

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i jordmorfaget
Oktober 2016

Omsorg over grensene
- helsepersonells opplevelse av samarbeid mellom barsel- og
nyfødt intensivavdeling

Anna Maria Hall & Sølvi Christina P. Tellefsen

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



Veileder: Zada Pajalic

Biveileder: Anne Kaasen

Antall ord: 13 758

**Coming together is a beginning;
keeping together is progress;
working together is success.**

- Henry Ford, 1863-1947 (Ford, n.d.)

Forord

Det er mange vi ønsker å takke for å ha hjulpet oss med denne studien. Aller først vil vi takke våre tolv informanter som stilte opp på intervjuene og ga oss et rikt og varierende datamaterial. Uten dere ville denne masteroppgaven ikke vært gjennomførbare.

En varm takk til avdelingslederne og øvrige ansatte på sykehuset vi har besøket. Takk for at vi fikk lov å gjennomføre studien hos dere, for at dere tok dere tid til innspill og kom med spørsmål, engasjement og støtte. En ekstra stor takk til dere som gitt tips om forskning og annen kunnskap på området- dere har vært svært verdifulle.

En stor takk til Zada Pajalic, vår hovedveileder som med tålmodighet har vist oss veien gjennom dette prosjektet. Med din profesjonalitet og kunnskap har du vært en stor inspirasjonskilde og lært oss hva kvalitativ forskning egentlig dreier seg om. Vi er deg evig takknemmelig. Vi vil også takke vår biveileder Anne Kaasen som har tatt seg tid og kommet med tips og gode råd når vi har trengt det. Takk til våre opponenter Ulla, Silje og Silje for at dere har kommet med kloke innspill og synspunkter helt fra starten av prosessen. Dere har vært med å forme oppgaven til det den er i dag. Det har vært spennende og motiverende å få lov til å følge dere gjennom prosessen. I tillegg vil vi si tusen takk til øvrige medstudenter for gode samtaler og tilbakemeldinger under seminarier.

Anna vil spesielt takke Håkon, min klippe i stormen som ser alternativ der andre ser selvfølger. Takk for at du tok deg tid til å lese og for at du er klok nok til å inneha den virkelige betydningen av fysiske termer som «*motsatt proporsjonal*». Jeg skylder deg alt. Jeg vil også takke familien min i Stockholm for oppmuntring og gode ord og som alltid er en påminnelse om at det finnes en virklighet utenfor skolen. Älta kommer alltid til å være mitt fristed.

Christina vil spesielt takke Linda og Ingrid for korrekturlesing, språkhjelp og spennende diskusjoner om metodebruk og oppgaveskriving. I tillegg vil jeg takke mine venninner som har tatt meg med på luftetur og gitt gode avbrekk i denne tiden. Jeg vil også takke morfar og øvrig familie for gode samtaler og oppmuntrende ord i skrivingen. Til slutt vil jeg takke mamma for god hjelp med masteroppgaven. Du har vært helt uvurderlige for meg i denne tiden, takk for din ekstreme tålmodighet.

TAKK!

Sammendrag

Tittel: Omsorg over grensene - helsepersonells opplevelse av samarbeid mellom barsel- og nyfødt intensivavdeling.

Hensikt: Å få innsikt i jordmødres og sykepleieres opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet i oppfølgingen av den inneliggende barselkvinnen med barn på nyfødt intensivavdeling.

Problemstilling: Hvilken opplevelse har helsepersonell på barsel og nyfødt intensiv av det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene?

Metode: Studien hadde en kvalitativ design. Datamaterialet ble innhentet med semistrukturerte gruppeintervjuer. Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse ble brukt som analysemetode.

Resultater: Gjennom analysen ble det identifisert at det tverrfaglige samarbeidet oppleves som komplekst og fragmentert. Organiseringen oppleves ikke tilstrekkelig tilrettelagt, hvilket skaper et inntrykk av «vi og dem».

Konklusjon: Samarbeidet er i behov av en helhetsfølelse som kan oppnås gjennom felles perspektiv og mål. Personlige egenskaper, kommunikasjon og faglig kompetanse er i kombinasjon med tilstrekkelig bemanning, viktige komponenter for samarbeidet.

Nøkkelord: Samarbeid, Tverrfaglig samarbeid, Helsepersonell, Jordmor, Sykepleier, Opplevelse, Erfaring, Barselkvinne, Barsel, Nyfødt intensiv

Abstract

Title: Care beyond borders - health workers' experience of collaboration between maternity ward and neonatal intensive care unit.

Aim: To get insight into midwives and nurses experience of the interprofessional collaboration in their care of postpartum women with newborns in a neonatal intensive care unit.

Thesis question: How do health workers experience the interprofessional collaboration between the maternity ward and neonatal intensive care unit?

Methods: The study had a qualitative design. The data was gained by semi-structured interviews and analyzed by qualitative manifest and latent analysis.

Results: Through analysis the collaboration was identified as complex and fragmented. The organization of the units is not adequately facilitating the collaboration, which creates an impression of *«us and them»*.

Conclusion: The interprofessional collaboration is in of a holistic approach, which can be achieved through common perspectives and goals. Personal characteristics, communication and professional competence are important components for the collaboration, this combined with adequate staffing.

Key words: Collaboration, Interprofessional collaboration, Health workers, Caregivers, Midwife, Nurse, Experience, Postpartum woman, Maternity ward, Neonatal intensive care unit

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og problemstilling.....	1
1.2 Sentrale begreper.....	3
2.0 Teoretisk referanseramme	4
3.0 Material og metode.....	7
3.1 Metodologi og vitenskapsteori	7
3.2 Kvalitativ metode	7
3.2.1 Rekruttering og intervju	8
3.2.2 Analyse av datamaterial	10
3.3 Forforståelse	12
3.4 Etske overveielser	12
4.0 Resultat.....	14
4.1 Samarbeidet som komplekst og fragmentert.....	14
4.1.1 Samhandlingens kompleksitet.....	16
4.1.2 Overlappende fagområder	17
4.1.3 Fragmentert organisering	18
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Diskusjon av metode	21
5.2 Diskusjon av resultat	25
6.0 Konklusjon	39
LITTERATURLISTE	40
VEDLEGG 1: Godkjenning NSD	I
VEDLEGG 2: Prosjektforespørsel til avdelingslederne.....	II
VEDLEGG 3: Avdelingsinformasjon om masterprosjektet.....	III
VEDLEGG 4: Samtykkeskjema.....	IV
VEDLEGG 5: Intervjuguide	V

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og problemstilling

Under svangerskapet utvikles en relasjon mellom mor og barn der mor forbereder seg på å møte barnet sitt (Meberg & Dahlø, 2010). En fødsel er en sentral overgangsperiode i livet. I løpet av kort tid skjer store fysiske og følelsesmessige endringer som gjør barselkvinnen spesielt sårbar i denne fasen (Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud, 2014; Helsedirektoratet, 2014). Barselkvinnen kan oppleve endringene som bekymringsfulle og plagsomme, men for de aller fleste er opplevelsen forbigående. For noen kan disse følelsesmessige forandringene utløse psykiske lidelser i likhet med andre overgangsfaser i livet. En individuell tilpasning av pleien til barselkvinnen er derfor av stor betydning. Medisinsk fødselsregister (MFR) viser at 3674 nyfødte barn i 2015 ble overflyttet til nyfødt intensivavdeling like etter fødsel i Norge (Folkehelseinstituttet, 2015). Mange nyforløste mødre ble derfor skilt fra barna sine i løpet av barnas første levedøgn for å motta egen behandling. Mødre til nyfødte barn med behov for behandling ved en nyfødt intensivavdeling har ekstra stor risiko for å utvikle traumatiske stressreaksjoner i etterkant av fødselen (Muscara et al., 2015). Dette kan få negativ innvirkning på tilknytningen mellom mor og barn, samt mors evne til å produsere melk og amme (Helsedirektoratet, 2014). God oppfølging av disse barselkvinnene er derfor en stor og viktig del av jordmors arbeid. For å opprettholde best mulig omsorg for mor og barn er det behov for at jordmødre på barsel og sykepleiere på nyfødt intensiv samarbeider. Jordmor må sørge for at kvinnen får den normale barseloppfølgingen hun er i behov av, samtidig som sykepleieren på nyfødt intensivavdelingen må veilede henne til hvordan å møte sitt barn etter barnets behov og evne (Meberg & Dahlø, 2010). Ved å samarbeide sørger helsepersonellet for at mor og barn ikke blir adskilt mer enn nødvendig og gis mulighet til å utvikle den viktige tilknytningen, samt god ammeetablering (Helsedirektoratet, 2014; Meberg & Dahlø, 2010). Grunnet barnets behov av intensivbehandling vil mor oppholde seg store deler av tiden på nyfødt intensiv og kan derfor oppleves utilgjengelig for barselpersonalet. Forfatterne av denne studien har som sykepleiere på både nyfødt intensiv og barsel opplevd pleieansvaret for disse barselkvinnene som utfordrende.

Mange av dagens sykehus er komplekse organisasjoner der flere profesjoner er avhengig av hverandre i omsorgsyttelsen (Havens, Vasey, Gittell & Lin, 2010). Forskning viser at samarbeid fører til at organisasjoner, institusjoner og profesjonelle kan oppnå mer sammen

enn de kan hver for seg, hvilket antas å gi et mer helhetlig og pasientsentrert behandlingstilbud (Green & Johnson, 2015). Dette har ledet til at World Health Organization (WHO) ønsker å vektlegge betydningen av fungerende samarbeid i helsesektoren. I 2008 utkom en rapport om behovet av fungerende samarbeid for å oppnå best mulig pasientbehandling (WHO, 2008). Organisasjonen kom senere ut med en oppfølger der en verdensomspennende status av interprofesjonelt samarbeid ble kartlagt. Målet var å løfte frem strategier for å få politikere til å implementere samarbeidet i utdanning og praksis (WHO, 2010). Dette har gjort at tverrfaglig samarbeid har fått et globalt fokus og politiske ledere verden over har iverksatt tiltak og brukt ressurser for å forbedre det tverrfaglige samarbeidet i helsesektoren (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009).

Mye av forskningen på feltet omhandler mors opplevelse av å få barnet sitt overflyttet til en nyfødt intensivavdeling (Wigert, Johansson, Berg & Hellström, 2006). En studie viser til opplevelsen av relasjonsbyggingen mellom helsepersonell og barselkvinnen (Bergerum, 2012). Det finnes imidlertid få studier som spesifikt omhandler personellens opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet mellom nyfødt intensiv og barsel. Med denne studien ønsker derfor forfatterne å vekke interesse for et tema det ikke tidligere er forsket mye på. En annen studie viser derimot til sammenheng mellom fungerende grad av samarbeid, personellens jobbtilfredshet og pasientutfall (Gittell, Weinberg, Pfefferle & Bishop, 2008). Gjennom å få innsikt i helsepersonells opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet mellom nyfødt intensiv og barsel, kan den erfaringsbaserte kunnskapen nyttiggjøres slik at barselkvinnens fysiske og psykiske helseplager blir fanget opp og behandlet. Dette kan tenkes å gi bedre omsorg for barselkvinnen med barn på nyfødt intensiv, både i et holistisk familieperspektiv og som individ. Problemstillingen blir derfor følgende:

«Hvilken opplevelse har helsepersonell på barsel og nyfødt intensiv av det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene?»

1.2 Sentrale begreper

Helsepersonell:

Helsepersonell er en fellesbetegnelse for personell med autorisasjon til å yte helsehjelp, denne definisjonen inkluderer jordmødre og sykepleiere (Helsepersonelloven, 1999). I denne studien vil helsepersonell være et samlebegrep for jordmødre fra barselavdeling og sykepleiere fra nyfødt intensivavdeling.

Barselkvinnen:

I denne studien blir barselkvinnen definert som en nyforløst kvinne innskrevet på barsel. Kvinnen følges opp av jordmor fra barsel, men bor sammen med barnet sitt på nyfødt intensiv.

Helse:

Helse defineres som en tilstand med sosial, mental og fysisk velvære, ikke bare fravær av sykdom (WHO, 2003). Denne studien omhandler barselkvinnens helse, hvilket også inkluderer best mulig oppfølging av barnets helse, samt helhetlig ivaretagelse av den nye familien (Meberg & Dahlø, 2010).

Tverrfaglig samarbeid:

I denne studien defineres tverrfaglig samarbeid som samarbeidet mellom jordmor på barsel og sykepleier på nyfødt intensiv, som kreves for å yte best mulig omsorg for barselkvinnen.

2.0 Teoretisk referanseramme

Samarbeid

Samarbeid defineres som et kontinuerlig partnerskap der flere personer arbeider sammen mot et felles mål eller for å løse et felles problem (Jakobsen, 2014). Dette oppstår når en oppgave er for omfattende for en person eller når det er behov for dynamikken som skapes når flere mennesker møtes og tar med seg sine bidrag. Når flere aktører sammen drøfter et problem kan nye idéer fremkomme og resultatet utdypes, samtidig som en dypere forståelse for fagområdet kan oppstå (Eide, 2014). Til tross for individuelle roller må de involverte i samarbeidet oppleve et fellesskap for å oppnå målet. Dette oppstår enten ut fra at situasjonen i seg selv krever samhandling, eller grunnet en organisert og planlagt gruppering av individene som sammen skal løse oppgaven (Aasland, 2014). Samarbeid innebærer innbyrdes avhengighet (Jakobsen, 2014) og de involverte har et felles ansvar for å bidra. Horwath og Morrison (2007) har identifisert fem trinn for vellykket samarbeid som viser hvordan samarbeidet utvikles, fra å være sentrert rundt de enkelte individene til et felles øvre nivå:

1. *Kommunikasjon*: de inkluderte i samarbeidet kommuniserer med hverandre.
2. *Samhandling*: de involverte i samarbeidet jobber sammen for å løse enkeltoppgaver.
3. *Koordinering*: mer organiserte samarbeidsgrupper jobber sammen for å løse oppgaver, uten sanksjoner.
4. *Koalisjon*: samarbeidet struktureres på en måte som krever innflytelse av samtlige faggrupper. felles mål oppnås gjennom kompromiss mellom profesjonene.
5. *Integrasjon*: gruppene i samarbeidet må gjennom organisering skape en ny helhetlig samarbeidsidentitet.

Samarbeid kjennetegnes også av tre særpreg; seriepreg, parallellpreg og samhandlingspreg. Seriepreg innebærer at de involverte i samarbeidet utfører deloppgaver i en bestemt rekkefølge eller etter et gitt mønster. Parallellpreg omhandler at oppgaver løses parallelt med hverandre. Samhandlingspreg innebærer at ulike involverte parter møtes og sammen finner ut hvordan å løse et problem. Disse tre særpregene vil på ulike måter konkretisere den enkeltes bidrag (Eide, 2014). For å oppnå et godt samarbeid må man se på hvordan organisasjoner forvalter sine grunnleggende verdier. Dette går blant annet ut på at ansvarlig helsepersonell påvirker tjenesten som gis til sårbare mennesker og fungerer som sikkerhetsnett. Samarbeid mellom faggrupper antas å forbedre pasientpleien (Green & Johnson, 2015), men da samarbeid

involverer flere uavhengige aktører øker også potensialet for at feil og misforståelser kan oppstå (Havens et al., 2010).

