamaterialet blir også anonymisert slik at ingen personer vil bli gjenkjent i den ferdige masteroppgaven. Dette vil bli gjort gjennom at det kun er profesjon/yrke som vil være gjenkjennelig, kommunetilhørighet og kjønn vil bli anonymisert.

Det er kun jeg og min veileder som skal ha tilgang til datamaterialet fram til prosjektslutt som etter planen bli avsluttet i slutten av 2015. Etter prosjektets slutt vil datamaterialet bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta på forskningsprosjektet, 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 og slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Hege Elisabeth Nicolaisen på mobil: 48291409 eller mail: heelnic@gmail.com eller veileder for masteroppgaven Anne Grete Sandaunet på telefon 77644209 eller mail: anne-grete.sandaunet@uit.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE

- Yrke og utdanning
 - Erfaringsbakgrunn
 - Noen spesiell utdanning i forhold til demente?
 - Gjennom kommune eller på privat initiativ?

- Hvordan er demensteamet i kommunen organisert?
 - utfordringer/fordeler med denne typen organisering?
 - Burde noe vært annerledes?
- Kjenner du til om det har skjedd en utvikling fra demensteamet ble opprettet og til i dag?
- Er det noen lokale tilpasninger i teamets organisering?
- Hva opplever du at demensteamets oppgave er?
 - Føler du at det tilbudet dere har i dag dekker denne oppgaven på en tilstrekkelig måte?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvordan ser en typisk utredningsprosess ut for deres team?

- Opplever du noen fordeler eller ulemper ved å jobbe i en liten kommune?
 - Det å skulle utrede familie eller bekjente?
 - Hvilke løsninger har dere på den problematikken?
 - Det at bygda kjenner deg og du kjenner bygda..
 - Er det noen kulturelle utfordringer man må ta hensyn til ?
 - Når du jobber i regi av demensteamet, hvordan spiller kulturforståelse inn?

- Rollen som helsefagarbeider i en liten kommune?
 - Hvordan takler du denne rollen?
 - Hva er det som er viktig?
 - utfordringer og fordeler?

- Hvordan oppleves det å jobbe i et tverrfaglig team?
 - Fordeler og ulemper?
 - Det å jobbe med andre profesjoner/yrkesgrupper med annen kunnskap og yrkesbakgrunn enn deg selv ?
 - Føler du at du blir hørt i en beslutningsprosess?
 - Hva er din oppgave i demensteamet?
 - Er du bevisst på medarbeidernes kompetanse og er i stand til å bruke den?
 - Hvordan fordeler dere arbeidsoppgaver og ansvar innenfor teamet ?
 - Synes du det er noen form for kompetanse som mangler i temaet ?

- Hvordan er kommunikasjonen med
 - fastlege?
 - hjemmetjeneste?
 - pårørende?
 - er det noen utfordringer knyttet til dette?
 - føler du at dere er til hjelp og at dere blir brukt, både til utredning og til å veilede annet personell?

