

# Tverrfaglig samarbeid

*En studie av tverrfaglig samarbeid i en sengepost*



**Sjur K. Hatlen**

**Masteroppgave i sosiologi**

**September 2008-09-05**

Universitetet i Oslo  
Det samfunnsvitenskapelige fakultet  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

---

# Sammendrag

Forfatter: Sjur K. Hatlen

**Tittel: Hva er det som gjør at samarbeid på tvers av kompetanse oppfattes som godt eller dårlig?**

Veileder: Dag Album

Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke hvilke faktorer som fører til godt eller dårlig samarbeid mellom ansatte med ulik kompetanse i en sykehusorganisasjon. Mitt ønske har vært å se hvordan ansatte med ulik faglig bakgrunn samarbeidet i en sengepost ved et landsdekkende sykehus. Studien er basert på data samlet inn ved deltakende observasjon som strakk seg over fire uker. I tillegg til den deltakende observasjonen så hadde jeg samtale med fem av sengepostens ansatte. Studiens resultat er forhold som synes å ha innvirkning på samarbeide mellom ansatte på tvers av kompetanse. I oppgaven har jeg forsøkt å se de forhold som jeg ut fra deltakende observasjon fant betydningsfulle for samarbeide, opp mot de forhold som kom opp under samtalene med de ansatte.

De forhold som viste seg å ha innvirkning på samarbeide mellom de ansatte var; erfaring for å oppnå faglig trygghet, romslighet slik at de ansatte kunne komme med forslag og spørre, god kommunikasjon for å oppnå informasjonsflyt. En faktor som viste seg å være viktig for at de ansatte skulle oppnå dette sammen var definering av hver enkelts rolle ved sengeposten og en klar oppgavefordeling mellom de ansatte.

Ved en sengepost i somatiske sykehus i Norge finner man i dag mange ansatte med ulik faglig bakgrunn. De ansattes kunnskap kan både være av generell karakter og/eller kan kunnskapen være spesialisert. Kompetansen kan være generell og/eller spesialisert. Som et utgangspunkt for denne oppgaven fokuserte jeg på de ansatte jeg møtte ved å delta på de ulike aktivitetene som foregikk innenfor sengepostens fysiske miljø. Kompetanse definerte jeg som den utdannelse de ansatte jeg møtte hadde. Målet for oppgaven var å avdekke hvilke forhold som førte til at samarbeide mellom de ansatte ble godt, og hvilke forhold som var ødeleggende for samarbeidet. Jeg håper denne oppgaven kan sette fokus på noen

---

viktige forhold i samfunnsdebatten om sykehus. Selv mener jeg at det å få til et godt samarbeid mellom ansatte er avgjørende for å løse en hver organisasjon sine oppgaver.

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en interessant men lang prosess. Det er rart

Jeg vil spesielt takke Dag Album for gode og innsiktsfulle tilbakemeldinger underveis i arbeidet med avhandlingen. Og for at han hele veien har hatt troen på at jeg har skullet klare å bli ferdig.

Det er også på sin plass å takke sykehusledelsen som syntes mitt prosjekt var interessant og lot meg få gjennomføre studien ved sengeposten. I tillegg vil jeg takke all ansatte som lot meg få være en del av deres arbeidshverdag i perioden på fire uker.

Takk også til min far Knut for at du leste korrektur på oppgaven, dette var til stor hjelp.

Til sist vil jeg rette en stor takk til mine nærmeste familie som har vært en helt utrolig støtte underveis. Takk til min kone Jannicke for at du hele tiden har hatt troen på at jeg skulle klare å bli ferdig, for at du har lest og kommentert mang et utkast. Takk også til Emma og Clara for at dere har vært overbærende med pappa som den siste tiden har trengt å ha frem på loftet.

Under arbeidet med hovedoppgaven jeg fått god innsikt i sykehusansattes arbeid og hvordan de samarbeider.

Oslo, 4. september 2008

Sjur K. Hatlen

---

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>III</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>V</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Avgrensning av oppgaven.....	1
1.2 Hovedspørsmål og problemstilling .....	3
1.3 Begrepsavklaring .....	4
1.4 Bakgrunn for valg av hovedspørsmål og problemstilling .....	4
1.5 Planene for den videre fremstillingen.....	5
<b>2 METODE</b> .....	<b>7</b>
2.1 Valg av metode .....	8
2.2 Deltakende observasjon.....	10
2.3 Ustrukturerte samtaler.....	11
2.4 Forberedelse av undersøkelsen.....	12
2.5 Veien inn i felten og mine valg .....	12
2.6 Første møte med sengeposten .....	14
2.7 Utarbeidelse av plan for observasjonene .....	15
2.8 Reliabilitet og validitet. ....	18
2.9 Generaliserbarhet .....	20
2.10 Eldre data.....	21
2.11 Oppsummering. ....	21
<b>3. ORGANISASJON OG ORGANISASJONSFORM</b> .....	<b>22</b>
3.1 Sykehusorganisasjonen.....	22
3.2 Organisasjonsform.....	24
3.3 Perspektiver på organisering av arbeidsprosessen .....	25
3.4 Byråkratiet som organisasjonsform.....	29
3.5 Sykehusorganisasjonen som byråkrati.....	30
3.6 ”Profesjonelle organisasjoner” .....	32
3.7 Profesjonelle organisasjoner og tverrfaglig samarbeid.....	33
3.8 Påvirkes organisasjonen av strukturen .....	34
3.9 Sammendrag .....	36
<b>4 TVERRFAGLIG SAMARBEID</b> .....	<b>37</b>

4.1	Begrepet tverrfaglig samarbeid.....	37
4.2	Hva innebærer tverrfaglig samarbeid og hvilke forhold har innvirkning på slikt samarbeid.....	38
4.3	Teamarbeid med medlemmer med ulik faglig bakgrunn .....	42
4.4	Andre forhold som virker inn på samarbeidet. ....	46
4.5	Rollene ved en sengepost .....	52
4.6	Tverrfaglig teamledelse .....	53
4.7	Sammendrag .....	57
<b>5</b>	<b>RESULTATER OG ANALYSE.....</b>	<b>58</b>
5.1	Forhold .....	59
5.2	Påvirkning på eget arbeid .....	59
5.3	Uenighet .....	63
5.4	Å kunne spørre .....	68
5.5	Erfaring .....	69
5.5	Kommunikasjon .....	70
5.6	Posisjonering .....	72
5.7	Moro .....	73
5.8	Turnus .....	74
5.9	Struktur .....	76
5.10	Å blåse ut.....	77
5.11	Selvstendighet .....	78
5.12	Inkludering .....	79
5.13	Tilgjengelighet.....	81
5.14	Stabilitet.....	81
5.16	Tverrfaglighet.....	82
5.17	Autoritet .....	83
5.18	Sammendrag .....	85
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>86</b>
6.1	Hvilke forhold fører til at samarbeid i tverrfaglige team fungerer godt eller dårlig? .....	87
6.2	Hvilke faktorer er det som gjør at samarbeidet fungerer godt eller dårlig?.....	90
6.3	Hva kan sies å være utfordringene knyttet til å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid ved en sengepost i et landsdekkende sykehus? .....	91
6.4	Oppsummerende vurderinger .....	92
6.5	Veien videre .....	95

---

<b>7</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>98</b>
----------	------------------------------	-----------

Antall ord: 35541



# 1 INNLEDNING

I avhandlingen vil jeg se på hvordan tverrfaglig samarbeid foregår mellom ansatte i sykehus. Sykehus er store og viktige organisasjoner i det norske samfunnet som alle borgere i større eller mindre grad er i kontakt med fra fødsel og hele livet igjennom. For at sykehusenes tjenester til befolkningen skal være så gode som mulig er det viktig at organisasjonene er velfungerende. Å få til velfungerende sykehusorganisasjoner kan være en krevende oppgave. Grunnen til dette er en antagelse om at sykehusorganisasjoner er komplekse. Dette begrunnes ut fra det faktum at sykehus skal fylle mange funksjoner og derfor omfatter virksomheten et bredt spekter av ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Videre er det ansatt et stort antall personer i sykehus for å ta seg av disse oppgavene. Gruppen som ansatte i sykehus kan sies å utgjøre er heterogen, dette vil si at de ansatte er forskjellige med tanke på; kjønn, alder og faglig bakgrunn. Det er avgjørende for å skape velfungerende sykehusorganisasjoner at de ansatte som ressurs blir utnyttet på en god måte. En god måte å utnytte de ansattes ressurser er å sette de ansatte til oppgaver som står i forhold til deres kompetanse. Oppgavene i et sykehus er mange, noen er rene servicefunksjoner, mens andre er knyttet opp til behandling av pasientgruppen som sykehusets virksomhet er rettet mot. Det er viktig for å få alle sykehusets funksjoner til å fungere godt at hver enhet utfører sine funksjoner effektivt og med god kvalitet.

## *1.1 Avgrensning av oppgaven*

I avhandlingen er det organisasjoner og herunder, arbeidsorganisasjoner som er gjenstand for min interesse. Arbeidsorganisasjoner har fått stor oppmerksomhet innen både organisasjonsteorien og innen sosiologien. Det faktum at tanker og ”idealer” om hva som er god organisering stadig er i endring, og at arbeidsorganisasjoner av denne grunn konstant vil være i en endringsprosess er spennende i seg selv. Det som imidlertid er spesielt fascinerende er det indre liv i sykehus som arbeidsorganisasjon. Indre liv i sykehus er omfattende og omhandler både servicefunksjoner og funksjoner som er rettet mot

---

behandling av pasienter. I tillegg drives det ved de fleste sykehus forskning og undervisning innen forskjellige områder. Forskningen og undervisningen er gjerne rettet mot sykehuset funksjon. Å skulle ta for seg alle sidene ved et sykehus vil være en for stor oppgave og ikke hensiktsmessige i denne avhandlingen. Det er derfor nødvendig med en avgrensning i forhold til hva oppgaven skal omhandle. For å konkretisere hva avhandlingen omhandler har jeg i første omgang valgt å holde meg til de funksjonene som er rettet mot behandling av pasienter. Behandling av pasienter er i seg selv omfattende. Pasientbehandling skjer innenfor flere enheter i sykehus, og et stort antall ansatte er involvert i dette arbeidet. Involverte enheter i behandlingen av pasienter kan være avdelinger med funksjoner som; poliklinikk, kirurgi, kjemisk analyse, radiologi, fysioterapi, og sengeposter for å nevne noen. Det er derfor nødvendig med en ytterligere avgrensning av hvilke av disse funksjonene oppgaven skal ta for seg. Mitt ønske har som sagt vært å se på det indre liv i sykehuset. Jeg valgte derfor å avgrense oppgaven til å omhandle kun en av sykehusets enheter, nærmere bestemt en sengepost. For å plassere sengeposten i sykehusorganisasjonen vil jeg gi en nærmere beskrivelse av sykehuset og sengeposten senere i kapittelet.

Det er flere interessante sider ved det indre liv ved en sengepost, som for eksempel; organisering, pasientbehandling, arbeidsforhold og samarbeid, for stikkordsmessig å nevne noen. Det er gjort en del forskning på sykehus hvor det blant annet har blitt sett på organisering for best mulig utnyttelse av ressurser, hvordan det er å være pasient i sykehus, og profesjonskamp mellom ansatte. I og med at sykehusorganisasjoner har viktige funksjoner i samfunnet, og fordi alle en eller annen gang er i kontakt med sykehus i ulik grad har de fleste meninger om sykehus. Det styrende for disse meningene er som regel egne opplevelser ut fra den befatning man har hatt eller har med sykehus. Mange av disse meningene er resultat av ren synsing, mens andre bygger på en mer inngående kjennskap til organisasjonen.

Denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til et sykehus og det indre liv i en av sykehusets sengeposter. En studie av det indre liv i en sengepost har også mange innfallsvinkler, som å rette oppmerksomheten mot pasienters opplevelser, arbeidets karakter og de ansattes måte å arbeide på. I denne oppgaven ønsker jeg i første rekke å konsentrere meg om hvordan de involverte i sengeposten samhandlet. De involverte i sengeposten kan grovt deles inn i to grupper; pasienter og ansatte. Oppgaven blir her avgrenset mot pasientene og

tar for seg kun de ansatte og arbeidet de utfører. Videre ønsker jeg å fokusere på samhandlingen mellom de ansatte, nærmere bestemt hvordan samarbeidet mellom de ansatte fungerte i praksis. De ansatte vil ha bestemte funksjoner og oppgaver i sengeposten som er basert på deres kompetanse. Det de ansatte har til felles er at de er en gruppe som sammen skal utføre det arbeidet og de oppgavene som er å anse som sengeposten ansvarsområde. Hver enkelt av de ansatte vil ha egne meninger, tanker og oppfatninger om hvordan arbeidet bør utføres, samt egne syn på hvordan samarbeidet fungerer.

Før jeg går videre i oppgaven, vil jeg gi en beskrivelse av hovedspørsmålene. Deretter vil jeg gi en kort beskrivelse av sykehusorganisasjonen og sengeposten som var arena for min studie, samt en presentasjon av de ansatte som tok del i arbeidet internt i sengeposten.

## *1.2 Hovedspørsmål og problemstilling*

Med bakgrunn i det som er sagt over utformet jeg følgende problemstilling, som avhandlingen tar sikte på å besvare:

**Hva kan sies å være utfordringene knyttet til å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid ved en sengepost i et somatisk sykehus?**

For å gjøre problemstillingen mer håndterlig og for å sikre at den blir besvart valgte jeg å dele den opp i følgende underproblemstillinger:

- 1) Hva karakteriserer samarbeid mellom de ansatte på tvers av deres kompetanse ved en sengepost i et norsk sykehus.
- 2) Hvilke forhold er det som gjør at samarbeidet i tverrfaglige team fungerer godt eller dårlig?
- 3) Har organiseringen betydning for det tverrfaglige samarbeidet?

---

Hovedproblemstillingen sammen med underproblemstillingene har fungert som utgangspunkt for det videre arbeidet med avhandlingen. Grunnen til å velge et slikt tema har vært egen nysgjerrighet knyttet til hvordan samarbeid mellom ansatte i sykehus fungerer i praksis. Om de ansatte samarbeidet godt eller om samarbeidet bydde på problemer og det oppstod uenighet mellom de ansatte.

### 1.3 Begrepsavklaring

I avhandlingen benyttes noen begrep det kan være greit å gi en nærmere avklaring på. *Utfordringer* forstås som de forhold som har innvirkning og kan hindre tverrfaglig samarbeid.

*Tverrfaglig samarbeid* forstås som det samarbeidet som er til stede mellom personer med ulik kompetanse. Et godt tverrfaglig kan forstås å forutsette at en klarer å utnytte ulikheten i kompetanse, erfaringer og roller hos de som samarbeider.

*Sengepost* forstås som den delen av sykehusets fysiske miljø hvor datainnsamlingen ble foretatt.

*Somatisk sykehus* forstås som sykehus hvor behandlingen er rettet mot kroppen, i motsetning til for eksempel psykiatriske sykehus.

### 1.4 Bakgrunn for valg av hovedspørsmål og problemstilling

Mitt utgangspunkt for arbeidet med denne oppgaven, var at jeg ønsket å se nærmere på hvordan de ansatte samarbeidet. Tema vakte min interesse som følge av at jeg, ut fra egne erfaringer med sykehus som ansatt, oppfattet samarbeidet mellom de ansatte som krevende og utfordrende. Dette skyldes flere forhold som at pasientene som er innlagt ved sengeposten har mange ulike behov. En pasient kan trenge både medisinsk og psykologisk behandling, fysisk trening, sosial trening og også praktisk hjelp i forhold til økonomi, bolig, skole eller jobb. Slike sammensatte behov krever samarbeid mellom flere grupper/fagpersoner/profesjoner for å gi pasienten et helhetlig tilbud. Det er nettopp av denne grunn at flere ansatte med ulik kompetanse er involvert i arbeid ved en sengepost. De ansatte som var involvert kan sees på som et team bestående av ulike fagpersoner, og

som sammen utgjorde et tverrfaglig samarbeidsteam. Et slikt tverrfaglig samarbeidsteam var dannet med tanke på å gi pasientene en helhetlig og kvalitativt god behandling. Innen samarbeidsteamet kan det trekkes et skille mellom de som kan opptre som selvstendige behandlere og de som ikke har den samme myndigheten.

I lov om helsepersonell av 1999, er det kun leger og psykologer som har lov til å opptre som selvstendige behandlere av pasientene. Dette medfører at de andre som inngår i det tverrfaglige teamet må følge de faglige retningslinjene eller få godkjenning fra lege eller psykolog i alle beslutninger som angår behandlingen. Avgrensningen mellom de ansattes roller og oppgaver er ikke alltid like skarp, noe som kan føre til at de ansattes roller og oppgaver overlapper hverandre. En slik overlapping av de ansattes roller og oppgaver kan skape uklarhet og konflikt om hvem som bestemmer, (Abbott 1988).

Tverrfaglig samarbeid vil være nødvendig for å gi pasientene en bred og kvalitativ god behandling, til tross for at slikt samarbeid kan by på problemer. Et slikt tverrfaglig samarbeid er å anbefale, selv om det ikke alltid fungerer godt, (Lauvås & Lauvås, 1994).

Gjennom å undersøke hva som bidrar til et godt samarbeid i en sengepost og ved å undersøke hvordan samarbeidet fungerer i det daglige, ønsker jeg å kunne si noe om generelt om hvilke forhold som påvirker i hvilken grad samarbeidet ble godt eller dårlig i det tverrfaglige team. Metoden jeg har valgt for å studere dette nærmere er kvalitativ metode i form av deltakende observasjon.

## *1.5 Planene for den videre fremstillingen.*

I kapittel 1 innleder jeg avhandlingen og belyser problemstillingen,

I kapittel 2 presenteres metoden jeg valgte å benytte for å samle inn data, og det metodiske opplegget slik det ble gjennomført. Jeg kommer også inn på hvordan de innsamlede dataene ble analysert, og det gis en presentasjon av sykehuset, sengeposten og hvem som regnes som ansatte i sengeposten.

---

I kapittel 3 tar jeg for meg organisasjonsbegrepet og hva begrepet inneholder. Videre rettes fokus mot ulike organisasjonsformer, disse formene sees i forhold til den studerte sykehusorganisasjonen.

I kapittel 4 rettes fokus mot tverrfaglig samarbeid, hvordan begrepet kan forstås sett i forhold til en sykehusorganisasjon. Videre blir det gitt en redegjørelse av forskjellige forhold som har innvirkning på tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i sykehus.

I kapittel 5 belyses resultatene fra min undersøkelse. Resultatene blir sett opp mot de forhold som ble presentert i kapittel 4. Resultatene blir drøftet fortløpende i forhold til den aktuelle teorien. Samarbeid i tverrfaglige team blir påvirket av flere forhold, noen av disse forholdene har større betydning enn andre. I delen hvor jeg presenterer resultatene fra undersøkelsen presenterer jeg de mest betydningsfulle forholdene som virker inn på det tverrfaglige samarbeidet. Jeg vil relatere det jeg fikk høre og se under min deltakende observasjon til disse forholdene. Til slutt foretar jeg en diskusjon av resultatene jeg fant og knytter disse opp til de ansattes roller.

I kapittel 6 foretas den en oppsummering av data fra analysen og disse blir belyst opp mot problemstillingen.

## 2 Metode

Målet med denne oppgaven er å oppnå innsikt i og forståelse av tverrfaglig samarbeid knyttet til hvilke forhold som virker positivt og negativt inn på samarbeidet. Organisasjoner med stor grad av tverrfaglig samarbeid har behov for å identifisere slike forhold for å kunne redusere effekten av de forhold som virker negativt og forsterke de som har positiv innvirkning. I det forrige kapittelet har jeg sagt litt om oppgavens fokus og enheten som ble studert, samt presentert oppgavens problemstilling og bakgrunnen for valg av denne. I dette kapittelet vil jeg presentere de metodiske valg og vurderinger som ble tatt for behandling og analyse av mine data. Jeg vil gi en redegjørelse for det metodiske opplegget slik det ble gjennomført. I kapittelet sees det også på styrken og svakhetene ved mine data, og eventuelle problemer denne typen datainnsamling med deltakende observasjon kan ha.

I samfunnsvitenskapen, som sosiologi hører inn under, er det et skille mellom det som karakteriseres som kvalitativ og kvantitativ metode. Dette utgjør et hovedskille og det er flere ulike metodiske tilnærmeringer innen både kvalitativ og kvantitativ metode. Bruken av kvalitativ metode har som sitt mål, "å gå i dybden og vektlegger betydning" når sosiale fenomen studeres, (Thagaard 2003). I kvalitative studier er forhold mellom subjekter som er det sentrale, (ibid). I kvalitativ forskning søkes det etter forståelse av forskjellige holdninger og/eller egenskaper, i tillegg søkes det etter innhold, (Widerberg 2001). I den andre metodiske tilnærmingen kan det sies at man er opptatt av forskning som baserer seg på forhold mellom subjekt og objekt, (Thagaard 2003). Ved bruk av kvantitativ metode er man opptatt av mengde og det kan sies at denne; "... vektlegger utbredelse og antall", (Thagaard 2003). Både den kvantitative og den kvalitative metode omfatter flere forskjellige former for innsamling av data. I kvantitativ metode kan det for eksempel benyttes spørreundersøkelser og analyse av et allerede foreliggende tallmateriale. I kvalitativ metode kan det eksempelvis foretas intervju av personer, eller det kan foretas observasjon, for å nevne to. Forskjellen på kvalitative og kvantitative metoder er det antallet forskningen sier noe om, og muligheten til å generalisere ut fra funnene. Datamateriale i kvantitativ metode er større og mer omfattende enn tilfelle er for kvalitativ metode.

---

## 2.1 Valg av metode

I avhandlingen tar jeg opp de forhold som innvirker på tverrfaglig samarbeid ved en sengepost. Jeg søker etter kunnskap om innholdet i det tverrfaglige samarbeidet og har som mål å gå i dybden. Ut fra dette var det ønskelig å benytte kvalitativ metode. Antall informanter som studien omhandler er begrenset til i alt tjue personer. For å få innsikt i og avdekke disse forholdene valgte jeg å benytte deltakende observasjon. Det å benytte deltakende observasjon som metode for å samle inn data innebærer at forskeren gjør noe mer enn kun å observere det som studeres. Deltakende observasjon betyr altså ikke at forskeren står på sidelinjen og kun observerer de ansatte i deres arbeid. Metoden innebærer riktignok at de ansatte observeres i deres daglige miljø, men i tillegg innebærer metoden at forskeren også deltar. Under datainnsamlingen deltok jeg sammen med de ansatte i deres arbeid, ved siden av å observere, snakket jeg med de ansatte og stilte spørsmål til det de gjorde underveis. Det var på denne måten at jeg fikk innblikk i hvordan de arbeidet, deres arbeidsoppgaver og arbeidsoppgavene som ble utført ved sengeposten. Informasjonen jeg fikk på denne måten ble benyttet til å velge ut visse forhold som jeg mente hadde innvirkning på samarbeidet. De forhold som ble avdekket og som jeg fant hadde innvirkning på samarbeidet ble benyttet for å fokusere min deltakende observasjon.

Før jeg redegjør for hvordan min undersøkelse ble gjennomført er det nødvendig å si noe mer generelt om bruk av kvalitativ metode, og hva data fra slike undersøkelser kan si noe om. Ved å benytte kvalitativ metode for innsamling av data involverer forskeren seg, som jeg har vært inne på, i det som studeres. På grunn av en slik involvering, hevdes det ofte av kvalitative forskere at metoden ikke kan føre til objektiv kunnskap om en objektiv virkelighet. Begrunnelsen for dette er at forskeren i for stor grad involverer seg i studien. Det som studeres innen samfunnsvitenskap er objekter som er eksklusive og dette må det tas hensyn til når de studeres. Disse forholdene ved kvalitativ samfunnsforskning gjør at de som studeres må tolkes, analyseres og vurderes. Innen kvalitativ forskning er det viktig at forskeren er klar over den påvirkning han eller hun kan ha på informantene, ved å være til stede. Ut fra dette så må man prøve å tilpasse seg i situasjonene og tilpasse seg personene som studeres. Videre er det viktig at forskeren er klar over muligheten for egen påvirkning,



og dermed forsøker å redusere dette mest mulig. Ut fra ønske om å påvirke i minst mulig grad forsøker man å holde seg avventende og registrere det som foregår. Deltakende observasjon skjer likevel ikke tilfeldig, hele tiden leter man etter og er observant for hendelser som henger sammen.

Innen kvalitativ metode kan fokus være hvordan personers livsverden fremstår for forskeren. Her retter forskeren stort fokus på de beskrivelsene som informantene selv kommer med og det leter etter hvilken betydning informantene legger i disse. Dette perspektivet kalles for fenomenologisk perspektiv. Et annet perspektiv tar hensyn til den forståelsen forskeren har forut for møte med andres livsverden. Dette kalles hermeneutiske perspektiver, og innebærer en holdning om at forskerens forkunnskap er avgjørende for forståelsen av det som studeres. I følge den hermeneutiske tradisjon forstås alle situasjoner som studeres kun ut fra egen forforståelse. Forskerens forståelse korrigeres hele tiden i møte med andres livsverden. Dette skjer ved at møte med andres livsverden gir ny kunnskap og forskeren kan supplere egen forforståelse og på denne måten skaffe seg ny kunnskap. Hermeneutikk betyr å forklare, og det omhandler prosessen med å fortolke en tekst og skape mening av denne. Her vektlegges meningen ved det som sies eller skrives, og de spørsmål som kan stilles til en tekst eller et utsagn, (Kvale 1997).

Som jeg har vært inne på ble det i min studie av sengeposten benyttet kvalitativ metode i form av deltakende observasjon og samtaler. Ved å både observere og snakke med informantene jeg observerte, var det mulig å avdekke sammenhenger som gjentok seg i de forskjellige observasjonene. Samtidig var det også mulig å finne sammenhenger, som ikke var like sikre og entydige. Ved å benytte både deltakende observasjon og samtale kunne jeg se dataene fra de to metodene i sammenheng. Erfaringene fra den deltakende observasjonen kunne på denne måten belyse informasjonen jeg fikk i samtalene med de ansatte og omvendt. På denne måten ble det lettere å oppnå en forståelse av observasjonsmateriale, når jeg også fikk snakket med dem jeg observerte, altså informantene.

---

## 2.2

## *Deltakende observasjon*

Studier med bruk av deltakende observasjon innebærer at et fenomen studeres av forskeren i sitt naturlige miljø. Å studere noe i sitt naturlige miljø innebærer at forskeren går inn og studerer fenomenet der det forekommer naturlig, og hvor forskeren har liten påvirkning. Ved å benytte seg av denne metoden å samle inn data på blir det gjennomførbart å oppnå kunnskap om sammenhengen og forståelse av mellommenneskelige forhold. Dette fordi forskeren er der hvor fenomenene skjer naturlig, samtidig vil man få et nokså komplett bilde av det som foregår. Deltakende observasjon er kun metode for innsamling av data, som jeg har vært inne på har den mange fordeler, og kan for studier av visse fenomen være den beste måten å samle inn data på.

Studier hvor det benyttes deltakende observasjon skjer i naturlige settinger. Forskning som utføres på denne måten refereres ofte til som økologisk valide. Økologisk validitet er et mål på om forskningen på situasjoner er lik informantenes egne erfaringer. Diskusjonen rundt validitet tas opp senere i avhandlingen. En annen fordel ved studier hvor det benyttes observasjon, er at informasjonen en får er mer utfyllende enn tilfelle kan være for andre metoder. Ved bruk av deltakende observasjon får forskeren, som jeg har vært inne på, mer dyptgående informasjon om det som skjer, enn tilfelle kan være ved å benytte andre metoder.

For min studie av samarbeid i sengeposten var det å være til stede og følge personene som ble studert i deres daglige gjøremål en forutsetning for å få kunnskap om forhold som påvirket det tverrfaglige samarbeidet. Ved bruk av deltakende observasjon var jeg selv del av aktivitetene som fant sted over en periode på fire uker. Ved å delta på aktivitetene i dette tidsrommet fikk jeg muligheten til å observere det som skjedde, høre på det som ble sagt, stille spørsmål til de jeg observerte og snakke med informantene. På denne måten fikk jeg et mer innholdsrikt materiale enn tilfelle hadde vært hvis jeg kun hadde observert det som skjedde på avstand, for eksempel fra et annet rom ved hjelp av kamera. Min deltakelse førte også til at jeg ble kjent med informantene med hensyn til hvordan de oppførte seg, snakket, kledde seg etc.