Til tross for at samarbeid tradisjonelt har blitt sett på som informasjonsutveksling innen en organisasjon (Gittell et al., 2008) ble det allerede på 1940-tallet fokusert på samarbeidsrelasjonelle forhold ved tverrfaglig samarbeid. En av dagens teoretiker på området er den amerikanske professoren Jody Hoffer Gittell som har utviklet teorien om *Relasjonelt samarbeid*, med fokus på samarbeidets prosess som sosial konstruksjon. Relasjonelt samarbeid synliggjør de menneskelige prosessene bak samarbeidet. Samarbeid omhandler ikke bare den gjensidige avhengigheten mellom oppgaver, men også mellom de som utfører disse oppgavene (Gittell, 2012). I tillegg til dette er kommunikasjon en viktig komponent innen samarbeid som fører til hurtig respons for ny informasjon og gir mindre forsinkelse for de involverte (Gittell et al., 2008). Andre faktorer som påvirker kvaliteten på samarbeidets utfall er klar målformulering, rolleidentiteter, samt tilrettelagt organisering (Petri, 2010; Psaila, Schmied, Fowler & Kruske, 2015).

Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid oppstår når ulike profesjoner innenfor et sosialt system arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Lauvås & Lauvås, 2004). Tverrfaglig samarbeid innebærer at ulike faggrupper vurderer en situasjon med utgangspunkt i eget fagfelt, men samordner tiltakene for å oppnå det felles målet (Kristoffersen & Jensen, 2005). Gjennom å integrere ulike fagvitenskap, kan sammensatte pasientproblemer belyses bredt (Lauvås & Lauvås, 2004) og resultere i et mer helhetlig og pasientsentrert behandlingstilbud (Green & Johnson, 2015). Dagens fragmenterte spesialisthelsetjeneste er oppbygget med mål om best mulig pasientbehandling. I utgangspunkt skal oppdeling av roller, ansvar og oppgaver effektivisere pleieytelsen og gi pasienten tilgang på den mest profesjonelle behandlingen som er tilgjengelig (Åhgren, 2014). Hensikten med det tverrfaglige samarbeidet er at resultatet blir bedre enn summen av fagene hver for seg (Lauvås & Lauvås, 2004). Lauvås og Lauvås (2004) bruker følgende ordspill i sin forklaring på hvorfor faggrupper kan yte bedre pasientbehandling sammen enn individuelt:

*«Et fag kan bare se det det kan se.
Det kan ikke se det det ikke kan se.
Det kan heller ikke se at det ikke kan se det det ikke kan se!»*
(Lauvås & Lauvås, 2004, s. 40)

Hvis det råder motstridende oppfatninger om hva samarbeidet innebærer i praksis kan det oppstå konflikter i det tverrfaglige samarbeidet. For å unngå at samarbeidet preges av lite dialog og svak samhandling, må det fokuseres på relasjonene mellom de involverte faggruppene (Gittell, 2012; Lauvås & Lauvås, 2004). Roller må avklares og gjennom dannelsen av jevnbyrdige team uten opplevelse av hierarki, kan det unngås at gruppene jobber parallelt med hverandre. Organisasjonens strukturelle og materielle resurser har også innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004).

Det finnes mange nivåer innen tverrfaglig samarbeid. Denne studien definerer tverrfaglighet i tråd med Lauvås og Lauvås (2004) sin beskrivelse av et *intraprofesjonelt* samarbeid. Intraprofesjonelt samarbeid betyr samarbeid innad i en gruppe der personalet har en felles faglig bakgrunn, som sammen bidrar for å ivareta pasienten. Gjennom spesialiseringer deles samarbeidsaktørene inn i undergrupper (Lauvås & Lauvås, 2004). Et eksempel på dette er når jordmødre og intensivsykepleiere, som begge stammer fra sykepleiefaget, samarbeider for å sikre barselkvinnens helse. På grunn av ulike spesialistutdannelse innehar faggruppene ofte forskjellig kompetansenivå på samarbeidets ulike områder. På bakgrunn av dette er det viktig med utvikling av en felleskompetanse for å bedre kunne effektivisere og integrere de ulike arbeidsprosessene (Lauvås & Lauvås, 2004).

3.0 Material og metode

3.1 Metodologi og vitenskapsteori

Denne studien er en empirisk hermeneutisk studie med et induktivt ståsted, med den hensikt å få innsikt i helsepersonells opplevelser av samarbeid på tvers av avdelinger. Hermeneutikken søker innsikt og forståelse i menneskenes ytringer og handler om å fortolke meningsinnholdet ut fra en kontekst (Thomassen, 2006). Tolkning gir nye måter å forstå meningsskapende menneskelige ytringer og følelsesreaksjoner. Den empiriske tilnærmingen samler og analyserer data fra menneskelig forståelse og kontrollerer ikke ytre fakta (Nyström, 2008). Resultatet vil kunne gi en dypere forståelse om helsepersonells opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet. Denne studien utgikk fra den subjektive opplevelsen av informantenes erfaring og vil derfor kunne gi subjektiv kunnskap. Den subjektive kunnskapen er flyktig, relativ og avhengig av menneskets tanker og personlige erfaringer. Arbeid innen helse- og sosialsektoren forutsetter flere typer kunnskap innen profesjonsidealet, det må bygge broer av forståelse der det er behov for å forklare sammenhenger (Aadland, 2004). Epistemologi omhandler hvordan mennesker skaffer seg kunnskap om verden og bygger på det menneskelige sinnet som kilde for kunnskap (Fejes & Thornberg, 2009). Vitenskapelig og menneskelig kunnskap vil bli innrammet av fornuften og sanseapparatets begrensninger. På denne måten vil kunnskap om verden være slik den viser seg fram og ikke slik den er i seg selv (Aadland, 2004). Denne studien har et konstruktivistisk ståsted der kunnskapen er blitt skapt i relasjoner mellom mennesker (Thagaard, 2013), til tross for at det var den enkelte informantens mening som skulle løftes fram.

3.2 Kvalitativ metode

Det ble valgt en kvalitativ metode for kunnskapsproduksjon i denne studien, da kvalitative metoder brukes for å forstå og formidle meninger slik de oppleves (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). En kvalitativ tilnærming har sine røtter i en hermeneutisk tradisjon, og var derfor en egnet metode. Det kvalitative forskningsdesignet er fleksibelt og ble i denne studien justert av informasjonen som framkom underveis i prosessen, ved at forfatterne reflekterte over realitetene og synspunktene til informantene. I tillegg innehar dette designet en holistisk tankegang som passet godt med denne studiens formål om å sette fokus på helhetlig omsorg for barselkvinnen. Valg av datainnsamlingsmetode er avhengig av hvilket tema som skal

belyses, samt hvilken problemstilling som skal besvares (Thagaard, 2013). Da denne studien ønsket å få innsikt i jordmødres og sykepleieres *opplevelser* av det tverrfaglige samarbeidet ble det kvalitative forskningsintervjuet valgt som datainnsamlingsmetode. Det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å innhente viten om informantens livsverden (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Ved å stille spørsmål ønsket forfatterne å få frem betydningen av informantenes opplevelser.

3.2.1 Rekruttering og intervju

Kvalitative studier har oftest et representativt utvalg med ønske om å få tak i et mangfold av meninger innenfor et gitt tema (Polit & Beck, 2017). For å sikre relevant erfaring innen denne studiens tema ble informantene inkludert etter et strategisk utvalg, utviklet spesifikt for denne studien. Studien ble utført på et middelt stort sykehus i Sør-Norge som har både nyfødt intensivavdeling og barselavdeling, begge var godkjente mor- barnevennlige. Med utgangspunkt i problemstillingen er sykepleiere på nyfødt intensiv og jordmødre på barsel målgrupper for intervjuene. Disse yrkesgruppene er dominerende på hver avdeling og i direkte forstand samarbeidets fokus. Forfatterne har også en personlig interesse i relasjonen mellom disse profesjonene grunnet forfatternes studievalg og kommende yrkeshverdag. Andre yrkesgrupper ble derfor ekskludert. Informantene var ansatt ved de respektive avdelingene under studiens gjennomføring. For å sikre relevant utvalg forutsatte deltakelse i studien minimum ett års arbeidserfaring. Det var også krav om stillingsbrøk tilsvarende minimum 50 %. Andre variabler det ble tatt hensyn til i utvalget var antall år som ansatt, tidligere arbeidserfaring, etnisitet, kjønn og alder.

Rekrutteringen startet med at de ansatte på de respektive avdelingene ble informert om studien gjennom muntlig og skriftlig informasjon (vedlegg 3). Det ble også sendt ut felles e-post for å sikre at ansatte som ikke var til stede under informasjonsdagene ble informert. For å sikre absolutt frivillighet fikk de ansatte selv ta kontakt med forfatterne for å melde sin interesse om deltakelse. Da rekrutteringsprosessen ble svært tidkrevende ble det i tillegg brukt et tilgjengelighetsutvalg. Deltakerne som ble inkludert i tilgjengelighetsutvalget hadde til tross for dette samme inkluderingskriteriet som øvrige informanter. Femten ansatte meldte sin interesse. Rekrutteringsprosessen resulterte i tolv informanter: seks jordmødre fra barsel, og seks sykepleiere fra nyfødt intensiv. Aldersspennet på informanter var 27 til 58 år. Antall år

som ansatt varierte fra 3 til 27 år, med ett gjennomsnitt på 13 år. Alle informantene var kvinner med norsk statsborgerskap.

I forkant av intervjuene ble det utviklet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 5) for å belyse aktuelt tema og problemstilling. Spørsmålene for intervjuguiden ble validert i diskusjon mellom forfatterne av denne studien og veileder fra høgskolen. Intervjuguiden ble utviklet gjennom *traktprinsippet*, hvilket innebærer at intervjuet innledes med relativt åpne spørsmål der hensikten er å få informantene til å føle seg avslappet. Etter hvert som intervjuet får god flyt blir det fokusert på de mer sentrale temaene, før intervjuet avsluttes med mer generelle spørsmål (Dalen, 2011). Det ble gjennomført et pilotintervju for å utprøve intervju spørsmålene og gi forfatterne mulighet til å oppdage utfordringer ved å intervju. Pilotintervjuet ble i etterkant evaluert sammen med deltakerne for å finne forbedringspotensial, dette for å sikre kvaliteten på de kommende hovedintervjuene. Eksempelvis ble spørsmål som ikke opplevdes å omhandle problemstillingen i direkte forstand fjernet. I tillegg ble forfatterne som intervjuere bevisstgjort egen rolle og påvirkning i intervjusituasjonen. I selve studien ble det utført tre gruppeintervjuer. To intervjuer á tre jordmødre, og et intervju á seks sykepleiere. Intervjugruppene ble sammensatt homogent ut fra yrkeskategori og avdeling. Dette for å hindre konflikter som kan oppstå når grupper blandes, og samtidig gi informantene opplevelse av tryggest mulige rammer (Malterud, 2011). Intervjuene ble utført i et nøytralt møterom på aktuelt sykehus i forbindelse med avdelingens vaktskifter. Informantene fikk ønske annen plass, men samtlige var enige om at sykehuset passet best. Det ble servert brødmat, frukt, kaffe og te. Informantene ble plassert rundt et avlangt bord for å tilrettelegge for en inkluderende samtale der alle informantene hadde øyekontakt med hverandre. Forfatterne plasserte seg bevisst ved den ene kortsiden for minst mulig å påvirke samtalen. Forfatterne skiftet på å intervju og være medintervjuer i de ulike intervjusituasjonene. Medintervjuerens rolle var å utfylle intervjuet med tilleggsspørsmål eller oppfølging av svar for å sikre et rikt material. Alle intervjuene ble spilt inn på diktafon for at materialet ikke skulle gå tapt eller gi rom for mistolkning i ettertid.

Intervjuene startet med at fremgangsmåten for intervjuet ble forklart og informantene fikk muligheter til å stille spørsmål. Informantene ble oppfordret til å holde det som ble sagt under intervjuet for seg selv for å opprettholde konfidensialiteten blant de involverte. I den grad det var mulig, ble det etterstrebet at taletiden ble fordelt mellom informantene slik at alle fikk mulighet til å si sin mening. For at alles mening skulle bli hørt, var det ønskelig at kun en informant snakket av gangen. Intervjuenes lengde varierte fra 43 til 77 minutter. Lydopptaket

fra intervjuene ble transkribert mellom hvert enkelte intervju tilfelle for å gi forfatterne et inntrykk av hva som ble sagt, hva som fungerte bra og hva som kunne forbedres til kommende intervjuer. Lydopptaket ble gjennomhørt på nytt før neste intervju.

3.2.2 Analyse av datamaterial

Etter gjennomføring av intervjuene startet arbeidet med å finne ut datamaterialets egentlige innhold. Formålet med analysen av datamaterialet var å organisere og strukturere de meningene som framkom under datainnsamlingen og gjøre det usynlige i teksten synlig. I denne studien er det blitt brukt Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative manifeste og latente innholdsanalyse for å behandle datamaterialet.

Analyseprosessen startet med å gjøre om tale til tekst. Lydopptakene ble transkribert ordrett for at viktig material ikke skulle gå tapt. Transkriberingen foregikk av sikkerhetsmessige årsaker direkte fra diktafonen for ikke å overføre lydfilene til en PC med internettilgang. Dette for å forhindre at utenforstående kunne få tilgang på materialet. Forfatterne delte opp dette arbeidet mellom seg og leste deretter hverandres transkripsjon for å sikre at det var overensstemmelse mellom materialet og opptaket. For å ivareta informantenes anonymitet ble all tale gjengitt på bokmål og utsagn på dialekt omgjort. Informantenes navn ble aldri oppgitt under transkriberingen, men byttet ut med «informant 1», «informant 2» og så videre. Lydopptakene ble etter transkriberingen spilt av på nytt og materialet ble gjennomlest flere ganger. Forfatterne fant i samråd meningsbærende enheter som ble kondensert og kodet. Kodene ble sortert inn i underkategorier. Når alle kodene var sortert framkom det ni underkategorier. Underkategoriene ble i sin tur plassert inn i kategorier. I Tabell 1 på neste side vises det et utklipp fra analysetabellen, der trinnene for å skape en kategori ut fra fire meningsbærende enheter redegjøres.