Et ankepunkt mot deltakende observasjon er knyttet til kontroll og reproduserbarhet. Dette sikter til det som betegnes som reliabilitet, som betyr pålitelighet. I metodisk sammenheng

er reliabilitet forbundet med målesikkerhet, om vi vil få det samme svaret hvis undersøkelsen gjentas, (Hammersley & Atkinson 1998). For at funn skal være vitenskaplige kreves det at andre forskere skal kunne gjenta undersøkelsen, i dette tilfelle observasjonene, for så å komme frem til de samme resultatene. Dette er en svakhet ved deltakende observasjon og de vurderinger som gjøres på bakgrunn av disse. Det er vanskelig å gjengi observasjonene og redegjøre for vurderingene så eksakt at en annen kan etterprøve resultatene. Denne svakheten ved deltakende observasjon kan reduseres ved at forskeren foretar det som kalles triangulering. Triangulering betyr at forskeren benytter seg av flere metoder for å samle inn data om samme fenomen. I denne studien er triangulering forsøkt ved at jeg har benyttet både deltakende observasjon, og hatt samtaler med fem av de ansatte ved sengeposten. Disse samtalene var ustrukturerte og hadde ikke intervjuform, men det ga meg utfyllende informasjon om situasjonene som ble studert.

Resultatene fra studier hvor det er benyttet observasjon, begrenser seg til personene som forskeren har studert. Dette gjør det vanskelig å skulle overføre resultatene fra en studie til å gjelde for andre grupper. Likevel er resultatene fra denne typen studier viktige for å kartlegge forskjellige fenomen som er verdt å studere, samtidig som slike studier setter fokus på viktige spørsmål. Styrken ved slike studier er at de går i dybden, og gir bred innsikt og kunnskap om fenomenet som studeres. Slike studier er derfor nyttige som utgangspunkt for senere studier av et større utvalg.

### **2.3**                    *Ustrukturerte samtaler*

Ustrukturerte samtaler har visse likheter med det kvalitative forskningsintervjuet, da en slik samtale krever empati, lytting og refleksjon fra forskeren sin side. Jeg valgte en ustrukturert samtaleform som gir informantene muligheten til nokså fritt å snakke, samtidig som det gir forskeren mulighet til å forfølge tema som informantene selv kom inn på. I tillegg gir slike samtaler nok struktur til at relevante tema som informantene enda ikke hadde berørt også fikk oppmerksomhet. Det er flere fordeler med ustrukturerte samtaler. For eksempel kan informantenes opplevelse av samarbeidet på posten være svært forskjellig, og de ulike teammedlemmene kan vektlegge ulike forhold i forhold til hva som gjør at samarbeidet blir godt eller dårlig. Samtalen representerer en særpreget situasjon slik

---

at det informantene utrykte kan avvike fra den atferden jeg ellers hadde sett i andre situasjoner. (Hammersley & Atkinson 1996) legger vekt på at det er positivt å utsette folk for verbale stimuli som skiller seg fra dem de vanligvis utsettes for i miljøet. Med andre ord kan det kunstige ved en samtale, når det sammenlignes med normale hendelser i miljøet, hjelpe oss til å forstå hvordan deltakerne ville handle i andre sammenhenger.

## 2.4 *Forberedelse av undersøkelsen*

Sykehus har alltid interessert og fascinert meg. Under hele studietiden tok jeg ekstravakter ved et sykehus. Min arbeidserfaring sammen med teorispesialisering innen organisasjonssosiologi, var det som fikk meg til å tenke på å skrive om sykehus i masteroppgaven. Som ekstravakt i sykehus var jeg selv del av et tverrfaglig team, og fikk oppleve at slikt samarbeid kunne være utfordrende og komplisert til tider. Dette kan skyldes at man i arbeidsorganisasjoner med bred tverrfaglig kompetanse hos de ansatte, ofte har en ledelsesform som er autoritær. I tillegg finner man ofte i slike organisasjoner dobbelt kommunikasjon og konflikter som følge av de ansattes ulike kompetanse. Dette er forhold som kan virke negativt på samarbeidet. Dette bakteppe førte til at jeg ble nysgjerrig på hvordan samarbeid fungerte ut fra forventningene som de ansatte har til hverandres roller. Jeg var også klar over hvor komplisert det kunne være at erfarne ansatte ved sykehus, eventuelt skal ledes av unge og uerfarne ansatte, men med lang formell utdanning. Dette fikk meg til å stille spørsmål om hvorfor tverrfaglig samarbeid var så krevende, med tanke på at hele teamet skulle tenke på hva som var det beste for pasientene. Dette var bakgrunnen for mitt ønske om å studere tverrfaglig samarbeid i en sengepost.

## 2.5 *Veien inn i felten og mine valg*

Å få tilgang til å foreta undersøkelser kan ofte være en lang og tidkrevende prosess. For å gjøre denne prosessen så enkel som mulig, slik at jeg raskt skulle komme i gang med min undersøkelse, valgte jeg å ta kontakt med ledelsen ved det landsdekkende spesialsykehuset hvor jeg hadde vært ekstravakt. Sykehuset ble kontaktet høsten 1999. Først ringte jeg og

forsøkte å få kontakt med sykehusdirektøren, men dette viste seg å være lettere sagt enn gjort. Over en periode med gjentatte forsøk, lyktes jeg endelig å få snakke med han. I utgangspunktet var sykehusdirektøren positiv, han bad meg levere en kort beskrivelse av prosjektet mitt, med beskrivelse av hvordan jeg ønsket å gjennomføre min undersøkelse. På bakgrunn av denne samtalen laget jeg et sammendrag av prosjektbeskrivelsen min hvor jeg la til litt om hvordan jeg så for meg gjennomføringen av undersøkelsen.

Før sykehusdirektøren ble kontaktet hadde jeg studert organisasjonskartet over sykehuset, og valgt meg ut en av sengepostene som arena for min undersøkelse. I den skriftlige henvendelsen spurte jeg spesifikt om å få studere den utvalgte sengeposten. En uke etter at forespørselen ble sendt fikk jeg telefon fra overlegen ved den avdelingen som sengeposten hørte inn under. I utgangspunktet var han positiv til å la meg gjennomføre studien, han ønsket likevel ha et møte med de ansatte før han ga sitt endelige samtykke. Han skulle ta kontakt med meg så snart han hadde fått diskutert min forespørsel med ansatte. Etter noen uker uten at jeg hadde hørt noe mer fra avdelingsoverlegen, tok jeg på nytt kontakt med avdelingsoverlegen per telefon. Jeg spurte han om hvordan mulighetene var for at jeg kunne foreta studien som forespurt. Han ga meg da tilbakemelding om at det hadde tatt noe tid å få diskutert dette med de ansatte, men at han skulle gi meg en tilbakemelding i løpet av uken etter. Jeg ventet spent på å høre fra avdelingsoverlegen. Uken etter ringte avdelingsoverlegen meg, og sa at det var i orden for de ansatte at jeg gjennomførte studien, og at jeg måtte ta kontakt med avdelingssykepleier for å avtale nærmere tidspunkt. På bakgrunn av denne samtalen tok jeg kontakt med avdelingssykepleier ved sengeposten, og vi ble enige om at jeg skulle komme førstkommande mandag. Denne prosessen viser hvilke utfordringer det kan være knyttet til det å få tilgang til feltet.

Samarbeid mellom ansatte i sykehusorganisasjoner er ofte et intenst og tidkrevende arbeid, samt at det i aller høyeste grad er nødvendig. Som sagt over var enhet valgt før sykehuset ble kontaktet. Enheten som var en av i alt fire sengeposter som hørte inn under avdeling for ungdom og voksne. Denne enheten ble valgt med det i tankene om at arbeidet der i stor grad skulle omfatte samarbeid mellom ansatte med forskjellig kompetanse. Et annet moment for valget var at enheten fremstod som oversiktlig når det gjaldt det fysiske miljø, og antall involverte ansatte. Denne informasjonen hadde jeg fått ved å studere sykehusets nettside og fra et informasjonsskriv som alle pasientene fikk før de skulle legges inn.

---

Den valgte enheten, eller sengeposten, hadde i alt 16 sengeplasser. Det var i alt 14 pleiere som hadde sitt daglige arbeid i sengeposten. I tillegg var det tilknyttet en overlege og en assistentlege, samt en psykolog, en arbeidsterapeut, en ergoterapeut, samt en fysioterapeut. Pleierne og de to terapeutene hadde sin arbeidsplass i sengeposten, mens legene, psykologen og de to terapeutene hadde arbeidsplass utenfor sengepostens fysiske miljø. Likevel inngikk alle de nevnte ansatte i det som kan kalles sengepostens behandlingsteam.

## 2.6 *Første møte med sengeposten*

Første dagen jeg var til stede ved sengeposten var en mandag, jeg hadde fått beskjed om å komme til klokken ti for å delta på et møte. Meningen med møte var at jeg skulle få en halv time til å fortelle de ansatte litt om prosjektet mitt. Dette møte ble holdt på sengepostens møterom. Til stede var; avdelingsoverlegen, avdelingssykepleier, fire av pleierne, arbeidsterapeuten, ergoterapeuten og fysioterapeuten. Alle var blide, hyggelige og tok godt i mot meg. Det var kokt kaffe og te, samt at det ble servert påsmurte rundstykker som kjøkkenhjelpen hadde bakt. Jeg var fryktelig nervøs, og husket ikke et navn etter å ha tatt runden rundt bordet og hilst på alle. Avdelingsoverlegen startet møte med å introdusere meg med navn og at jeg var hovedfagsstudent i sosiologi, før han ga ordet til meg. Jeg startet med å fortelle litt kort om min bakgrunn som hovedfagstudent, sa noe om innholdet i hovedfagstudiene i sosiologi, før jeg gikk over til å snakke om forskningsprosjektet. Jeg syntes det var vanskelig å skulle fortelle om forskningsprosjektet uten å avsløre for mye om hva jeg ønsket å se etter. Av denne grunn fortalte jeg kun at jeg ønsket å delta sammen med de ansatte i de daglige aktivitetene ved sengeposten, og at det var det som foregikk innenfor sengepostens fysiske miljø jeg ønsket å konsentrere meg om. Presentasjonen min ble nokså overflatisk. Etter dette åpnet jeg for spørsmål fra de ansatte, og bad samtidig om at de ansatte presenterte seg med navn og "tittel", og ga beskjed om at jeg ønsket å notere.

Det var et par hender raskt oppe. Første spørsmålet kom fra en kvinnelig sykepleier, som lurte på om jeg hadde valgt ut noen spesielle situasjoner som jeg ønsket å studere, hun kalles "informant 1". Til dette spørsmålet svarte jeg, som sant var at jeg ikke hadde gjort dette på forhånd, fordi jeg ikke kjente så godt til enheten. Jeg sa at den første perioden jeg

var til stede skulle benyttes til å bli kjent. Det neste spørsmålet kom fra en annen kvinnelig sykepleier, som ville vite hvordan det skulle sikres at informasjonen kunne relateres til de personene jeg hadde studert når man leste avhandlingen. På dette svarte jeg at all informasjonen jeg fikk, ville bli anonymisert så langt som mulig, med nettopp det for øye at eventuelle beskrivelser eller sitater som ble benyttet i oppgaven ikke skulle kunne relateres tilbake til de studerte personene. I oppgaven ville jeg gi informantene nummer. Det neste spørsmålet ble stilt av en mann som presenterte seg som arbeidsterapeut, han lurte på over hvor lang tid jeg hadde tenkt å følge de ansatte, informant 3. Til dette svarte jeg at i starten så ville jeg konsentrere meg om det som foregikk på dagtid, men at dette kunne bli endret underveis. I tillegg la jeg til at det ikke enda var fastsatt hvor lenge jeg ønsket å være til stede. Så ble jeg avbrutt av avdelingsoverlegen som sa vi måtte avslutte møtet, men at jeg sikkert var tilgjengelig for spørsmål senere også, informant 4. Jeg nikket og sa meg enig i dette. Klokken var da blitt 10.40 og jeg takket for at de lot meg gjennomføre studien ved sengeposten og ga beskjed om at jeg ville være til stede fra og med neste mandag.

## **2.7**                    *Utarbeidelse av plan for observasjonene*

Å være ukjent i felten ansees å være en fordel ved deltakende observasjon, Hammersley & Atkinson (1997). Samtidig innebærer dette at forskeren er nødt til å orientere seg for med hensyn til hvem som gjør hva og hvor de mest interessante aktivitetene foregår. For å orientere meg i sengeposten benyttet jeg derfor hele den første uken av observasjonsperioden til kun å være til stede i sengepostens lokaler. I denne uken så studerte jeg hvem som var på jobb, hvilke aktiviteter som foregikk og hvor aktivitetene skjedde. Avdelingssykepleier viste meg pleiernes turnusplan og timeplanen for de faste aktivitetene for hver ukedag. Etter at uken var gått satt jeg igjen med en stor mengde informasjon, og et inntrykk av hvilke aktiviteter som det var ønskelig å se nærmere på for å samle inn data i tråd med problemstillingen.

Målet for observasjonsstudien var å innhente informasjon om samarbeid, jeg fant det derfor nyttig å se etter hvordan de ansatte diskuterte seg i mellom og hvordan beslutninger ble tatt. Tanken var at ved å se på dette så vill jeg også kunne si noe om håndtering av

---

ulikhet og eventuelle uoverensstemmelser eller konflikter. Dette ble styrende i valget av de aktiviteter jeg de neste tre ukene ville følge. Ut fra denne ideen valgte jeg å følge aktiviteter som ble karakterisert som møter. Aktiviteten møter, inneholdt; vaktskifterapport, morgenmøte, behandlingsmøte og medikamentmøte. I løpet av tre uker med deltakende observasjon rettet mot aktiviteten møter, hadde jeg vært til stede på 15 vaktskifterapporter, 15 morgenmøter, tre behandlingsmøter og tre morgenmøter.

I utgangspunktet var planen for min deltakende observasjon av disse møtene å benytte båndopptaker for å få tak i det som ble sagt under møtene. Til dette kom det raskt negative reaksjoner fra de ansatte, og jeg lot dette være. Et viktig mål for den deltakende observasjonen var at teamet oppførte seg mest mulig normalt og upåvirket av min tilstedeværelse. Samtidig ville bruk av båndopptaker medføre omfattende etterarbeid for å transkribere lydopptakene, og gi et veldig stort datamateriale. I stede valgte jeg å benytte meg av penn og papir, for å notere stikkord som, adferd, kommunikasjon, samarbeid etc. under møtene. Det var vanlig at også de ansatte hadde med seg noe å skrive med og på til disse møtene, så det vakte ikke noen reaksjoner at jeg satt og noterte. De ansatte var riktignok nysgjerrige til hva jeg noterte, og spurte meg ved et par anledninger om dette. Jeg svarte at jeg noterte stikkord til det jeg så og hørte for bedre å huske det som skjedde. Faren ved å notere underveis er at forskeren kan gå glipp av mye informasjon fordi han eller hun blir opptatt med å notere, (Hammersley & Atkinson 1996). For å gå glipp av minst mulig informasjon noterte jeg kun stikkord under møtene, og gjorde mer utførlige notater rett etter at møtene var slutt. Jeg fikk lov å låne et kontor i sengeposten hvor jeg kunne sitte for meg selv og skrive notater.

Det første møte jeg var til stede var vaktskifterapporten fra pleier som hadde vært på nattvakt til de pleierne som kom på dagvakt. Vaktskifterapporten skjedde i tidsrommet kl. 07.00 til kl. 07.15. Jeg forsøkte under dette møte å notere ned stikkord for det som ble sagt. Da jeg etter vaktskifterapporten satte meg ned for å gjengi eller rekonstruere det som var sagt, oppdaget jeg at denne måten å notere på var lite funksjonell, da notatene ble lite strukturert. Så hvordan skulle jeg notere for å kaste lys over samarbeidet? Jeg forsøkte derfor å kategorisere temaene som kom opp i møtene. Kategoriene ble valgt med tanke på å dekke de ulike områdene teamet kunne oppleve forskjellighet innad i gruppen på og kategoriene skulle være gjensidig utelukkende.



Jeg kom frem til fem ulike tema, og la til en sjette for de tema som ikke kunne klassifiseres under de første fem.

Temaene ble betegnet på følgende måte;

- 1) Innsikt i pasientenes situasjon
- 2) Medisinsk behandling og pleie
- 3) Interne regler, rutiner
- 4) Utskrivning av pasienter
- 5) Sosial trening
- 6) Annet

Ved å benytte skjemaet som utgangspunkt forsøkte jeg så å finne en systematisk måte å notere på i forhold til disse temaene. Et skjema ble derfor utarbeidet og dette skjemaet ble benyttet under alle møtene jeg var til stede på. Skjemaet inneholdt informasjon om; dato, type møte og hvem som var til stede. Under de møtene hvor det ble diskusjoner mellom de som var til stede på møte fordi de ansatte hadde forskjellige meninger, så ble disse plassert innenfor kategoriene som nevnt over. En slik plassering av de ansattes meninger er det samme som en klassifisering. De ansattes meninger ble klassifisert ved at jeg noterte nummer på kategorien fra 1 – 6 i skjemaet for observasjonen. I tillegg ble det notert hvem som argumenterte og argumentene de brukte. I feltet for egne betraktninger skrev jeg ned mine umiddelbare tanker om det som ble sagt. I feltet for beslutning ble skrevet ned hvem som tok den endelige beslutningen og hva den i så fall ble.

Skjemaet jeg utarbeidet ble seende slik ut;

Møtets dato:

Type møte:

Hvem som deltok på møte:

Møtets innhold:

Hvem som hadde meninger:

Hvilke argument ble fremsatt:

Hvilken beslutning ble tatt:

---

På hvilket grunnlag ble beslutningen tatt:

Egne synspunkter:

I den senere behandlingen av observasjonsnotatene ble det oppdaget både pluss og minus ved bruken av tema som var laget forut for observasjonene. Et pluss var at ved bruken av dette skjemaet så var det klart hva jeg skulle se etter og notere ned på møtene. Skjemaet var nyttig i og med at det ikke lot seg gjøre å benytte båndopptaker. Et annet pluss ved å benytte et slikt skjema var at datamaterialet ble mer håndterlig i analysefasen. Minus ved å benytte et slikt skjema var at det kunne medføre at nyttig informasjon kan gå tapt. Dette skyldtes at det ikke på forhånd var mulig å se for seg alle typer diskusjoner som ville komme opp. I tillegg til dette så ville ikke all informasjon nødvendigvis passe inn under de forhåndslagde kategoriene. Etter å ha vurdert hva som var positivt og hva som var negativt ved skjemaet, fant jeg ut at det var flere positive sider enn negative sider ved å benytte skjemaet, så derfor falt valget på å benytte dette til observasjonene.

## *2.8 Reliabilitet og validitet.*

Reliabilitet er forbundet med nøyaktighet, altså hvor vidt man vil oppnå de samme resultatene hvis undersøkelsen gjentas av en annen forsker, (Hammersley & Atkinson 1996). Tidligere i oppgaven har jeg vært inne på vanskelighetene knyttet til reliabilitet i forhold til studier hvor det benyttes deltakende observasjon. Likevel mener jeg at resultatene kan si noe om det studerte. Undersøkelsen er utført på et unikt område, noe som gjør at mine funn også er unike. Funnene fra undersøkelsen er altså et utfall av interaksjonen mellom informantene jeg studerte, og forholdet mellom meg og mitt materiale. Dette gjør det vanskelig for en annen forsker å komme frem til de samme resultatene som meg hvis studien gjentas. Det blir senere i oppgaven derfor gitt en inngående beskrivelse av hvordan jeg kom frem til resultatene. Jeg gjør dette for at andre skal kunne følge og reflektere over min måte å komme frem til resultatene på. Jeg har, underveis i undersøkelsen, vært omhyggelig med å dokumentere behandlingen og gjennomgått materiale flere ganger. Samtidig har jeg også hatt samtaler med de ansatte for å bedre på reliabiliteten. Samtalene jeg har hatt med de ansatte har ikke hatt intervju form, da det ikke ble benyttet noen spørsmålsmal som ved intervjuer, men jeg har snakket med flere av de ansatte om de samme forholdene. Selv om det her ikke er snakk om intervjuer,

så kan bruk av samtale bidra til å gjøre mine data mer reliable likevel, så det er snakk om en viss triangulering. Dette hevder jeg ut fra tanken om at det som kom frem under samtalene kanskje hadde blitt likt dersom jeg hadde gjentatt samtalene senere.

Det stilles også krav til vitenskaplige undersøkelser om at de skal være såkalt gyldige. Med validitet menes i hvilken grad de innsamlede data samsvarer med fenomen vi ønsker å måle. Validitet har altså å gjøre med gyldighet. For å vurdere forskningens kvalitet kan det settes opp tre spørsmål, (Kvale 1987):

Det første handler om hvorvidt utvalget er representativt i forhold til som ønskes undersøkt. I denne studien ble det sett på forhold som innvirket på tverrfaglig samarbeid. Sengeposten som ble studert var en døgnenhet i et somatisk sykehus og informantene utgjorde de fleste yrkesgruppene som inngår i arbeidet på slike poster. De som arbeidet ved sengeposten drev et utstrakt tverrfaglig samarbeid, og posten og de ansatte var gode informanter for min studie. Posten var ikke tilfeldig utvalgt men på forhånd valgt ut av meg, fordi jeg ikke hadde kjennskap til posten. På min forespørsel hadde ledelsen av og de ansatte sagt seg villig til å være mine informanter. Det kan tenkes at det er ansatte og ledere som opplever det tverrfaglige samarbeidet som noe positivt som sier seg villige til å delta i slike undersøkelser. Ut fra dette kan det stilles spørsmål til om sengeposten er Det kan derfor stilles spørsmål ved om denne posten er representativ for alle sengeposter innenfor sykehus. Det var også skjevhet i hvor mange medlemmer det var innen forskjellige yrker som deltok i det tverrfaglige samarbeidet ved sengeposten.

Det andre spørsmålet er hvorvidt situasjonen forskningen skjedde i var representativ for min studie av tverrfaglig samarbeid. Min ide var å se det tverrfaglige samarbeidet ved å studere de ulike møtene de ansatte hadde seg imellom. Ved å drive deltakende observasjon på møtene ønsket jeg å få tak i hvordan samarbeidet fungerte og de ansattes syn på dette. Som observatør kan jeg ha påvirket det tverrfaglige samarbeidet, eller de ansatte til å skjule de sidene som ikke var positive og fremheve de positive. De ansatte visste ikke hva jeg så etter, så det kan vanskelig å tenke seg at de kan ha skjult informasjon om samarbeidet. I tillegg observerte jeg flere møter og var til stede noen uker og de ansatte ble vel derfor vant til at jeg var til stede. Ved siden av bare å observere de ansatte under møtene, så stilte jeg også spørsmål til det jeg så og hørte, og jeg fikk inntrykk av at de ansatte var oppriktige med meg.

---

Det tredje spørsmålet omhandler i hvilken grad den informasjonen jeg fikk var troverdig. Dette blir en vurdering av i hvilken grad det informantene fortalte under samtalene eller om situasjonene jeg deltok i og observerte var representative for det tverrfaglige samarbeidet i sengeposten. Som tidligere nevnt ble det gitt detaljert informasjon om hvordan informantenes anonymitet ville bli sikret. Jeg vurderer det derfor slik at det ikke er noen grunn til å tro at informantene ikke sa det de egentlig tenkte og følte i forhold til tverrfaglig samarbeid.

En annen validitetssjekk i studien er bruken av triangulering i form av observasjon og samtale. Triangulering innebærer å benytte to forskjellige metoder for å studere samme fenomen. I min studie ble det ikke funnet vesentlige forskjellige resultater ved bruk av disse to metodene, og det virker derfor som mine funn kan synes å være valide.

## *2.9 Generaliserbarhet*

Generaliserbarhet har jeg så vidt vært inne på tidligere, og dette knyttes til om andre forskere kan gjenta undersøkelsen for så å komme frem til det samme som jeg har kommet frem til i denne studien, (Kvale 1997). Generelt blir det hevdet at dette er vanskelig ved bruk av kvalitative metoder, og at dette er et av ankepunktene mot metoder som er kvalitative. I denne studien har jeg som sagt benyttet deltakende observasjon, sammen med at jeg har hatt samtaler med fem av de ansatte. Dette gjør det vanskelig å bekrefte at resultatene også kan si noe om tverrfaglig samarbeid ved andre enheter av sykehuset, så vel som ved andre sykehus. Dett skyldes at kvalitativ metode ikke klarere å oppfylle vilkårene til kontroll over, sammen med betingelsene for muligheten til å reprodusere vitenskaplige observasjoner. Min studie har på den andre siden økologisk validitet, noe som kan gjøre det mulig å generalisere fra resultatene i en viss grad. For å gi leseren mulighet til å vurdere hvor vidt resultatene fra min studie kan ha verdi for deres studier, har jeg gitt inngående beskrivelser av det studerte. Mitt mål ved denne oppgaven var samtidig å kunne være med på å utvikle ideer om tverrfaglig samarbeid som senere kan bli testet ut mer fullstendig ved hjelp av andre forskningsmetoder. Dette er et viktig element i forskningsprosessen.

## *2.10 Eldre data*

Dataene i denne oppgaven er innhentet ved fire uker med deltakende observasjon, som jeg gjennomførte høsten 1999. I og med at arbeidet med oppgaven først avsluttes nå i 2008, så ligger datainnsamlingen et stykke bak i tid. Jeg er klar over at dataene muligens ikke har samme relevans i dag. Grunne til at oppgaven bygger på så gamle data at arbeidet med denne oppgaven tok til i 1999, den ble så lagt vekk av forskjellige årsaker som jeg ikke skal komme inn på her. Når jeg nå i 2008 har valgt å fullføre oppgaven, ville det bli for tidkrevende å skulle gå i gang med en ny runde med datainnsamling. Jeg har derfor valgt å fullføre oppgaven ved å benytte dataene jeg samlet inn høsten 1999, med de svakheter dette medfører. Til tross for dette mener jeg at utvalget er representativt og aktuelt og kan bidra til å belyse erfaringer, ulemper og fordeler knyttet til tverrfaglig samarbeid i en stor sykehusorganisasjon. Temaet tverrfaglig samarbeid er like aktuelt i dag som i 1999.

## *2.11 Oppsummering.*

Jeg har i dette kapittelet gjort rede for forskjellen ved kvalitative og kvantitative metoder, og begrunnet mitt valg av en kvalitativ tilnærming. Videre har jeg redegjort for det metodiske opplegget for min undersøkelse, hvordan jeg fikk tilgang til felten, og gjennomføringen av min studie. Jeg har også tatt for meg reliabilitet og validitet. Avslutningsvis har jeg sagt litt om betydningen av at innsamlingen av mine data ligger noen år tilbake i tid.

I det videre vil jeg forsøke å gjøre en tilnærming til tverrfaglig samarbeid i et forsøk på å besvare oppgavens problemstilling. Da avhandlingen belyser temaet tverrfaglig samarbeid i en sengepost ved et norsk sykehus knyttes til det indre liv i et sykehus. Før jeg går i gang med det vil jeg ta for meg organisering.

Videre vil jeg se på hvilken type organisasjon sykehus er. Organisasjonsbegrepet og drøfting av profesjonelle organisasjoner i lys av byråkrati og tverrfaglig samarbeid vil være fokus i det neste kapittelet.

---

### **3. ORGANISASJON OG ORGANISASJONSFORM**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for innholdet i organisasjonsbegrepet, og se på hvilken type organisasjon sykehus er. Videre i kapitlet vil jeg ta for meg og drøfte profesjonelle organisasjoner i lys av byråkrati og tverrfaglig samarbeid. I tråd med oppgavens problemstilling mener jeg dette har relevans først og fremst for å forstå hva slags organisasjon et sykehus er. Videre har organisasjonsform avgjørende betydning for hvordan ansatte samarbeider, så vel som behovet for dannelse av tverrfaglige team. Jeg begynner med å si litt om organisasjonsbegrepet, begrepet blir sett i lys av organisasjonssosiologisk teori. Organisasjoner kan ha ulike form som har betydning for hvordan arbeidet organiseres og utføres innad i organisasjonen. Jeg vil derfor fortsette med å si noe om ulike organisasjonsformer, for så å plassere sykehuset innen den byråkratiske organisasjonen. Sykehus som byråkratisk organisasjon sees i lys av organisasjonsteori og begrepet profesjonell organisasjon. Organisasjoner som er profesjonelle er ofte organisert som byråkratier, (Mintzberg 1989). Ut fra denne tanken kan et sykehus sies å være et profesjonelt byråkrati, (Mintzberg 1989). Videre tar jeg opp arbeidsprosesser og presenterer ulike perspektiver på slike prosesser. Byråkratiske organisasjoner har ofte stor andel profesjonelle aktører, og dette har betydning for det tverrfaglige samarbeidet. Jeg vil derfor si noe om profesjonelle organisasjoner og se dette opp mot byråkratiet og det tverrfaglige samarbeidet.

#### **3.1 Sykehusorganisasjonen**

Sykehusorganisasjoner er som oftest store organisasjoner med et bredt arbeidsfelt. For å gjøre det brede arbeidsfeltet mest mulig håndterlig består sykehus ofte av en omfattende inndeling i større og mindre enheter, Et sykehus kan for eksempel bestå av flere klinikker eller avdelinger, som igjen er inndelt i forskjellige poster, som den studerte sengeposten er et eksempel på. Til å utføre arbeidsoppgavene ved hver av disse enhetene har hver enhet knyttet til seg et visst antall ansatte med ulik kompetanse, som sammen utgjør personalet

ved hver enhet. Personalet innenfor hver enhet samarbeider om utførelsen av enhetens oppgaver, og personalet kan sies å utgjøre et tverrfaglig team. Sykehus fremstår som arbeidskrevende organisasjoner av flere grunner. For det første er det snakk om behandling av syke personer, arbeidet kan derfor ikke gjøres maskinelt som tilfelle er for mye av arbeidet i industrien. For det andre krever pasientbehandling bred kompetanse hos de ansatte. Det er ikke mulig eller ønskelig at en yrkesgruppe skal dekke hele kompetansefeltet. Som en følge av dette er det ofte grupper i sykehus bestående av personale med ulik faglig bakgrunn, som sammen utgjør det som kan kalles et tverrfaglig team. Behovet for bred kompetanse og graden av spesialiseringen som kreves, skaper for behov for tilstedeværelse av mange forskjellige yrkesgrupper, (Abbott 1988). Disse forholdene har påvirkning på samarbeidet internt i sykehus.

Sykehusets organisasjonsform innvirker på de interne arbeidsprosessene ved de forskjellige enhetene. For å få tak i hva som påvirker det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte ved sykehus og mellom ansatte ved en av sykehusets sengeposter må vi forsøke å få et bilde av organisasjonen de ansatte arbeider innenfor. Dette er viktig fordi organisasjonsformen innvirker på arbeidsprosessene og hvem som inngår i disse. På denne måten har organisasjonsform betydning for det interne samarbeidet ved sykehusets enheter, så vel som mellom enhetene. Arbeidsorganiseringen ved sykehuset er førende for hvordan arbeidet organiseres internt ved enhetene, og disse legger føringer i forhold til de ansattes mulighet til å; utøve skjønn, velge sin egen fremgangsmåte, og de ansattes handlingsevne. Organiseringen av og formen på arbeidet har betydning for, og er med på å øke eller begrense de ansatte sine muligheter og evner til å gjennomføre en ønsket handling. En måte å få kunnskap om hva som begrenser eller øker de ansatte sine muligheter og evner til å gjennomføre en ønsket handling er gjennom beskrivelse av arbeidssituasjoner og ved å finne frem til hva de ansatte er avhengige av i sin hverdag. Ved å se på forskjellige sider ved denne hverdagen, slik som det tverrfaglige samarbeidet mellom de ansatte, vil en kunne oppnå forståelse av hvilke faktorer som virker positivt og hvilke faktorer som virker negativt i forhold til det tverrfaglige samarbeidet.

---

## 3.2 Organisasjonsform

Organisasjoner kan ut fra egen virksomhet velge å innta ulike organisasjonsformer, og det er ofte organisasjonens virksomhet som her er avgjørende. Det avgjørende for hvilken form organisasjoner velger seg, har ofte å gjøre med hvilken organisasjonsform som passer virksomheten best, (Thompson & McHugh 2002). Organisasjoner innen den offentlige forvaltningen har en tendens til å velge en byråkratisk organisasjonsform, for å oppnå korrekt fremgangsmåte og prosedyre i arbeidet, dette er med på å sikre lik behandling av like saker. Sykehus også store offentlige organisasjoner, og sykehus har derfor som regel valt en byråkratisk organisasjonsform. For det første innebærer denne organisasjonsformen at fattning av beslutninger er organisert som et hierarki. Ut fra en slik hierarkisk beslutningstaking behandles enkeltsaker av ansatte med en nøye avgrenset beslutningsmyndighet etter et felles sett av regler. Ved å organisere virksomheten sånn blir alle ansatte ansvarlige for at alle beslutninger fattes i henhold til regelverket. En byråkratisk organisasjonsform innebærer stor grad av detaljkontroll fra ledelsen. Den byråkratiske organisasjonsformen kan defineres på følgende måte;”...*the patterns and regularities of labour by task or function, its hierarchies of authority and control mechanism*”, Thompson/McHugh (1995:156). Ut fra denne definisjonen forstås organisasjonsform som de mønstrene arbeidet, arbeidsoppgavene og funksjonene med varighet over en viss tid som organisasjonen har i seg. Mønstrene for handling kan dreie seg om omgivelsenes innvirkning på hvordan organisasjonen velger å organisere seg. Omgivelsene kan eksempelvis være markeder bestående av; kunder, leverandører og konkurrenter, statlige myndigheter og institusjoner. I tillegg kan ideer om hvordan ansatte i sykehus skal arbeide ha innvirkning på organiseringen. Hvilken form for organisering som velges vil ha betydning for de ansattes arbeidssituasjon og følgelig også for det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte.

Organisasjonsform innvirker på sosial struktur i organisasjonen som også virker på utførelsen av arbeidet og de interne arbeidsoppgavene. Strukturen ved et sykehus, så vel som ved en enhet, kan dreie seg om hvordan autoritet er fordelt på de ansatte, altså



beslutningsmyndigheten til den enkelte, og gruppering av arbeidsoppgaver innen organisasjonen, (Mintzberg 1989). Den sosiale strukturen ved sykehuset eller sengeposten består ikke kun av de formelle sidene ved fordelingen av kompetanse, autoritet og arbeidsoppgaver, men i like stor grad av hvordan disse oppgavene løses i praksis.

### *3.3 Perspektiver på organisering av arbeidsprosessen*

Et perspektiv på organisering av arbeidsprosessen kan være at organisasjonsformen påvirkes av forholdet mellom miljø og organisasjoner. Formen til en organisasjon kan påvirkes av; usikkerhet til omgivelsene som bygger på endrede markedsforhold eller endring av teknologi, (Burns og Stalker 1994). En slik påvirkning av organisasjonsformen kan føre til en endring av organisasjonen. I motsatt fall vil organisasjoner som ikke påvirkes av slike forhold få en mekanisk organisasjonsform, (ibid). Organisasjoner med en mekanisk organisasjonsform vil ha liten grad av miljøendring. Slike organisasjoner preges av at arbeidsoppgavene er spesialiserte, det er til stede en streng arbeidsdeling mellom de ansatte, beslutningssystemet i organisasjonen er sentralisert og formalisert, og de ansattes innflytelse på organisasjonen er basert på posisjon.

Arbeidsmiljø som i større grad er i endring vil ha i seg en mindre spesialisert og streng arbeidsdeling, og et mindre sentralisert og formalisert beslutnings- og kommunikasjonssystem. Organiseringen vil i større grad være organisk og i stadig endring på bakgrunn av endringer i miljøet. Når det gjelder ulike former som organisasjoner kan innta, kan det settes opp fire dimensjoner som representerer de ulike organisasjonsformene, (Burns og Stalker 1994):

- Første dimensjonen som har betydning for organisasjonsform er, i hvilken grad arbeidsoppgavene er spesialiserte eller mindre spesialiserte.
- Andre dimensjonen er, i hvilken grad arbeidsdeling er streng mindre streng.
- Tredje dimensjonen er, i hvilken grad beslutningssystemet er sentralisert/formalisert eller desentralisert/lite formalisert.
- Fjerde dimensjonen er, om de ansatte får innflytelse ut fra posisjon eller kompetanse

---

Tverrfaglig samarbeid oppstår gjerne i organisasjoner hvor arbeidsoppgavene er spesialiserte. En følge av at arbeidsoppgavene er spesialiserte er stor grad av arbeidsdeling som både er streng og mindre streng. Arbeidsdelingen vil være streng i tilfeller hvor det er lovfestet at kun personer med en bestemt kompetanse kan utføre oppgavene. Beslutningssystemet i organisasjoner med et tverrfaglig samarbeid vil være sentralisert/formalisert. De ansatte i organisasjoner som har tverrfaglig samarbeid vil få innflytelse ut fra sin kompetanse.

Det er to forhold som har stor betydning for organisering og styring av tverrfaglig samarbeid. Det første forholdet er arbeidsoppgavene som skal utføres, og det andre er tiden en har til rådighet for utførelsen. Tid som faktor, sammen med arbeidsoppgavens form og størrelse, styrte i stor grad de ansattes atferd og virket inn på det tverrfaglige samarbeidet. To forhold som er med på å skape behov for tverrfaglig samarbeid er oppgaveavhengighet og mekanismer for samordning, (Thompson & McHugh 1995). Mekanismene for samordningen går på hvordan elementer i produksjon henger sammen og styres av hverandre. Oppgaveavhengighet og mekanismer for samordning sier noe om hvordan tverrfaglig samhandlingen mellom ansatte foregår og hvorfor det er nødvendig med tverrfaglig samhandling. En kan innen en organisasjon finne tre ulike former for oppgaveavhengighet, (ibid). Den ene, og den enkleste, formen for oppgaveavhengighet er der hvor arbeidsoppgavene utføres så å si uavhengig av hverandre. Her vil det i liten grad være behov for tverrfaglig samarbeid. Denne formen kalles aggregert oppgaveavhengighet. Med aggregert oppgaveavhengighet menes at en person sin utførelse av sine arbeidsoppgaver, i liten grad påvirker de andre sin mulighet til å utføre deres arbeidsoppgaver et annet sted. Eksistensen til organisasjoner med aggregert oppgaveavhengighet settes først i fare dersom få eller ingen gjør jobben sin. (Ibid).

I organisasjoner med en aggregert oppgaveavhengighet er de ansatte avhengig av hverandre for å oppnå et fastsatt resultat for arbeidet. Likevel krever den aggregerte oppgaveavhengighet liten grad av tverrfaglig samarbeid, (Thompson & McHugh 1995). At den aggregerte oppgaveavhengigheten krever liten grad av tverrfaglig samarbeid skyldes den måten arbeidet samordnes på. I organisasjoner med aggregert oppgaveavhengighet er måten arbeidet samordnes på basert på regler og rutiner. Slike rutiner og regler er med på å skape en forståelse av hvordan arbeidet skal utføres, og alle de ansatte vil derfor utføre

arbeidet på en noenlunde lik måte. En viktig forutsetning her er regelsettet, noe som betyr at situasjonene de brukes på er relativt få, stabile og enkle, (Thompson & McHugh 1995).

En annen form for oppgaveavhengighet er den som kalles seriekoblet oppgaveavhengighet. Her vil gjennomføringen av en arbeidsoppgave være avhengig av at noen andre har gjort sin arbeidsoppgave forut i tid. Altså må arbeidsoppgavene ved seriekoblet oppgaveavhengighet utføres i fast rekkefølge. Arbeidet som utføres ved en seriekoblet oppgaveavhengighet samordnes ved hjelp av planer, som angir hvem som skal utføre hver enkelt arbeidsoppgave og når hver enkelt arbeidsoppgave skal utføres i forhold til hverandre. Denne formen for samordning krever ikke samme form for rutine som samordning ved hjelp av regler og rutiner gjør, (ibid).

En tredje form for oppgaveavhengighet kan kalles gjensidig oppgaveavhengighet. En gjensidig oppgaveavhengighet karakteriseres ved at den enes resultater blir de andres utgangspunkt. Samordning av arbeidet ved en gjensidig oppgaveavhengighet skjer ut fra en gjensidig tilpasning, (ibid). En gjensidig form for oppgaveavhengighet krever en overføring av informasjon underveis i utførelsen av arbeidsoppgaven. På bakgrunn av informasjon foregår det en gjensidig tilpasning mellom de som samarbeider eller som er involvert i utførelsen av oppgaven. Et tverrfaglig samarbeid gjør seg sterkt gjeldende innen den gjensidige oppgaveavhengigheten, dette har å gjøre med et sterkt behov for utveksling av informasjon mellom ulike hierarkiske nivåer etter at arbeidet er i gang. I sykehus vil en for eksempel finne at leger, sykepleiere og terapeuter er avhengig av hverandre i sitt arbeid, dette fordi deres arbeid bygger på arbeidet til de andre. Dette gjelder også oppgaveavhengighet som er seriekoblet. Forskjellen mellom de to er at arbeid som har seriekoblet oppgaveavhengighet så går arbeidet i en retning, mens ved gjensidig oppgaveavhengighet går avhengigheten i vekslende retninger.

Organisasjoner med størst grad av de enkleste formene for oppgaveavhengighet, kan karakteriseres som mekaniske, det foretas altså et skille mellom organisk og mekanisk organisasjonstype, (Burns og Stalker 1994). De organisasjonene med en oppgaveavhengighet som er kompleks vil være organiske i organisasjonsformen, (ibid). Jo mer komplekse former for oppgaveavhengighet som finnes i en organisasjon, jo mer vil den fremtre som organisk. Dette skyldes at jo mer kompleks oppgaveavhengigheten er, jo oftere vil arbeidsoppgavene og arbeidsoppgavenes omgivelser endres. Dermed blir behovet

---

for kommunikasjon endret og mindre sentralisert. Samtidig vil arbeidet kunne bli mindre spesialisert gjennom de stadige tilpasningene og endringene, (Thompson & McHugh 1995). Dersom vi fokuserer på de ansattes behov for kommunikasjon i forhold til ulike arbeidsoppgaver og situasjoner, fremtrer forbindelseslinjene mellom de to teoretikerne klart: Jo mer komplekse sammenhenger mellom arbeidsoppgavene, jo større informasjons- og kommunikasjonsbehov vil finne sted. Den tredje og fjerde dimensjonen viser til forhold rundt dette. Kan beslutninger og innflytelse sentraliseres og formaliseres, eller må de desentraliseres?

Om årsaksretningen går fra arbeidsoppgavene til innflytelse fra første til fjerde eller omvendt, eller begge veier, er et åpent spørsmål. I dette tilfelle ga mine data indikasjoner på hvilke variabler som var viktigst for organiseringen varierte i forhold til en kombinasjon av enhetens størrelse, arbeidsoppgavens art, og pasientene, og de mulighetene de ga til planlegging i forhold til endringer og tid.

Disse to teoriene om organisasjonsstruktur kan sees opp mot den organisasjonsform som karakteriseres som profesjonelt byråkrati, (Mintzberg 1989). Det er innenfor denne formen for byråkrati at Mintzberg plasserer organisasjoner som sykehus. På samme måte som struktur har innvirkning på organiseringen av virksomheter, så har formen til organisasjoner betydning for arbeidet som skal utføres i virksomheten. Det har blant annet betydning for strukturen og behovet for tverrfaglig samarbeid. I tråd med avhandlingens fokus er det fruktbart å se organisasjonsstruktur og organisasjonsformer i forhold til hverandre, Dette fordi det organisasjonsstruktur påvirker organisasjonsform. Dette er interessant men å skulle gi et fullstendig bilde av området vil bli en for stor oppgave her, ut fra omfanget til avhandlingen. Derfor skal jeg heller gjøre rede for min forståelse av de empiriske dataene.

Så langt har jeg sett på og definert organisasjonsbegrepet, samt ulike organisasjonsformer. Jeg har redegjort for sykehus som organisasjon og plassert dette innenfor den byråkratiske organisasjonsformen, videre har jeg sett på ulike perspektiver på organisering av arbeidsprosesser. Videre i kapittelet diskuteres byråkratiet som organisasjonsform, og sykehusorganisasjonen sees i forhold til den byråkratiske organisasjonsformen.

### 3.4 *Byråkratiet som organisasjonsform*

Enkelte organisasjoner karakteriseres som byråkratier, eller hevdes å være byråkratisk i organisasjonsform. Hva som karakteriserer denne organisasjonsformen er at den inneholder følgende trekk; et hierarki basert på autoritet og spesialisering, videre et hierarki med spesialisering, som er upersonlig og inneholder et system av regler, (Blau 1987). I en organisasjon som er byråkratisk er arbeidet systematisk delt opp i flere arbeidsoppgaver, og styringen med utførelsen av arbeidsoppgavene vil være sentralisert. Dette fører til at byråkratiske organisasjoner kan håndtere mange tilfeller på en lik måte på grunn av systematisering og sentral styring i form av regler. Det blir ansatt "eksperter" og aktivitetene blir en strengt definert struktur som samordner aktivitetene. Hierarkiet fører til at direktiver kommer fra toppen og går nedover. Dette forutsetter at det også er kanaler andre veien, fra bunn til topp i hierarkiet, slik at informasjon om det som skjer lenger ned i hierarkiet når toppen. Likevel gjør strukturen til byråkratiet som er formet som en pyramide, at informasjonsstrømmen blir et problem, (Mintzberg 1989). Grunnen til at informasjonsstrømmen blir et problem i følge Mintzberg er at det enten blir for lite eller for mye informasjon, og fordi informasjonen som går oppover eller nedover kan havne på feil plass i organisasjonen eller den kan være vanskelig å få ta i.

Organisasjoner som operer innenfor stabile miljø, hvor de selv definerer forutsetningene, har en tendens til å velge en byråkratisk organisasjonsform, med formalisering, standardisering og spesialisering, (Mintzberg 1989). Ved å velge en byråkratisk organisasjonsform ønsker organisasjonen å skaffe seg bedre oversikt over de interne prosessene samt å oppnå bedre forutsigbarhet i organisasjonen. En byråkratisk organisasjonsform kan bidra til bedre oversikt og forutsigbarhet, men på den andre siden kan denne organisasjonsformen gjøre at det blir stor avstand fra toppen av hierarkiet og til der hver arbeidet i organisasjonen utføres. Stor avstand fra topp til bunn av hierarkiet kan gjøre positive og negative sider ved tverrfaglig arbeid så å si usynlig for ledelsen. For å bedre ledelsens oversikt kan en løsning være en desentralisering av store organisasjoner, i

---

motsetning til å velge en byråkratisk organisasjonsform. En desentralisering innebærer at beslutningsmyndigheten flyttes ned på et lavere nivå i hierarkiet, noe som kan gi bedre oversikt og føre til bedre ledelse av det tverrfaglige samarbeidet.

### 3.5 *Sykehusorganisasjonen som byråkrati*

Jeg vil her ta for meg organisering av sykehus og se denne i forhold til byråkratisk organisasjonsform. Dette gjøres fordi det kan belyse noen av de forholdene som den deltakende observasjonen avdekket. I mange av beskrivelsene av de hendelsene jeg tok del i kom det frem flere forhold ved organiseringen som var det interessante. Ved å på forhånd diskutere teori blir det lettere å se forholdet mellom organisasjonsformen og det tverrfaglige samarbeidet. Dagens sykehus kan sies å være bygd opp som rasjonelle og byråkratiske organisasjoner. Dette kommer til uttrykk ved at de ansatte har spesialisert kunnskap, og som en følge av dette også mye ansvar og autoritet. At de ansatte har behov for spesialisert kunnskap kommer som en følge av at arbeidsoppgavene de utfører er spesialiserte. Som en følge av spesialiserte arbeidsoppgaver og behovet for spesialisert kunnskap oppstår det et behov for samarbeid. Arbeidsoppgavene og de ansatte som sammen skal utføre oppgavene blir styrt av regler for hvem som kan gjøre hva. Det er i følge lov om helsepersonell av 1999, kun leger og psykologer som kan opptre som selvstendige behandlere av pasienter. Hierarkiske prinsipper spiller også en viktig rolle for strukturen. En slik organisering ligner på det hierarkiet som Weber skisserer. Likevel er det her en forskjell og det er at de ansatte er autonome og at de har et etisk ansvar som følge av sin kunnskap. De ansattes spesialiserte kunnskap skal dekke organisasjonens totale behov for kunnskap. Disse forholdene gjør det nødvendig med en arbeidsdeling. Ut fra den kunnskap de ansatte har kan det foretas en inndeling av dem i to grupper; den ene gruppen består av de ansatte som har såkalte servicefunksjoner, den andre gruppen av de som regnes som profesjonelle. En slik inndeling fører til det Mintzberg referer til som: "what frequently emerge in the Professional Bureaucracy are parallel administrative hierarchies, one democratic and bottom up for the professionals, and a second machine bureaucratic and top-down for the support staff", (Mintzberg 1983).

Dette forstås som at profesjonelle aktører har en autoritet som er basert på demokrati, i motsetning til de ikke profesjonelle aktørene som har en autoritet som er maskinorientert, (Mintzberg 1983). I praksis betyr dette at de ikke profesjonelle aktørene får sine direktiver fra toppen av hierarkiet. Denne forskjellen mellom de profesjonelle og de ikke profesjonelle aktørene kan skape konflikt mellom ulikheten i deres autoritet. Ser vi dette i forhold til de ansatte i et sykehus så vil legene og psykologene være profesjonelle aktører og dermed autoritet basert på demokrati. Sykepleierne på sin side vil være ikke profesjonelle aktører og ha autoritet som er maskinorientert. Det som skiller de to yrkesgruppene er at legene har mulighet til å påvirke de beslutninger som tas på toppen av hierarkiet, en mulighet som ikke sykepleierne har. Sykepleierne må altså ta i mot beskjeder fra ledelsen og legene. Inndelingen i enheter som er til stede i sykehus som organisasjon utgjør en horisontal desentralisering av funksjoner. På denne måten blir sykehusets virksomhet oppdelt i avdelinger, klinikker eller poster, (alt etter som hva man velger å kalle enhetene), med sine spesielle arbeidsområder. Med en slik oppdeling av virksomheten oppstår det et ekstra ledelsesnivå. Funksjonen til dette ekstra ledelsesnivået er å redusere ledelsesmessige kontrollspenn, ved at organisasjonen får flere mellomledere mellom topp og bunn av hierarkiet. Videre betyr dette også en overføring av makt og beslutningsmyndighet, en overføring som kan være vanskelig å gjennomføre. Dette skyldes det forhold at det veldig ofte er toppen som har all makt i en horisontalt og sentralisert organisasjon, (Mintzberg 1983).

I sykehus så kan arbeidsprosesser lett bli lite synlige som følge av at de er komplekse. Dette kan føre til at de ansatte ikke ser betydningen av egen innsats i forhold til helheten. At det eksisterer en inndeling i ulike enheter med hvert sitt funksjonsområde kan gjøre at enhetene ikke forstår hverandre. Videre kan dette føre til at enhetene ikke trekker i samme retning og at det oppstår konflikter mellom enhetene. For å få bukt med disse problemene kreves det samordning og ledelse. Byråkratier har ofte konsentrert makt og kontroll på toppnivå, noe som fører til at hierarkiets mellomnivå taper retten til å bestemme, tolke regler og kontrollere resultatet. Dermed får mellomnivået redusert sin mulighet til å kontrollere viktige beslutninger, autonomi i forhold til egne arbeidsoppgaver og muligheten for å styre andres arbeid. Posisjonen til mellomleder blir svakere samtidig som avstanden mellom leder og ledet blir større. Makten som toppen har over de lengst

---

nede blir lite effektiv, samtidig som avstanden mellom de som gir regler og de som skal bruke dem blir for stor. Dette kan føre til at de som reglene lages for kan gå imot regler de anser som ubrukelige. Dette fører til at uformelle prosedyrer oppstår.

På mange måter er et moderne sykehus lik en hver byråkratisk organisasjon med forskjellige avdelinger og stillinger som går på økonomi, personal, edb osv. Et sykehus har i tillegg avdelinger som behandler pasienter, transporterer folk, informerer innenfor institusjonen og utenfor, tar seg av øyeblikkelig hjelp osv. Man har komiteer som arbeider med kvalitetskontroll, hygiene og etiske spørsmål, og som må ta stilling til tekniske, vitenskaplige, kliniske og moralske standarder som helsepersonalet moter i sitt daglige arbeid. Avdelingene er organisert rundt de funksjonene de skal utføre, men også ut fra det markedet de skal betjene, nemlig forskjellige pasientkategorier. Alle disse kravene fra omgivelsene og kompleksiteten i organisasjonen, gjør at det ikke kan bli en "rendyrket" byråkratisk organisasjon, men vil få andre trekk i tillegg.

### 3.6 *"Profesjonelle organisasjoner"*

Sykehusorganisasjoner blir ofte benyttet som eksempler på profesjonelle byråkratier. Innholdet i og hva et profesjonelt byråkrati er avhengig av kan sies å være: "The Professional Bureaucracy relies for coordination on the standardization of skills and its associated design parameter, training and indoctrination. It hires duly trained and indoctrinated specialists – professionals – for the operating core, and then gives them considerable control over their own work" (Mintzberg 1983:190).

Arbeidet i sykehus er spesialisert med inndeling i enheter med ulike arbeidsområder. En måte å se organiseringen av sykehus på er at det er kjernefunksjonene som virksomheten er organisert rundt, "... the operating core is the key part of the Professional Bureaucracy" (Mintzberg 1983:194). Det er altså kjernen som er det sentrale for organisasjonens virksomhet og de ansatte, ved at det er de profesjonelle som er autonome, mens de som tilhører servicefunksjonene står til tjeneste for de profesjonelle. I et byråkrati som er



profesjonelt vil formalisering i forhold til de profesjonelles arbeid ikke være nødvendig. I motsetning til dette er tilknytningen til de som ikke er profesjonelle standardisert og styrt av regler.

Videre er organisasjoner av denne typen svært avhengig av det ledd som utfører arbeidet eller produksjonen, det vil si der de profesjonelle befinner seg.

Dette skyldes at ingen kan erstatte de profesjonelle uten å ha tilsvarende utdanning, på grunn av kompleksiteten i deres arbeid og fordi deres kompetanse er etterspurt. Av dette følger at de profesjonelle som gruppe vil ha betydning for utvikling, trivsel og struktur i organisasjonen. Forskjellen mellom "maskinbyråkrati" og "profesjonelt byråkrati" er at førstnevnte, "relies on authority of a professional nature – the power of expertise" (Mintzberg 1983:192).

### *3.7 Profesjonelle organisasjoner og tverrfaglig samarbeid*

Skille mellom profesjonelle og ikke profesjonelle organisasjoner foretas også av Etzioni. Sykehusene blir regnet for å tilhøre de profesjonelle organisasjonene, på grunn av forhold som:

- at profesjonell kunnskap blir benyttet, samtidig som denne kunnskapen videreutvikles
- at de profesjonelle utgjør en stor gruppe av de ansatte
- de ansatte som regnes som profesjonelle har stor betydning for aktivitetene som organisasjonens hovedmål består av, (Etzioni 1978).

Lange tradisjoner og hierarki preger sykehusene, slik at enkelte avdelinger ofte blir preget av kulturer som er uformelle. Når en organisasjon inneholder ansatte som er høyt kvalifisert kan dette føre til at subkulturer dannes. Disse subkulturene er ofte sterke på grunn av at de ansatte er høyt kvalifisert. At slike subkulturer dannes kan enten lede til økt samarbeid eller at samarbeidet minskes. Dette skjer fordi ved å være høyt kvalifisert ofte leder til en sterk lojalitet i forhold til yrke. Rollen som følger av yrke forsvares i forhold til andre grupper. Ledelsen må som følge av dette ta hensyn til den uformelle kulturen, noe

---

som kan bidra til problemer. Thompson & McHugh (1995) hevder at subkulturer som er uavhengige og derfor har egne verdier som tilfelle er for ”profesjonskulturer”, hindrer at en felles kultur utvikles for hele organisasjonen.

En profesjonsdominans hovedsakelig ledet av leger var tilfelle på sykehusene for 20 år siden. Dagens sykehus blir ikke lenger utelukkende ledet av leger, men også av andre grupper uten helsefaglig utdannelse som for eksempel jurister og økonomer. Det kan utvikle seg et hierarki basert på stillinger, som en følge av profesjonsinteresser, og dette trenger ikke komme pasientene til gode (Repstad 1992.) Følgen av et slikt stillingshierarki er at det opprettes mellomlederstillinger, for at enkelte yrkesgrupper skal bli tilfredsstilt. Slike mellomlederstillinger er ment å skulle ha administrative oppgaver. Opprettelsen av mellomlederstillinger kan fore til at organisasjonen blir topptung, med mange ledere i forhold til de som faktisk skal utføre arbeidet. Repstad sier at en slik utvikling fører til at man får for mange ”generaler” i forhold til ”fotsoldater” (Repstad 1992). Det at andre yrkesgrupper har kommet inn og ledet sykehus har ført til at produksjonsmålene har blitt mer lik de man har i private produksjonsbedrifter. Dette har ført til produksjonsmål for sykehus som går på behandlede pasienter per ressursinnsats.

Sykehusene har som følge av dette fått større fokus på gjennomstrømningen av pasienter, ved at hver pasient blir tildelt mindre tid. På denne maten oppnås et bedre resultat i forhold til målsettingen, som er produktivitet, effektivitet og kvalitet.

### *3.8 Påvirkes organisasjonen av strukturen*

Alle organisasjoner har som mål å være effektive slik at en kan oppnå størst mulig gevinst. Slike mål fordrer at organisasjonen skaper en struktur som fører til en effektiv utnyttelse av organisasjonens ressurser. Det er mange forhold ved organisasjonen som har betydning for dens tilpasning, slik at effektivitet oppnås. Noen slike forhold kan være organisasjonens alder og størrelse, det tekniske utstyret som benyttes, krav fra omgivelsene og maktfordeling. Mintzberg (1983) hevder at for å oppnå en effektiv struktur så må det være konsistens mellom de nevnte forholdene. Her er evnen til å tilpasse seg situasjonen

viktig. Jo større en organisasjon er det vanskeligere har den for å tilpasse seg nye situasjoner. Mindre organisasjoner har lettere for å få til en slik tilpasning. Dette skyldes at små organisasjoner har en funksjonell struktur med et lite administrativt hierarki. Større organisasjoner har gjerne mer formaliserte strukturer med regler, prosedyrer etc.