Tabell 1 Utklipp fra analysetabellen

Meningsbærende enheter	Kondenserte enheter	Koder	Underkategorier	Kategorier
Jeg tror det har mye å si med kapasitet for dem og det kan vi alle relatere oss til tror jeg.	Kapasitet har mye å si, det kan alle relatere seg til	Kapasitet har mye å si	Arbeidsbelastning og bemanning	Fragmentert organisering
Jeg også føler at det har sinnsykt mye å si liksom hvor mye tid de har, de virker ekstremt pressa... mye altså, nesten alltid!	Mye å si hvor mye tid de har, virker nesten alltid presset	Tid har mye å si		
Og de fagdagene er jo veldig fine for da er det jo like informasjon som går til begge avdelingene også.	Fint med lik informasjon til begge avdelingene	Lik informasjon bedrer samarbeidet	Organisering som forutsetning for god omsorg	
Avstanden er kortere, det blir litt mindre ork... Vi blir mer en enhet liksom, vi blir mer en enhet! Mor og barn og alt som har med nyfødt å gjøre.	Kortere avstand gir mindre arbeidsbelastning. Vi blir mer en enhet	Fysisk nærhet gir samhold		

Etter mye diskusjon framkom fire kategorier og analysen førte videre til to temaer. Når kategoriene ble sortert inn under disse temaene var det usikkerhet rundt sorteringen. Kategoriene opplevdes å overlappe hverandre og en stor majoritet av kategoriene passet inn under det ene temaet. Etter ny diskusjon mellom forfatterne ble det til slutt skapt ett overordnet tema som kunne omfavne alle de fire kategoriene. Kategoriene ble gjennomgått på nytt og deres navn justert. Den tidligere kategorien «*Kommunikasjonens kompleksitet*» ble fjernet da underkategoriene her opplevdes å passe inn under «*Samhandlingens kompleksitet*». Dette fordi forfatternes forståelse av kommunikasjonen som framkom under intervjuene var en del av samhandlingen. Etter sammenslåingen var det nå tre kategorier igjen. Av den grunn var det ikke mulighet til to temaer, da det må være minimum to kategorier per tema. Dette ledet til et overordnet tema med samlingsnavnet «*Samarbeidet som komplekst og fragmentert*». I Figur 1 på side 15 vises det endelige resultatet av analysen. Funnene i temaet utgjør studiens latente innhold og er forfatternes fortolkning av resultatet. Resultatet i kategoriene er informantenes direkte mening og utgjør derfor studiens manifeste innhold (Graneheim & Lundman, 2004).

3.3 Forforståelse

Forfatterne av denne studien har som sykepleiere og jordmorstudenter jobbet i feltet som ble undersøkt, og opplevde både gode og mindre gode sider ved det tverrfaglige samarbeidet. Forforståelsen kan derfor sees på som en av grunnene til at dette temaet ble utforsket. For ikke å farge resultatene med egne forforståelser måtte forfatterne bevisstgjøre seg sine erfaringer. Før oppstart av datainnsamlingen ble forventede funn nedskrevet. Fordommer ble deretter reflektert over og diskutert mellom forfatterne. I henhold til Malterud (2011) er dette en god måte å bli bevisst egen forforståelse, slik at kunnskapen ved prosjektstart kan utfordres og utfylles med levende kunnskap fra empirien. Forfatterne var nødt til å gå inn i intervjusituasjonen og analysen med så nøytralt blikk som mulig. Dette for ikke å påvirkes av følelser og det interpersonlige samspillet med informantene. Det måtte hele tiden opprettholdes en profesjonell avstand (Kvale et al., 2009). Dette hindret at forforståelsen overdøvet kunnskapen som fremkom i det empiriske materialet, resultatet i kvalitative studier skal komme fra empirien (Malterud, 2011). For å sikre best mulig kvalitet på kunnskapen som framkom til tross for forfatterens forforståelse, ble rollen som forskere og uavhengigheten til materialet bevisstgjort. Når den ene forfatteren ubevisst så på deler av datamaterialet ut fra kun en synsvinkel, har den andre korrigert dette.

3.4 Etiske overveielser

Forskningsprosjekter skal følge etiske standarder for å fremme respekt og beskytte de involverte partene (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014). Denne studien ble godkjent for gjennomføring av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (vedlegg 1). NSD- godkjennelse var nødvendig da det ble innsamlet og lagret personopplysninger om informantene, samt gjort lydopptak under intervjuene (NSD, 2016). Etter avtale med NSD vil alt datamateriell bli slettet etter sensureringsfristen for oppgaven. Studien er også godkjent fra personvernombudet på det aktuelle sykehuset. Skriftlig, informert samtykke ble innhentet fra avdelingssjefer og avdelingsledere på de respektive avdelingene (vedlegg 2). Det var ikke nødvendig å søke Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK). Grunner for dette var at informantene var helsepersonell og ikke pasienter, samt at det heller ikke ble innsamlet helseopplysninger. Studiens formål var i tillegg å kvalitetssikre, ikke finne ny kunnskap (REK, 2015).

I henhold til Malterud (2011) har det vært viktig for forfatterne i denne studien å opparbeide tillit hos informantene slik at datamaterialet har blitt så rikt som mulig, uten at informanten har følt seg presset. Lojalitet ovenfor informantene ble sikret ved at datamaterialet ble bearbeidet slik at det samsvarte mest mulig med det som ble sagt i intervjuene. Informantene ble informert om hvordan personopplysninger og datamaterial skulle brukes. Alle informantene ble informert om sine rettigheter, og informert samtykke til deltakelse i studien ble innhentet i både skriftlig og muntlig form (vedlegg 4). Det ble ikke offentliggjort data som kunne avsløre informantenes identitet. Kun forfatterne og veileder har hatt tilgang til materialet som ble produsert. Det har vært avgjørende at informantene har kjent seg trygge på at anonymiteten ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte under hele prosessen, uten risiko for gjenkjennelse. Sitater fra informantene ble av den grunn ikke tatt med i teksten hvis de opplevdes kompromitterende i forhold til personvernet. Under studien ble alt datamaterial passordbeskyttet med streng tilgangsregulering. Transkriberingsmaterialet og notater fra intervjuene ble oppbevart utilgjengelig for utenforstående, og persondata ble oppbevart separat fra øvrig materiell. Ivaretagelse av konfidensialiteten ble gjort i henhold til Kvale et al. (2009) ved å endre navn og andre personidentifiserbare data. I denne studien er derfor all personidentifiserbar data forvrenget. Forfatterne har allikevel vært nøye med at forandringene som er blitt gjort ikke har blitt fordreid på en måte som har kunnet påvirke resultatene i studien.

4.0 Resultat

4.1 Samarbeidet som komplekst og fragmentert

Gjennom analysen av intervjuene ble det synliggjort at personalet opplevde samarbeidet som komplekst og at organiseringen av avdelingene var fragmentert. Personalet vektla at gjennom optimal organisering ble hverdagen forenklet og dette ga bedre flyt i arbeidet. Organiseringen av avdelingene var ikke tilstrekkelig tilrettelagt for at det tverrfaglige samarbeidet kunne være optimalt. Flere av informantene uttrykte at dette kunne føre til opplevelse av frustrasjon og usikkerhet blant personalgruppene. Avdelingene opplevdes å drives parallelt, hvilket skapte et inntrykk av «vi og dem». For at samarbeidet skal kunne forbedres er det behov for en helhetsfølelse, både i personalgruppene og i omsorgen for barselkvinnen. Denne helhetsfølelsen kan oppnås gjennom at alle har et felles perspektiv på målet, ellers kan samarbeidet bli lite fungerende og konfliktfylt. Kommunikasjon ble framlagt som en tungtveiende positiv faktor, samt at fungerende kommunikasjon var en forutsetning for det tverrfaglige samarbeidet. Informantene opplevde at kommunikasjon tilrettela for informasjonsdeling mellom avdelingene og skapte nødvendige relasjoner mellom profesjonsgruppene. Situasjoner med mangelfull kommunikasjon kan oppleves fastlåst og lede til dårligere arbeidsmiljø. Samtlige informanter ønsket å gjøre det beste for barselkvinnen til tross for ulikhetene mellom personalgruppene. Personlige egenskaper og individuell faglig kompetanse var viktige komponenter for samarbeidet. I Figur 1 på neste side presenteres kategoriene som sammen bygger temaet.

Figur 1: Oversikt over resultat



Fargeforklaring:



4.1.1 Samhandlingens kompleksitet

Informantene beskrev at personalets adferd og personlige egenskaper hadde innvirkning på kvaliteten av det tverrfaglige samarbeidet. Samarbeidet mellom avdelingene forutsatte at de involverte personalgruppene var imøtekommende og samarbeidsvillige. Det var viktig at gruppene var lydhøre ovenfor hverandres synspunkter og meninger, samt hadde forståelse for at alle bestanddeler i samarbeidet var like verdifulle. Informantene mente at denne type adferd var likestilt med å vise gjensidig respekt. Å være positiv, ha bevissthet rundt egen holdning, samt et åpent sinn, var personlige egenskaper som ble verdsatt. I tillegg ble det under intervjuene ansett at det var viktig at alle involverte parter i samarbeidet var løsningsorienterte og tilpasningsdyktige. Informantene var enige om at et samarbeid generelt krevde smidighet, prioritering og at alle gjør så godt de kan.

Samarbeidet mellom avdelingene ble opplevd veldig personavhengig og flere informanter fortalte at det var varierende hvilken omsorg og pleie barselkvinnene mottok. Forståelsen og helhetssynet kom an på den enkelte personen som var på vakt den dagen og dennes tidligere erfaring, vilje og faglige kompetanse. Denne personavhengige variasjonen opplevdes unødvendig og kunne føre med seg frustrasjon blant personalet.

Informantene opplevde at et godt samarbeid var avhengig av at personalet hadde en god relasjon til hverandre. Gode relasjoner opplevdes å føre til større forpliktelser og ansvarsfølelser mellom personalgruppene på de ulike avdelingene, og resulterte i et større ønske å være behjelpelig. Ikke å føle seg velkommen, inkludert eller å bli oversett ledet på den andre siden til at informantenes motivasjon for å bidra til samarbeidet minket. En jordmor fortalte om hvordan hun oppsøkte barselkvinnen uten å meddele ansvarlig sykepleier på forhånd. Informanten opplevde at hun fikk god nok informasjon av barselkvinnen selv, og at hun derfor ikke ønsket å forstyrre sykepleieren. I tillegg tilsa hennes rolle som jordmor at barselkvinnen kunne ha et stort samtalebehov som var viktig å imøtekomme. Samtidig fremkom det under et annet intervju at sykepleieren som var i avdelingen opplevde seg oversett og lite inkludert. En annen informant uttrykte det slik:

«Hvis man da hadde snakket bedre sammen... jordmor og sykepleieren hadde snakket bedre sammen, forklart dem hvorfor mener jeg det og hvorfor mener du det, så er jeg sikker på at man hadde klart å skjønne hverandre.»

Kommunikasjon ble trukket frem som en av de viktigste bestanddelene i samarbeidet. Kommunikasjonen formidlet informasjon mellom personalet, ga forståelse for hverandre og hverandres fagfelt, samt åpnet opp muligheten for forbedring. Mangelfull kommunikasjon opplevdes parallelt som et hinder. Informantene mente at det pasientansvarlige personalet hadde ansvaret for den daglige kommunikasjonen og samhandlingen mellom avdelingene. Informanter fra begge avdelinger opplevde at informasjonsutvekslingen kunne bedres begge veier og at kommunikasjonen måtte være mer åpen og transparent. Andre tanker som framkom under intervjuene var at samarbeidet kunne være tidkrevende, og at ammeveiledningen var et av de områdene som utfordret samarbeidet mest. På den andre siden var blodtrykksmåling og kengurumottak situasjoner der samarbeidet opplevdes å fungere best.

4.1.2 Overlappende fagområder

Alle informantene var enige om at best mulig pleie til både barselkvinnen og hennes barn var samarbeidets overordnede mål, og at det var et felles ansvar for å etterstrebe dette. Tverrfaglig samarbeid opplevdes både naturlig og nødvendig da både kvinnen og barnet hadde behov for omsorg fra flere fagområder. Informantene løftet fram at de ulike yrkesgruppene innehar ulike fagkunnskap grunnet forskjellige forskningsgrunnlag, hvilket ga yrkesgruppene ulike pasientperspektiver. Det ble under et intervju trukket fram at jordmor fra barsel så på mor som en barselkvinne med behov for behandling, men på nyfødt intensiv ble hun ofte karakterisert som pårørende. De ulike pasientperspektivene ble av informantene definert som profesjonenes «briller». De ulike brillene profesjonene brukte for å se på pasientene ble opplevd å utfordre samarbeidet. Dette fordi fagprosedyrer og prioritering av arbeidsoppgaver ble forskjellige mellom avdelingene. Dette ble opplevd å påvirke behandlingen av barselkvinnen negativt. For lettere å kunne forstå hverandres avgjørelser og behov var det derfor viktig med kjennskap til hverandres kompetansenivå og forskningsgrunnlag. Informantene mente at det både var et individuelt ansvar og et ledelsesansvar å sørge for tilfredsstillende kunnskapsnivå om hverandres arbeidsområder. Å gi av sin egen fagkunnskap, samt være mottakelig for kunnskap om motsatt samarbeidsgruppe, ble antatt å kunne føre til bedre samarbeid. På den andre siden opplevde en av informantene ambivalens i forhold til denne kunnskapsdeling. Det framkom at å respektere de ulike yrkesrollene i tillegg handlet om å respektere sitt eget kunnskapsgrunnlag og yrkesstolthet. Informanten fortalte under intervjuet:

«Burde man dele mer kunnskap, eller blir det feil? I forhold til å beskytte... jordmortittelen, hvis man lærer opp sykepleierne til å bli «minijordmødre» på en måte, eller burde man ha... [...] litt opplæring av sykepleierne i forhold til barseldamene?»

Informantene uttrykte at de var inneforståtte med at de forskjellige faggruppene hadde ulik kunnskap. De mente at det til tross for dette kunne kreves at samtlige personal hadde tilstrekkelig kompetanse for å kunne rapportere videre hvis tilstanden hos barselkvinnen var avvikende fra det normale. Dette stilte krav om grunnleggende kunnskap om barselkvinnen på begge avdelinger. Ansvar for barselkvinnen ble opplevd som et overlappende område. Grunnet jordmors faglige kompetanse var informantene enige om at det var jordmødrene som hadde det medisinske ansvaret for barselkvinnen. Til tross for dette uttrykte flere informanter usikkerhet ovenfor hvem som skal, og bør, ta det daglige ansvaret for barselkvinnen når hun bor med sitt barn på nyfødt intensiv. Det kunne dessuten oppleves at det oppsto situasjoner mellom profesjonenes separate ansvarsområder. I lik linje med de overlappende områdene førte disse situasjonene til usikkerhet om hvem som stod ansvarlig. Å stå i disse situasjonene ble beskrevet som ubehagelig grunnet opplevelse av ikke å inneha tilstrekkelig kompetanse. Dette kunne i tillegg gi utrygghet hos motsatt part i samarbeidet. Informantene beskrev at det var viktig å oppleve eierskap til situasjonen for å kunne involvere seg på en slik måte samarbeidet krevde.

4.1.3 Fragmentert organisering

I intervjuene framkom det at avdelingene de siste årene hadde gjennomgått en omorganisering. Omorganiseringen ble opplevd å ha gitt et mer helhetlig pasientfokus som bevisstgjorde det tverrfaglige samarbeidet og økt ansvarsfølelsene i forhold til samarbeidet. Samtlige informanter opplevde at samarbeidet hadde blitt bedre enn det var tidligere. Det finnes fortsatt forbedringspotensial i samarbeidet og informantene uttrykte at samarbeidet mellom avdelingene krevde tydeligere organisering. God organisering opplevdes å gi flyt og smidighet, samt forenklet hverdagen for både pasienter og personal. Definerte arbeidsområder, klar rollefordeling og felles prosedyrer og retningslinjer ble av informantene trukket fram som viktig organisatoriske elementer for et godt samarbeid. De felles prosedyrene ga personalet felles fokus og faste rammer å forholde seg til, samt tydelige indikasjoner på hva de kunne forvente av hverandre. Det var situasjoner med felles

prosedyrer som opplevdes å fungere best. En informant fortalte:

«I disse situasjonene så har man også samme mål, samme tanke om hva som skal skje. Sånn som i kengurumottak, det er en plan.»

Det fremkom under intervjuene at en felles prosedyre for det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene var utviklet, men ikke alle informantene var klar over dette. Uklare rutiner, eller ulike prosedyrer for den samme arbeidsoppgaven kunne lede til frustrasjon og irritasjon, samt gi opphav for konflikter. I disse situasjonene opplevde informantene samarbeidet som både tidskrevende og tungvint. Slike episoder ga i tillegg høyere risiko for misforståelser som igjen kunne få negative konsekvenser for pleien til barselkvinnen. På den andre siden ble det fortalt at arbeid med mennesker ikke alltid kunne nedfelles i prosedyrer. Det var derfor viktig at lik informasjon ble delt mellom avdelingene. Felles fagdager, personalmøter og faggrupper med personal fra begge avdelinger ble lagt fram som eksempler på hvordan å sikre at den samme informasjonen ble delt mellom avdelingene. Flere informanter trodde at stemningen mellom gruppene hadde blitt forbedret hvis avdelingene hadde hatt flere felles aktiviteter.

Informantene fortalte under intervjuene at de mente ledelsen hadde det overordnede ansvaret for det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene. Ledelsen måtte være lydhør ovenfor de ansatte og burde ha fokus på områder med forbedringspotensial. De bør igangsette prosedyrer som vil kunne forenkle det tverrfaglige samarbeidet. Da det var personalet som brukte prosedyrene på daglig basis var det viktig for de ansatte å ha ledelsens støtte i ryggen. Kreativitet og evne til å være løsningsorientert var egenskaper informantene opplevde som gode hos en leder i forhold til å utvikle det tverrfaglige samarbeidet. Det ble i tillegg sagt at ledelsen skal tilrettelegge de organisatoriske forholdene for samarbeidet mellom avdelingene. Avdelingene i studien var ikke plassert vegg-i-vegg og samtlige informanter opplevde at dette hadde en negativ innvirkning på samarbeidet. Avstanden ga ekstra arbeidsbelastning i en allerede travel hverdag, og gjorde personalgruppene mer utilgjengelige for hverandre. På bakgrunn av dette var det tidkrevende å oppsøke hverandres avdelinger, hvilket kunne oppleves å gå ut over omsorgen for barselkvinnen. Informantene mente at kortere avstand ville gi mer samhold mellom personalgruppene og få avdelingene til å oppleves mer som en enhet.

Arbeidsbelastningen på de ulike avdelingene, i kombinasjon med grad av bemanning, var en annen organisatorisk faktor som informantene opplevde var avgjørende for hvor godt

samarbeidet fungerte. Lite tid og underbemanning ble ansett å være de største truslene for det tverrfaglige samarbeidet. En informant beskrev det slik:

«Man kan jo prøve å snakke om det, men... det er ikke alltid man orker eller har tid til det heller. Så vi forlater sånne situasjoner og føler deg på en måte frustrert.»

Informantene opplevde arbeidsbelastningen mellom avdelingene som skjev og at dette gikk ut over tilliten og stemningen mellom personalgruppene. Skjevheten i arbeidsbelastningen kunne i tillegg lede til opplevelse av å bli sett på som lite samarbeidsvillig. Samtlige informanter var enige om at kapasitet har mye å si for et tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene.

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon av metode

Denne studien har brukt et kvalitativt forskningsintervju som tilnæringsmåte for å få besvart problemstillingen. Det kvalitative intervjuet blir av kritikere møtt med skepsis grunnet måten kunnskapen utvinnes på: «ulike fortolkere finner ulike meninger i det samme intervjuet; altså er ikke intervjuet noen vitenskapelig metode» (Kvale et al., 2009, s. 218). Denne kritikken forutsetter at det kun finnes en riktig sannhet (Kvale et al., 2009). Med støtte i Thagaard (2013) sin tolkning av hermeneutikk mener forfatterne av denne studien at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at det kvalitative forskningsintervjuet ga et legitimt fortolkningsmangfold av funnene, hvilket ga studien en større dybde. I denne studien var hensikten å finne ut av *informantenes* opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet, og et kvalitativt intervju var av den grunn en god metode.

En av de største utfordringene under gjennomføringen av studien var å få samlet inn nok informanter til intervjuene. Avdelingslederne fra de respektive avdelingene tilbød sin hjelp til å rekruttere deltakere, men for å opprettholde konfidensialiteten ovenfor informantene var ikke dette ønskelig. Rekrutteringshjelp fra avdelingslederne kunne ha gitt en større bredde på utvalget, men deltakelse i studien skulle være 100 % frivillig. En direkte forespørsel fra ledelsen kunne blitt vanskelig å motsette seg for informantene. Etter ni ukers rekruttering hadde femten ansatte meldt sin interesse, jevnt fordelt mellom avdelingene. Første intervju ble gjennomført etter relativt kort tid. Når dato for intervju nummer to ble planlagt var det flere aktuelle informanter som av ulike årsaker trakk seg. Å samle informanter som jobber i turnusordning var ekstra krevende da det alltid var noen på vakt og forfatterne ikke ville bruke av arbeidstiden i respekt for avdelingene. Aktuelle muligheter ble da evaluert i forhold til dette. Individuelle intervjuer ble vurdert for å få gjennomført intervjuene før tidsfristen, men dette ville blitt til hinder i utforskning av den positive synergieffekten et gruppeintervju kunne ha gitt. Da det første gruppeintervjuet allerede var blitt gjennomført med godt utfall ønsket forfatterne å få til et ytterligere gruppeintervju. Etter å ha lest Monica Dalens bok «*Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*» (2011) ble det besluttet å dele opp de resterende informantene i to grupper med mindre antall deltakere. Dalen (2011) skriver at flere intervjugrupper kan gi studien mangfold og bedre belyse hvordan ulike parter opplever samme situasjon. Det ble av forfatterne bedømt at intervjuene kunne dra nytte av

synergieffekten til tross for lavt deltakerantall. Dette viste seg i ettertid å være et godt valg. De to mindre intervjugruppene ga et rikt datamaterial med mange gode observasjoner og betraktninger da hver enkelt informant fikk mer taletid. Da tre av informantene hadde en annen arbeidsbakgrunn enn resten av informantene, ble disse plassert i samme intervjugruppe. Dette for ikke å påvirke informantene uten denne bakgrunnen. Det kan aldri vites hvordan resultatet hadde blitt hvis alle hadde vært samlet i en gruppe, men forfatterne opplevde at oppdelingen var et godt alternativ ut fra forutsetningene. I stedet for å inndele gruppene homogent, hadde det også vært interessant å blande profesjonene for å se hvilken type kunnskap informantene hadde produsert sammen. Til tross for dette ble det valgt å holde de forskjellige yrkesgruppene adskilt grunnet tryggheten det kunne gi (Malterud, 2011). Dette var et godt fungerende valg da informantene ble opplevd som avslappet i intervjusituasjonen og ga studien et rikt datamaterial. Som tidligere beskrevet var absolutt frivillighet til deltakelse i studien viktig for forfatterne. Det kan antas at informantene som ønsket å delta hadde spesiell interesse i temaet, og at personalet som ikke ønsket å delta kunne gitt studien et annet resultat. Til tross for dette kan funnene valideres grunnet mangfoldet av informanter og god spredning av stillingsbrøk, arbeidserfaring og aldersspenn. Dette fikk fram ulike dimensjoner og felles mønstre i informantenes opplevelser rundt tema.

I studien ble det utført gruppeintervjuer i stedet for individuelle intervjuer grunnet strengt regulerte tidsrammer. Målet med gruppeintervjuene var å få frem en god variasjon av meninger grunnet mulighet for flere informanter. Gruppeintervjuer er også velegnet for å undersøke tidligere lite utforskede områder da dette gir tilgang til synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelige (Kvale et al., 2009). I denne studien ble det valgt å utføre gruppeintervjuer i stedet for fokusgruppeintervjuer. Dette for å fokusere på det som ble sagt i stedet for på interaksjonen innad i gruppen i henhold til hensikten med studien. Den semistrukturerte vinklingen på intervjuene ble valgt da metoden sikret at viktige temaer ble belyst, i tillegg til at informantene ble gitt mulighet til å tale fritt (Dalen, 2011). Fleksibiliteten i intervjuene ga informantene mulighet til å ta opp temaer som ikke var planlagte på forhånd, hvilket ga verdifull informasjon som ellers kunne gått tapt (Thagaard, 2013). Til tross for de mange positive egenskaper ved semistrukturerte gruppeintervjuer er det også svakheter med denne type metode. Den frie intervjuformen reduserte kontrollen for intervjuerne og kunne ha gitt intervjuene et kaotisk preg (Kvale et al., 2009). Informantene hadde ulik erfaringsgrunnlag og personligheter. Det var derfor en risiko for at veldig dominerende synspunkter kunne blitt fremmet under intervjusituasjonen. Dette kunne ha ført til at informanter med avvikende

synspunkter ikke hadde kommet til tale og verdifull informasjon kunne da ha gått tapt (Thagaard, 2013). For å forhindre dette ble alle oppmuntret til deltakelse i diskusjonen og forfatterne forsøkte å styre samtalen innen de gitte rammene. Dette ga studien et variert og innholdsrikt datamaterial.

En av de største utfordringene ved analyse av kvalitativ data er å klare å hente ut meningen fra de store mengdene rådata som skal behandles, parallelt med at den rike og bevismessige verdien beholdes (Polit & Beck, 2017). Som hjelp til disse utfordringene finnes det forskjellige fremgangsmåter. I denne studien ble kvalitativ innholdsanalyse brukt som analysemetode. Metoden ble valgt da den var oversiktlig og gjorde teksten mer håndterlig, samtidig som det sentrale innholdet ble bevart (Graneheim & Lundman, 2004). Å analysere en tekst med hermeneutisk meningsfortolkning var ingen lineær prosess. Meningsinnholdet i de forskjellige tekstdelene ga hele tiden en dypere forståelse av helheten som forandret seg da delene ble satt i relasjon til hverandre. Dette kalles den hermeneutiske sirkel (Kvale et al., 2009). Analysen av datamaterialet i denne studien kan derfor bedre beskrives som en sirkulær prosess der forfatterens forståelse av teksten hele tiden var i utvikling, da meningsinnholdet stadig ga en fornyet forståelse av helheten. Underveis som forståelsen av meningsinnholdet forandret seg, ble det nødvendig å gå tilbake til den transkriberte teksten for å se på datamaterialet på nytt. På samme måte som en persons opplevelse av et fenomen er avhengig av personens forforståelse og tidligere erfaringer (Malterud, 2011), var forfatterne av denne studien som fortolkere av den transkriberte intervju teksten på sin side påvirket av det samme. Erfaringer, faglige perspektiv og den tillærte teoretiske referanserammen ble tatt med inn i prosjektet, helt fra første idé. Dette kan hevdes å ha gitt studien styrke ved å gi en god fortolkning av materialet. På den andre siden kunne denne forforståelsen ha sperret blikket slik at nye ting ikke ble oppdaget underveis (Malterud, 2011). Analysen kan ses på som en dialog mellom det transkriberte datamaterialet og forfatterne. Resultatet representerer derfor forfatterens fortolkning av informantens forståelse av tema (Thagaard, 2013). Parallelt med at det var en stor utfordring ikke å la resultatene farges av forfatterens forforståelse, var det ved studiens start et oppriktig ønske om å få innsikt i hvordan informantene opplevde det tverrfaglige samarbeidet. Denne nysgjerrigheten anses å ha vært til hjelp for å gi en så nøytral tolkning av materialet som mulig.

Denne studien har brukt helsepersonell som informanter, som yrkesgruppe er ikke disse beskyttet av Helsinkideklarasjonen (Malterud, 2011). Til tross for dette var det viktig for forfatterne å utøve ansvarlig forskningsetikk og at informantene opplevde personvernet

ivaretatt. Som helsepersonell kan det være vanskelig, i en intervjusituasjon, å informere om faglige dilemmaer som kan ha mindre optimale løsninger i frykt for å bli eksponert på en negativ måte (Malterud, 2011). Forfatterne av denne studien brukte derfor ikke slikt datamaterial, selv om dette kunne gitt et ekstra løft til studien.

Forfatterne opplever at det har vært en stor fordel å være to personer under intervjuene grunnet muligheten til å kunne komplettere intervjuet med spørsmål eller oppfølging av svar som var viktige og klargjørende. Skriveprosessen har også hatt nytte av samarbeidet mellom forfatterne da ideer har blitt utfordret og utviklet. Dette samsvarer med Green og Johnson (2015) som mener at samarbeid i forskningsprosjekter øker kvaliteten på produktet. I tillegg vil forfatternes framtidige arbeid som jordmødre innebære en jobb i samarbeid med andre mennesker. Gjennom denne studien har forfatterne utviklet en større tålmodighet og respekt for andres meninger. En annen fordel med samarbeidet var at forfatternes sammensatte kunnskapsgrunnlag kunne løse de komplekse problemene som oppstod. Samarbeidet mellom forfatterne økte også produktiviteten ved at mer arbeid ble utført på kortere tid. Begge forfatterne av denne studien har arbeidet på de aktuelle avdelingene og det går ikke å utelukke at den tidligere kollegarelasjon kan ha påvirket resultatet som framkom i intervjuene. Det kan være en utfordring å studere egen arbeidskultur da forhold rundt tema kan virke selvsagte for de involverte. De kjente forholdene kan gjøre det vanskelig å stille relevante spørsmål som for utenforstående ville vært viktige opplysninger for å forstå situasjonen (Thagaard, 2013). I denne situasjonen har det også vært en fordel å være to. Forfatterne har vært klar over utfordringene og gikk inn i studien med et skjerpet blikk. Thagaard (2013) skriver at det er viktig med innlevelse for å forstå temaet som studeres, da dette gir forståelse og innsikt. Forfatternes kjennskap til feltet kan derfor ha gitt bedre innlevelse. Dette gjorde det lettere å stille de spørsmålene som var nødvendige for å få innsikt i informantenes opplevelse av egen virkelighet.