Organisasjoner blir i stor grad påvirket av ledelsesstrukturene (Mintzberg 1983). At makten konsentreres på toppen kommer som en følge av utenforstående eieres behov for kontroll. Konsentrasjon av makten på toppen av hierarkiet kan ha betydning for og påvirke ledelsen. Dette fører til at det utvikles et stort regelverk, for at en utenforstående eier skal kunne ha den interne kontrollen. Et eksempel på utenforstående eiere kan være staten. I en artikkel av Haug og Berg blir det hevdet at de som leder det administrative hierarkiet, som oftest en direktør som er utpekt av styret, oppstod som en følge av bekymring for utgiftene og et behov for indre koordinering (Haug og Berg 1998). Det blir også hevdet at den administrative sjefen er han som har mest makt i det profesjonelle byråkrati (Mintzberg 1983). Dette til tross for at makten som den administrative sjefen besitter lett kan overtas av de profesjonelles i form av kollektive makt (ibid).

Det økende behovet for samordning og grupper som er integrerte har kommet som en følge av spesialiseringen. En faglig basert autoritet vil gjøre av avdelingsoverlegen mister autoritet i forhold til egen som vel som andre avdelinger, som følge av økende spesialisering. Grunnlag for makt gis ut fra formelle posisjoner i hierarkiet, men makt kan også forekomme på organisasjonens lavere nivåer. Autonomi, faglig kompetanse eller ekspertise kan gi profesjonelle makt. Som følge av dette kan makten befinne seg hos profesjonene på bunn av hierarkiet, i motsetning det vanlige som er på toppen. Dette blir sett på som "... a highly democratic structure, at least for the professionals of the operating core" (Mintzberg 1983:197).

I hierarkiet er det vanlig at de ansatte vil forsøke å oppnå egenkontroll med og makt over eget arbeid. Maktkamp blir dermed ikke uvanlig siden det råder ulike oppfatninger i forhold til hvem som skal kontrolleres og hvem som skal kontrollere, samt hvem som skal ha kontroll med de ulike aktivitetene. I situasjoner hvor "det profesjonelle byråkrati" ikke fungerer eller hvor ledelsen får følelsen av at det ikke fungerer, kan dette resultere i en blanding som peker mot "mekanisk byråkrati", hvor administrasjonen har mer kontroll og beslutningsmyndighet over profesjonene.

---

Påvirkes organisasjonen av strukturen? På bakgrunn av dette kan en forstå at organisasjoner påvirkes av strukturen ved at det velges en organisasjonsform med tanke på best mulig utnyttelse av organisasjonens personalressurser. Teorien til om ulike organisasjonsformer viser dette (Thompson & McHugh 1995)

### 3.9 *Sammendrag*

I tråd med avhandlingens problemstilling ble det i dette kapittelet satt fokus på organisasjonsbegrepet og organisasjonsform, samt at jeg har sett på ulike perspektiver ved de ulike organisasjonsformene. Grunnen for å ha med et kapittel om organisasjon er at sengeposten hvor jeg studerte tverrfaglig samarbeid mellom de ansatte var en del av et sykehus som utgjør en stor organisasjon. For å forstå tverrfaglig samarbeid mellom ansatte i sykehus så vel som internt ved en sengepost, er det avgjørende å vite noe om sykehusets organisasjonsform. Formen sier mye om hvorfor praksis er som den er. I tillegg er det viktig for analysen å ha kunnskap om sengepostens plassering i sykehuset som organisasjon.

Så langt er det i lys av problemstillingen, som forsøker å finne svar på hvilke utfordringer som er knyttet til tverrfaglig samarbeid, fokusert på organisering. I det neste kapitelet vil jeg rette fokus på tverrfaglig samarbeid. For å belyse dette diskuteres skille mellom tverrfaglig samarbeid og flerfaglig samarbeid, i lys av perspektivet om interaksjon beskrevet hos Lauvås & Lauvås (2004).

## 4 TVERRFAGLIG SAMARBEID

Når en skal se på samarbeid i en sykehusorganisasjon er det gjerne med et bakenforliggende ønske om å forstå samspillet og forbedre det eksisterende. Avhandlingen forsøker å forstå forhold som virker inn på det tverrfaglige samarbeidet i en sengepost.

I det foregående kapittelet i avhandlingen har jeg fokusert på systemet og berørt sykehuset som en byråkratisk organisasjon og som en profesjonell organisasjon. I denne delen av avhandlingen rettes fokus på tverrfaglig samarbeid i et sykehus som kan forstås som en profesjonell organisasjon. I kapittelet er fokus tverrfaglig samarbeid, og hvilke forhold som virker inn på tverrfaglig samarbeid. Først vil jeg kort redegjøre for forståelsen av begrepet tverrfaglig samarbeid i lys av Lauvås og Lauvås (2004) sin tilnærming. Videre vil jeg belyse forhold som virker positivt og forhold som virker negativt på tverrfaglig samarbeid. Dette drøftes i lys av svinnteoriene til Kaufmann og Kaufmann (1996).

### 4.1 *Begrepet tverrfaglig samarbeid.*

Begrepet tverrfaglig samarbeid innebærer behovet for samarbeid mellom ansatte som har ulik faglig bakgrunn. Et slikt samarbeid innebærer at de som samarbeider har forskjellig kompetanse, altså at samarbeidet skjer mellom aktører som representerer ulike fag (Lauvås og Lauvås 2004). På bakgrunn av dette kan en forstå at et godt tverrfaglig samarbeid forutsetter at en klarer å utnytte ulikhetene i kompetanse, erfaring og roller hos hverandre som samarbeidspartnere. Målet med tverrfaglig samarbeid er slik jeg ser det å få til en helhetlig forståelse for problemstillingene i organisasjonen. Lauvås og Lauvås (2004) hevder at tverrfaglig samarbeid påvirkes av flere forhold ved samarbeidsformen og aktørene som inngår i samarbeidet. Forskjellen mellom et samarbeid som er tverrfaglig og flerfaglig samarbeid ligger i kontakten mellom aktørene. I tverrfaglig samarbeid er det tett kontakt mellom aktørene som samarbeider, noe som ikke er tilfelle for flerfaglig samarbeid (ibid).

---

## *4.2 Hva innebærer tverrfaglig samarbeid og hvilke forhold har innvirkning på slikt samarbeid.*

Alt arbeid som blir utføres av mer enn en person krever samarbeid i en eller annen form. Å skulle samarbeide om utførelse av arbeidsoppgaver kan ha både fordeler og ulemper ved seg. Det finnes ingen oppskrift for den ideelle måten å samarbeide på. Dannelse av team krever utstrakt samarbeid mellom team. Også samarbeid i team omfatter forhold som kan virke positivt og negativt på samarbeidet mellom medlemmene av teamet. Sykehusets inndeling i enheter kan være en medvirkende årsak til dannelse av team i hver enhet. Innen hver av enhetene som sykehuset er organisert kan det sies at man finner team, og disse kan bestå av leger, psykologer, sykepleiere, hjelpepleiere og sosionomer for å nevne noen. Når et team består av personer med ulik faglig bakgrunn kan det snakkes om det såkalte tverrfaglige team (Lauvås og Lauvås 2004). Det kan være flere forhold ved måten å samarbeide på som både kan virke positivt og negativt inn på det tverrfaglige samarbeidet (ibid). Alle måter å samarbeide på har i seg både positive og negative sider, det finnes altså ingen arbeidsform som er en idealform uten negative sider. Dette gjelder også samarbeid i team, følgelig har teamarbeid både positive og negative sider ved seg.

Et forhold som er positivt ved tverrfaglig samarbeid er at teamets medlemmer kan presentere ulike løsninger ut fra sine forskjellige faglige ståsteder. Dette fører til et annet positivt forhold ved tverrfaglig samarbeid nemlig at de problemer som oppstår blir belyst med stor faglig bredde. Hensikten med tverrfaglig samarbeid er å utnytte ressursene i teamet optimalt. Dette er imidlertid et vanskelig mål å nå. At målet om optimal utnyttelse er vanskelig å nå har å gjøre med teamets evne til raskt å løse eventuelle problemer ved samarbeidet. Dette er viktig for at ikke problemene skal innvirke på teamet slik at ressursutnyttelsen reduseres. Det er av denne grunn svært viktig for tverrfaglige team å klare å avdekke forhold som har negativ innvirkning på tverrfaglig samarbeid.

Forhold som har negativ innvirkning på tverrfaglig samarbeid og som reduserer effekten av slikt samarbeid blir kalt "svinnfaktorer" (Kaufmann og Kaufmann 1996). Påvirkning av

slike ”svinnfaktorer” kan bidra til at målet om å utnytte gruppens ressurser fullt ut ikke oppnås. ”Svinnfaktorene” bidrar altså til å motvirke at tverrfaglig samarbeid blir velfungerende (ibid). En synliggjøring av de forhold som har negativ innvirkning på tverrfaglig samarbeid er derfor viktig for å kunne redusere effekten av slike ”svinnfaktorer”. Dersom det ikke lykkes i et team å oppdage ”svinnfaktorer”, så vil det heller ikke være mulig å gjøre noe for redusere den negative innvirkning de har på teamet og dette bidrar til at teamet ikke får utnyttet sine ressurser maksimalt (Kaufmann og Kaufmann 1996). Overfører man dette forholdet til det tverrfaglige samarbeidet som er til stede i en sengepost, hvor målet er å yte en så god og effektiv behandling som mulig, så vil målet ikke nås så effektivt og behandlingen ikke bli så god hvis ulike svinnfaktorer ikke blir identifisert. Dersom ansatte i en sengepost ikke lykkes med å avdekke de forholdene som virker negativt inn på det tverrfaglige samarbeidet så kan slike forhold eller svinnfaktorer virke negativt for effektiviteten i arbeidet, eller gjøre utførelsen av arbeidet dårligere. Dersom det tverrfaglige teamet lykkes med å avdekke forhold eller svinnfaktorene som har negativ innvirkning kan dette gjøre at det tverrfaglige teamet får løst problemet. En slik løsning av problemer som oppstår kan føre teamet nærmere målet om optimal utnyttelse av ressursene og gjøre behandling effektiv og kvalitativt god.

Innen samarbeidende grupper finner man ofte grenser eller rammer for akseptert og ikke akseptert adferd. Disse grensene eller rammene for akseptert og ikke akseptert adferd kan kalles normer. En norm kan defineres som ikke skriftlige regler, som setter grensene for hvilke handlinger som er akseptert innenfor gruppen. Hvis en i gruppen bryter gruppens normer kan dette føre til sanksjoner fra de andre i gruppen. Hva slags sanksjoner en kan vente seg ved normbrudd i grupper kan variere. De andre medlemmene av gruppen kan overse handlingen, altså at handlingen ikke blir sanksjonert. Elle så kan gruppens medlemmer velge å gjøre det motsatte nemlig å si fra til han som utførte normbruddet, at denne type handling aksepteres ikke. Gruppen oppnår ved bruk av sanksjoner at medlemmene av gruppen ikke handler i strid med normene. Medlemmene velger følgelig å holde seg innefor normene i gruppen, fordi de ikke ønsker å bli sanksjonert. Et slikt ønske om ikke å bli sanksjonert kan føre til konformitet innefor gruppen, dette innebærer at gruppens medlemmer følger rammene som normene setter strengt. En negativ følge av bruken av sanksjoner er at medlemmenes ”frykt” for å bli sanksjonert kan bidra til en for streng konformitet innen gruppen, (Kaufmann og Kaufmann 1996). For streng konformitet hos gruppens medlemmer virker negativt på det tverrfaglige samarbeidet fordi det kan føre

---

til at ingen våger eller orker å komme med forslag til løsninger av problemene som er til stede. I grupper hvor medlemmene ikke tør komme med forslag i frykt for sanksjoner reduseres gruppens evne til å utvikle seg ved å tenke nytt. Andre grupper dette kan være tilfelle for er grupper som har et sterkt ønske om å oppnå konsensus, da dette kan redusere muligheten til å komme frem til den beste løsningen. Grupper hvor ønske om konsensus er sterkt kan ha manglende evne til å finne de beste løsningene, noe som skyldes at ikke alle forslag til løsning kommer med i diskusjonene. For de fleste grupper vil dette likevel ikke være tilfelle, da ønsket om å finne frem til den beste løsningen er større enn ønsket om å oppnå konsensus, (Kaufmann og Kaufmann 1998). Hvis grupper ikke gjør noe for å avdekke eller redusere effekten av ”svinnfaktorer” så kan dette bidra til å redusere gruppens kreativitet. Dette blir derfor som å sette ønske om å bli enige over det å finne frem til effektive måter å løse problemene på (Janis 1982).

En gruppes evne til selv å løse sine egne problemer krever at medlemmene deltar i problemløsningen. Det kan ved studier av grupper oppdages i hvilken grad medlemmene deltar, og at det enkelte medlems deltakelse varierer. Dette har betydning for gruppens evne til å løse problemene, og for hvordan problemene løses på. Gruppens problemløsning avhenger ofte av hvor aktive det enkelte medlem er. Som regel er det slik at de mest aktive medlemmene også er de som blir hørt og dermed også får det avgjørende ordet med hensyn til hvordan problemene løses. Det blir ofte slik i en gruppe at de er de mest aktive medlemmene som får det avgjørende ordet for hvordan problemene skal løses. Dette kan igjen føre til at det blir de samme personene som styrer diskusjonene i gruppen. Medlemmene i gruppen er forskjellige når det gjelder om de ønsker å være i fokus eller holde seg i bakgrunnen. Dette har også betydning for den enkeltes deltakelse.

En annen viktig faktor ved problemløsning i grupper er ”tid”. Med dette menes den arbeidstid som går med totalt sett i gruppen for å løse problemer. Når problemer løses individuelt er det kun arbeidstiden til en person som går med, for team vil det dreie seg om arbeidstiden for hele gruppen totalt sett. Dette betyr at når problemer løses av gruppen i fellesskap så vil det gå med mer tid, enn tilfelle er når en person løser et problem alene, (Kaufmann og Kaufmann 1996). Det må altså oppnås noe mer ved problemløsning i grupper enn individuell problemløsning for at den ekstra tidsbruken skal kunne rettferdiggjøres. Dersom en velger å se på kvalitet så kan dette være noe som kan rettferdiggjøre den ekstra tidsbruken, ved at løsningen blir bedre når den kommer fra



gruppen enn når den kommer fra et medlem alene. Et annet forhold er aksept i gruppen. Løsninger som kommer fra gruppen blir lettere akseptert enn individuelle løsninger av problem, (Kaufmann og Kaufmann 1996).

Det er fordeler og ulemper med teamarbeid så vel som med individuelt arbeid. Fordelene og ulempene oppdager man ved å sammenligne de to arbeidsformene i forhold til hverandre. En fordel ved individuelt arbeid er at dette ikke byr på noen uoverensstemmelser når det gjelder utførelsen av arbeidet. En ulempe ved individuelt arbeid kan i denne sammenheng være at man ikke vet hvordan en arbeidsoppgave skal utføres. Dette skyldes at man har ikke den nødvendige kompetansen. Det er flere ulemper ved teamarbeid, en av disse er medlemmenes forventninger og standarder når det gjelder hvordan gruppen skal fungere (Hammersley 2000). En av disse kan være dårlig kommunikasjon. Med dette menes at teammedlemmene snakker forbi hverandre, ofte blir det ikke forutsatt at dårlig kommunikasjon forekommer. At dårlig kommunikasjon forekommer kan føre til uoverensstemmelse mellom gruppens medlemmer. Et eksempel på hva som menes med dårlig kommunikasjon mellom teammedlemmer ved å sammenligne teamarbeid med en familie i julen. Medlemmene i en familie har alle sine forventninger til julen, og tilfelle er at man ofte er mer lykkelig og harmonisk i julen sett i forhold til i hverdagen (Hammersley 2000). Dette skyldes de forventningene som hver enkelt har til julen. Er forventningene til julen jevnt over mer positive enn til hverdagen, og dersom forventningene innfris vil dette oppleves som lykke og harmoni, (Hammersley 2000).

Det samme vil gjelde i gruppearbeid, når alt går som forventet vil dette oppleves som veldig bra og konstruktivt. En ulempe som her kan komme når ting ikke går som det skal eller var forventet er det ekstra stresset som medlemmene opplever, (Hammersley 2000). Den største forskjellen mellom forventninger til individuelt arbeid og teamarbeid er at i sistnevnte vil det gå ut over andre enn bare en selv når noe går galt, og dette vil være med på å stresse medlemmene. En annen forskjell er at arbeid i team kan oppleves som tidkrevende og krevende, fordi man må ha støtte fra de andre medlemmene for å få gjennomført noe. Dette er ikke tilfelle for individuelt arbeid (ibid). Et annet eksempel som tar opp teamarbeid er Mintzberg (1983) sitt eksempel med en pottemaker. Hvor man går fra å lage pottes alene til å ta inn flere i produksjonen ut fra ønske om å produsere flere pottes. Mintzberg prøver ved dette eksempelet å vise at for at større produktivitet skal

---

oppnås så må selve organiseringen av arbeidsprosessene ikke i seg selv ta tid. Dersom det brukes tid på å vente på hverandre eller avklare med hverandre hvordan ting skal gjøres oppnås det ingen økning i produktiviteten.

I sykehus er det også andre forhold enn produktivitet som ligger til grunn for opprettelse av team, som ønske om å gjøre bruk av spesialister i hver arbeidsprosess.

En annen svakhet ved teamarbeid er ”*emosjonelt arbeid*” (Hammersley 2000). De vanligste ”*emosjonelle*” arbeidsoppgavene er knyttet til en forventning om at teamets medlemmer skal håndtere problemene til pasientene på en effektiv og positiv måte. Det er et krav om at teammedlemmene skal like å arbeide (ibid). Et slikt krav passer godt til et arbeid som er både utfordrende og godt betalt, men dårlig i forhold til arbeid som ikke er det. For arbeid som ikke er utfordrende og godt betalt kan kravet bli en belastning. Arbeidsplasser i helsesektoren blir brukt som eksempel på krevende arbeid. For krevende arbeid opplever man ofte at de ansatte benytter humor, kynisme og distanse til eget arbeid for å få opplevelsen av eget arbeid som mindre krevende. En total emosjonell knytning til denne typen arbeid kan være belastende og føre til uproduktivitet i slike tilfeller. Det hevdes derfor at teamarbeid kan være for krevende for den enkelte når det gjelder jobben en utfører (ibid).

Så langt har jeg sett på forhold ved tverrfaglig samarbeid som kan medvirke til at ressursene til teammedlemmene ikke blir utnyttet til det fulle. Forhold som virker inn på det tverrfaglige samarbeidet er hovedsakelig kommunikasjon, uenighet, medvirkning, humor...

I det videre skal jeg se på hvordan tverrfaglig samarbeid kan forstås som teamarbeid.

### ***4.3 Teamarbeid med medlemmer med ulik faglig bakgrunn***

I team og teamarbeid har man som regel medlemmer som er ulike som person og med ulik bakgrunn. Stangor (2004) diskuterer fordeler og ulemper ved ulikhet i team. Fordelene han

nevner ved medlemslikhet i team er først og fremst gjeldene for medlemmer med samme personlighet og syn på verdier. Han hevder at team bestående av like medlemmer er med på å styrke fellesskapsfølelsen, og at dette fører til mindre tidsbruk for å oppnå enighet om hvordan arbeidet best skal utføres. I denne sammenheng peker Stangor (2000) på forskning som viser at grupper med like personligheter samarbeider bedre og har lavere konfliktnivå enn grupper med ulike personligheter. Som svar på hvorfor dette er tilfelle, nevner Stangor (2000) to mulige årsaker; for det første at kommunikasjon i grupper med like medlemmer er enklere, for det andre at gruppen enklere lar seg mer effektivt koordinere. Det blir også fremhevet at det ikke er utelukkende er positive faktorer ved team bestående av like medlemmer (Stangor 2000). Et eksempel på dette er den reduksjon i konformiteten en kan se i grupper bestående av ulike medlemmer. For gruppen kan dette bety flere diskusjoner og spørsmål til hvordan arbeidet bør utføres, samt økt kreativ tenkning. Det viser seg at grupper bestående av ulike medlemmer jevnt over presterer bedre enn tilfelle er for grupper med like medlemmer, (Levi 2001). Dette skyldes den mulighet for at ulike medlemmer kan gi positive holdninger hos medlemmene. Samtidig blir det fremhevet at hvis ulikhetene blir for ekstreme så vil dette være problematisk med hensyn til prosessene i gruppen og kan føre til konflikter i teamet (Stangor 2000). En annen negativ faktor er at beslutninger tar lengre tid å få på plass i grupper med ulike medlemmer, noe som kan skape misnøye hos medlemmene. Dette kan føre til høyere grad av turnover og utskiftninger av de ansatte (ibid).

Det kan være at team bestående av ulike medlemmer likevel kan ha en positiv kraft i seg, (Kaufmann og Kaufmann 1998) hevder på sin side at det er en positiv kraft i det at team består av medlemmer som er ulike. De ser på heterogenitet i grupper som noe positivt i forhold til ustrukturerte oppgaver, så vel som når arbeidsoppgavene krever omstrukturering og endring av perspektiv. I team med like medlemmer kan man fort bli fastkjørt i en bestemt retning, fordi man mangler kreativiteten som er til stede i team med ulike medlemmer. På denne måten blir heterogenitet i gruppen noe positivt ved at man ofte finner ulikheten i medlemmenes faglige bakgrunn. Med en slik heterogenitet i forhold til faglig bakgrunn vil man kunne oppnå diskusjoner med ulike argumenter basert på ulikt faglig ståsted. Diskusjonene blir på denne måten bedre belyst fra ulike faglige ståsteder.

Ut fra det som er sagt over blir ulikheter i team knyttet til medlemmene en fordel når medlemmene klarer å håndtere problemene som skyldes ulikhetene på en konstruktiv måte.

---

Dette kan sies å være tilfelle innen heterogene grupper, noe forskning på dette området viser (Levi 2001). Problemer knyttet til ulikhet blir av Levi (2001) sett opp mot tre forhold hos medlemmene av gruppen. Disse tre forholdene er; *stereotyper*, *fordommer* og *konkurransen* mellom medlemmene. Problemene som er knyttet til ulikhet faglighet i grupper oppstår som en følge av en forenkling av den sosiale sannheten, et eksempel på dette kan være en selektiv bevissthet hos medlemmene, og at en har en tendens til å se seg selv og de andre som årsaken bak ens handlinger. Og følgelig blir sammenhengen som en befinner seg i blir undervurdert, og personfaktoren blir overvurdert, (Baron, Kerr & Miller 1992). Tilfeller som den vesentlige attribusjonsfeil kan forstyrre kommunikasjonen i gruppen og øke den emosjonelle spenning medlemmene i mellom. Gruppens evne til å utnytte sine ressurser reduseres ved at det oppstår sosial splid. Det kan som en følge av dette oppstå et miljø hvor medlemmene ikke har tiltro til hverandre og hvor det blir benyttet en kommunikasjon som er defensiv. Det som kan føre til å minske fordelene av ulikhet i team er dannelser av grupper og konflikter i gruppen (Levi 2001). Som et resultat av dette kan vi forstå at enkelte medlemmer sine forslag bli oversett, mens andre medlemmer kanskje ikke føler seg trygge nok til å komme med de forslagene de ellers ville gjort. Forslagene kan bli sett i lys av personen som legger de frem, noe som kan føre til at gode forslag kanskje oversees fordi de kom fra ”feil” person.

For at team skal arbeide godt sammen og fungere effektivt er samarbeid en nødvendighet. Derfor har et godt klima for samarbeid stor betydning for medlemmene av teamet. Innen enkelte team kan medlemmer være i situasjoner som kalles ”*blandet motiv*”, som vil si situasjoner både har i seg samarbeid og konkurranse mellom teammedlemmene (Levi 2001). Blandet motiv i tverrfaglig samarbeid referer også Lauvås & Lauvås til som de situasjoner hvor ulike fag overlapper hverandre (Lauvås og Lauvås 1994). I situasjoner hvor fag innen det tverrfaglige teamet overlapper hverandre oppstår det gjerne uenighet mellom medlemmene, (ibid). De benytter her eksempler på overlapping i forhold til lege og psykolog, samt mellom sykepleier og hjelpepleier. De fleste problemer i forhold til overlapping oppstår i de situasjoner hvor det er sterkt eierskap til oppgavene innen gruppen, (Lauvås og Lauvås 1994).

I forhold til de studiene som er utført på tverrfaglige team er det pekt på mange vanskeligheter. Det største problemet ved disse studiene er knyttet til generaliserbarhet. Et

spørsmål i forhold til overførbarheten av funnene er om; resultatene fra studier med konstruerte arbeidsgrupper kan si noe om ekte situasjoner? Det er stor forskjell mellom konstruerte arbeidsgrupper og arbeidsgrupper i det virkelige liv. Det kan hevdes at funnene fra studiene viser at arbeidsgrupper hvor medlemmene er like har bedre resultater over kort tid (Levi 2001). En forklaring på dette kan være at problemene i tverrfaglige grupper ofte er dårlig kommunikasjon. Over tid vil gruppens medlemmer lære hverandre å kjenne, og den dårlige kommunikasjonen bedres på grunn av dette. Dette kan være en forklaring på funn som viser at tverrfaglige grupper har fordeler i forhold til like grupper ved studier over lengre tid. I arbeidsgrupper med ulikhet kan det være større grad av konflikt, og det brukes mer tid på koordinering og utøvelse av oppgaver. En utfordring for tverrfaglige team kan derfor synes å være håndtering av disse konfliktene. Tverrfaglige team vil ha stor effekt av å kunne håndtere sine konflikter på en effektiv måte. Det er her viktig å skille mellom konstruktive konflikter, og konflikter som er uproduktive. De konfliktene som ofte er relatert til de tre faktorene jeg nevnte tidligere, stereotyper, mistillit og selektiv Samtidig understreker Levi (2001) at det også finnes uproduktive konflikter som gjerne er relatert til stereotyper, mistillit og selektiv oppfatning, Disse konfliktene fungerer som hindre for kommunikasjon mellom medlemmene, og de kan hindre team i å finne frem til avtaler selv om avtalene er til det beste for alle medlemmene (ibid).

Når ulikhet innen tverrfaglig samarbeid skal håndteres er det viktig å øke medlemmenes bevissthet (Levi 2001). Særlig fremhever han at det er viktig å øke medlemmenes bevissthet, dette for at gruppen lettere skal kunne forstå hvilke utfordringer som ulikhet fører med seg. En måte å motvirke dette på er bevisstgjøring av medlemmene i forhold egne oppfatninger om de andre yrkesgrupper. Han mener faggrupper bør forsøke å bli mer bevisste på oppfatninger de har om andre yrkesgrupper for å kunne fjerne forutinntatte oppfatninger. En annen teoretiker som også diskuterer dette er Parker (1994). Han fremhever at for å oppnå god kommunikasjon i en gruppe, så må man få til en gjensidig verdsetting av hverandre på tvers av faggruppene i teamet. En måte å få dette til på er i følge Parker treningsprogram hvor målet er å komme forbi negative nevner et treningsprogram som nyttig i noen tilfeller, hvor målet er å overkomme negative oppfatninger av medlemmer med annen bakgrunn. Levi (2001) hevder på sin side at slike treningsprogram ofte kan få følger som er helt motsatte. I stedet for å føre til større forståelse for hverandre, oppstår det økte spenninger og konflikter.

---

Jeg har så langt sett på noen negative og positive sider ved teamarbeid og organisatorisk ulikhet. Potensielle svinnfaktorer ved teamarbeid er blant annet konformitet, ulik deltakelse og gruppetenkning. Videre er teamarbeid gjerne mer tidkrevende og krever mer emosjonelt krevende av den enkelte enn individuelt arbeid. Medlemslike team gir en større fellesskapsfølelse i gruppen, problemløsning går raskere og er mindre preget av konflikt enn i tverrfaglige team. Team med medlemmer med ulik fagbakgrunn derimot har fordeler som økt kreativ problemløsning og mindre sjanse for konformitet og gruppetenkning. Utfordringer for tverrfaglige team er spesielt å takle selektiv persepsjon blant teammedlemmene.

#### 4.4 *Andre forhold som virker inn på samarbeidet.*

Jeg har over nevnt noen forhold som kan ha innvirkning på tverrfaglige team sin evne til å yte god og effektiv behandling overfor pasientene. Videre i kapitlet vil jeg komme inn på noen flere forhold som innvirker på tverrfaglige team. Dette er i tillegg til de forhold jeg har nevnt i det foregående så kan dannelse av såkalte "subgrupper", (Granèr 1995), ha innvirkning på de tverrfaglige team. Dannelsen av slike grupper gjør at gruppens medlemmer blir godt kjent og kommer nærme hverandre fordi de tilbringer mye tid sammen. På denne blir gruppens medlemmer godt kjent med hverandre. Den enkelte sin bakgrunn vil ha innvirkning på et fellesskap. Innvirkningen som den enkeltes faglige bakgrunn har er at det er enklere å føle samhørighet med som har samme bakgrunn som en selv. At det er slik har å gjøre med trygghet, at vi har lettere for å føle oss trygge når vi er sammen med medlemmer som er kjente for oss. Som regel er det også slik at de fleste har et ønske om å tilbringe tid sammen med personer som er like en selv, for eksempel har samme utdanning og tilhørighet til det samme yrke som en selv. Medlemmer som har samme utdanning og yrke vil ofte også ha like holdninger og lik tenkemåte i forhold til arbeidsoppgaver. Alle disse forholdene fører til at medlemmene i grupper føler samhørighet av en viss grad.

Det at Granèr (1995) karakteriserer som subgrupper oppstår innenfor tverrfaglige team kan både utgjøre en fare, så vel som en dannelse av subgrupper både kan innvirke negativt og

positivt på det tverrfaglige team. Faren for dannelsen av slike subgrupper er størst innen unge grupper. Subgrupper kan utgjøre en fare for gruppen fordi gruppens medlemmer i stede for å føle fellesskap til gruppen kan føle et fellesskap til de med samme yrkesbakgrunn som en selv. Dette kan være negativt for et tverrfaglig team. Etablering av slike subgrupper kan sees i forhold til ansatte i sykehus, hvor legene, sykepleierne og hjelpepleierne kan sies å være subgrupper, jf Granèr. Slike eksempel på dannelse av subgrupper uheldig fordi de kan bidra til å forsterke det sosiale hierarkiet ved en arbeidsplass. En forsterkning av det sosiale hierarkiet kan bidra til å skape motsetninger mellom yrkeskategorier. Det kan også bidra til at gruppene holder informasjon for seg selv. Virkningen av dette kan bli at legene samarbeider seg imellom uten å informasjon videre til de andre i teamet om arbeidet de gjør. Dette gjør at legene forsvarer egne arbeidsoppgaver og på denne måten hindrer informasjonsflyten noe som virker negativt på samarbeidet. Det samme vil være tilfelle hvis en av de andre yrkesgruppene gjorde det samme som legene i eksempelet.

Virkninger av stereotyper på samarbeid er nært knyttet opp mot dannelsen av "subgrupper". Hvordan dannelsen av "subgrupper" har negativ innvirkning på samarbeid i grupper er det Parker (1994) er opptatt av. Han betegner slike undergrupper som "subgrupper". Forutinntatte oppfatninger om hvordan grupper oppfører seg står ofte i veien for integreringen av nye teammedlemmer som kommer til gruppen. Dette fordi de nye medlemmenes forutinntatt oppfatninger av gruppen står i veien for en positiv relasjonsbygging mellom medlemmene. Igjen kan vi se negative virkninger av polarisering mellom inn- og ut-grupper.

Kaufmann og Kaufmann (1998) ser på forholdene "godt humør" og "positivitet" i forhold til samarbeid i grupper. De ser i denne sammenheng på hvordan faktorene humør og positivitet virker inn på samarbeidet i gruppene. På området som omfatter forholdet og relasjonene mellom mennesker i organisasjoner har forskningen gjort funn som er pålitelige. Personer som virker tiltrekkende på andre har som regel godt humør og er generelt positive, i motsatt fall virker personer med dårlig humør og som har en negativ emosjonell tone ikke tiltrekkende på andre. Å knytte nye kontakter eller skaffe seg støtte fra kollegaer på jobben oppnår man lettere ved å være positiv. Folk har en tendens til lettere å overføre et positivt trekk ved en person til flere av sidene ved personen, enn å se bort fra et fremtredende negativt trekk for så å fremheve mindre positive trekk. Et

---

eksempel på dette er personer som er hyggelige ofte tillegges andre positive trekk som for eksempel å være klok, uten at man i realiteten vet om dette stemmer.

Når det gjelder evnen eller ønske om å hjelpe andre, så viser forskning i følge Kaufmann & Kaufmann (1998) at positive personer er mer tilbøyelige til å gjøre dette. Dette fenomenet kalles for; "feel good-do good"- fenomenet. Å være positiv som person vil ha positiv innvirkning på sjansene for å erverve et forpliktende engasjement overfor organisasjoner. Et forpliktende emosjonelt bånd til en organisasjon innebærer at man også ofte er villig til å forsake noe personlig for å fremme organisasjonens interesser. Fenomenet "spontanatferd" er nært knyttet ens vilje til å forsake noe for andre enn en selv. I arbeidslivet kan "spontanatferd" være aktiviteter som har det til felles at dette er noe personer utfører ut fra sin gode vilje og ikke fordi det er en del av arbeidsinstruksen. Hvis man ser på spontanatferd kan disse kategoriseres i flere ulike typer. To typer spontanatferd er; tilbøyelighet til å hjelpe arbeidskollegaer eller være kreativ med hensyn til å komme med forslag og til å skape godvilje. Det å ha en god og positiv stemning i arbeidssituasjonen er også med på å fremme de ansattes engasjement for å få godvilje for bedriften.

I følge Ephross & Vassil (1988) er det viktig for grupper at medlemmene har *humoristisk sans*. Hvorfor dette er viktig hevder de har å gjøre med at humoristisk sans kan føre til at gruppens medlemmer lettere kobler av i stressede situasjoner, slik at overbelastningen blir redusert. I noen tilfelle kan positive følelser bli en negativ faktor for organisasjonen Et eksempel på dette er at positive følelser kan overføres til de andre medlemmene, og på denne måten gjøre de mindre kritiske. Dette kan gjøre at medlemmene lettere lar seg overbevise av svake argumenter. Et eksempel på at positive følelser har innvirkning på andre en samhandler med er det faktum at en oppfatter en smilende butikkmedarbeider som en bedre samarbeidspartner, enn en som er i dårlig humør, jf. (Kaufmann og Kaufmann 1998).

Hvordan autonomi har innvirkning på samarbeidet i team tas opp av Lauvås & Lauvås (1994). For at tverrfaglig samarbeid skal fungere må det føre til en avgrensning og en beskjæring av selvstendighet og uavhengighet. Medlemmene i et team må innpasse seg i et fellesskap som er faglig og som går på tvers av profesjoner. Dette kan bety at enkelte må gi fra seg noe av den autonomien de ellers kanskje ville ha fått. En slik form for samarbeid vil



i følge Lauvås og Lauvås oppleves som mer stimulerende og meningsfullt faglig sett, enn tilfelle vil være ved et individuelt arbeid. En forutsetning for tverrfaglig samarbeid er i følge Lauvås og Lauvås (1994) at enkelte medlemmer gir avkall på sin autonomi. En av de nye yrkesgruppene i det tverrfaglige samarbeidet innen sykehus, er i følge Lauvås og Lauvås psykologene. Denne yrkesgruppen kan ha vanskeligheter med å gi slipp på sin autonomi til fordel for det tverrfaglige samarbeidet. Dette er ikke overraskende at nettopp psykologene som yrkesgruppe har et ønske om autonomi i sitt arbeid og at dette synet ikke er forenlig med sykepleiernes syn på sin stilling som profesjon i sykehusavdelingene. Dette har å gjøre med det faktum at sykepleierne ser på seg selv som de som leder arbeidet med pasientene som ikke er medisinsk av karakter, (Lauvås & Lauvås 1994). På denne måten utgjør psykologene en trussel mot den autoritet sykepleierne har i forhold til det klinisk administrative arbeidet. Lauvås & Lauvås (1994) viser til Fylkeslegen i Rogalands brev i St.meld. nr 9 hvor han blant annet skriver:

”Samarbeidstanker medfører angst for å miste identitet, ekspertise, status og prestisje, noe som betraktes som uhyre verdifullt i dagens samfunn.”

Det blir av flere teoretikere fremhevet hvordan individets syn på tverrfaglig samarbeid kan ha innvirkning på utnyttelse av ressursene (Lauvås & Lauvås 1994). Det blir vist til studier hvor de viser til studier der syn på teamarbeidferdigheter som koordinasjon, kommunikasjon og evne til å kjenne igjen stressfaktorer signifikant kan virke inn på flyteams prosesser og resultat. De mener også det er viktig for teammedlemmer å inneha en *kollektiv orientering*, som kan defineres som en tro på å legge teammål over individuelle mål. Forskerne mener teamtilnærmingen er overlegen en individuell tilnærming. Samtidig er disse forskernes funn bygget på interaksjonsstudier og ingen direkte årsakssammenhenger er derfor etablert. Det kan også være mulig at flyteam fungerer fundamentalt forskjellig enn andre tverrfaglige team og at en generalisering derfor blir vanskelig.

*Konflikt* er en annen faktor som synes å være essensiell for hvordan samarbeid i team fungerer. Konflikt kan defineres som forskjeller i syn (Parker, 1994). Levi (2001) understreker at konflikt er normalt og uunngåelig i grupper. Tegn på konflikt er derfor et sunnhetstegn.

---

Tverrfaglige team er organisert for å få frem fordelene ved multiple perspektiver og innehaverne av disse perspektivene ser på tema forskjellig og lærer av hverandre i prosessen for å komme over forskjellighetene. Konflikt er derfor en integrert part av teamprosesser. Ifølge Ephross & Vassil (1988) er den kreative funksjonen til konflikt evnen til å gi motivasjon til å løse problem som ellers ville ha gått hen uten videre ettertanke på grunn av tilfredsstillelse hos teammedlemmene. Dette ligner på fenomenet Kaufmann & Kaufmann (1996) kaller aktivering. Samtidig eksisterer det sunne og usunne konflikter. Sunne konflikter kalles gjerne produktiv eller *kognitiv konflikt* og dreier seg om tema, ideer og oppgaver (Kaufmann & Kaufmann, 1996). Disse løses ved å fjerne personen fra konflikten (depersonalisere) og ved at berørte parter har fokus på samarbeid for å løse forskjelligheten. Produktive konflikter reduserer konformitet og usunn enighet. Den kan også bidra til å bedre problemløsning og komme over hindringer til gruppeprogresjon. Sunne konflikter er derfor et tegn på at et team bruker deres ressurser og anerkjenner ulike perspektiv. Samtidig øker de gruppens kreativitet, og sjansen for at gruppen finner nye tilnæringsmåter og ideer. I tillegg motiverer produktive konflikter ansatte til å forstå ting bedre.

Konflikt blir usunt for teamet når den unngås eller ses på som en mulighet til å slå ens opponent. Sistnevnte konflikt kalles også *uproduktiv konflikt* og dreier seg om emosjoner og personlighet (Kaufmann & Kaufmann, 1998). Disse løses ved å forsøke å vinne over den andre parten. Emosjonelle konflikter skaper sterke negative emosjoner og stress, i tillegg til å hindre kommunikasjon og koordinasjon. Uproduktive konflikter tar oppmerksomhet bort fra mål og oppgaver, truer sosiale relasjoner i gruppen og skader fellesskapsfølelsen. Disse konfliktene skaper også negative stereotyper av andre. Dessverre så ser man ofte kognitive og emosjonelle konflikter samtidig. Når teammedlemmer er uenige om et tema, kan debatten gjerne bli personlig. Det som starter som en kognitiv konflikt, kan bli personlig og politisk.

Det kan settes opp seks regler for ulikhet som er konstruktiv (Levi 2001). Første regel handler om å etablere en norm om åpenhet. Dette innebærer at alle som inngår i det tverrfaglige samarbeidet bør gis mulighet til å uttrykke egne følelser og syn. Andre regel er å bringe ulike syn opp i dagen for på denne måten kunne vurdere disse Tredje regel handler om å følge den gyldne regel ved forskjellighet: medlemmer bør diskutere tema med andre slik de ønsker at andre skal diskutere med dem. Hvis du vil at andre skal lytte på deg, må

du lytte på dem. Fjerde regel innebærer å hente ekstern hjelp og søke informasjon eksternt for at gruppen skal kunne ta avgjørelser. Femte regel går på dette med å være forsiktige som personer. Dette fordi tanker lett kan kritiseres, men det kan ikke motivasjonen og personligheten til de som kommer med tankene. Den siste regelen går på å kunne finne løsninger på tvers av ideene, dette for å hindre en enten eller tankegang, men heller finne andre løsninger.

At det innenfor det tverrfaglige samarbeidet ikke er konflikt er også negativt for samarbeidet, det er negativt med for godt samarbeid (Levi 2001). Det kan bli for mye fokus på å opprettholde gode sosiale relasjoner og medlemmer kan lett miste synet på målet for teamet. Derfor er det viktig at når det tas beslutninger ut fra målet om å gjøre det som er best for situasjonen, så gjøres dette med tanke på en gitt situasjon. Et tverrfaglig samarbeid som fungerer godt kan virke positivt i forhold til å oppnå tillitt og en kommunikasjon som er åpen. Noen innen grupper hvor man finner tverrfaglig samarbeid kan oppfatte at harmoni er målet med samarbeidet, noe som ikke er riktig (Parker, 1995). En slik feilaktig forestilling kan føre til at enkelte av de som inngår i det tverrfaglige samarbeidet blir engstelige for å uttrykke det de mener i redsel for å ødelegge en harmonisk stemning. En slik redsel innefor tverrfaglig samarbeid kan føre til at det skapes en enighet som ikke er reell, noe som kan bidra til et dårligere resultat (Kaufmann & Kaufmann).

Det tverrfaglige samarbeidet blir også påvirket av i hvor stor grad de som samarbeider har aksept for beslutningene som tas. Dette har betydning for at det skal kunne treffes beslutninger i det tverrfaglige samarbeidet (Kaufmann og Kaufmann (1998). Dersom de som samarbeider aksepterer de beslutninger som tas så er dette positivt for samarbeidet, det motsatte er tilfelle hvis de som samarbeider ikke aksepterer beslutningene som tas. I forhold til å akseptere beslutningene så er det viktig at alle som samarbeider får delta i beslutningsprosessen. Dette skjer fordi alle som samarbeider føler de har vært med å treffe beslutningene og derfor også må akseptere disse, samtidig som dette skaper en forståelse av beslutningene

---

## 4.5 *Rollene ved en sengepost*

I dette avsnittet vil jeg se på rollene som finnes innen en sengepost. Den rollen som står i forhold til det meste av arbeidet som blir utført ved en sengepost er pleierollen. En slik rolle innehar både sykepleiere, hjelpepleiere og pleiemedhjelpere (Måseide 1983). De som utfører pleierollen har altså ulik utdannelse og kunnskap for rollen, noe som innebærer at de må samarbeide i stor grad. Den medisinske rollen i sengeposter er det legene som har (ibid). Rollen retter seg mot den medisinske behandlingen av pasientene. Legene er overordnet sykepleierne og befinner seg på et høyere nivå i hierarkiet (Lauvås & Lauvås 1994). Likevel inngår både pleierollen og den medisinske rollen inn i det tverrfaglige samarbeidet. Psykologens rolle er noe spesiell da de på lik linje med legene har rett til å opptre som selvstendige behandlere ut fra lov om helsepersonell av 1999. Likevel er det ikke psykologene som har ansvaret for den medisinske behandlingen og det føles derfor som deres rolle i sengposten er noe perifer. Dette har å gjøre med at deres rolle er rettet mot forhold i pasientbehandlingen som er litt på siden av det de andre gjør. Terapeutenes rolle er også rettet mot en noe annen del av pasientbehandlingen enn den medisinske. Samtidig har de en større tilhørighet i det tverrfaglige samarbeidet, da deres arbeid har avgjørende betydning for både medisinsk behandling og pleie (Måseide 1983). For å bestemme tiltak i pasientbehandlingen er legene avhengige av informasjon fra terapeutene, pleierne og psykologen. Inntrykket er at dette ikke er like avgjørende for psykologene i deres arbeid. En måte å i sterkere grad integrere psykologene kan være å etterspørre hvilke tiltak psykologen ønsker i pasientbehandlingen, i tillegg er det viktig at psykologene kommer med sine meninger og vurderinger i forhold til pasientbehandlingen.

Dette var veldig kort om rollene til de ansatte på sengeposten. Nå vil jeg gå over til å snakke om ledelse.

## 4.6 Tverrfaglig teamledelse

Sykehusorganisasjoner blir som regel ledet av en direktør på toppen, som har under seg ledere for hver av sykehusets enheter. Hver enhet har så sin egen ledelse bestående av en overlege som både er administrativ leder og som også leder den medisinske behandlingen av pasientene. Hvordan denne ledelsen utøves har derfor også betydning for det tverrfaglige arbeidet. Forhold som virker inn på hvordan overlegen utøver ledelse av den medisinske behandlingen har også innvirkning på det tverrfaglige teamet. Jeg vil derfor her si litt om forhold som påvirker rollen som overlege. En forutsetning for at overlegen skal lede den medisinske behandlingen er at det tverrfaglige teamet får stor grad av konstruktivitet. Dette kan oppnås ved at medlemmene av det tverrfaglige teamet er trygge i utførelsen av sine arbeidsoppgaver, videre at oppgavene hvert medlem har sine bestemte oppgaver og at hver aktør har definerte roller, jf. Mintzberg (1989). I følge Mintzberg er det viktig for at samarbeid skal fungere godt at hvert medlem i gruppen har sine arbeidsoppgaver som er klart definert, og at den enkelte er trygg i forhold til hvordan arbeidsoppgavene en har ansvaret skal løses. Det er altså viktig at medlemmene i et tverrfaglig team, vet hva som er deres oppgaver og hvordan arbeidsoppgavene skal løses i forhold til de andre teammedlemmenes oppgaver. Tverrfaglig samarbeid forutsetter også god ledelse av teamet for at teamets medlemmer nettopp skal få slike klare roller og oppgaver. For leder av tverrfaglige team er det sentralt å fokusere både på utførelsen av arbeidet i teamet, og samtidig fokusere på konsentrere seg om både oppgavene og relasjonen mellom teammedlemmene. Leders fokus på teamets oppgaver har å gjøre med om leder klarer å treffe beslutninger og følge opp de ansatte i deres arbeid. Fokus på relasjonene innen teamet er for leder å høre på tilbakemeldinger fra de ansatte.

I tillegg til det som er sagt er det viktig at leder av tverrfaglige team får tak i det tverrfaglige teamets dynamikk. En leder av tverrfaglige team må kunne gi teamet det som kalles ”positiv prosessledelse”, jf. Parker (1995). Positiv prosessledelse er krevende da dette forutsetter en samling av personer med ulikt faglige ståsted, sosial bakgrunn og erfaring/uerfaring i et team. For å få til en fellesfølelse i slike team er det å stimulere til diskusjon avgjørende, noe leder kan oppnå ved å stille de rette spørsmålene. På denne måten kan leder bidra til at teammedlemmene deltar i prosessene som fører frem til løsninger på og beslutninger i forhold til eventuelle problemer, jf. Parker (1995).

---

Det vanligste er at ledelsen av møtene som holdes for medlemmene av tverrfaglige team, utføres av legen. For at ledelsen av møtene skal bli god er det viktig å kommunisere godt med de andre medlemmene. Forskjellige måter å kommunisere på under møtene blir diskutert av Levi (2001). Det som fremheves som viktig er hvordan leder åpner for diskusjon innen teamet. Gjør leder dette ved å stille spørsmål som inviterer til diskusjon, er virker leders spørsmål begrensende i forhold til diskusjon. For å få til fruktbare diskusjoner i et tverrfaglig team er det viktig at leder bidrar med åpne spørsmål for på denne måten invitere til diskusjon, jf. (Levi 2001). En invitasjon til diskusjon kan være at leder ber om innspill i forhold til et forslag. På denne måten åpner leder for at forslaget diskuteres av medlemmene og for deres mulighet til å komme med sine synspunkter, positive eller negative. I tilfeller hvor leder selv får spørsmål kan det være nyttig å stille spørsmålet til medlemmene av teamet for å få tak i medlemmenes syn, dette er med på å nyansere grunnlaget for å fatte beslutninger, jf. Levi (ibid). I noen tilfeller oppnås ikke det som er ønskelig ved å stille spørsmålet til medlemmene av teamet, fordi slike spørsmål fra leder kan virke skremmende på enkelte personer. Hvis dette er tilfelle vill denne fremgangsmåten fra leder virke mot hensikten om å bidra til diskusjon og heller begrense en slik diskusjon, jf. Levi (2001). Det vil være mindre fare at det tverrfaglige teamet opplever direkte spørsmål fra leder som skremmende, enn at enkeltmedlemmer skal det. Det kan derfor være positivt for ønske om å innby til diskusjon å stille spørsmålene til hele teamet. Hvis dette velges som fremgangsmåte er det viktig at teamet får tid på seg før de kommer med tilbakemelding. Hvis ikke leder får noen tilbakemeldinger fra noen i teamet bør leder stille spørsmålet på en annen måte. Når det gjelder tilbakemeldingene som kommer fra teamet så er det viktig at leder er en god lytter, for at kommunikasjonen skal bli best mulig. Å være en god lytter kan innebære for eksempel å være aktiv når en lytter. Ved å være en aktiv lytter så gir leder tilbakemelding til den som snakker, og på denne måten forsøker å oppmuntre til diskusjon, Jf. Kaufmann og Kaufmann (1996). Å være en god lytter innebærer å sende signaler til den som snakker om at han som kommunikasjonen retter seg mot har et ønske om å forstå det som blir sagt. Når man kommuniserer er det viktig at be som inngår i kommunikasjonen har øyekontakt. Øyekontakt gir mottaker mulighet for å gi den som snakker bekreftelse ved små nikk eller ved lavt å si med mer. I tillegg er en aktiv lytter flink til å følge opp det som blir sagt med spørsmål som har relevans til tema. Å lære seg til å bli en god lytter er tidkrevende og vanskelig. Å lytte er noe man aldri kan bli utlært i. Mange gode ledere har utviklet sine lytteregenskaper og på

denne måten blitt gode lyttere, noe som har positiv innvirkning på samarbeidet i tverrfaglige team så vel som for ledelsen av slike team, jf. Kaufmann og Kaufmann (1996).

Når det gjelder egenskaper en tverrfaglig leder bør inneha legges det vekt på fleksibilitet, jf. Parker (1994). Han mener at en svært rigid og strukturert person som liker klare regler og reguleringer vil ha problemer i tverrfaglige teammiljø. Tverrfaglige team opererer i et skiftende område og hvordan teamet fungerer varierer fra dag til dag. Det er essensielt at teamledere er klare til å reagere og adaptere til forandring. Parker er også opptatt av at teamleder stimulerer til uenighet og skaper rom for å bli enige gjennom diskusjon (1994). Som tidligere nevnt i oppgaven regnes forskjellighet av ideer, ekspertise og stiler som styrken til tverrfaglige team. Men styrke kan raskt bli en svakhet hvis den ikke håndteres med dyktighet. Effektive ledere må forstå at det å være uenige ikke er negativt og at uenighet er noe som forventes. Å bare se enighet kan være et sykdomstegn. Enten er det ikke virkelig forskjellige medlemmer i teamet eller så eksisterer det ulikhet som blir glattet over. Begge vil være uheldige for resultatet i gruppen.

Levi har også studert hvordan myndighet virker inn på ledelse og team. I grupper med ulikt myndighetsnivå hos medlemmer ser det ut til å være mer misnøye, mindre kommunikasjon og mer sosiale problemer enn i grupper som er mer like. Grupper med mektige ledere ser ut til å ha mindre kommunikasjon og mer egenrådige beslutningsprosesser enn grupper med mindre mektige ledere. Dette synes å gå utover kvaliteten i beslutningsprosessene. Ulikt myndighetsnivå har ofte årsak i ulik status hos deltakerne. Denne statusforskjellen synes å virke inn på kommunikasjonen i teamet. Personer med høy status snakker mer og snakker mer sannsynlig til hele gruppen enn lavstatus personer. Lavstatus mennesker snakker mindre, er redd for meningene til høystatus mennesker og er ikke villige til å si deres ordentlige mening hvis den er annerledes enn meningene til personene med høy status. En konsekvens av dette er at når personer med høy status snakker, vil andre enten si seg enige eller ikke si noe. Personer med høy status har derfor større påvirkning på diskusjonene i gruppen. Slik mønster for kommunikasjonen fører ikke frem til beslutningsprosesser som er gode, ei heller til at medlemmene av teamet blir Denne typen kommunikasjonsmønster leder ikke til gode beslutningsprosesser eller til fornøyde og motiverte. Her har leder av team en utfordring i og med at tverrfaglige team består av ulike faggrupper med ulike ansvarsområder og beslutningsmyndighet. Også Lauvås & Lauvås har diskutert myndighet og innflytelse i tverrfaglige team (1994). De hevder at det er den

---

som har størst evne til argumentasjon som har sterkest innflytelse over hvilke tema som settes på dagsorden og hvilke beslutninger som tas. Ferdigheter innen kommunikasjon og argumentasjon gir også myndighet som kan brukes i det tverrfaglige samarbeidet på en slik måte at inntrykket av at beslutninger treffes på demokratisk vis opprettholdes. Dette er svært problematisk og noe en teamleder bør være veldig klar over. Samtidig hevdes det at et godt hjelpemiddel for å jevne ut makt hos teammedlemmer er å øke graden av struktur i teamet (Parker 1994). På den måten kan lederen bruke makt til å jevne ut makt, og forsøke å få mest mulig likhet i bidrag hos teammedlemmene. Å være forbilde og rollemodell for teamarbeidet er også viktig for leder av team (ibid). Lederens egenskaper og ledelsesstil kan synes å påvirke om hjelpende atferd mellom teammedlemmene blir etablert. Det kan synes som at erfarne ledere er hjelpsomme mot alle. Det er også en fordel om lederen fremhever at det er akseptabelt å korrigere lederen hvis de andre medlemmene tror han eller hun tar feil. Lederen synes dermed å ha stor påvirkningskraft på tilbakemeldingene og overvåkningsatferd i gruppen.

Ledere som respekteres av de som inngår i det tverrfaglige samarbeidet kan tenkes å være bedre og effektive ledere enn de ledere som ikke respekteres (Parker 1994). Dersom en leder mister respekt hos de andre som inngår i det tverrfaglige samarbeidet er sjansen for at leder ikke kan være en positiv bidragsyter stort, og dette kan føre til et dårlig samarbeid.

Dannelse av undergrupper har negativ innvirkning på samarbeid, mens humor som fører til et godt arbeidsklima har positiv innvirkning på samarbeidet. Uenighet innen tverrfaglig samarbeid kan deles i to, en har den uenigheten som er konstruktiv og dermed også positiv for samarbeidet, og så har en uenighet som ikke er konstruktiv og derfor virker negativt på samarbeidet. Leder bør ved sin deltakelse i det tverrfaglige samarbeidet åpne for diskusjoner for sammen å kunne bli enige. Den ulike myndigheten som finnes innenfor tverrfaglig samarbeid må det også tas hensyn til for å finne frem til de beste løsningene på en konstruktiv måte.



## 4.7 *Sammendrag*

Tidligere i avhandlingen har jeg tatt for meg ulike organisasjonsformer, og sett på profesjonelle organisasjoner som sykehus er et eksempel på. I dette kapitlet har jeg tatt for meg betydningen av tverrfaglig samarbeid, og med dette mener jeg samarbeid på tvers av fag. Jeg har diskutert forhold som har positiv eller negativ innvirkning på tverrfaglige team. I tillegg har jeg sett på noen forhold som innvirker på ledelsen av tverrfaglig team ledes. Alle forholdene har her blitt diskutert opp mot organisasjonssosiologisk teori om tverrfaglig team og tverrfaglig samarbeid, og jeg har tatt opp hvilken innvirkning forholdene har på det tverrfaglige samarbeidet. Jeg har også tatt for meg legenes rolle som teamleder.

---

## 5 RESULTATER OG ANALYSE

I dette kapittelet skal jeg gjennomgå og analysere resultatene av avhandlingens undersøkelse. Resultatene blir presentert fortløpende og drøftet i lys av teorien jeg har drøftet tidligere i oppgaven. Hensikten er å identifisere og forstå ulike forhold sin innvirkning på samarbeidet i tverrfaglige team, som de ansatte ved en sengepost kan sies å utgjøre. Jeg ønsker å finne svar på hvilke forhold som har henholdsvis positiv og negativ innvirkning på samarbeidet i tverrfaglige team. Målet er et forsøk på å finne ut hvorfor enkelte forhold virker positivt inn på samarbeidet i team som er tverrfaglige, og hvorfor andre forhold har negativ innvirkning. Mitt utgangspunkt for å gjøre dette er følgende spørsmål som vil bli behandlet i kapittel 6:

- 1) Hva karakteriserer samarbeid mellom de ansatte på tvers av deres kompetanse ved en sengepost i et norsk sykehus.
- 2) Hvilke forhold fører til at tverrfaglig samarbeid fungerer godt eller dårlig?
- 3) Har organiseringen betydning for det tverrfaglige samarbeidet?