Å trekke en generell konklusjon ut fra noen få informanter er ikke risikofritt, det er alltid mulighet for at senere studier inneholder andre forhold enn det som framkom i denne studien (Fejes & Thornberg, 2009). Hvis intervjuene hadde hatt en annen kontekst, et annet tidspunkt eller andre informanter ville samspillet mellom forfatterne og informantene blitt annerledes og sannsynligvis produsert en annen kunnskap (Kvale et al., 2009). Kunnskapen som fremkom under intervjuene var derfor unik for de ulike intervjuutilfellene. For å sikre kvaliteten i denne studien ble de fem kriteriene for gyldighet i kvalitativ forskning brukt (Polit & Beck, 2017). Disse kriteriene er pålitelighet, troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet og autentisitet. Alle

har med seg sin forforståelse inn i situasjoner, hvilket innebærer at erfaringer, kunnskap og forståelse vil farge synet på en situasjon (Aadland, 2004). Påliteligheten er blitt sikret ved redegjørelse av forfatterens forforståelse, samt med aktivt arbeid for at forforståelsen ikke påvirket studiens funn. For å oppfylle kravet om troverdighet i denne studien har metoden for datainnsamling blitt detaljert beskrevet, og alle valgene er blitt begrunnet. I tillegg er det blitt beskrevet hvordan datamaterialet er behandlet og analysert. Informantene fikk god informasjon om hva deltakelse i studien innebar (vedlegg 4) og deres konfidensialitet ble nøye beskyttet. Forfatterens antakelser og det latente innholdet i analysen er blitt kontrollert av veileder. For å oppfylle kravet om autensitet har studien etterstrebet at leserne skal kunne utvikle en økt sensitivitet til temaet og få en bredere forståelse av omkringliggende omstendigheter som for eksempel konteksten. Gyldigheten avklares ved at studien beskriver et viktig klinisk område med behov for økt kunnskap, og kan til en viss grad generaliseres til andre fagfelt der tverrfaglig samarbeid er en del av arbeidshverdagen. I tillegg er en kvalitativ forskningsmetode en adekvat tilnærming til forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2017).

5.2 Diskusjon av resultat

Organiseringens innvirkning på samarbeid

I denne studien framkom det at organisasjonens oppbygging hadde stor innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet. Nåværende organisering ble opplevd ikke å tilrettelegge tilstrekkelig for at samarbeidet skulle kunne optimaliseres. Grunnet omorganisering på avdelingene opplevdes samarbeidet å fungere bedre nå enn tidligere. Den fysiske avstanden mellom avdelingene gjorde samarbeidet tidskrevende. Jordmødrene og sykepleierne ble mindre tilgjengelige for hverandre, hvilket opplevdes å gå ut over omsorgen for barselkvinnen. Avdelingene hadde ulike prosedyrer for samme arbeidsoppgaver, hvilket ble opplevd som frustrerende. Velfungerende situasjoner hadde oftest felles prosedyrer i bunn. Det fremkom under intervjuene at det eksisterte en felles prosedyre i forhold til det tverrfaglige samarbeidet for oppfølgingen av barselkvinnen, men at denne ikke var allment kjent blant personalet. Informantene mente at ledelsen hadde det overordnede ansvaret for det tverrfaglige samarbeidet, men at det i tillegg var et personlig ansvar. Videre ble det uttrykt at ledelsen skulle igangsette forbedrende tiltak der det var nødvendig, samt sørge for adekvat bemanning i forhold til arbeidsbelastningen. Informantene opplevde arbeidsbelastningen mellom avdelingene som skjev, hvilket gikk ut over tilliten og stemningen mellom personalgruppene.

For å forhindre at slike problemer oppstår poengterer WHO (2010) at enhver organisasjon som innehar ulike spesialiteter, er i behov av å koordinere sine aktiviteter for å oppnå høyest grad av effektivitet. Dette er spesielt vesentlig i helse- og omsorgssektoren da helsevesenet i senere tid har blitt utviklet til et fragmentert, profesjonsdelt og spesialisert felt. Hver profesjon har sin unike rolle i behandlingen av pasienten (Finn, Learmonth & Reedy, 2010; Havens et al., 2010). For å kunne møte barselkvinnens mange pleiebehov kreves det, til tross for ovennevnte fragmentering, et tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene. Behovet for integrering av tverrfaglig samarbeid øker med grad av spesialisering (Åhgren, 2014). Mangelfullt tverrfaglig samarbeid trekkes av WHO frem som et internasjonalt problem som fører til at helsebehovet ikke blir oppfylt (WHO, 2010). Dette stemmer overens med funnene i denne studien. For å eliminere barrierene for tverrfaglig samarbeid er det viktig at utformingen av miljøet, deriblant det fysiske område, blir tilrettelagt. I likhet med denne studien bekreftes det at store avstander mellom avdelingene vanskeliggjør samhandlingen mellom de involverte faggruppene, og gjør de ulike profesjonene mer utilgjengelig for pasienten (Lawn, Lloyd, King, Sweet & Gum, 2014; Weller, Boyd & Cumin, 2014). Denne type strukturell oppbygging problematiseres i tillegg av WHO (2010), som hevder at fellesarenaer fremmer kommunikasjon som er nødvendig for å sikre optimal pasientpleie. WHO hevder videre at felles prosedyrer er et annet verktøy i kommunikasjonen som gir de inkluderte i samarbeidet faste rammer å forholde seg til og gjør arbeidet mer forutsigbart for arbeidstakerne (WHO, 2010). Dette ble også etterlyst av informantene i denne studien. Koordinering av prosedyrer har imidlertid vist seg å være utfordrende å få til i praksis, da ulike yrkesgrupper ser på pasienten ut fra forskjellige fagperspektiv (Axelsson & Axelsson, 2014). Dette vil bli utdypet nærmere i avsnittet «*Samarbeid mellom faggrupper*» senere i dette kapittelet. I følge Green og Johnson (2015) kan det være fordelaktig med prioriteringer som setter pasienten først, organisasjonen som nummer to og personalet til slutt. Dette støttes av WHO (2010) som peker på at samarbeid fungerer best når det er organisert rundt mottakeren. Dette er en holdning som må deles av alle de involverte partene i samarbeidet, og i følge Weller et al. (2014) er det et ledelsesansvar å utvikle fungerende samarbeidsgrupper. I likhet med denne studien, viser forskning at ledelsen har en nøkkelrolle i oppbygging av et fungerende samarbeid (Havens et al., 2010; Leonard & Frankel, 2011; McDonald, Vickers, Mohan, Wilkes & Jackson, 2010). Ledelsen kan være en forenklende faktor så vel som et hinder (Axelsson & Axelsson, 2014). Leonard og Frankel (2011) poengterer at tverrfaglig samarbeid berøres av to nivåer av lederskap: sykehusledelsen og ledelsen på de enkelte avdelingene. Sykehusledelsen skal legge den overordnede strategien for hvordan tjenester skal

koordineres for å yte best mulig pasientbehandling. Avdelingsledelsen må praktisere strategien og iverksette tiltak (Leonard & Frankel, 2011). De må også være godt innsatte i involverte avdelingers oppgaver og kompetanse, og vite hvordan å utfylle hverandre for å oppnå best mulig pasientbehandling. Dette krever evne til å se egen virksomhet i relasjon til andre virksomheter, og samtidig være innstilt på å enes om løsninger som er til det bedre for pasienten. Denne type lederskap omtales av Axelsson og Axelsson (2014) som «altruistisk lederskap». Til tross for betydningen av sterkt lederskap, er det allikevel viktig at samarbeidet implementeres på alle nivåer for at det skal fungere. En studie av Finn et al. (2010) viser at samarbeid mellom de ulike lederne ofte både eksisterer og fungerer, men at det ikke alltid er overførbart til arbeidstakerne. Dette styrkes i en annen studie som viser til at tiltak utformet for å forbedre det tverrfaglige samarbeidet på en medisinsk enhet i Canada nesten ikke ble tatt i bruk. Dette til tross for at personalet sa seg innforstått i tiltakenes eksistens og samarbeidets betydning for kvaliteten på pasientbehandlingen. Forskerne stilte derfor spørsmål til måten tiltakene hadde blitt presentert på for profesjonsgruppene av ansvarlig person (Rice et al., 2010). I denne studien motsvarer dette avdelingsledelsen. Det er derfor ikke tilstrekkelig å utvikle forbedrende tiltak hvis tiltakene ikke tas i bruk av samarbeidsgruppene (Finn et al., 2010). Tverrfaglig samarbeid har vist seg å fungere best når alle inkluderte parter er innforståtte med betydningen av eget bidrag, uten å forvente at en spesifikk person skal lede samarbeidet fremover. Denne modellen omtales som «delt lederskap». Dette skiller seg fra den tradisjonelle tankegangen der den enkelte lederen står ansvarlig for omsorgsytelsen uten for mye faglig innblanding fra kollegaer. Gjennom full inkludering av personalet kan samarbeidet belyses med verdifulle innspill fra flere hold og resultere i at pasientproblem løses på best mulig vis (McCallin & McCallin, 2009). Parallelt med at samtlige personell må involveres i det tverrfaglige arbeidet, bekrefter forskning funnene i denne studien om at muligheten til tverrfaglig samarbeid avhenger av arbeidsbelastning og bemanning på avdelingene (Gittell, 2012; McDonald et al., 2010; Solberg, Hansen & Bjørk, 2015). I likhet med denne studiens funn leder høy arbeidsbelastning i kombinasjon med lav bemanning til frustrasjon i samarbeidsgruppene (McDonald et al., 2010), hvilket minker motivasjonen for samarbeid. Uten motivasjon hos personellet vil samarbeid ikke kunne gjennomføres (Grelland, 2014) og kvaliteten på pasientpleien risikerer å bli svekket (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van Den Heede & Sermeus, 2013). Skal tverrfaglig samarbeid kunne nyttiggjøre seg fordelene med delt lederskap, må altså arbeidsmiljøet legges tilrette. På den andre siden poengterer Gittell (2012) at et fungerende tverrfaglig samarbeid i seg selv er tidsbesparende og skal kunne redusere høy arbeidsbelastning. Dette støttes av WHO (2010) som forklarer

dette med at helsesystem som bygger på samarbeid vil redusere dobbeltarbeid og bedre kontinuiteten i pasientomsorgen.

Til tross for at det fortsatt er utfordringer opplevde informantene som vist over det tverrfaglige samarbeidet som bedre nå enn før, hvilket begrunnes med en økt bevisstgjøring av samarbeidet mellom avdelingene. Forfatterne av denne studien hevder dette kan være et resultat av de siste årenes globale og nasjonale fokus på området. Dagens visjon om en helhetlig pasientomsorg kan ses på som et videre ledd i dette. Skal omsorgen for barselkvinnen optimalisere hevder forfatterne av denne studien videre at arbeidsbelastningen på avdelingene må justeres i henhold til det tverrfaglige samarbeidet. Når behovet for tverrfaglig samarbeidet øker må arbeidsbelastningen på de respektive avdelingene reduseres, slik at godt samarbeid kan oppstå. Dette vil kunne føre til en god balanse som kan være gunstig for både helsepersonellet og barselkvinnen. McDonald et al. (2010) trekker paralleller mellom arbeidsbelastning og bemanning, men disse to begrepene kan ikke nødvendigvis settes i relasjon til hverandre. Under intervjuene framkom det flere årsaker til at arbeidsbelastningen mellom avdelingene i studien opplevdes som skjev. Funksjonene til de ulike avdelingene kan sees på som en forklaring på dette. På samme måte som barselavdelingen utgjør en standardavdeling på linje med en sengepost, kan nyfødt intensivavdelingen sammenlignes med en akuttenehet med helt andre oppfølgingsbehov av pasientene. Denne grunnleggende forskjellen mellom avdelingene vil nødvendigvis påvirke bemanningen. Det er av den grunn ingen selvfølge at arbeidsbelastningen må bli skjev. Gjennom å bemanne ut fra behov vil arbeidsbelastningen kunne være jevnt god på begge avdelinger, til tross for forskjell i antall medarbeidere på vakt. Dette er noe som bør etterstrebes da resultatet av fungerende samarbeid vil effektivisere arbeidet som utføres og derfor heller ikke trenger å være økonomisk ugunstig for avdelingene. Det er imidlertid forståelse for at avdelingenes ulike funksjoner utfordrer det tverrfaglige samarbeidet. Forfatterne av denne studien ser ingen betenkeligheter med at sykepleier på en nyfødt intensivavdeling har et annet pasientfokus enn hva jordmor på en barselavdeling har. Forskjellen i fokus kan faktisk være gunstig for pasienten da pasientbehandlingen kan belyses fra flere hold. For at samarbeidet skal fungere til tross for denne utfordring, er forfatternes forståelse i denne studien at WHO (2010) kan være på riktig vei når de sier at felles prosedyrer er et gunstig verktøy. Felles prosedyrer kan fungere som bindeledd mellom avdelingene og være til hjelp ved koordinering av tjenester. I denne studien fremkom det at det faktisk eksisterte en felles prosedyre for det tverrfaglige arbeidet, men at denne ikke var

allment kjent blant de ansatte. Dette styrker påstanden til Finn et al. (2010) som hevder at det ikke holder å tilrettelegge tiltak hvis det ikke sørges for at tiltakene tas i bruk på en adekvat måte. I denne studien hevdes det at om et vellykket tverrfaglig samarbeid skal kunne gjennomføres, er det viktig at ledelsen ikke bare utvikler, men også sørger for implementering av felles prosedyrer på avdelingene. På bakgrunn av at avdelingene er to ulike enheter, som på siden av det tverrfaglige samarbeidet også drives separat, konkluderes det imidlertid med at det ikke alltid er mulig med like prosedyrer. De gjeldende prosedyrene er tilpasset den enkelte avdelingens behov. Eksempelvis ville det vært feil å gi et friskt fullbåret spedbarn matmengde tilpasset barn under infeksjonsbehandling. Til tross for behov av forskjellige prosedyrer hevder forfatterne her at dette er en samarbeidsutfordring som ikke kan ignoreres av ledelsen. De ulike prosedyrene oppleves som frustrerende og gir opphav til irritasjon. Skal samarbeidet fungere må dette tas på alvor. Prosedyrene må gjennomgås for å minimere unødvendige forskjeller, i tillegg til at helsepersonellet må bevisstgjøres på de ulike avdelingenes funksjoner. Dette kan øke forståelsen for hverandre og videre åpne opp for kommunikasjon som kan lede til den beste løsningen for barselkvinnen og barnet hennes. Som vist over problematiseres fysiske avstander mellom avdelinger både av denne studiens informanter og forskere på feltet. En fruktbar tilnærming til dette kunne vært en sammenslåing av avdelingene, men det som er det beste for det tverrfaglige samarbeidet er ikke nødvendigvis det beste for avdelingene i et større perspektiv. Tverrfaglig samarbeid kan ikke ses på som vellykket hvis det resulterer i negativ påvirkning i omsorgen for øvrige pasienter. Forfatterne av denne studien hevder at det til tross for dette vil kunne være hensiktsmessig å ha samarbeidende avdelinger så nær hverandre som mulig. Avdelinger som er i samme etasje vil lettere kunne samarbeide enn avdelinger som er i ulike bygg. På den andre siden er avdelingenes plassering ofte vanskelig å påvirke og ledelsen må i stedet prøve å finne alternative løsninger på utfordringene. For eksempel skulle ett felles medisinskavdelinger kunne forbygge mange turer i sykehuskorridorene og være et godt tidsbesparende tiltak. For å oppnå best effekt av det tverrfaglige samarbeidet mener studiens forfattere at det er viktig at ledelsen inkluderer avdelingspersonalet i avgjørelser. Dette for sammen å finne gode og praktiske løsninger, da det er personalet som skal iverksette samarbeidet i praksis. Det samme bør gjøres ved kompliserte pasientproblemer som krever behandling utover det vanlige. Gjennom å kombinere det delte og altruistiske lederskapet blir pasientomsorgen belyst fra flere sider, uten å risikere å stoppe opp grunnet manglende ansvarsfølelse i personalgruppen. Til tross for dette er det viktig å være klar over at fundamentet for optimalt samarbeid bygges opp av ledelsen i helseforetakenes øverste plan.