Observasjonsnotatene og notatene fra de fem samtaleene blir her benyttet som et deskriptivt rammeverk. Når mine data beskrives vil sitater fra mine observasjonsnotater gjengis så nært opp til det som de ansatte sa og som jeg hørte under min deltakende observasjon av møtene i sengeposten. Jeg siterer fra min observasjon og fra mine samtaler med de ansatte for å uttrykke de forhold ved det tverrfaglige samarbeidet som kom til syne. Videre benyttes sitater for å gi eksempler på hvordan de ansatte samarbeidet. Der hvor det siteres markerer jeg dette ved å sette sitatet i *kursiv* og ved å markere med anførselstegn. De sitatene som ikke fullstendig gjengis på følgende måte (...).

I dette kapittelet beskrives hovedinntrykkene fra den deltakende observasjonen og de fem samtaleene med ansatte. Funnene som ble gjort i datainnsamlingen blir delt i to når de presenteres, først presenteres de 11 forholdene som hadde innvirkning på det tverrfaglige

samarbeidet, deretter presenteres de 5 forholdene som hadde innvirkning på ledelse av tverrfaglige team.

For å bevare informantenes anonymitet og siden mitt utvalg dreier seg om så få personer, går det ikke frem av sitatene som benyttes i oppgaven hvem som har sagt hva. Jeg velger likevel å si hvilken utdanning vedkommende informant har ved å referere til om det er en lege eller en sykepleier etc. som kom med utsagnet. Selv om det var de ansattes mening om det tverrfaglige samarbeidet som var viktig å få frem, mener jeg det likevel har en viss betydning å få frem deres faglige bakgrunn. Dette tenker jeg er ønskelig da legene, psykolog og pleierne, terapeutene har relativt ulike ansvarsområder og roller i samarbeidet.

## *5.1 Forhold*

Flere ulike forhold innvirket på det tverrfaglige samarbeidet innen sengeposten, ved hjelp av bakgrunn av deltakende observasjon og samtale med fem av sengepostens ansatte fant jeg elleve forhold som innvirket på det tverrfaglige forholdet i særlig grad. Jeg fant også noen forhold jeg mener innvirker på ledelsen av grupper med tverrfaglig samarbeid. Forholdene jeg fant ble kalt: påvirkning på eget arbeid, uenighet, å spørre, erfaring, kommunikasjon, posisjonering, moro. I tillegg ble det funnet andre forhold som også hadde innvirkning på hvor godt samarbeidet ble og disse var; turnus, arbeidshagens struktur, medlemmenes mulighet til å være selvstendige.

## *5.2 Påvirkning på eget arbeid*

Samtlige av de fem ansatte jeg hadde samtale med nevnte at det var viktig å ha noe å si i forhold til deres arbeidshage. Jeg har valgt å kalle dette ”påvirkning på eget arbeid”. Mulighet til å påvirke eget arbeid var også noe som kom til uttrykk utenfor de fem samtaler. Under to lunsjpauser og under to vaktskifterapporter ble dette uttrykt av to forskjellige sykepleiere, en terapeut og to ganger av en og samme hjelpepleier. Dette kom til uttrykk ved uttalelser som:

---

*”Det er viktig for meg at de andre hører på det jeg har å komme med om hvordan pasientene har det. Informasjonen jeg sitter med er like viktig som de andres”, (sykepleier under lunsjpausen).*

Eller ved følgende uttalelse:

*”Jeg opplever at de andre faktisk hører på meg når jeg forteller om hvordan pasientene har det, og min beskrivelse av deres anfall”, (hjelpepleier under vaktskifterapport.)*

Begge disse uttalelsene mener jeg er eksempler på at det var viktig for de ansatte å ha påvirkning på eget arbeid. Det virket for meg som muligheten til å påvirke eget arbeid innebar trivsel for de ansatte, og virket positivt inn på samarbeidet. En annen uttalelse som også støttet opp under at dette forholdets positive innvirkning på tverrfaglig arbeid var:

*”Som sykepleier synes jeg det er viktig at alle vi som arbeider sammen hører på hverandre og får muligheten til å si hva vi mener, eller hvordan vi vurderer en situasjon. Dette bidrar til at jeg føler at mitt arbeid er viktig, både for de andre og for pasientbehandlingen,” (sykepleier under vaktskifterapport)*

Jeg mener at dette er eksempler på at de ansatte var opptatt av å bli lyttet til og tatt med i diskusjonene under møtene. Informantene var veldig opptatt av å skape dialog på møtene. Dialog var viktig for at møtene skulle fungere som et sted hvor alle ansatte kunne ta opp saker de var opptatt av. Flere av de ansatte mente at det var viktig for å få til et godt samarbeid, at alle hørte på hverandre og det hver enkelt i det tverrfaglige teamet hadde å si. Dette var tilfelle for nesten alle de ansatte, også arbeidsterapeuten og ergoterapeuten var opptatt av å ha medvirkning i pasientbehandlingen. Ergoterapeut ved sengeposten kom med følgende utsagn under samtalen jeg hadde med henne:

*”Jeg opplever det som bra og viktig at alle de andre hører på det jeg har å si når vi snakker om behandlingen av pasientene. Pasientene tilbringer tross alt en god del tid sammen med meg i løpet av en uke. Her (i sengeposten) får jeg og de andre mulighetene til å snakke på møtene, og jeg sitter med inntrykk av at de andre også føler de får det. Dette mener jeg viktig for behandlingen og samarbeidet,” (Ergoterapeut i lunsjpausen).*

Denne uttalelsen fra ergoterapeuten ble understøttet av en sykepleier som sa til meg under et møte at:

*”Alle ansatte bruker tid på å høre hva de andre i teamet har å si om pasientene og behandlingen. Dette gjør samarbeidet mellom oss godt, og gjør at jeg trives på jobben.”*

En av legene kom også med uttalelse som støttet opp under viktigheten av alles mulighet til å påvirke eget arbeid, for at samarbeidet skulle fungere bra.

*”Som lege og dermed ansvarlig for den medisinske behandlingen av pasientene er jeg helt avhengig av å få informasjon fra de andre om hvordan pasientene har det i det daglige, både fysisk og psykisk. Jeg ser jo ikke pasientene annet enn ved samtaler, og de har man ikke mange av løpet den tiden en pasient er innlagt. Det er derfor viktig at alle diskuterer og sammen finner frem til løsninger for hver enkelt pasient.”*

En annen av sykepleierne sa at:

*”Alle vi som jobber sammen her på posten er med og innvirker på de fleste avgjørelsene. Avgjørelsene blir ikke bare tatt over hodet på oss og det opplever jeg som svært positivt.”*

Mange av informantene var også opptatt av at alle ansatte ved sengeposten var viktige i pasientbehandlingen og at det var viktig at alle ble hørt og respektert av de andre medlemmene i det tverrfaglige teamet. En av hjelpepleierne som jeg kom i snakk med på vaktrommet fortalte følgende:

*”Her (på sengeposten) opplever jeg å kunne gi mitt syn på ting, for eksempel si min oppfatning av hvordan pasientene har det. De andre hører etter når jeg snakker og det er viktig. Det er nok vi som har vært her lengst som snakker mest og høyest. Det kan være at erfaring er viktigere enn utdanning.”*

Samme hjelpepleier uttrykte følgende:

*Jeg opplever ikke konflikter i forhold til hvem som skal gjøre ulike oppgaver, i løpet av dagen er det faste oppgaver som må gjøres og vi deler det i stor grad mellom oss, uavhengig av utdanning. Det er erfaringer som teller, vi deler på denne ved at vi hører på hverandre. Her er det personen som teller, og jeg føler at alle sine meninger og erfaringer blir verdsatt.*

---

En sykepleier var med på å understøtte uttalelsene over, ved å komme med følgende uttalelse under samtalen vi hadde:

*”Det er helt klart at behandling blir bedre når gruppen fungerer. Jeg sitter med følelse av at her på posten er vi alle like mye verdt. Hver enkelt i miljøet vet jo at vi trengs alle sammen. Den enkeltes utdannelse har ikke så mye å si, det er hvordan vi er som er viktig, og at vi stiller opp for hverandre.”*

De uttalelsene jeg her har referert gir støtte til den følelsen som jeg selv fikk om ”muligheten til å påvirke eget arbeid”, i perioden med deltakende observasjon. Slike uttalelser fra de ansatte overrasket meg derfor ikke. I perioden med deltakende observasjon ble dette stadig bekreftet av de ansatte i lunsjpausen, eller under de forskjellige møtene. Under alle de møtene hvor jeg var til stede som deltakende observatør virket det som om alle hadde gjensidig respekt for hverandre, alle fikk snakke og alle hørte på det hver enkelt hadde å si. Dette var også tilfelle på medikamentmøtene som kun omhandlet medisineringen av pasientene. Mitt inntrykk fra samtlige av behandlingsmøtene og morgenmøtene hvor jeg var deltakende observatør fikk jeg inntrykk av at de ansatte fikk mulighet til å være med i form av å si sin mening, samtidig som de andre hørte på det som ble sagt.

Før det ble tatt beslutninger som hadde betydning for teamet, fikk alle som hadde synspunkter anledning til å komme med disse. Det virker som om dette var en god håndtering, og at hele det tverrfaglige teamet var fornøyd med en slik ordning. Hver enkelt ansatt følte på at de var med å treffe beslutninger, og kunne som følge av dette stå inne for de beslutninger som ble tatt. Dette hadde helt klart en fordel med hensyn til gjennomføring av det som ble besluttet. Selv om alle fikk være med i selve beslutningsprosessen så kom initiativet oftest fra møteleder, som enten var avdelingssykepleier eller legen. På de møtene som ble ledet av avdelingssykepleier (vaktskifterapporter og morgenmøter) kom initiativet nesten uten unntak fra henne. På møtene som ble ledet av legen (medikament- og behandlingsmøter), var det også legen som tok initiativ til å treffe beslutninger.

### 5.3 Uenighet

I mine samtaler med de ansatte ble uenighet nevnt som viktig for samarbeidet innad i sengeposten. Et eksempel på dette var avdelingssykepleier som sa følgende under en vaktskifterapport:

*”Alle som arbeider sammen her, kan jo ikke være enige med hverandre hele tiden. Det må gis rom for å være uenige og diskutere med hverandre. Det verste som fins er å kjenne på at ikke alle er enig, og ikke tør si ifra. Vi blir enige når vi diskuterer, det er ikke ofte jeg må skjære igjennom og ta avgjørelser vi ikke er enige om.”*

Når avdelingssykepleier har et slikt syn på å være uenig mener jeg dette er noe som virker positivt på samarbeidet sett i forhold til produktive konflikter jf. Kaufmann og Kaufmann (1998).

I tillegg til å være fornøyd med arbeidssituasjonen var de alle enige om at den lave graden av uenighet mellom de ansatte var positivt for samarbeidet. Jeg tolket dette som et tegn på at lav grad av konflikt var bra for både arbeidssituasjonen og samarbeidet generelt. Hvis man ser hvordan de ansatte så på konflikt i forhold hva Kaufmann og Kaufmann (1998) legger i sine begrep, ”uproduktiv konflikt” og ”emosjonell konflikt” syntes disse to å stemme godt overens. Dette kom til uttrykk hos de ansatte ved at tre av de jeg hadde samtale med, samt at det under flere av møtene ble nevnt at: ”liten grad av uenighet imellom oss (altså de ansatte) førte til bedre kvalitet på pasientbehandlingen”. Videre ble det også nevnt at; ”liten grad av uenighet mellom oss virker positivt på arbeidssituasjonen og samarbeidet”.

Under samtale med avdelingssykepleier ble uenighet mellom ansatte tatt opp i forbindelse med at hun uttrykte at:

*”Jeg mener at vi ved sengeposten er vi lite uenige. Vi er ofte uenige når vi diskuterer for eksempel behandlingen av en pasient, men vi kommer som oftest frem til en felles enighet til slutt.”*

---

Jeg spurte henne om hva hun la i ordet uenighet. Til dette svarte hun at:

*”Når jeg nevner uenighet tenker jeg på det jeg var inne på i stad. At vi er uenige med hverandre når vi snakker sammen om for eksempel behandlingen av en pasient. Jeg opplever ikke at uenigheten mellom oss i disse situasjonene fører til at vi ikke blir enige, vi er jo alle opptatt av å finne frem til den løsningen vi kan være enige om er den beste. Uenighet slik jeg opplever det er med på å skape diskusjon – og at vi i fellesskap klarer å diskutere oss frem til gode løsninger.”*

Flere av de ansatte ytret at de regelmessige møtene på posten virket som arenaer hvor man kunne være uenig med hverandre, og hvor man sammen diskuterte og fant frem til felles løsninger man kunne enes om. *”Vi har møter flere ganger i uken hvor nesten alle ansatte ved sengeposten er til stede, og det er et bra sted å diskutere saker angående arbeidet. På disse møtene får vi mulighet til å snakke sammen om saker og ting vi synes er vanskelig eller synes burde vært gjort annerledes. Ved å diskutere sammen blir vi som regel enige. Saker og ting vi diskuterer dreier seg stort sett om pasientbehandlingen. ”Det er langt fra alltid vi blir enige, men vi får tatt avgjørelser om hvordan vi for eksempel skal drive pasientbehandling i tiden fremover.” ”Det hører til sjeldenhetene at jeg eller legene må skjære igjennom og ta avgjørelse uten å ha med oss de andre, eller vi har diskutert og blitt enige. Legene tar medisinske avgjørelser, men sjelden uten å ha lyttet til oss andre.*

Informantene snakker her om samarbeid og hvordan de sammen løser uenigheter, på denne måten så fører ikke uenighetene til at det oppstår noen konflikt. Uenighetene som beskrives ut fra de utsagnene informantene kom med om hvordan de ble enige. Jeg mener dette er uttrykk for ikke konstruktiv uenighet, jf Kaufmann & Kaufmann (1998). Informantene kommer også inn på at det å være uenig kan være uheldig dersom vi ikke kommer til enighet og noen må ta en ”sjefsavgjørelse”. Avgjørelser som tas uten at man har diskutert seg frem til en enighet kan sies å være uenighet som ikke er konstruktiv og derfor heller ikke utviklende. Slike motstridende interesser er ikke positivt for samarbeidet. Hvis slik uenighet oppstår og man ikke lykkes med å komme til enighet så kan dette gjøre at det blir dannet grupper blant de ansatte som skal samarbeide tverrfaglig. Dersom uenighet mellom de som er del av det tverrfaglige samarbeidet fører til gruppedannelse er dette ikke positivt men negativt forhold til samarbeidet.



Jeg opplevde ikke dette som noe stort problem innen det tverrfaglige samarbeidet ved sengeposten. Likevel kan slik uenighet være årsak til at det dannes grupper som har ulike syn innfor de ansatte som skal samarbeide.

At dette ikke var noe stort problem bekrefter en uttalelse fra arbeidsterapeuten under samtalen jeg hadde med han:

*”Smågrupper blant oss ansatte (på sengeposten) kan virke negativt på teamet. Jeg ser faktisk ikke slike smågrupper her ved posten.”*

Slike dannelser av grupper innen det tverrfaglige teamet og virkningene av disse har allerede vært nevnt i oppgavens teoridel, jf. Graner (1995). Han fremhever spesielt hvordan yrkesgrupper på sykehus kan danne grupper som forsterker hierarkiet på arbeidsplassen og virker negativt inn på samarbeidet i teamet. Det er interessant å merke seg at det ikke fremkommer informasjon om dannelse av slike grupper innen det tverrfaglige teamet verken i samtale eller fra observasjonene. Under mine fire uker med deltakende observasjon var det vanskelig å få øye på alvorlige tilfeller av uenighet verken åpenlys eller uenighet som var mer skjult. Jeg så lite til følelsesmessige utbrudd, negativ kommunikasjon eller ikke verbale indikasjoner på uenighet som ikke var konstruktiv konflikter. Tvert imot så jeg ofte villighet til å diskutere, for å forsøke å bli enige. Til tross for at jeg ikke fikk øye på uenighet som ikke var konstruktiv, kan en ikke med sikkerhet si at slik uenighet ikke var til stede. Snarere kan det være en pekepinn på at jeg ikke klarte å få øye på disse i løpet av de fire ukene observasjonene varte. Et holdepunkt for liten grad av uenighet blant de ansatte som samarbeidet tverrfaglig, var at dette ikke ble nevnt under noen av samtale jeg hadde med fem teammedlemmer.

I løpet av observasjonsperioden var det tilfeller hvor det var uenighet mellom to eller tre av teammedlemmene. Uenigheten mellom dem dreide seg i all hovedsak om hvordan man så på pasientbehandlingen. I disse tilfellene ble de involverte partene kalt inn til et møte med avdelingssykepleier og avdelingsoverlegen, hvor grunnen til uenigheten ble diskutert. Et slikt møte hadde en positiv effekt, samtidig indikerer initiativet til slike møter viktigheten av å få ryddet opp i slike uenigheter. Ut fra dette virker det som effekten av slike uenigheter som kan virke negativt inn på samarbeidet, ble redusert når de på et tidlig tidspunkt ble tatt hånd om. Dersom slike uenigheter virker negativt på samarbeidet kan man kanskje se for seg at fravær av uenighet kun virker positivt på samarbeidet. Det virker

---

imidlertid som det motsatte er tilfelle. Toleranse for uenighet synes å ha en positiv innvirkning på teamarbeid. Tre av de fem jeg hadde samtale med nevnte at det å ikke tørre være uenig virket negativt på samarbeidet.

*”For å få til et tverrfaglig samarbeid som fungerer må man takle at andre har ulike syn enn en selv, og ikke ta dette som kritikk. En må ikke ta det personlig at andre ikke er enige bestandig. Uenighet bidrar jo til diskusjon der alle kan få legge frem sitt synspunkt. Vi må ikke ta oss selv så høytidlig at uttrykk for uenighet går på selvfølelsen løs. En redsel for å være uenig er negativt på samarbeidet fordi ikke alle synspunktene kommer frem. Dette kan føre til negativitet i samarbeidet og en dårlig pasientbehandling”.*

De ansatte ved sengeposten jeg studerte kan sies å se på en viss grad av uenighet som fruktbart, Levi (2001), som hevder at en viss grad av konflikt kan virke positivt på samarbeidet. Som tidligere nevnt i teoridelen av oppgaven er tverrfaglige samarbeid nettopp ment som en arena for å legge frem ulike syn og bruke disse synspunktene til fordel for pasientbehandlingen. Uenighet er viktig i det tverrfaglige samarbeidet, og kan være positivt for dette. I sengeposten jeg studerte var det rom for å være uenige.

*”Her ved sengeposten opplever jeg at miljøet er godt, vi tør å være uenige, da dette aksepteres av de andre. Vi tar oss også til å diskutere sammen slik at vi kan bli enige. Vi blir ikke uvenner av å diskutere.”*

Flere av de som var en del av det tverrfaglige samarbeidet oppfattet det å kunne ha forskjellige syn som noe positivt. Legen sa til meg under samtalen at:

*”Det er givende når de andre i teamet har andre i teamet ikke bare er enige med meg. Dette bidrar til at flere synspunkter kommer frem, noe jeg synes er spennende. Det viktige er at argumentene er saklige”.*

I løpet av mine fire uker med deltakende observasjon fant jeg at legen spesielt, men også psykologen ga uttrykk for sine meninger på en god og utfyllende måte, og de så ofte forholdene ut fra forskjellige ståsteder. Dette noterte jeg på 8 av møtene. Legen eller psykologen kunne for eksempel si: *”hvordan ser dere på ....”* eller *”forstår jeg dere rett at deres syn ...”*. Slike spørsmål følte jeg ble oppfattet av de andre som at legen og psykologen var interessert i de andre synspunkter. De andre ansatte ved sengeposten var av

den oppfatning at dette var bra og positivt for samarbeidet. Dette ble begrunnet med at ved å få presentert alles syn, så ville det være et større materiale for å treffe beslutninger.

Denne måten å diskutere forhold i pasientbehandlingen var til stede for å finne frem til og akseptere forskjellige syn. Disse synene ble diskutert på en åpen måte, og det ble ikke forsøkt å gjemme disse vekk. Eksempler på hvordan meninger ble uttrykt er: *”Nei, her er jeg uenig med deg...”, eller ”Jeg tror ikke det er den beste løsningen...”* Utsagn som dette noterte jeg meg på nesten alle morgen- og behandlingsmøter, samt på et medikamentmøte. At det ble lagt opp til at det skulle være en viss grad av forskjellige syn i det tverrfaglige samarbeidet, virket på meg som noe som var positivt for samarbeidet. Det kan tenkes at dette medvirket til å motvirke en for stor enighet og dermed en felles holdning, slik at diskusjoner ikke ble tatt opp.

Jeg som deltakende observatør fikk ikke inntrykk av at uenighet ikke kom frem eller ble skjult. Under observasjonen og samtalene opplevde jeg ikke at de involverte ble stille, eller unngikk å svare. Som jeg har vært inne på så skulle man tro at uenighet i utgangspunktet var negativt for samarbeidet. I stede kom det overraskende nok frem at unngåelse av uenighet ble oppfattet som negativt for samarbeidet.

Det virket også som de ansatte ved sengeposten både så positive og negative sider ved det å være uenige i forhold til samarbeidet. De ga uttrykk for at de var observante i forhold til graden av uenighet og derfor klarte å holde dette på et passelig nivå. Det kan likevel nevnes at det å skulle få øye på unngåelse av å være uenig er vanskelig. Min deltakende observasjon av flere møter kan gi en antydning i forhold til hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerte men ikke en helhetlig oversikt.

---

## 5.4 Å kunne spørre

Også det å kunne spørre om alt mulig, uten å være redd for hvordan man blir sett på, ble hyppig nevnt av informantene som samarbeidsfremmende. Fem av de ti informantene nevnte dette forholdet som viktig for samarbeid.

*”Å komme på jobb opplever jeg som noe positivt. Jeg synes vi er en god gjeng og dyktige innen faget. Vi tør å spørre hverandre når vi lurere på noe, og alle svarer hvis de kan. Dette er viktig for å få til et positivt samarbeid”.*

*”Å kunne diskutere ting som er vanskelig er uhyre viktig. En må ikke være redd for å stille for dumme spørsmål eller ta opp for teite ting. At vi har det slik er kjempeviktig for samarbeidet mellom oss. Dette medvirker til at vi får en felles forståelse og kommer frem til felles løsninger:”*

Ut i fra observasjonsukene fremstod pleierne som uredde i forhold til å spørre legene når de lurte på noe, samt å komme med innspill selv. Pleierne spurte i mindre grad psykologen, enn de spurte legene. Dette fikk jeg inntrykk av hadde å gjøre med hans rolle, at denne lå lenger vekk fra den hjelp pleierne trengte. På møtene hørte jeg ofte spørrende og undrende ytringer fra personalet for eksempel i forhold til håndheving av regler og rutiner. Også på vaktrommet så jeg dette. Samtidig, fra min observatørposisjon, er det vanskelig å vite med sikkerhet om teammedlemmene følte at de kunne spørre om alt de satt med spørsmål om.

## 5.5 Erfaring

Det at erfaring var viktig ble særlig nevnt av de sist ansatte sykepleierne. Fem av de ti informantene nevnte faglig trygghet som noe som er positivt for samarbeidet.

*”Jeg tror at det å bli trygg på jobben teller mer enn fag og stillinger. Noen kan være mer usikre på ting og gjør derfor noe for å hevde seg. Jeg tror tryggheten på hverandre teller mer enn yrkesbakgrunn og hva vi er.”*

*”Alle er flinke og trygge i faget sitt og behøver derfor ikke å knive om noe område. Hjelpepleierne er også trygge i jobben sin og gjør mye av det samme som sykepleierne”.*

Flere av informantene nevnte også viktigheten av å være klar over hva man kan mene noe om og hvordan noen yrkesgrupper kanskje kan bli bedre på å formidle meninger på dette området. Faglig trygghet kan også tenkes å være med på å motvirke destruktive fenomen som gruppetenkning (Levi, 2001).

*”Å være trygg på sin egen faglighet og vite hva man står for er positivt for samarbeidet. Man bør også være klar over hva man kan mene noe om. Sykepleiere som gruppe tenker jeg er litt for dårlige til å si fra om det som angår arbeids- og ergoterapeuten. Jeg tenker vi kan snu det litt og ikke bare spørre legene. De sender jo ofte bare spørsmålet tilbake til oss uansett. Det tenker jeg er noe vi kan jobbe mer med”.*

Det å kunne si ”jeg vet ikke” syntes å bli oppfattet i teamet som noe som reflekterte faglig trygghet og virket positivt på samarbeidet. Dette hørte jeg særlig en lege si på to møter. Den andre legen nevnte også at kunnskap kan fremme kommunikasjon og på den måten hjelpe på samarbeidet. Er man trygg på seg selv og ens fag vil dette sannsynligvis også bidra til et mer smidig samarbeid i et team. Faglig trygghet kan også komme til syne ved at teammedlemmene tør spørre mer ved usikkerhet. Forholdet å kunne spørre er drøftet tidligere i oppgaven.

---

## 5.5 Kommunikasjon

Vanskelig kommunikasjon ble nevnt av tre av de fem jeg hadde samtale med, samt flere av de ansatte under møter eller under lunsjen som noe som var negativt for samarbeidet mellom de ansatte, altså det tverrfaglige samarbeid. Informantene uttrykte i samtalene hva de regner som vanskelig kommunikasjon. Teammedlemmene virket opptatt av å forstå noe av kommunikasjonen og prosessene seg i mellom og flere nevnte dette som spesielt viktig fordi de har en jobb som handler om kommunikasjon. I mange av svarene kjenner jeg igjen forhold drøftet tidligere i oppgaven.

*”Det at man ikke er åpne og kan høre på det andre har å si synes jeg er negativt for samarbeidet. Det er også negativt når man ikke evner å se at kanskje det andre foreslår også kan være en god løsning på et problem. Et eksempel kan være når de mest erfarne pleierne har holdninger som ”dette er ikke noe å diskutere vi gjør som vi pleier”.*

*”Det å være flink til å sette ord på pasientenes situasjon og hvordan de har det er positivt på kommunikasjonen. Enkelte pleiere er bedre enn andre til nettopp dette. En annen ting som også virker positivt på kommunikasjonen er det å være positiv. Det å være negativ til løsning før man har diskutert eller prøvd en denne løsningen er absolutt negativt og det skaper dårlig stemning.”*

Ut fra disse utsagnene kan det virke som om informantene er enige om at evnen til å lytte er et godt middel for å skape god kommunikasjon, jf. Parker (1995). Videre ble fordommer og vanskelig språk nevnt som noe som vanskeliggjør kommunikasjon i team. Også Levi (2001) er inne på hvordan forenklete sosiale forhold kan bidra til problemer i tverrfaglige grupper.

*”Fordommer og holdninger til for eksempel ekstravakter kan gjøre det vanskelig å samarbeide godt. Hvis man bruker mye stereotyper tenker jeg dette er negativt for samarbeidet”.*

*”Det hjelper på når legene og vi andre i teamet snakker samme språk, og for eksempel ikke bruker ”latin”. Dette kan gi en sperre eller kløft i mellom pleierne og teamet. Det er selvfølgelig lurt å bruke fagspråk, men ikke nødvendig å snakke vanskeligere enn man må”.*

Den ene legen var spesielt opptatt av hvordan kritikk ble kommunisert i teamet. Det kan, i følge denne legen, virke som om det har vært en utvikling på posten og at samarbeidet tidligere var en god del vanskeligere. Det kan synes som at spesielt kommunikasjonen mellom legene og personalgruppen har blitt bedre. Legen er her inne på flere av forholdene som nevner i sine seks regler for konstruktiv forskjellighet.

*”Terapeutene er veldig vare på kritikk fra legene, så vi må tenke på å moderere oss og være forsiktige. Jeg tenker at kritikk som handler mer om egen dårlig dag enn noe annet er veldig uheldig for samarbeidet. Det merkes fort om kritikken er dårlig fundert. Kritikk må være konstruktiv og bidra til diskusjonen. Ellers handler det om personen som kommer med budskapet og det er jeg var på. Jeg tenker at det som er positivt for samarbeid handler mye om kommunikasjon og hvordan man snakker med hverandre. Man kan si veldig mye som også kan være kritikk hvis det gjøres på en god måte. Det handler om å si noe om hvordan man opplever ting selv, og ikke så mye hvordan man definerer ting. Jeg tror dette er grep man kan lære seg og at det er lurt å være bevisst på hvordan man virker på andre.”*

Det var åpenbart at de fleste informantene var opptatt av og kunne en god del om hva som regnes som god og dårlig kommunikasjon. Under observasjonsukene la jeg merke til to oppslag på vaktrommet. Det ene var ”Samtalevettregler for (...) Sykehus” og det andre var ”Mellommenneskelige forhold”. Det er mulig at dette var en personalgruppe som var relativt bevisst på kommunikasjon og dens betydning for samarbeid. Kanskje hadde jeg kommet til en post som var godt over gjennomsnittet mht denne typen bevissthet?

Jeg la også merke til at spesielt den ene legen var veldig tydelig på å ramme inn synspunkter som en form for egen mening og ikke som et fasitsvar. På de morgen- og behandlingsmøtene jeg observerte, noterte jeg denne typen verbale grep på 2 av dem. En slik måte å formulere seg på virker åpenbart positivt på kommunikasjonen og er med på å legge til rette for et godt tverrfaglig samarbeid.

---

## 5.6 Posisjonering

Posisjonering ble ikke overraskende nevnt som en kilde til konflikt og til utfordrende samarbeid. To av dem jeg hadde samtale med nevnte dette forholdet som negativt for samarbeid. Kamp om posisjon er også nært knyttet opp til dannelse av subgrupper (Abbott, 1988). De ansatte opplevde dette som et viktig forhold som innvirket på samarbeidet.

*”Her (i sengeposten) er det et klart skille mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Det bidrar til at det blir mindre uenighet i hverdagen. Vi hjelpepleiere er nok litt underdanige i forhold til sykepleierne og legene. Det er ikke veldig stor forskjell mellom oss, men det kan merkes i forholdet mellom oss og legene, sammenlignet med forholdet mellom sykepleierne og legene. Jeg opplever likevel at vi har en nokså flat struktur og dette er positivt for samarbeidet.”*

*”Jeg har hørt om andre steder hvor hjelpepleiere føler seg underlegne og sykepleierne er altfor selvtilfredse og styrer. Akkurat som om de skulle være noen bedre typer. Dette gjelder særlig på en av de andre sengepostene. Jeg ser det av og til på posten, men det er veldig lite av det her”. Jeg opplever ikke at det blir dannet subgrupper her, i tilfelle hadde det vært negativt for samarbeidet. ”*

Samtidig virket det som om akkurat dette tverrfaglige teamet opplevde lite av posisjonering seg i mellom.

*”Det er ingen som prøver å skaffe seg en bedre posisjon hos oss. Alle er på lik linje. Jeg har hatt praksissteder hvor leger og overleger har hatt en lite hyggelig og nedlatende holdning til sykepleiere. Det er spesielt vanlig ved større sykehus. Her har jeg ikke sett det en eneste gang fra legene. Posten er fantastisk på dette området, jeg gir den 11 på en skala fra 0-10! Gjensidig respekt samler teamet.”*

*”Jeg har ikke sett noe særlig til faglig arroganse. Den finnes nok, men det er lite av det. Jeg prøver selv å etterstrebe dette. Vi opplever mye rart i denne jobben, og vi må være på*



*relativt lik linje. Vi er gjensidig avhengige av hverandre. På posten er det erfaring og kontinuitet som teller mer enn faglig bakgrunn. Den er personavhengig.”*

En annen jeg hadde samtale med sa at det ikke var de store interessekonfliktene på posten på grunn av at de fleste hadde samme holdning og derfor var mer samstemte. Hun mente det var mer interessekonflikt i tverrfaglige team som også inkluderte sosionomer og pedagoger. Flere av informantene mente at kamp om posisjoner var mindre utbredt og tydelig i dag enn for bare tiår tilbake. Den ene legen mente disse forholdene var årsak til dette;

*”Før var det mye mer konkurranse mellom yrkesgrupper. Men vi er vel utslitte av slik konkurranse. Det hele virker å ha roet seg. Før var det mye kamp mellom sykepleiere og hjelpepleiere, men det har roet seg nå som hjelpepleierne nærmest gjør de samme oppgavene som sykepleierne. Samtidig har sykepleierne fått mer utdanning. Før var det mange flere hjelpepleiere som var involvert i pasientbehandlingen. Det ble det mange ikke hyggelige ting ut av”.*

Under min deltakende observasjon så jeg at de eldre og mer erfarne teammedlemmene tok mer ordet på det store flertallet av møter enn de ferske teammedlemmene. Det kan synes som at alder og erfaring var mer avgjørende for om man bidro på møter enn yrkestilhørighet. Dette inntrykket bekreftes i samtalene med avdelingssykepleier og en sykepleier.

## **5.7 Moro**

Å ha det gøy sammen ble nevnt av flere teammedlemmer som svært viktig for samarbeidet. Fire av de ti informantene nevnte dette forholdet. Dette er helt i tråd med Ephross & Vassils (1988) forskning som hevder at humor kan hjelpe til med å koble av og redusere overbelastning.

*”At vi har det gøy sammen holder trykk og humør oppe. Det kan være slitsomt å jobbe med enkelte av de pasientene vi gjør, så vi trenger å lufte ut stress”.*

---

*”Det som er spesielt bra med denne posten er at vi har det gøy sammen, pågangsmotet og overskuddet til å takle vanskelige pasienter som personalet her stort sett har. Det er også godt for samarbeidet å ha litt godt humør. Det er en god overlevelsesmekanisme, og galgenhumor er fint så lenge det tas ut i rette fora.”*

Terapeutene var også opptatt av at behandlerne har evne til å spøke litt under arbeidsdagen. Dette synes å kunne gi en bra stemning på posten og legge forholdene til rette for å få til et godt samarbeidsmiljø.

*”Legene tar seg ikke så høytidelige. Vi har en lett, god tone og kan spøke. Humor er viktig”. ”Vi har en veldig god tone på posten og kan le mye. Det er positivt for samarbeidet. Ting er ikke stivbeint her og jeg har ikke følelsen av noe hierarki”.*

Jeg har notert meg at møtene på posten var preget av holdning om å ha det gøy sammen. Dette gjelder spesielt morgen- og behandlingsmøtene. Kaufmann og Kaufmann (1998) er i teoridelen av oppgaven inne på hvordan godt humør kan være positivt for samarbeid i grupper. En holdning om å ha det gøy sammen kan også fremme en positiv innstilling og øke trivselen blant de ansatte. Og det er sannsynlig at det igjen kan ha implikasjoner for hvordan pasientene føler seg møtt av pleierne, terapeutene, legene og psykologen.

## 5.8 Turnus

Fire av de ti informantene nevnte vaktturnusen deres som noe som var negativt for samarbeidet i gruppen. Fordi ikke alle var på jobb samtidig blir det rent praktisk vanskelig å få til sammenheng i arbeidet.

*”Vaktturnusen gjør det vanskelig å få det til å flyte. Man venter på at noen skal komme på jobb, oppgaver blir overført til andre på andre vakter og blir så liggende. Fordi vi sliter med informasjonsflyten blir det også vanskelig å få beskjeder dit de skal. Det skaper misnøye hvis man føler at man har gitt en beskjed, men at den ikke kommer videre”.*

*”På grunn av turnusjobbing kan det av og til være vanskelig å få gitt beskjeder videre. Det er forskjellige folk på jobb hele tiden. Dermed kan ting flyte litt ut og det kan være vanskelig å få oversikt. Man kan også føle seg litt utenfor når for eksempel er lenge siden en var på jobb. Det kan være frustrerende og man får ikke fulgt ting opp. ”.*

Teammedlemmene syntes også at vaktturnusen virket negativt i forhold til å samle teamet. *”De som er ute med pasientene føler seg utenfor teamet når de ikke kan delta under vaktskifter rapporten. De går glipp av mye faglig og det er veldig negativt. Også de som er ute med pasientene mister rapporten eller andre møter. De mister mye faglig og alle opplever dette som veldig negativt. Samtidig er vi med pasientene og gir mat og er tilstede i miljøet hele dagen. De som har mest å si har minst med klientene å gjøre. Det er ikke så bra.”*

*”Det er negativt for samarbeidet at ikke alle kan være med på rapporter, møter og undervisning. Dette gjelder for eksempel ekstravaktene. Hadde de også vært mer inkludert ville dette samlet teamet mer”.*

Sykepleierne hadde ansvaret for hver sine pasienter, det samme gjaldt for de to legene som hadde delt pasientgruppen mellom seg. Sykepleierne, lege og terapeutene hadde derfor møter hvor de sammen diskuterte pasientene. Jeg fikk observert to slike møter. I disse møtene satt den legen som hadde ansvaret for en pasient sammen med de sykepleierne som hadde ansvar for de samme pasientene, til stede var også både ergoterapeuten og arbeidsterapeuten. Jeg fikk i alt observert to miniteammøter. Denne ordningen virket som en god måte å få diskutert hver pasient. Dette ga kontinuitet og aktiv medinnflytelse ved at alle var relativt sidestilte og hadde lik påvirkningskraft. Møtene hadde også den fordel at de hadde en fin størrelse; alle hadde gode muligheter til å bli hørt.

De ansatte ved sengeposten som var minst inkludert i teamet var sykepleierne som kun arbeidet natt. Det var fire sykepleiere som kun arbeidet natt, mens de andre arbeidet dag og kveld. Sykepleierne som jobbet natt var minst inkludert i og med at de ikke var på jobb samtidig som de andre. Det var kun pleierne som arbeidet skift ved sykehuset, legene hadde riktignok vakt et døgn i måneden, men ellers arbeidet de kun dagtid. Dette ble nevnt av flere av de ansatte på posten som svært synd. Samtidig er det vanskelig å tenke seg noen alternativer når arbeidsplassen er en sengepost og trenger bemanning 24 timer i døgnet.

---

## 5.9 Struktur

Også struktur, eller mangelen på dette, kan påvirke samarbeidet i positiv eller negativ retning. To av dem jeg hadde samtale med ga uttrykk for at de savnet mer struktur i arbeidsdagen og at mangelen kunne virke negativt på samarbeidet. De ønsket seg mer struktur spesifikt på to områder. Det ene var en overordnet struktur for dagen til hver av pasientene. Det andre innebar en fast møtestruktur med tydeliggjøring av formål med møtet, strukturen på møteavviklingen og hvem som skulle delta.

*”En form for overordnet struktur, noen som laget en plan for hver dag eller uke, så mange avtaler ikke kommer oppå hverandre hadde lettet samarbeidet. Slik det er i dag organiseres ikke dette sentralt. Det trengs en bedre struktur for avtaler, møter og lignende. Vi trenger å få det til å henge sammen så det flyter og da må vi ha noen som holder oversikten. Det savner jeg.”*

Videre ønsket flere seg en klarere struktur i forhold til møtevirksomhet.

*”Vi kunne godt hatt en litt høyere kvalitet på behandlingsmøtene. Det er en litt dårlig struktur der. Ofte er møtene dårlig planlagt og folk mangler. Ofte er ingen primærkontakter tilgjengelige. Det ville vært fint å være forberedt på hva som skulle tas opp på møtene for hver gang.”*

*”Ikke alle er like flinke til å komme på banen på behandlingsmøtene. Jeg vet ikke hvorfor, muligens er det på grunn av strukturen. Kanskje burde vi ha en fastere struktur og gått runder rundt bordet. Problemet er at vi har prøvd dette, men det faller alltid tilbake til det gamle.”*

De to som nevnte dette under samtalene mente med andre ord at en fastere struktur kunne fremme en mer lik deltakelse blant gruppemedlemmene. Det innholdet som strukturbegrepet her ble gitt kan motvirke den potensielle svinnfaktoren Kaufmann og

Kaufmann (1996) kaller skjevheter i deltakelse. Også Parker (1994) er inne på hvordan det å styrke strukturen i et team kan være et godt hjelpemiddel til å jevne ut makt mellom teammedlemmer.

## 5.10 Å blåse ut

Flere mente også at det å få utløp for sin frustrasjon i forhold til jobben kan fremme tverrfaglig samarbeid. Tre av de fem jeg hadde samtale med nevnte dette forholdet.

*”Det må være rom for at folk blir frustrerte og kan få ta det ut litt. Det er såpass krevende ting vi står opp i så en toleranse for dette tror jeg er viktig”.*

*”Å få lov til å være irritert på seg selv er viktig for samarbeidet. Vi må også kunne tillate oss å si at ting er vanskelige. Når vi for eksempel har pasienter med diagnose personlighetsforstyrrelse kan personalet ofte bli inndelt i snille og slemme. Da er det viktig å få støtte fra kollegaer. Hvis personalet går inn i det, blir det vanskelig og urolig i teamet. Slik skapes konflikter”.*

Under et par av møtene jeg observerte ble kommentarer av typen; *”har du valgt å jobbe her må du tåle såpass”* eller *”sånt må du tåle på denne posten”* virker lite positivt for samarbeidet. I det minste ønsket de å få sine opplevelser bekreftet. Det kan være krevende å jobbe med de pasientene vi har.

Allikevel er det noe overraskende at såpass mange nevnte toleranse for at jobben er vanskelig som et viktig forhold for et godt samarbeid. Kanskje er det slik at det å få utløp for sine frustrasjoner også er noe som kan samle teamet og minne hver enkelt ansatt om at en ikke står alene i jobben, men har et helt team bak seg. Et samlet team samarbeider bedre enn et fragmentert team.

Under observasjonsukene la jeg merke til at en sykepleier ved flere anledninger sa *”dette kan jeg ikke nok om”* på møtene. Flere av teammedlemmene nevnte at det å kunne si at noe er vanskelig og vise svakhet i stedet for skråsikkerhet og styrke er positivt for samarbeidet.

---

Dette er muligens også med på å utviske tradisjonelle nivåforskjeller forankret i utdanningslengden. Å vise usikkerhet viser også en viss faglig trygghet, (et forhold som er diskutert tidligere), som igjen kan tenkes å virke positivt på samarbeidet.

## 5.11            *Selvstendighet*

Å ikke kjøre sitt eget, individuelle opplegg i forhold til behandlingen av en pasient kan også synes å ha noe å si for kvaliteten på samarbeid å gjøre. Dette forholdet ble kun nevnt fire ganger under møtene, men jeg anser den som såpass sentral at jeg likevel tar den med i oppgaven. Som en av legen litt humoristisk sa i intervjuet;

*”Individuelt opplegg er veldig hyggelig, men fryktelig kaotisk.”*

Lauvås & Lauvås (1994) er inne på forholdet autonomi i oppgavens teoridel. Forskerne understreker hvor viktig det er at medlemmer gir avkall på noe av den autonomien de ellers kunne oppnå for at det tverrfaglige samarbeidet skal bli reelt. De ansatte på denne posten skulle ønsket at de kunne stå mer samlet enn det de får til per i dag.

*”Vi pleiere kunne godt blitt mer samkjørte. Vi er på litt forskjellig nivå. Jeg skulle ønske vi kunne stå mer samlet om ting og tenker vi er for dårlige på det”.*

*”Jeg synes vi burde tenke mer samarbeid enn individuelt. Det positivt for samarbeidet å tenke at vi er på lag og ikke skal være enkeltpersoner som er veldig flinke. Det er teamet som skal være bra. For å bli bedre på det trengs det faglig trygghet. Vi bør hevde oss på teamets vegne og ikke for vår egen del.”*

Under observasjonsukene ble jeg oppmerksom på psykologen konsekvent spurte; *”Hva tror dere om dette?”* og ikke hva den enkelte trodde. På fem av i alt 15 morgenmøter og på to behandlingsmøter noterte jeg meg dette. Slike grep ble oppfattet som samlende og framhevet at det var teamet som gruppe som jobbet for pasientene psykiske helse. Det er

også positivt at såpass mange av teammedlemmene ønsket å jobbe for å bli mer samkjørte og var bevisste på fordeler ved å jobbe mindre individuelt.

## 5.12 Inkludering

Samtlige av de ansatte var enige om at det var positivt at legene inkluderer hele teamet i beslutningsprosesser. Ergoterapeuten og arbeidsterapeuten nevnte spesielt viktigheten av at behandlerne spør hele teamet om innspill på de forskjellige møtene på posten. Dette ligger nært opp til det å bli hørt og lyttet til som jeg har drøftet tidligere, men de ansatte understreket viktigheten av at spesielt legene spør og lytter til absolutt alle teammedlemmene. Det er tross alt legene som har hovedansvaret og endelig beslutningsrett når det gjelder behandlingen av pasientene.

Inkludering som et viktig forhold er beskrevet foran i oppgavens teoridel. Det fremgår at en viktig oppgave for leder er å oppfordre til at de ansatte skal bidra og også oppfordre til at alle skal delta i teamet. Levi (2001) fremhever spesielt viktigheten av leder som møteleder og hvilken spørsmålsstilling lederen bruker. De ansatte på denne avdelingen bekreftet dette på flere måter:

*”Legene er gode til å spørre om våre synspunkter og jeg føler at vi blir hørt. Vi kan komme med forslag til medisiner for eksempel. Hele teamet er med og diskuterer, og det er veldig ålreit at vi blir hørt og at man får til en diskusjon rundt bordet”.*

*”Legene gir oss muligheten til å utvikle oss og delta. De spør oss om råd og tar oss på alvor. De er også åpne for kritikk og andre synspunkter.”*

Flere påsto også at legene ofte fungerte som rollemodeller, på godt og vondt, for resten av teamet. Teamlederens funksjon som forbilde og rollemodell er også viktig.

*”Legene er gode forbilder og det har mye å si for teamet. De tar opp problemstillinger og hører på personalet. De lytter og diskuterer og tar gjerne imot kunnskap og erfaring samtidig som de gir av sin kunnskap og erfaring. De retter også spørsmål til hele teamet angående medisiner. Det virker som om de har forståelse for at miljøpersonalet har viktige*

---

*observasjoner og de samler opp denne informasjonen. Det skal godt samarbeid til for å få dette til å fungere og det er de gode til”.*

Legene har mer makt og beslutningsrett i teamet enn det miljøpersonalet har. Muligens var det nettopp derfor pleierne var ekstra vare på om de følte seg respektert av behandlerne.

*”Legene lytter ofte og det er veldig viktig. Vi blir behandlet med respekt. Ingen av legene her er arrogante og høyt oppe. Det har jeg ikke sett hos legene på posten. Samtidig tar de ansvar for det de har ansvaret for og prøver ikke å skyve det på oss.”*

Legene virket også selv å være opptatt av at hele teamet får være med og påvirke beslutninger.

*”Det å ikke ta opp ting med pleierne og terapeutene og heller ta alle avgjørelser selv er negativt for samarbeidet. Det er viktig å diskutere alle valg man gjør med personalet. Her taes nesten alle avgjørelser i plenum.”*

Under observasjonsukene la jeg merke til at begge legene hadde en åpen, spørrende kommunikasjonsstil når de uttalte seg på de forskjellige møtene. Dette inviterte til innspill. De stilte også åpne spørsmål til de andre teammedlemmene om for eksempel medisiner, som da legene naturlig nok har ansvaret for alene. Legene fungerte som ordstyrere og passet på at alle hadde muligheten til å bli hørt. Det syntes som at alle kjente at de hadde mulighet til å uttrykke sin stemme, til og med studentene i praksis på posten. Slik er det ikke i alle tverrfaglige team. At alle i teamet opplevde å ha påvirkningsmulighet syntes å virke styrkende på gruppefølelsen i dette teamet. Kanskje har dette også mye av æren for at de fleste ansatte rangerte samarbeidet på posten som såpass velfungerende som de gjorde.



## 5.13 Tilgjengelighet

Legenes tilgjengelighet for pleierne kan også synes å ha mye å si for et godt tverrfaglig samarbeid. Tre av de tolv pleiere nevnte dette forholdet.

*”Det er viktig å bli hørt, spesielt av legene, og at de tar seg tid. Dette får jeg ekstra motivasjon av og gjør samarbeidet bedre. Legene er en god del på vaktrommet og snakker med oss før og etter samtaler. Jeg føler meg veldig respektert og det er viktig. Dette samler teamet.”*

*”Det er mye teamarbeid som skjer på sparke i løpet av dagen. Dette er kanskje noe av det beste på posten, og så snakker legen og pleierne sammen før og etter samtaler med pasientene. Det er veldig ålreit”.*

Under observasjonsukene ble jeg tidlig slått av hvor ofte legene var til stede på vaktrommet og i avdelingen. I tiden de ikke var på posten var de stort sett tilgjengelige på mobil eller på kontoret. De syntes å være godt tilgjengelige for de andre ansatte og det var mulighet for fortløpende drøftinger. Dette kan være med på å gi teamet følelsen av et mindre autoritært og hierarkisk organisert system og minsker gapet mellom pleiere og leger.

## 5.14 Stabilitet

Flere av de ansatte nevnte viktigheten av behandlergruppens stabilitet i forhold til å få til et godt samarbeid. Det viste seg at det ved sengeposten hadde vært et stabil gruppe ansatte over flere år, men at det hadde vært noe utskiftning av legene. Nå hadde de fått på plass to leger og de ansatte var derfor enda mer stabile enn tidligere.

*”Vi ansatte er nå en stabil gruppe og det virker svært positivt for samarbeidet. Sånn har det ikke alltid vært. Hvis man ikke blir kjent blir det vanskelig å fungere godt sammen. Den stabiliteten der har mye å si. Legene blir også mer trygge i rollene sine når de har vært på*

---

*posten en god stund enn når de bare er inne et halvt år. Viktigheten med stabilitet går begge veier. ”*

*”Det kan virke negativt å ha hyppige skifter av personer i behandlingsteamet da ting blir uforutsigbart. Dette er jo et sårbart system og særlig viktig er det at ting er forutsigbare for pleierne og terapeutene som står i den tetteste relasjonen til klientene.”*

Under observasjonsukene noterte jeg at posten bar preg av å ha ansatte som hadde kjent hverandre en stund og at de ulike medlemmene stort sett virket trygge på hverandre. Det synes akseptabelt at en stabil leder er spesielt viktig for et godt samarbeid i team hvor medlemmene har ulike ansvarsområder og beslutningsrett.

## **5.16 Tverrfaglighet**

Legenes syn på tverrfaglig samarbeid kan også gi en pekepinn på samarbeidets kvalitet. Fire av mine informanter nevnte dette. Som jeg tidligere har nevnt fungerer leder også som rollemodell og forbilde for tverrfaglige samarbeidet, og er således med å påvirke de ansattes innstilling til tverrfaglig samarbeid. Slik beskrev en av legene på posten sitt syn på tverrfaglig samarbeid;

*”Jeg trives veldig godt med tverrfaglig samarbeid. Jeg opplever det som givende å jobbe i sengeposten. Tidligere har jeg også jobbet tverrfaglig. Jeg synes det er motiverende å arbeide med andre som kan mer om andre områder og som kan komme med denne kunnskapen. Jeg har gode opplevelser fra tverrfaglig arbeid og mener at kun å se ting som lege kan bli for snevert.”*

Under observasjonsukene noterte jeg meg at begge legene fremstod som bevisste på kommunikasjon og positive til tverrfaglig samarbeid. Legene syntes også å fremstå som gode rollemodeller for de andre teammedlemmene i måten de inviterte til samarbeid på.

## 5.17            *Autoritet*

At legene har en autoritær holdning ble nevnt som noe negativt for det tverrfaglige samarbeid. Fem av mine informanter hevdet at det var viktig at legen ikke hadde en for autoritær holdning. Levi (2001) er også inne på hvordan myndighet virker inn på ledelse og tverrfaglig samarbeid.

*”Bastante og sterke meninger i forhold til hvordan ting skal gjøres, virker negativt på samarbeidet. Og dette merkes særlig på måten det kommuniseres, for eksempel på en autoritær måte. Når det tas avgjørelser over hodet på oss andre er ikke dette positivt for samarbeidet.”* *”Hør her lille venn”, eller lignende uttalelser som virker nedlatende er negativt for samarbeidet. Det hender slike uttalelser kommer fra tid til annen. Ironi er greit så lenge uttalelsene ikke blir sarkastiske. En holdning om at jeg er bedre enn deg er absolutt ikke bra. Måten ting blir sagt på har mye å si”.*

Samtidig synes det som at teammedlemmene ikke opplevde en autoritær holdning hos sine leger på posten.

*”Jeg føler at vi samarbeider med legene uten at de kun gir ordre. Hvis de måtte ha gitt flere ordre ville det nok oppstått større uenighet. Legene legger alltid frem ting slik at det er rom for diskusjon. De ønsker alltid å høre hva alle synes før beslutninger tas. Det tror jeg er positivt for samarbeidet”.*

*”Jeg har jobbet med leger som har gitt mer ordre og ikke tatt med hele teamet i beslutninger eller på samtaler. Det fungerer ikke så bra. Det at vi er med på for eksempel samtaler sammen med pasient og lege samler teamet”.*

Imidlertid kan det synes som at det også i dette tverrfaglige teamet er rom for forbedringer.

*”Jeg ville synes at samarbeidet hadde vært enda bedre hvis jeg hadde blitt hørt av legene enda flere ganger.”*

Posten fremsto i sin helhet som lite preget av hierarki og legene syntes å være lite autoritære i sine holdninger. Levi (2001) peker på hvordan mektige ledere ser ut til å ha mindre kommunikasjon og mer egenrådige beslutningsprosesser enn grupper med mindre mektige ledere. Så lenge ansvarsområder og arbeidsoppgaver er klart definerte og følges virker det som team å fungerer best med ikke-autoritære ledere. Følelsen av å bli beordret

---

rundt vil, i følge flere av informantene, alltid skape misnøye og konflikt på arbeidsplassen. Samtidig er det viktig at miljøpersonalet har respekt for legene og deres ansvarsområde. Begge legene var spesielt opptatt av ansvarsfordeling og hvordan innflytelse bør følge denne.

*”Jeg mener alle ikke skal ha like stor innflytelse på pasientbehandlingen da vi har forskjellig faglig bakgrunn. Dette har også litt med hvordan en er som person. Til slutt er det legene som sitter med ansvaret og derfor også må ta avgjørelsen hvis det ikke oppnås enighet. Vi prøver å ha en demokratisk tilnærming ved at alle får argumentere for sitt syn. Regelen er at legene har det siste ordet når avgjørelser skal tas. Her fungerer dette bra og vi er trygge på at vi har tenkt igjennom det vi gjør. Vi er avhengig av observasjoner fra pleierne og terapeutene, men selve bestemmelsene som utgang og permisjoner er det alltid legene som har siste ordet på. ” ”Innflytelse er avhengig av ansvarsområder. Hvis man har ansvar på et område, må man jo også ha innflytelse. ”*

Begge legene ønsket at arbeids- og ergoterapeut i større grad skulle ta del i samarbeidet for på denne måten få mer innflytelse slik at medlemmene av teamet skulle få en nokså lik innflytelse. Legene oppfattet det å ha innflytelse som noe som bidro til å øke kvaliteten på samarbeidet.

*”Jeg synes stort sett at de ansatte er lite flinke til å gi uttrykk for hva de selv mener. De vil høre meningene til legene før det kommer med egne syn på hvordan vi skal gjøre ting. Det er en mulighet at de føler seg underlegne, men det oppleves som dette varierer fra person til person. Jeg mener det er takhøyde nok for at vi alle kan si hva vi mener. Vi har innflytelse hvis vi vil. Det overrasker meg at erfarne sykepleiere kan virke tilbakeholdne med å gi uttrykk for hva de mener hvis det har et annet syn enn legen for eksempel. Dette opplever jeg som negativt. Det er fruktbart for samarbeidet og for pasientbehandlingen hvis alle gir uttrykk for det de mener. ”*

*”Terapeutene kunne hatt større innflytelse hvis de kommer med mer utfyllende informasjon og flere forslag selv. Jeg opplever litt det tradisjonelle lege versus pleier synet, samtidig erfaring her er viktig. ”*

## 5.18 Sammendrag

I dette kapitlet har jeg gjort rede for oppgavens empiriske del. Jeg har foretatt en drøftelse av empiri i forhold til teori som det er redegjort for i kapittel 3 og fire. Hovedtemaene i undersøkelsen omhandlet de forholdene som ble funnet å ha innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet, i alt elleve forhold. Hvert av disse forholdene er sett i forhold til mine empiriske data og drøftet i forhold til teori. I tillegg til å ta for meg elleve forhold som virker inne på samarbeidet i tverrfaglige team, har jeg presentert i alt fem forhold som har betydning for ledelse av tverrfaglige team. Dette har jeg gjort ut fra det faktum at også ledelse er med på å innvirke på hvorvidt samarbeidet i det tverrfaglige teamet blir godt eller dårlig. Jeg har gjengitt uttalelser som informantene enten kom med under samtalene jeg hadde med dem, eller som kom til uttrykk under møtene jeg observerte. Enkelte uttalelser har kommet under lunsjpauser jeg har deltatt i.

Hovedinntrykkene jeg satt igjen med etter gjennomføringen av undersøkelsen er at informasjonen fra informantene ga støtte til teorien, og at hovedtemaene ble støttet av informantenes utsagn.

Undersøkelsen ga uttrykk for at tverrfaglig samarbeid i team er krevende, og gir støtte til teorien om at det er flere forhold som medvirker til at slikt samarbeid er krevende. I all hovedsak ga undersøkelsen uttrykk for at det tverrfaglige samarbeidet ved sengeposten fungerte godt. Årsakene til at samarbeidet fungerte godt var stor grad av tilstedeværelse av forhold som har positiv innvirkning på samarbeid, som å rom for uenighet, mulighet for å spørre, mulighet for å påvirke egen arbeidsdag og at det var liten grad av motstridende interesser. Ved å studere dataene fra min deltakende observasjon og dataene fra de fem samtalene fant jeg støtte for at de forholdene jeg her har tatt hadde innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet. Svarene kan sees i tråd med og gi støtte til antagelsen om at det er viktig å klare å identifisere forhold som kan virke negativt på samarbeidet, slik at det raskest mulig skal kunne redusere effekten av disse.

I det siste kapitlet blir det gitt en samlet vurdering av undersøkelsen hvor jeg prøver å knytte resultatene opp mot de underproblemstillingene som dannet utgangspunktet for undersøkelsen.