Bevissthet rundt fordelene av tverrfaglig samarbeid må være på plass allerede i sykehusenes planleggingsfase, ved at avdelinger og miljøer legges i umiddelbar nærheten av hverandre. Budsjett for bemanning må også prioriteres. Ved å implementere samarbeid på samtlige plan i systemet konkluderer forfatterne av denne studien med at et godt tverrfaglig samarbeid og optimal pasientbehandling kan sikres.

Samarbeid mellom faggrupper

I denne studien framkom det at best mulig pleie til mor og barn er samarbeidets overordnede mål, og at det var et felles ansvar å etterstrebe dette. Informantene løftet fram at kombinasjonen av de ulike yrkesgrupper ga ulike pasientperspektiver, hvilket gjorde at avdelingene ble opplevd å drives parallelt. Dette ga personalet en følelse av et «vi og dem». Det ble etterlyst et helhetsfokus for at det tverrfaglige samarbeidet skulle kunne optimaliseres og få avdelingene til å oppleves mer som en enhet. Dette mente flere informanter kunne bli oppnådd ved mer kunnskap om hverandres fagområder. Til tross for dette rådet det noe ambivalens til å dele fagkunnskap mellom personalgruppene. Informantene uttrykte at det tverrfaglige samarbeidet kunne gi situasjoner som oppleves å befinne seg mellom avdelingenes separate ansvarsområder, og som førte til usikkerhet om hvem hadde ansvaret. Å stå i disse ukjente situasjonene opplevdes ubehaglig.

Implementering av samarbeid mellom faggrupper krever læring, det må læres å oppnå resultat i fellesskap (Green & Johnson, 2015). Kombinasjonen av yrkesgrupper er ofte den største utfordringen i et tverrfaglig samarbeid (Andersson, Åhgren, Bihari A., Eriksson & Axelsson, 2011). Utfordringene kan sannsynligvis forklares med forskjellige kunnskapsgrunnlag, yrkesbakgrunn og kulturer som, i likhet med funnene i denne studien, gir ulike pasientsyn og prioriteringer (Finn et al., 2010; Sævareid, 2014). Dette bygger barrierer mellom samarbeidsgruppene og hindrer et godt samarbeid i å utvikle seg (Weller et al., 2014). WHO (2010) mener at helsepersonell må inneha evne til å se andres perspektiver og respektere at ulike profesjoner innehar ulik fagkunnskap. Barrierene mellom gruppene er imidlertid ofte sterke (Weller et al., 2014) og samarbeidet fungerer av den grunn bedre innad i en gruppe enn mellom grupper (Goette, Huffman & Meier, 2006; Watson, Heatley, Gallois & Kruske, 2016). Ved tverrfaglig samarbeid er det derfor ekstra viktig å omdefinere samarbeidsgruppen fra å være samlinger av enkeltstående profesjoner til å bli en helhetlig gruppe. Dette kan imidlertid være utfordrende å gjennomføre i praksis. I et tverrfaglig samarbeid er flere profesjoner trukket sammen i en gruppe hvor hver profesjon har sin egen unike historie, verdi og

overbevisning. Denne unikheten utgjør profesjonens yrkesstolthet og identitet (Green & Johnson, 2015). Det kan oppstå redsel for at grensene mellom profesjonene skal hvikes ut og at yrkesgruppen skal miste sin identitet. Motparten i samarbeidet kan derfor bli sett på som en rival som ikke ønskes å inkluderes (Green & Johnson, 2015). I motsetning til dette hevder McCallin og McCallin (2009) at jo sterkere den faglige identiteten i en yrkesgruppe er, desto mer åpen er gruppen for synsvinkler utenfra. Dette konkluderes med å kunne i en grunnleggende trygghet som minimerer opplevelse av trussel (McCallin & McCallin, 2009). Til tross for forskjellige syn på betydningen av faglig identitet, viser Weller et al. (2014) at et arbeidsmiljø som vektlegger og verdsetter bidragene fra hver enkelt profesjon er med på å forhindre at barrierer oppstår mellom profesjonene. Fokuset i arbeidsmiljøet bør være på hvordan hver profesjons unikhhet kan bidra til å oppnå målet (Green & Johnson, 2015) og hvordan gruppene kan utfylle hverandre i en helhetlig prosess (Gittell, 2012; Havens et al., 2010). Gjennom å bli verdsatt styrkes opplevelsen av tilhørighet til gruppen, hvilket har vist seg vil kunne overgå opplevelsen av tilhørighet til den enkelte profesjonen. Det bør også etterstrebes en grunnleggende kultur om at gruppens mål er viktigere enn de individuelle målene. Hva som er det tverrfaglige samarbeidets mål bør derfor defineres i samråd mellom gruppene. Det felles målet gir de inkluderte partene lik forståelse om hva som skal oppnås og arbeides for (Weller et al., 2014), hvilket i sin tur gir motivasjon for å jobbe sammen (Grelland, 2014). Som funnene i denne studien indikerer, holder det allikevel ikke med et felles mål hvis forståelsen og forestillingene om hvordan å nå dette målet er ulike. Samarbeidet forutsettes derfor også en felles forståelse for veien til målet (Sævareid, 2014). En klar definisjon av målet, i kombinasjon med en konkret plan for hvordan det skal oppnås, bør etterstrebes. De involverte samarbeidsgruppene bør også være inneforståtte med de enkelte profesjonenes roller og oppgaver (Sævareid, 2014; Weller et al., 2014) hvilket forutsetter kunnskap om hverandres fagområder. Kunnskap gir forståelse og er av den grunn en viktig del av et fungerende samarbeid (Havens et al., 2010). Det er derfor interessant, men ikke unikt, at en av informantene i denne studien uttrykte ambivalens i forhold til å dele kunnskap. Denne ambivalensen bunner i følelser dypt forankret i yrkesidentiteten (Green & Johnson, 2015). For å unngå følelsen av ambivalens er det avgjørende med tillit mellom yrkesgruppene. Tillit får yrkesgruppene til å stole på at de andre involverte innehar kompetansen som er nødvendig for å oppnå målet (Andersson et al., 2011; McCallin & McCallin, 2009; Weller et al., 2014). De inkluderte i samarbeidet bør stille med et åpent sinn og verdsette hva de andre kan tilføre fellesskapet (Green & Johnson, 2015). Tillit omtales i forskningsverden som et fundamentalt element innen tverrfaglig samarbeid (Solberg, Hansen

& Bjørk, 2014). Det tar tid å bygge opp tillit og yrkesgruppene må derfor få tiden som behøves for å skape relasjonene som er nødvendige (Andersson et al., 2011). Felles fagdager ble i en studie vist å være det beste tiltaket for å forsterke tverrfaglige relasjoner mellom jordmødre og sykepleiere. Dette for videre å skape et sterkt samarbeid mellom profesjonene. I tillegg ble felles personalmøter og organiserte sammenkomster utenfor arbeidstiden løftet frem som gode, relasjonsfremmende tiltak (Psaila et al., 2015). I overensstemmelse med funnene i denne studien, er det fra tidligere kjent at integrasjonen av tverrfaglig samarbeid fører til situasjoner mellom profesjonsområdene, der usikkerhet rundt hvem som har det ytterste ansvaret kan oppstå (Macdonald et al., 2010; Suter et al., 2009; Åhgren, 2014). Macdonald et al. (2010) bekrefter i en forskningsartikkel denne studiens funn om at helsepersonell i tverrfaglige samarbeid har behov for klare grenser på hvor eget fagfelt slutter og hvor det andre fagfeltet starter. Uavklarte roller og usikre arbeidsområder kan lede til konflikt mellom gruppene (Macdonald et al., 2010), samt føre til opplevelse av stress for den enkelte personen som blir stående i disse uavklarte områdene. Personalet kan oppleve situasjonen som ubehaglig og trekke seg tilbake for kun å utføre oppgaver knyttet til eget fagfelt, der grensene er tydelige og kjente. Dette får store negative konsekvenser for samarbeidet som helhet, da et godt tverrfaglig samarbeid krever deltakelse fra samtlige inkluderte (Hall, 2005). Til tross for dette, hevder Axelsson og Axelsson (2014) at det er nødvendig å overskride både de profesjonelle, disiplinære og organisatoriske grensene for å kunne få til samarbeid mellom avdelinger.

Skal det tverrfaglige samarbeidet kunne utvikles videre, vil forfatterne av denne studien belyse nødvendigheten av at helsepersonellets redsel for å stå i ukjente situasjoner respekteres. Som vist ovenfor kan opplevelsen av hjelpeløshet være sterk og resultere i at helsepersonellet trekker seg tilbake i redsel for å havne i lignende situasjoner ved et senere tidspunkt. Tverrfaglig samarbeid krever at alle involverte parter gjør så godt de kan, og en passiv holdning i personalet kan derfor gi store konsekvenser. Forfatterne i denne studien vil derfor trekke fram tydelige rolleavklaringer som et av de viktigste tiltakene for å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene. Tydelige roller vil kunne minimere antall situasjoner som oppleves å være mellom de respektive fagområdene i både størrelse og mengde. Samtidig viste funn i denne studien i likhet med Axelsson og Axelsson (2014), at samarbeid over faggrensene kan være vanskelig å unngå. Tverrfaglig samarbeid skaper et sikkerhetsnett for å forhindre at pasienten faller mellom profesjonsgruppene, hvilket nødvendigvis forutsetter at faggrenser krysses. Gjennom færrest mulige situasjoner tilhørende

fagområdenes ytterkanter sikres opplevelsen av trygghet hos personalet og minker risikoen for at problematikken oppstår på ny. Påstanden om at samarbeid fungerer bedre innad i en gruppe enn mellom grupper er interessant, men ut fra forforståelsen til forfatterne av denne studien kan et godt tverrfaglig samarbeid oppstå til tross for sterke faggrupper. Avdelingene i denne studien har et tydelig overordnet felles mål om best mulig omsorg for mor og barn, hvilket bør gi et stabilt grunnlag for et godt samarbeid. Utfordringer som kan oppstå må synliggjøres og forfatterne av denne studien anser at Green og Johnson (2015) har et godt poeng når de fastslår at samarbeid er noe som må læres. Det er for eksempel ikke vanskelig å forstå at manglende kunnskap kan lede til tillitsbrudd mellom yrkesgrupper. Hvis det ikke finnes tillit til den andre gruppens bidrag i samarbeidet, må det være utfordrende å ha tillit til at pasienten mottar behandlingen som ens egen faggruppe mener er den beste. Dette forsterkes ytterligere ved at jordmødrene og sykepleierne har ulike pasientsyn som videre gir forskjellige prioriteringer i behandlingen til pasienten. Dette anses å være en helt naturlig tankegang som ikke handler om mangel på respekt, men om at hver faggruppe på sin side har et oppriktig ønske om pasientens beste. Skal tillit mellom gruppene kunne bygges, er det derfor helt nødvendig at kunnskapen om hverandres fagfelt styrkes. Felles fagdager og personalmøter gir gode muligheter for dette. Det viktigste elementet for å overvinne den ambivalens som da kan oppstå er, i følge forfatterne av denne studien, å styrke jordmødrenes og sykepleiernes faglige identitet. Faglig sterk identitet vil redusere rivaliteten, skape trygghet og gjensidig respekt mellom gruppene. Gjennom å vektlegge og verdsette hver enkelt profesjon vil det bli mulighet for å utveksle kunnskap, uten redsel for at grensene mellom faggruppene hvikes ut. Dette kan resultere i at tillit oppstår og gir samarbeidet gode vekstvilkår gjennom en tydelig plan for hvordan man sammen når målet. Til tross for at samarbeidet mellom avdelingene i denne studien ikke alltid fungerer optimalt i praksis, mener forfatterne imidlertid at avdelingene har gode forutsetninger for å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjonene. Både jordmødrene og sykepleierne har en lang og unik yrkeshistorie som har bygget seg opp over flere hundre år. Denne identitet gir forutsetning for å gjøre dem åpne for innspill og utrustet for å overvinne barrierer. En annen god forutsetning er at faggruppene bygger ut fra samme basisutdanning hvilket gir et felles faglig fundament å bygge videre på. Forfatterne av denne studien konkluderer med at det beste for avdelingene ville vært om dagens opplevelse av «vi og dem» blir til et helhetlig «vi», bestående av to sterke faggrupper. Bevisste sin identitet bør de jobbe sammen over faggrensene for å oppnå målet, i stedet for parallelt. Sammen kan de utfylle hverandre og oppnå målet om best mulig pleie til både mor og barn.