---

## 6 AVSLUTNING

I denne avhandlingen har jeg forsøkt å finne frem til hvilke forhold som har innvirkning på samarbeid i tverrfaglig team innen sykehus. Samarbeid i tverrfaglige team kan forstås som samarbeid mellom ansatte på tvers av kompetanse. Tverrfaglig samarbeid forstås som det samarbeidet som er til stede mellom personer med ulik kompetanse. Et godt tverrfaglig kan forstås å forutsette at en klarer å utnytte ulikheten i kompetanse, erfaringer og roller hos de som samarbeider. I et sykehus er det behov for samarbeid mellom ansatte med ulik kompetanse i pasientbehandlingen. At sykehusansatte har ulik kompetanse og samtidig skal samarbeide seg imellom gjør samarbeidet i tverrfaglige team krevende. Fokus har vært rettet mot ulike forhold som enten har positiv eller negativ innvirkning på samarbeid i tverrfaglige team. Utgangspunktet har vært en ide om at samarbeid i tverrfaglige team er krevende fordi mange forhold virker inn på det tverrfaglige teamet. Likevel er et velfungerende tverrfaglig team avhengig av godt samarbeid for å klare å gi en kvalitativ god pasientbehandling.

For å gjøre en tilnærming til forståelsen av samarbeid i tverrfaglige team blir organisering og ulike organisasjonsformer først diskutert. På bakgrunn av dette plasseres sykehus innefor den byråkratiske organisasjonsformen. Dette ble gjort fordi jeg mener det er viktig med forståelse av sykehusets organisasjonsform for å kunne si noe hovedutfordringene ved samarbeid i tverrfaglige team. I avhandlingen ble også rollene til medlemmene i tverrfaglig team diskutert. Deretter belyses de forholdene som hadde innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet

Avhandlingen belyser flere ulike forhold sin innvirkning på samarbeid i tverrfaglige team, og hvor vidt disse forholdene har positiv eller negativ innvirkning på samarbeidet. Det belyses også noen forhold som har betydning for ledelsen av tverrfaglige team. Samarbeid ble sett i lys av teammedlemmenes roller. Noen forhold ble også knyttet opp til ledelse av tverrfaglige team, og disse forholdenes betydning for samarbeidet. Forholdene som hadde innvirkning på samarbeid i tverrfaglige team ble sett i lys av målsetningen for samarbeidet,

som var å gi sengepostens pasienter en så god og helhetlig behandling som mulig i forhold til deres behov.

Det ble foretatt deltakende observasjon over en periode på fire uker ved en sengepost i et somatisk sykehus. I tillegg hadde jeg samtale, som ikke hadde intervju form, med fem av det tverrfaglige teamets medlemmer. Sykehuset som sengeposten var en del av har i ettertid blitt et helseforetak underlagt Rikshospitalet.

I kvalitative undersøkelser er ikke målet å kunne generalisere funnene til å gjelde for en populasjon. Målet med denne avhandlingen har heller ikke vært noen generalisering av funnene. Å skulle trekke noen konklusjoner om tverrfaglige team basert på undersøkelsen er av denne grunn ikke mulig. Likevel har den deltakende observasjonen ført til noen antagelser og resultater som kan være nyttige for medlemmer av tverrfaglige team og for videre forskning rundt tema.

For å oppsummere de ulike forholdene som hadde innvirkning på tverrfaglig samarbeid, vil jeg i det videre ta tak i delproblemstillingene som ble presentert i de foregående kapitlene.

## 6.1 Hvilke forhold fører til at samarbeid i tverrfaglige team fungerer godt eller dårlig?

I organisasjoner kommer samarbeid til uttrykk på ulike måter. Ved sengeposten som ble studert kom samarbeidet til uttrykk ved at informantene mente at samarbeid var helt avgjørende for å gi pasientene god behandling. Informantene ga også uttrykk for at samarbeid kunne være krevende til tider. Hva de forskjellige informantene la i forståelsen av samarbeid var nokså lik, noe som kan relateres til at informantene var en del av det samme tverrfaglige teamet.

Resultatene fra den empiriske undersøkelsen viser at det er flere ulike forhold som både virker positivt og negativt inn på samarbeidet i tverrfaglige team. Hovedinntrykket er at

---

informantene mente at samarbeid i tverrfaglige team var en nødvendig forutsetning for pasientbehandlingen, samtidig som det var krevende. Samarbeid i tverrfaglige team ble i teoridelen definert som, grupper bestående av representanter for ulike faggrupper som samarbeider, Lauvås & Lauvås (1998). I undersøkelsen ble det samarbeidet i det tverrfaglige teamet sett i lys av følgende forhold; ”påvirkning på eget arbeid”, ”uenighet”, ”erfaring”, ”kommunikasjon”, ”posisjonering”, ”moro”, ”vaktturnus”, ”struktur”, ”å lytte”, ”selvstendighet” og ”inkludering”. Fire forhold ble sett opp mot ledelse av tverrfaglig team, i og med at ledelsen av slike team også har betydning for samarbeidet. De forholdene som ble sett opp mot ledelse var; ”tilgjengelighet”, ”stabilitet”, ”tverrfaglighet” og sist ”autoritet”.

De elleve første forholdene ble vurdert ut fra hvordan de innvirket på samarbeidet i det tverrfaglige teamet, de fire siste ble sett i forhold til ledelse av tverrfaglige team. I det videre vil jeg oppsummere mine funn og se funnene opp mot de i alt seksten forholdene.

Flere av informantene nevnte at for stor grad av ”*selvstendighet*” virket negativt på det tverrfaglige samarbeidet. Informantene som så på dette hadde en tanke om at teamet skulle kollektivistisk i tankegangen og ikke individuell. Mine tanker rundt ”selvstendighet” er at dette til en viss grad er viktig. For lite ”selvstendighet” kan også være negativt da dette kan gjøre at medlemmene av teamet kun blir en i mengden, noe som kan bidra til en felles tankegang. Hvis medlemmene av tverrfaglige teamet kun blir en i gruppen, kan dette føre til at samarbeidet fungerer godt som følge av at alle er enige. Et slik godt fungerende team kan være negativt hvis enigheten skyldes at ingen tør være uenige. Det er derfor viktig at ansatte ved en sengepost som medlemmer av tverrfaglige team blir klar over den negative virkningen av for stor konformitet hos teammedlemmer kan ha for samarbeidet. Dette henger sammen med at for stor grad av konformitet svekker teamets kreativitet noe som kan føre til at kvaliteten i behandlingen reduseres. Det viktige ved å danne tverrfaglige team er å gjøre pasientbehandlingen bedre og ikke kun skape et godt arbeidsmiljø. Selvfølgelig vil det være et pluss dersom man får til begge deler. Det beste for et tverrfaglig team vil være å finne en middelvei med tanke på de ansattes grad av autonomi.

*Uenighet* ble antatt å være en god ting for samarbeidet i det tverrfaglige team, da dette førte til diskusjon og at ulike innfallsvinkler ble presentert. Det er vanskelig å trekke en grense for når uenigheten ikke lenger er et gode for tverrfaglig samarbeid. Hvor går



grensen for når uenigheten blir så stor at den virker negativt inn på samarbeidet fordi den ikke lenger er produktiv, er det vanskelig å si noe om. For stor grad av uenighet kan også føre til at det blir en "posisjonering" hos de ansatte. Når medlemmene av tverrfaglige team er uenige seg imellom er det viktig at disse ikke dysses, ned med blir brakt opp i dagen og diskutert, Lauvås og Lauvås (1994). Det er kun ved å synliggjøre konfliktene at uenighet og posisjonering kan avverges. Dette gjelder også der hvor de ansattes roller overlapper hverandre. For at ikke uenighet skal oppstå i for stort omfang er det viktig at hele det tverrfaglige teamet er ærlige når det gjelder hva de forventer av hverandre. Ved å være ærlige om forventninger til hverandre så vil alle ha informasjon som kan bidra til bedre kommunikasjon mellom teammedlemmene, (ibid). Samtidig kan ærlighet om forventninger bidra til å redusere graden av uenighet, samtidig som kommunikasjonen bedres. Innen tverrfaglige team vil medlemmene kunne ha ulike syn på hva som er viktig i pasientbehandlingen. Forskjellige synspunkter på hva som er god behandling kan bygge på forskjellig faglig ståsted. Det å diskutere innen teamet hva medlemmene forventer av hverandre kan derfor være bra for å bedre kommunikasjonen og samarbeidet. Disse forholdene har alle som arbeider i team nytte av å tenke på innimellom.

Informantene i min studie la vekt på at legens tilgjengelighet var positivt for samarbeidet, fordi dette sa noe om gjensidighet i samarbeidet, at alle var der for hverandre. Hvis det motsatte hadde vært tilfelle kunne dette raskt ført til uenighet og posisjonering medlemmene imellom. Jeg er av den oppfatning at legene ved å være tilgjengelige for de andre i teamet viser at alle er viktige aktører eller ressurser innad i en sengepost. At legene er tilgjengelig skaffer også dem en bedre oversikt over det som skjer. God oversikt kan føre til bedre forståelse og større mulighet for å treffe beslutninger som de andre er enige i. Dette kan ha positiv innvirkning på samarbeidet ved at alle i teamet samarbeider, og ingen får rollen som kontrollør. Det er derfor positivt for det tverrfaglige samarbeidet at legene er tilgjengelige (Steffensen, 2007).

*Stabilitet* er også et forhold som virker positivt inn på det tverrfaglige samarbeidet. Informantene begrunnet dette ved at kontinuiteten ble bedre når teamets medlemmer var en stabil gruppe. Spesielt nevnte pleierne stabilitet som viktig i forhold til legene. At legene var kjent i sengeposten ble nevnt som positivt for samarbeidet fordi dette gjorde de andre tryggere i forhold til legens beslutninger. Her går det også en grense for hvor stabilt teamet kan være før det kan virke negativt. Det kan tenkes at personer som er unge og

---

nyutdannede også er mer opptatt av å skaffe seg ny kunnskap om områdene de arbeider med. Ut fra dette kan forholdet stabilitet både sees som positivt og negativt for det tverrfaglige samarbeidet.

Informantene i denne undersøkelsen synes å mene at autoritære holdninger fra behandlere virker hemmende på tverrfaglig samarbeid. Gjelder dette først og fremst personlig autoritet? Hva med faglig autoritet? Autoritær holdning bør defineres klarere og her kunne det vært nyttig med mer forskning. Det kan synes som at legene på sengeposten får et bedre samarbeid hvis de opptrer ydmykt med en anti-autoritær holdning. Spesielt tenker jeg at en anti-autoritær holdning er viktig i team hvor legen har lang formell utdanning, men mindre direkte erfaring fra arbeid i sykehus. Det er utfordrende å lede team med andre medlemmer med mindre formell utdanning, men med lang praksis. Særlig viktig er det at behandlerne, som tilhører de profesjonene med høyest status tradisjonelt, er opptatt av å opptre ydmykt. Hvilken profesjon man tilhører garanterer ikke at man vet best eller har rett. Samtidig tenker jeg at *faglig autoritet* ikke er en ulempe når det gjelder tverrfaglig samarbeid.

## 6.2 *Hvilke faktorer er det som gjør at samarbeidet fungerer godt eller dårlig?*

Legene på sengeposten vil også med stor sannsynlighet ha nytte av å være oppmerksom på vaktturnus og struktur på arbeidsplassen. Ofte legges vaktturnus opp etter ansattes egne ønsker. Samtidig er det viktig å ha i mente at det ikke er sjokolade som produseres på en sengepost. Pasientenes behov bør derfor så langt det er mulig være styrende for hvordan turnus legges opp. Strukturen i teamet og vaktturnus legger på mange måter premissene for alle gode ideer, inkludert de seksten forholdene jeg har nevnt i denne oppgaven. Møtes ikke teammedlemmene slik at opplegg og informasjon kan utveksles, har det ikke noe si hvor gode planer eller ideer man har til behandlingen av en pasient.

Empirien åpnet for andre viktige forhold som hadde betydning for samarbeidet. Funnene i undersøkelsen viste også at organiseringen har betydning for samarbeidet i tverrfaglige team. Legene ved sengeposten bør være klar over hvor viktig det er at alle

teammedlemmene opplever å bli *hørt* hvis man skal få til et godt tverrfaglig samarbeid. Legene kan ha nytte av å være med på å skape et klima hvor det er lav terskel på å *kunne spørre* ved usikkerhet i arbeidet. Tverrfaglig samarbeid blir også fremmet når teammedlemmene er *faglig trygge* og *kommunikasjonen* er god. Legene ved sengeposten kan ha nytte av å ha i mente hvordan *humor* og andre muligheter for *utblåsning* kan virke fremmende på samarbeidet. Han eller hun bør også forstå hvordan *vakturnus* og *struktur* kan være med å påvirke samarbeidet i en god eller dårlig retning. Legene bør forsøke å *inkludere* teammedlemmene så mye som mulig i sine vurderinger og han eller hun bør alltid være klar over hvordan behandlerne fungerer som *rollemodeller* i forhold til tverrfaglig samarbeid.

### ***6.3 Hva kan sies å være utfordringene knyttet til å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid ved en sengepost i et landsdekkende sykehus?***

Resultatene i den empiriske undersøkelsen kan forstås slik at det finnes forhold i organisasjonen som virker inn på samarbeidet. Som også danner grunnlag for ulike utfordringer i sykehusorganisasjonen. Hovedinntrykket er at å ta hensyn til disse forholdene er avgjørende for oppnå et godt tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid ble i teoridelen belyst via Lauvås og Lauvås (1994), som er opptatt av hvorfor tverrfaglige team dannes og advarer mot uheldig utvikling i teamene over tid. Tverrfaglige team er satt sammen med tanke på nettopp bredde og kvalitet i arbeidet med pasienter. Slike grupper kan, i følge forskerne, utvikle seg i en eller annen retning mellom to ytterpunkter. Den ene retningen kan innebære en gradvis oppløsning av faglige skillelinjer slik at arbeidet går over fra å være tverrfaglig til å bli et samarbeid mellom personer som besitter stort sett samme kunnskap og erfaring. Eventuelt kan teamet bli så sterkt preget av en faggruppes dominans at de andre fagene nærmest er blitt udefinerte. Den andre utviklingen kan gå mot en distansert arbeidsform der de enkelte fagpersonene opererer relativt selvstendig innenfor sine respektive ansvarsområder og der samarbeidet er redusert til et minimum av informasjonsutveksling og koordinering.

Lauvås og Lauvås (ibid) advarer mot begge disse utviklingene. De er opptatt av det ikke skal være noen fag som danner fundamentet for samarbeidet. Dersom det er slik at

---

forskjellige fag har spesifikk kompetanse med betydning for samarbeidet, er det ingen løsningsmulighet at fagene viskes ut eller forsvinner fra samarbeidet. Er viljen og evnen til samarbeid stor i en gruppe som arbeider mye sammen over lang tid, særlig innenfor en ramme der likeverd vektlegges sterkt og funksjonsdifferensieringen er lav, øker sannsynligheten for en utvisking av forskjeller. Derfor kan det være bekymringsfullt at et samarbeid fungerer svært godt. Tverrfaglig team er nettopp satt sammen med tanke på bredde og kvalitet i arbeidet med klienter. Dette er noe å ha i bakhodet når man ser på forskningsresultater som indikerer at det tverrfaglige samarbeidet fungerer svært godt og med nesten ingen tegn på konflikter. Er det tilsynelatende velfungerende samarbeidet tvert imot et sykdomstegn? Jeg har ingen grunn til å tro at det var tilfelle på posten jeg har studert i denne studien. Samtidig er det et tankekors at nettopp tverrfaglige team med en god del konflikt kan være de "sunneste". Derfor tenker jeg at det er klokt å gjøre som legene i denne studien gjorde: invitere deltakerne til å komme med egne ideer og eventuelle motforestillinger. Det kan skape dynamikk og faglig utvikling i teamet.

Undersøkelsen viste at utfordringene knyttet til å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid ved en sengepost i et landsdekkende sykehus er gi rom for å diskutere problemene samtidig som man tør å være uenige, for å finne frem til felles løsninger. Svarene i undersøkelsen er i tråd med det teoretiske grunnlaget i avhandlingen.

## *6.4 Oppsummerende vurderinger*

Studien min har flere begrensninger. Resultater fra feltstudier har vanskeligheter i forhold til reliabilitetskravet til vitenskapelig forskning. Samtidig er observasjonsstudier nyttige til å utvikle ideer som kan testes mer fullstendig senere ved hjelp av andre forskningsmetoder. Dette har jeg vært inne på i metoddelen av oppgaven. En annen viktig metodekritikk er at jeg studerte kun en post og at denne ikke er tilfeldig selektert. Statistisk sett er det vanskelig å trekke slutninger ut i fra et utvalg på en. Jeg er også usikker på om denne posten er en typisk representant for tverrfaglige team. Ville jeg fått utdelt denne posten om den var preget av mye konflikt og profesjonskamp? Det er nærliggende å tenke at en post ikke er så redd for en "ytre observatør" hvis de ansatte der oppfatter samarbeidet som velfungerende. Jeg er også usikker på hvilken betydning det har at behandlerne på posten selv syntes at avdelingen kunne ha nytte av en slik studie. Blir det bedre samarbeid i team hvor behandlerne er svært opptatt av tverrfaglig samarbeid og godt samspill?

Jeg har presentert seksten forhold som teammedlemmene selv mener hemmer eller fremmer tverrfaglig samarbeid. Resultatene fra min studie passer godt med tidligere presentert teori fra organisasjonssosiologisk litteratur. Funnene er på den måten ikke nye og revolusjonerende, samtidig som om det er nytt å bruke slik litteratur på tverrfaglige team innenfor sykehus. Jeg har spurt meg selv hva jeg kunne gjort for å få flere relevante svar på mine problemstillinger. Hvis jeg skulle grave dypere og forsket mer på tverrfaglige team, hvordan ville jeg studert dem? Selvfølgelig hadde det kunnet vært nyttig å ha sammenlignet flere tilfeldig utvalgte tverrfaglige team for å se hvordan samarbeidet jevnt over oppfattes. Samtidig er jeg klar over at dette vil by på problemer rent praktisk. Det kunne også vært interessant å sammenligne somatiske tverrfaglige team og team innenfor psykisk helsevern. Det hadde også vært nyttig å studere samarbeidet over en lengre periode enn fire uker. Samarbeidet kan tenkes å gå i bølger og det kan derfor være misvisende å referere til hvordan samarbeidet fungerte over bare fire uker. Dessverre krever slike studier mer tid og ressurser enn det en slik avhandling tillater.

Tverrfaglig samarbeid er i dag en del av så å si alle legers arbeidsdag innenfor det offentlige helsevesen. De siste årenes stillingsannonser inkluderer, som nevnt innledningsvis, ofte setningen; ”gode evner til å samarbeide tverrfaglig” når de utlyser nye stillinger for leger. Samtidig eksisterer det omtrent ikke forskning på tverrfaglig samarbeid. Jeg håper denne oppgaven kan være med på å rette fokus på et område som det ofte blir snakket kritisk om, men som det eksisterer svært lite forskning på. Dette fordi jeg tror at et velfungerende tverrfaglig samarbeid med sunn konfliktmengde gagnar alle som jobber innenfor sykehus. Og dette vil igjen gagnar klientene. Tross alt har alle det samme målet, nemlig klientens beste.

Å skulle tolke informasjon i denne form for empirisk undersøkelse, krever forståelse for ulike aspekter rundt metode. Jeg har referert til observasjoner og samtaler som informantene hadde rundt dette tema. Jeg har vært bevisst på hva informantene faktisk gjør. Det kan likevel stilles spørsmål ved hvor vidt jeg fikk se alle sidene ved informantenes samarbeid. Gjennom å gjøre en empirisk undersøkelse forsøkte jeg å få innsikt i informantenes arbeid, likevel kan en alltid gjøre seg opp tanker om man fikk se

---

alle sidene av deres arbeid. På bakgrunn av dette kan en ikke som forsker utelukke at undersøkelsen kunne hatt større validitet dersom jeg også hadde mulighet til å intervju informantene eller observert over en lengre periode enn fire uker. Rammefaktorer og mangel på ressurser gjorde det vanskelig å foreta intervjuer og observasjoner over lengre perioder.

I avhandlingen er det rettet fokus på ulike arbeidsoppgaver som medlemmene av teamet utfører mot felles pasient. Det kan være viktig å slå fast at disse faggruppene har et felles mål. Å overfokusere på forskjeller og ulikheter i fagområde kan skape en distanse som kan være uheldig i forhold til fellesskapet.

Det kan være på sin plass å understreke at det ikke nødvendigvis er profesjonsforskjeller som skaper utfordringer men heller begrenset og mangelfull forståelse innsikt og respekt som står i veien for et velfungerende og særs nødvendig tverrfaglig samarbeid.

I avhandlingen har jeg satt fokus på forskjellige faggrupper som inngår i tverrfaglige team. I empirien kom det frem at legene hadde større myndighet enn de andre i teamet. Det har aldri vært min hensikt i denne undersøkelsen å gjøre betraktninger om hvor vidt faggrupper er rangert over eller under hverandre i et hierarki. Utgangspunktet var å peke på tverrfaglig samarbeid og se hvordan tverrfaglig samarbeid fungerer, oppleves, kommer til uttrykk i en sykehusorganisasjon.

Jeg har beskrevet seksten forhold som synes å fremme eller hemme samarbeid i tverrfaglige team. Jeg har funnet frem til forholdene ved hjelp av fire uker med deltakende observasjon på en sengepost innenfor somatisk sykehus, samt gjennom samtale med fem av postens medlemmer. Ved å undersøke hva som bidrar til et godt samarbeid på en døgnenhet innenfor somatisk sykehus og ved å undersøke hva de ansatte der tenker generelt om samarbeid, har jeg ønsket å kunne si noe allment om positive og negative samarbeidsforhold innenfor et landsdekkende spesialsykehus.

Å bli hørt, lavt konfliktnivå og å kunne spørre er tre forhold som synes å ha innvirkning på tverrfaglig samarbeid. Videre har jeg nevnt faglig trygghet, humor, lite profesjonskamp og god kommunikasjon som fremmende. Mulighet for utblåsning, struktur, vaktturnus og grad av autonomi er også forhold som har blitt drøftet. Når det gjelder tverrfaglig samarbeid og

behandlerrollen synes inkludering, tilgjengelighet og stabilitet hos behandlerne å være spesielt viktig. Samtidig synes syn på tverrfaglighet og generell holdning til å spille en rolle for kvaliteten på samarbeid i team.

De ansatte på sengeposten har mange utfordringer når det gjelder det å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Selv om høy grad av autonomi hos teammedlemmer regnes som hemmende på samarbeidet kan lav grad av autonomi øke sannsynligheten for gruppetenkning. Det er videre mange farer relatert til en konform gruppe. Når det gjelder konfliktnivå synes et lavt nivå å virke fremmende på samarbeid. De ansatte på sengeposten bør derfor forsøke å forebygge uproduktive konflikter og profesjonskamp. Et verktøy for å avdekke fordommer og stereotyper i teamet er åpen drøfting av forventninger til andres yrkesgrupper. Samtidig regnes en viss grad av konflikt å være sunt for teamet da det motvirker konformitet og fremmer kreativ problemløsning.

De ansattes tilgjengelighet på en sengepost synes å være et viktig hjelpemiddel på veien til et effektivt og godt tverrfaglig samarbeid. Stabilitet i teamet synes også å virke samarbeidsfremmende. Samtidig kan stabilitet øke sjansen for gruppetenkning. På den måten kan stabilitet være et tveegget sverd for teamet. Anti-autoritær holdning hos psykologen på sengepost ser ut til å virke fremmende på samarbeidet i tverrfaglige team. Samtidig bør ikke anti-autoritære holdninger hos behandlere forveksles med å stå frem med faglig autoritet og tyngde. Tverrfaglige team står i fare for å bevege seg i to uheldige retninger. Det ene uheldige utviklingen er at de forskjellige faggruppene blir mer og mer like. Det andre uheldige alternativet er at samarbeidet blir redusert til et minimum av informasjonsutveksling og koordinering. Det er viktig å huske at tverrfaglige team er satt sammen med tanke på nettopp bredde og kvalitet i arbeidet med klienter. Derfor bør tegn på begge disse to utviklingene tas alvorlig og tiltak for å snu eventuell negativ utvikling settes inn.

## *6.5 Veien videre*

I avhandlingen har jeg vist at tverrfaglig samarbeid er viktig i dagens organisasjoner og særlig i en sykehusorganisasjon. Dagens samfunn blir stadig mer spesialisert og behovet

---

for samarbeid bare øker. Ved økt spesialisering må flere profesjoner samarbeide om oppgaver hvor hver profesjon kun utfører en liten del. Den teoretiske og den empiriske besvarelsen viser hvor komplekst tverrfaglig samarbeid kan være i en sykehusorganisasjon.

Samarbeid med personell med forskjellig bakgrunn og forskjellige prioriteringer er en viktig utfordring for psykologen på en sengepost. Samtidig er tverrfaglig samarbeid i somatisk sykehus et område det så å si ikke eksisterer forskning på. Mitt mål for denne studien var å kartlegge hvilke forhold som er avgjørende for å få til et godt samarbeid på tvers av kompetanse og hvilke implikasjoner disse forholdene har for psykologen på en sengepost.

Flere studier trengs for å forstå hvordan tverrfaglige team samarbeider og hvorfor samarbeidet synes å fungere så ulikt i forskjellige tverrfaglige team innenfor somatisk sykehus. Jeg håper denne oppgaven kan være med på å rette fokus på tverrfaglig samarbeid og inspirere til mer forskning på området. Dette fordi jeg tror at et velfungerende tverrfaglig samarbeid med sunn konfliktmengde har enorm positiv innvirkning både på ansatte og klienter innenfor dagens somatiske sykehus.

Det er gjort lite forskning på hvilke forhold som virker inn på tverrfaglige team og på hvordan samarbeidet foregår derfor tror jeg det vil være interessant å få mer kunnskap på følgende områder:

- Økt innsikt i effekten av samarbeid på tvers av fagområder.
- Økt innsikt rundt effektivitet i tverrfaglig samarbeid

Det kan være fruktbart med et større samarbeid mellom offentlige organisasjoner og forskningsmiljø for å avdekke interessante områder som det trengs mer forskning på. Sosiologer kan bidra til økt forståelse for ulike forhold i arbeidslivet. Sosiologer kan bistå i faglige spørsmål samt gjennomføre undersøkelser, evaluering av interne prosesser i arbeidsliv.





---

## 6 Litteraturliste

- Abbott, Andrew (1988): *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago: University of Chicago Press
- Baron, Robert S., Kerr, Norbert L. & Miller, Norman (1992): *Group process, group decision, group action*: Buckingham: Open University Press
- Berg, Ole & Haug, Charlotte (1998): *Helsevesenets "floker": tanker om deres årsaker og håndtering*, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo
- Blau, Peter M. & Meyer, Marshall W (1987): *Bureaucracy in modern society*: New York: McGraw-Hill.
- Burns, Tom & Stalker, G. M (1994): *The management of innovation*, Oxford: Oxford U.P.
- Ephross, P. H. & Vassili, T.V. (1988): *Groups that work: Structure and process*, Colombia
- Etzioni, Amitai (1978): *Moderne organisasjoner*, Oslo: Tanum-Norli (Oversatt av Sonja Nilsen)
- Graner, Rolf (1995): *Personalgruppens psykologi*, Oslo: Tano
- Janis, Irving L (1982): *Groupthink: psychological studies of policy decision and fiascos*, Boston: Houghton Mifflin
- Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Lauvås, Kirsti & Lauvås, Per (2004): *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*, Oslo: Universitetsforlaget
- Levi, Daniel (2001): *Group Dynamics for Teams*, Los Angeles: Sage Publications
- Hammersley, Martyn og Atkinson, Peter (1996): *Feltmetodikk*, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hammersley, Martyn (2000): *Taking sides in social research: essays on partisanship and bias*, London: Routledge.
- Mintzberg, Henry (1983): *Structure in fives: designing effective organizations*, Engelwoods Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Mintzberg, Henry (1989): *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*, New York: Free Press
- Parker, G. M. (1994): *Crossfunctional teams. Working with allies, enemies an other strangers,*, Jossey-Bass Publishers
- Repstad, Pål (1992): *Sosiologiske perspektiver på helse- og sosialinstitusjoner*, Tano
- Stangor, Charles (2000): *Stereotypes and prejudice: essential readings*, Philadelphia: Psychological Press
- Stangor, Charles (2004): *Social groups in action and interaction*, New York: Psychological Press
- Thagaard, Tove (2003): *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*, Bergen: Fagbokforlaget
- Thompson, Paul & McHugh, David (1995): *Work organisations: a critical introduction*, Houndmills, Macmillan

Thompson, Paul & Mchugh, David (2002): *Work organisations: a critical introduction*,  
Houndsmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave

Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ  
lærebok*, Oslo: Universitetsforlaget

Alle kilder er oppgitt i avhandlingen.