Kommunikasjon i samarbeid

Kommunikasjon ble i denne studien trukket frem som et av de viktigste og mest mangelfulle områdene innenfor det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene. I følge informantene kan fungerende kommunikasjon være løsningen i komplekse og vanskelige situasjoner da dette åpner opp for forståelse og forbedringer i samarbeidet. Svekket kommunikasjon kan i motsetning være en barriere for samarbeidet og resultere i opplevelse av utestenging og mindre gode relasjoner. Det var enighet i informantgruppen om at personalet som hadde pleieansvaret for barselkvinnen på den enkelte vekten, hadde ansvar for kommunikasjonen med pasientansvarlig personal på motsatt avdeling. Informantene opplevde at det ikke alltid var tid til å kommunisere, samt at å ha ansvar for informasjonsutvekslingen kunne være en ekstrabelastning i en allerede travel hverdag.

I likhet med denne studiens funn viser forskning at kommunikasjon spiller en avgjørende rolle ved tverrfaglig samarbeid (Psaila et al., 2015; van Dongen et al., 2016; Watson et al., 2016). På like linje med Horwath og Morrison (2007) som løftet frem kommunikasjon som grunnleggende element (se kapittel 2.0), viser Psaila et al. (2015) at et godt samarbeid fører til god kommunikasjon når de kommunikative forholdene har fått mulighet til å videreutvikles. Kommunikasjon av høy kvalitet må være hyppig, nøyaktig, komme til riktig tid og fokusere på å løse et problem (Solberg et al., 2014). Forskning støtter informantene i opplevelsen av at mangelfull kommunikasjon kan skape dårlige relasjoner og ødelegge for samarbeidet (Psaila et al., 2015; van Dongen et al., 2016; Watson et al., 2016). Kommunikasjon kan potensielt forklares som et vippepunkt. På den ene siden kan god kommunikasjon føre til en positiv forandring og utvikling av relasjoner, men på den andre siden kan svak kommunikasjon medføre eskalering til uoverensstemmelse mellom de involverte (McDonald et al., 2010). Funnene i denne studien var ikke unike da de viste at svekket kommunikasjon blir opplevd som en av de viktigste årsakene til uheldig samarbeid (Gault, Shapcott, Luthi & Reid, 2017; Solberg et al., 2014; Weller et al., 2014). Mangelfull kommunikasjon fører til misforståelser mellom personalet i samarbeidsgruppene (Gault et al., 2017) og gir uhensiktsmessig henvisninger og forsinkelser for pasienten (Weller et al., 2014). Årsrapporten til The Joint Commission (2004) viser at bristende kommunikasjon mellom personalet lå bak 72 % av alle tilfeller med fosterdød eller alvorlige fosterskader under fødselen. Moderne helsevesen som tverrfaglig instans, avhenger av effektivt samarbeid og kommunikasjon for å sikre trygg og effektiv pasientpleie (Weller et al., 2014). For å sikre at kvaliteten på pasientpleien blir optimal, fremholder informantene at tverrprofesjonell kommunikasjon er en fundamental

byggestein som bør prioriteres. Dette støttes også av forskningsverden (Rice et al., 2010). Studier viser at helsepersonell er bevisste på viktigheten av kommunikasjon (Rice et al., 2010; Watson et al., 2016) og Weller et al. (2014) hevder at helsepersonellet sannsynligvis innehar god kunnskap om hvordan de bør kommunisere. Til tross for dette er det utfordrende å få til fungerende kommunikasjon i praksis grunnet vanskeliggjørende omstendigheter som samarbeid over faggrenser, individuelle ferdigheter og organisatoriske faktorer (Weller et al., 2014). Dette stiller imidlertid Rice et al. (2010) seg kritiske til og hevder i stedet at den direkte kommunikasjonen mellom helsepersonell er svært mangelfull. De hevder videre at helsepersonellet oftest ikke er klar over hvilken informasjon den andre parten i samarbeidet er i behov av. Dette er også i tråd med et av funnene i denne studien, som viste at opplevelse av utestenging oppsto da en informant ikke mottok pasientrapporten hun mente kunne være viktig for hennes videre pasientbehandling. Dette styrkes ytterligere i en studie av Psaila et al. (2015) der motsvarende hendelse har oppstått. Disse uheldige situasjonene kan imidlertid antas å få forståelse av Gault et al. (2017) som mener at kommunikasjon er mye mer komplisert enn kun verbal utveksling mellom to parter. De hevder at kommunikasjon eksisterer på flere plan og i ulike former, hvilket stiller store krav til jordmødre og sykepleiere som blir nødt å være mottakelige for kommunikasjonsformene som oppstår i det enkelte tilfellet. De må dessuten inneha evner til å se på situasjonen ut i fra motpartens perspektiv (Gault et al., 2017). For å kunne se en situasjon fra andre parters synsvinkler er det behov for forståelse overfor det motsatte fagfeltet (Havens et al., 2010). Profesjonene må derfor ha kunnskap om hverandres roller og utvikle bevissthet rundt disse (Watson et al., 2016). Manglende rolleavklaring sies å være blant de største hindrene for tverrprofesjonell kommunikasjon (Matziou et al., 2014). Til tross for at kommunikasjon som vist over kan være årsak til misforståelser og vanskeliggjøre samarbeidet, er det på den andre siden fungerende kommunikasjon som må til for å skape den nødvendige, gjensidige forståelsen mellom personalgruppene (Solberg et al., 2014). Dette bekreftes av informantene i denne studien som ønsket flere fellesarenaer for å tilrettelegge for kommunikasjonsmuligheter når samarbeidet haltet. Både forskning og faglitteraturen fastslår at de ulike profesjonene i helsesektoren imidlertid har egne unike måter å kommunisere på (Lauvås & Lauvås, 2004; Suter et al., 2009; Watson et al., 2016). Ulikheter i språket oppstår som følge av ulik utdanning og faglig bakgrunn, hvilket utgjør profesjonens sjargong. Den yrkesspesifikke sjargongen kan problematisere kommunikasjonen med andre yrkesgrupper og vanskeliggjøre den tverrfaglige informasjonsformidlingen (Suter et al., 2009; Watson et al., 2016). I kontrast til dette, mener Solberg et al. (2014) at språket til helsepersonell inneholder formelle koder og

faglig terminologi som gjør kommunikasjonen mer konkret og tidsbesparende. Denne påstanden får hun imidlertid motstand for i faglitteraturen, som mener at vanskelig forståelig terminologi er en indikasjon på brist i utviklingen av et funksjonelt tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). Til tross for uenigheter rundt språkbruken er det allikevel allment vedtatt at evnen til å kommunisere på tvers av profesjoner er en viktig egenskap ved tverrfaglig samarbeid. Det råder derfor enighet om at personalet må kunne tilpasse språket etter mottakeren (Suter et al., 2009). Samsvar mellom det som blir sagt og det som blir uttrykt er viktig, da usikkerhet om meningens betydning risikerer å ilegge taleren andre intensjoner enn det som i utgangspunktet var tilfelle (Kristiansen, 2014). Denne usikkerheten fører ofte til at mottakeren fastholder sitt perspektiv og at situasjonen låses (Lauvås & Lauvås, 2004). I tillegg risikeres det at mottakeren favoriserer meningen til de involverte i egen gruppe (Watson et al., 2016). I likhet med mange andre områder innen det tverrfaglige samarbeidet, vektlegges gode relasjoner mellom personalgruppene for å fremme kommunikasjon. Forskningsartikler viser at Gittells relasjonelle samarbeidsteori (se kapittel 2.0) gir et bredere syn på kommunikasjon og fører til at helsepersonell effektivt kan samhandle i arbeidet sitt (Havens et al., 2010; Solberg et al., 2014). Samarbeid vokser fram i situasjoner der det er god dynamikk mellom individene (Solberg et al., 2014), hvilket også kom fram av funnene i denne studien. Gode kollegarelasjoner forutsetter et miljø som støtter en intraprofesjonell kommunikasjon. Et godt arbeidsmiljø åpner opp for muligheter til å drøfte problemer, dele informasjon på en hensiktsmessig måte, skape tilstrekkelig tillit til å stille spørsmål, samt rom for diskusjon (McDonald et al., 2010). Dette myndiggjør alle involverte parter slik at alle bidrar i beslutningsprosessen (Weller et al., 2014). Denne type kontekstdeling bedrer kommunikasjonen og forenker valgene som skal tas, samt fører til at profesjonene lettere kan ta felles avgjørelser til pasientens beste, på bakgrunn av en gjensidig plan (Solberg et al., 2014). Den åpne kommunikasjonen etterlyses av informantene, som ønsket en relasjon mellom de tverrfaglige gruppene som ga mulighet til drøfting av ulike meninger. I følge Weller et al. (2014) er dette en riktig tenkemåte. Forskerne viser til at samarbeid som oppmuntrer til åpen kommunikasjon mellom samarbeidsgruppene potensielt kan minke uønskede pasientutfall (Weller et al., 2014). Høy arbeidsbelastning er et annet hinder for kommunikasjon i arbeidsmiljøet som løftes frem av informantene i denne studien. Utsagnet får støtte i en forskningsartikkel som viser til at tverrprofesjonell kommunikasjon ofte blir nedprioritert grunnet tidsmangel (Rice et al., 2010). Dette kan være forklaringen på hvorfor informantene opplevde kommunikasjonen som belastende, til tross for at en forskningsartikkel beskriver god kommunikasjon som tidsbesparende (Solberg et al., 2014).

Weller et al. (2014) er enig i at informasjonsutveksling er nødvendig ved tverrfaglig samarbeid, men hevder på sin side at i situasjoner med høy arbeidsbelastning kan informasjon utveksles på flere måter. Felles journalsystem er et forslag på dette. Forskerne drar paralleller til bruk av kirurgisk protokoll i operasjonsstuer og mener at faste, felles prosedyrer kan være et like godt redskap ved situasjoner der muntlig kommunikasjon ikke er mulig (Weller et al., 2014). I følge Matziou et al. (2014) bør samtlige samarbeidsgrupper få opplæring i hvordan å kommunisere for å styrke kvaliteten på kommunikasjonen mellom avdelingene. Når helsepersonell lærer om prosessene som inngår i den tverrfaglige kommunikasjonen øker verdien av kunnskapen, ferdighetene og bevisene for at de involverte partene utgjør ressurser i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Matziou et al., 2014). Det bør også utvikles strategier for å sikre god og effektiv kommunikasjon og samtidig forhindre at barrierer oppstår (Weller et al., 2014).

I samsvar med denne studiens funn viser forskning at tverrfaglig kommunikasjon innen helsevesenet er en avansert, men nødvendig del av et tverrfaglig samarbeid, og informantene etterlyste forbedring på området. Forfatterne av denne studien konkluderer derfor med at det ikke nødvendigvis er mer kommunikasjon som må til, men andre og mer kvalitetssikre kommunikasjonsformer. Hvilken type kommunikasjon som fungerer best i det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelinger må utprøves av avdelingene selv. Påstanden til Solberg et al. (2014) er interessant å knytte opp mot funnene i denne studien, da de hevder at helsepersonell ofte vet hvordan de skal kommunisere bra i praksis. Til tross for kritikk fra annen forskning kan det finnes en sannhet i dette. Informantene uttrykte behov for flere fellesarenaer for å få mulighet til å fremme kommunikasjonen i det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene, og uttrykte et ønske om å skape dypere relasjoner med profesjonsgruppene på motsatt avdeling. Dette stemmer fint overens med forbedringstiltakene som i forrige avsnitt er blitt løftet frem av informantene og som støttes i forskningen. Dette vitner om et grunnleggende kunnskapsnivå. Det er derfor interessant å spekulere videre i hvorfor kommunikasjonen allikevel ikke fungerer optimalt i praksis. Grunnet gjensidig fortelling om hvordan pasientinformasjon opplevdes å bli unnlatt fra begge profesjonsgruppene, er det nærliggende å konkludere med at det råder mangel på innsikt angående behovet for informasjon hos den andre parten i samarbeidet. Som vist over handler dette sannsynligvis om manglende kunnskap om hverandres fagområder og unike roller i samarbeidet. Dette kan hevdes å være et ledelsesansvar, men slik informantene selv uttrykte det kreves det også et personlig ansvar fra den enkelte ansatte å sørge for god kommunikasjon på daglig basis. Det må etterstrebtes at

personalet er tilgjengelig for hverandre. De må også være bevisste på viktigheten av å kommunisere med hverandre, til tross for at det i noen situasjoner kan oppleves unødvendig. Når slike situasjoner oppstår er det viktig å se på sammenhengen mellom kommunikasjon og samarbeid som noe større enn egen interesse, samt holde fokuset på samarbeidets felles mål. Til tross for kommunikasjonens betydning for samarbeidet, kan det ikke konkluderes med at kommunikasjon alene er avgjørende faktor. Som vist ovenfor spiller også andre omstendigheter inn, slik som fagidentiteter og organisering. Informantenes utsagn om at kommunikasjon ikke prioriteres i situasjoner med tidsbrist, vekker forståelse hos forfatterne av denne studien som selv har gjort liknende erfaringer som sykepleiere. Å skape en god kommunikasjon som fra tidligere ikke er veletablert krever innsats fra personalet og er en tidskrevende prosess. Høy arbeidsbelastning er som forskningen beskrevet ovenfor en stor utfordring for kvaliteten på kommunikasjonen som utveksles. Skal kommunikasjonen mellom avdelingene bedres, er det derfor behov for adekvat bemanning i forhold til arbeidsbelastningen og det bør legges tydelige strategier for hvordan kommunikasjonen mellom avdelingene kan etableres. Til tross for kritikken som omhandler bruken av fagterminologi, hevder forfatterne av denne studien med støtte i Solberg et al. (2014), at dette kan være et forbedringstiltak som er verdt å prøve ut. Store deler av kritikken som rettes mot den yrkesspesifikke sjargongen belyser at meningsinnholdet risikerer å få ulikt innhold. Dette vanskeliggjør samarbeidet, til tross for den felles fagterminologien. Forfatterne i denne studien hevder at om avdelingene gis mulighet til sammen å skape en egen sjargong, unikt for det aktuelle samarbeidet, kan kommunikasjonen effektiviseres. En unik sjargong, sammen med felles fagterminologi, kan gi en gjensidig forståelse for meningsinnholdet. Dette kan resultere i forbedret pasientutfall og økt trivsel blant de ansatte.

6.0 Konklusjon

Denne studien konkluderer med at det tverrfaglige samarbeidet mellom jordmor på barsel og sykepleier på nyfødt intensiv oppleves som komplekst og fragmentert. Samarbeidet er bedre enn hva det tidligere har vært, men det er fortsatt forbedringspotensial. Nåværende organisering oppleves fragmentert og ikke tilstrekkelig tilrettelagt for at samarbeidet skal optimaliseres. De ulike fagperspektivene i kombinasjon med store avstander gjør at avdelingene oppleves å drives parallelt, hvilket skaper et inntrykk av «vi og dem». Dette fører til frustrasjon og usikkerhet i personalgruppene. Skal samarbeidet forbedres må følelsen av helhet styrkes. Strategien for hvordan å nå det tverrfaglige samarbeidets mål må tydeliggjøres og konkretiseres. Dette kan gjøres ved å tilrettelegge for fellesarenaer som åpner opp muligheten til kommunikasjon og relasjonsbinding. Bemanningen må tilpasses arbeidsbelastningen og de ulike profesjonene har behov for større innsikt i hverandres fagfelt. Personlige egenskaper har vist seg å ha betydning for det tverrfaglige samarbeidet, og funnene i denne studien viser også til at helsepersonellets opplevelser av samarbeidet kan være av betydning for utfallet for barselkvinnen. Ved å ta resultatet av denne studien til etterretning kan det konkluderes med at arbeidsmiljøet på avdelingen kan forbedres og omsorgskvalitet for barselkvinnen sikres. Til tross for dette kan studien ikke fastslå virkeligheten av det tverrfaglige samarbeidet mellom avdelingene, dette kan kun belyses gjennom flere studier og observasjoner. Studien kan allikavel være veiledende for videre forskning på feltet. Gjennom å belyse temaet fra flere vinkler kan horisonten utvides og gi en fordypet og mer helhetlig forståelse. Forfatterne av denne studien ser behov for å inkludere barselkvinnen i fremtidige forskningsstudier. Dette for å få innsikt i hennes opplevelse av omsorgen hun mottar, da god pasientpleie er det tverrfaglige samarbeidets overordnede mål. Det hadde også vært interessant å se på resultatet av å ha en jordmor stasjonert på nyfødt intensiv. En kohortstudie ville kunne sammenliknet utfallene for barselkvinner med barn på nyfødt intensiv i forhold til antall liggedøgn, infeksjoner og ammefrekvens mot den ordinære oppfølgingen fra barsel.

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aasland, D. G. (2014). Hvem er vi? I H. H. Grelland, S. B. Eide, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.), *Samarbeidets filosofi* (1. utg., s. 39-57). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- Andersson, J., Åhgren, B., Bihari A., S., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation: An international literature review. *International Journal Of Integrated Care*, 11.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2014). Organisering av samverkan- modeller, svårigheter och möjligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (s. 205-218). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergerum, C. (2012). *Quality Improvement in a Maternity Ward and Neonatal Intensive Care Unit: What are staff and patients' experiences of Experience-based Co-design? Part 1: A qualitative study* (Master Thesis Degree Project). Högskolan i Jönköping, Jönköping
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon - en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(3), 297-301.
- Eide, S. B. (2014). Om å samarbeide - også med seg selv. I H. H. Grelland, S. B. Eide, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.), *Samarbeidets filosofi* (1. utg., s. 95-117). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fejes, A. & Thornberg, R. (2009). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I A. Fejes & R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s. 13-37). Stockholm: Liber.
- Finn, R., Learmonth, M. & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1148-1154. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.025>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Lav Apgar score, prematur fødsel, overflyttet barnavdeling og lav fødselsvekt. Medisinsk fødselsregister og abortregisteret: statistikkbanker. Hentet 21.04.2016 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Ford, H. (n.d.). BrainyQuote.com. Hentet 21.10.2016 fra <https://www.brainyquote.com/quotes/quotes/h/henryford121997.html> (Hentet 21.10.2016)
- Gault, I., Shapcott, J., Luthi, A. & Reid, G. (2017). *Communication in Nursing and Healthcare: A Guide for Compassionate Practice*. London: SAGE.
- Gittell, J. H. (2012). New directions for relational coordination theory. I G. M. Spreitzer & K. S. Cameron (Red.), *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (s. 400- 411). Oxford New York: Oxford university press.
- Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S. & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, 18(2), 154-170. doi: 10.1111/j.1748-8583.2007.00063.x
- Goette, L., Huffman, D. & Meier, S. (2006). The Impact of Group Membership on Cooperation and Norm Enforcement: Evidence Using Random Assignment to Real Social Groups. *American Economic Review*, 96(2), 212-216. doi: 10.1257/000282806777211658
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Green, B. N. & Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *The Journal of chiropractic education*, 29(1), 1. doi: 10.7899/JCE-14-36
- Grelland, H. H. (2014). Om følelser. I H. H. Grelland, S. B. Eide, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.), *Samarbeidets filosofi* (1. utg., s. 159-183). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 188.
- Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J. H. & Lin, W. T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926-937. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg bareltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. IS-2057*. www.helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet 28.04.16 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Horwath, J. & Morrison, T. (2007). Collaboration, Integration and Change in Children's Services: Critical Issues and Key Ingredients. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 31(1), 55-69. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.01.007

- Jakobsen, F. (2014). Læring med, af og om hinanden. Resultater fra et tværfagligt klinisk studieafsnit. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (s. 219-234). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristiansen, A. (2014). Tillit og kommunikasjon i ulike samarbeidsprosesser. I H. H. Grelland, S. B. Eide, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.), *Samarbeidets filosofi* (1. utg., s. 136-157). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Jensen, K. O. (2005). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie : 4* (s. 184-235). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lawn, S., Lloyd, A., King, A., Sweet, L. & Gum, L. (2014). Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. *BMC Research Notes*, 7, 66-66. doi: 10.1186/1756-0500-7-66
- Leonard, M. W. & Frankel, A. S. (2011). Role of Effective Teamwork and Communication in Delivering Safe, High- Quality Care. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(6), 820-826. doi: 10.1002/msj.20295
- Macdonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E. & Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238-242. doi: 10.1016/j.nepr.2009.11.012
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessional care*, 28(6), 526-533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338
- McCallin, A. & McCallin, M. (2009). Factors influencing team working and strategies to facilitate successful collaborative [sic] teamwork. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 37(2), 61-67.
- McDonald, G., Vickers, M. H., Mohan, S., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Workplace conversations: Building and maintaining collaborative capital. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 36(1/2), 96-105 110p. doi: 10.5172/conu.2010.36.1-2.096
- Meberg, A. & Dahlø, R. (2010). Det syke nyfødte barnet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (1. utg., s. 588-615). Oslo: Akribe, cop. 2010.

- Muscara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J. C., Burke, K. & Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry*, 30(5), 555-561. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.008>
- NSD. (2016) Norsk Senter for Forskningsdata Datatjeneste. *Må prosjektet meldes?*. Hentet 21.04.2016 fra <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>
- Nyström, M. (2008). Hermeneutik. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 125-143). Lund: Studentlitteratur.
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C. & Kruske, S. (2015). Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), 160-172. doi: 10.1111/jocn.12635
- REK. (2015). Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk. *Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK*. Publisert 26.06.2015. Hentet 21.04.2016 fra https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n
- Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A. & Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: A comparative qualitative study. *Journal of interprofessional care*, 24(4), 350-361. doi: 10.3109/13561820903550713
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solberg, M. T., Hansen, T. W. R. & Bjørk, I. T. (2014). Oxygen and ventilator treatment: perspectives on interprofessional collaboration in a neonatal intensive care unit. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4.1.
- Solberg, M. T., Hansen, T. W. R. & Bjørk, I. T. (2015). The need for predictability in coordination of ventilator treatment of newborn infants – A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*. doi: 10.1016/j.iccn.2014.12.003
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41-51. doi: 10.1080/13561820802338579
- Sævareid, H. I. (2014). Sambeidet som skranter. I H. H. Grelland, S. B. Eide, A. Kristiansen, H. I. Sævareid & D. G. Aasland (Red.), *Samarbeidets filosofi* (1. utg., s. 59-75). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- The Joint Commission. (2004). *Sentinel Event Alert: Preventing infant death and injury during delivery*. Hentet fra http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_30.PDF (Hentet 27.09.16)
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- van Dongen, J. J. J., Lenzen, S. A., van Bokhoven, M. A., DaniA'ls, R., van der Weijden, T. & Beurskens, A. (2016). Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors.(Report). *17*(58). doi: 10.1186/s12875-016-0456-5
- Watson, B. M., Heatley, M. L., Gallois, C. & Kruske, S. (2016). The importance of effective communication in interprofessional practice: perspectives of maternity clinicians. *Health Communication, 31*(4), 400-407. doi: 10.1080/10410236.2014.960992
- Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal, 90*(1061), 149-154. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168
- WHO. (2003). WHO definition of Health I. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (26.09.16)
- WHO. (2008). *Primary health care : now more than ever* (The World health report., Bind 2008). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization Department of Human Resources for Health.
- Wigert, H., Johansson, R., Berg, M. & Hellström, A. L. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*(1), 35-41 37p.
- Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2
- Åhgren, B. (2014). Vägen till samverkan i hälso- och sjukvård: olika skandinaviska strategier. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (s. 191-204). Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG 1: Godkjenning NSD

Anne Kaasen

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO



Vår dato: 11.05.2016

Vår ref: 48499 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48499</i>	<i>Omsorg over grensene - helsepersonells opplevelse av samarbeid mellom nyfødt intensiv og barselavdeling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Kaasen</i>
<i>Student</i>	<i>Anna Hall og Sølvi Christina Tellefsen</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

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

VEDLEGG 2: Prosjektforespørsel til avdelingslederne

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Omsorg over grensene - helsepersonells opplevelse av samarbeid mellom nyfødt intensivavdeling og barselavdeling"

Høgskolen i Oslo og Akershus gjennomfører et prosjekt om tverrfaglig samarbeid mellom nyfødt intensivavdeling og barselavdeling. Hensikten er å kartlegge jordmødres og sykepleieres erfaringer av det tverrfaglige samarbeidet i oppfølging av inneliggende barselkvinner med barn på nyfødt intensiv. Prosjektet er en mastergradsstudie ved Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.

Vi ønsker Din tillatelse til å invitere personalet i Din organisasjon til å delta i forskningsprosjektet. Vi vil invitere 6-8 personer fra personalet til å delta i et gruppeintervju som er spesielt utformet for denne studien. Spørsmålene handler om personellens opplevelser og erfaringer om tema. Intervjuet beregnes å ta cirka 60-90 minutter.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Presentasjon av resultatene kommer til å forbli anonyme. Kun prosjektleder og masterstudentene i studien vil ha tilgang til svarene. Alle som arbeider med forskningsprosjekt har taushetsplikt og vil aldri offentliggjøre eller videreformidle opplysninger om hva enkeltpersoner har svart. Ingen deltakere skal kunne gjenkjennes i publikasjonen. Data makuleres ved prosjektslutt. Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2016.

Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan trekke sitt samtykke uten å oppgi grunn, fram til intervjuet er avsluttet. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudentene Anna Hall og Christina Tellefsen på [REDACTED] eller [REDACTED]. Prosjektleder Zada Pajalic nås på telefonnummer [REDACTED] eller [REDACTED]. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og gir min tillatelse til at personalet i min organisasjon kan delta i forskningsprosjektet

(Dato, navn)

VEDLEGG 3: Avdelingsinformasjon om masterprosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«Omsorg over grensene - helsepersonells opplevelse av samarbeid mellom nyfødt intensivavdeling og barselavdeling»

Vi er nå inne på vårt siste år på jordmorstudiet og gjennomfører vår masteroppgave ved Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hensikten er å kartlegge jordmødres og sykepleieres erfaringer av det tverrfaglige samarbeidet i oppfølging av inneliggende barselkvinner med barn på nyfødt intensiv. Studien fokuserer på opplevelsen av samarbeidet og ikke på kliniske resultater.

Vi inviterer deg til å delta i dette forskningsprosjektet.

Deltakelse i studien innebærer å være med i et gruppeintervju med 5-8 deltakere. Intervjuet beregnes å ta 60-90 minutter. Tid og plass for intervjuene avtales etter overenskommelse mellom deltakerne og undertegnede. Det vil bli gjort lydopptak og notater under intervjuene. Det er ønskelig at du har jobbet på avdelingen minst ett år og har en arbeidsmengde som tilsvarer minimum en 50 % -stilling. Intervjuet er lagt opp som en uformell samtale mellom kollegaer der dine tanker om temaet står i fokus.

Alle personopplysninger vil bli behandlet anonymt og konfidensielt. Kun prosjektlederen og masterstudentene i studien vil ha tilgang til personopplysninger og innsamlet intervjumaterial. Alle som arbeider med forskningsprosjektet har taushetsplikt og vil aldri offentliggjøre eller videreformidle opplysninger om hva enkeltpersoner har svart. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjonen. Data makuleres ved prosjektslutt som etter planen er i desember 2016.

Det er frivillig å delta i studien. Frem til intervjuet er avsluttet kan du når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og personvernombudet ved Vestre Viken.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med studentene Anna Hall og Christina Tellefsen på telefon [redacted] og [redacted] eller på mail [redacted] og [redacted]. Prosjektleder Zada Pajalic nås på telefonnummer [redacted] eller [redacted].

Vi håper å høre fra deg!

Anna Maria Hall og Sølvi Christina Tellefsen

Master i jordmorfag
Høgskolen i Oslo og Akershus

VEDLEGG 4: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«Omsorg over grensene - helsepersonells opplevelse av samarbeid mellom nyfødt intensivavdeling og barselavdeling»

Vi er to studenter ved høgskolen i Oslo og Akershus som gjennomfører vår mastergradsstudie ved Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Hensikten er å kartlegge jordmødres og sykepleieres erfaringer av det tverrfaglige samarbeidet i oppfølging av inneliggende barselkvinner med barn på nyfødt intensiv. Studien fokuserer på opplevelsen av samarbeidet og ikke på kliniske resultater.

Deltakelse i studien innebærer å være med i et gruppeintervju med 3-8 deltakere. Intervjuet beregnes å ta 60-90 minutter. Tid og plass for intervjuene avtales etter overenskommelse mellom deltakerne og undertegnede. Det vil bli gjort lydopptak og notater under intervjuene. Det er ønskelig at du har jobbet på avdelingen minst ett år og har en arbeidsmengde som tilsvarer minimum en 50 % -stilling. Intervjuet er lagt opp som en uformell samtale mellom kollegaer der dine tanker om temaet står i fokus.

Alle personopplysninger vil bli behandlet anonymt og konfidensielt. Kun prosjektlederen og masterstudentene i studien vil ha tilgang til personopplysninger og innsamlet intervjumaterial. Alle som arbeider med forskningsprosjektet har taushetsplikt og vil aldri offentliggjøre eller videreformidle opplysninger om hva enkeltpersoner har svart. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjonen. Data makuleres ved prosjektslutt som etter planen er i desember 2016.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn, fram til intervjuet er avsluttet. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og personvernombudet ved Vestre Viken.

Dersom du har spørsmål om studien, ta kontakt med masterstudentene Anna Hall og Christina Tellefsen på [redacted] eller [redacted] Prosjektleder Zada Pajalic nås på telefonnummer [redacted] eller [redacted]

Anna Maria Hall og Sølvi Christina Tellefsen

Master i jordmorfag

Høgskolen i Oslo og Akershus

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Dato, prosjektdeltaker)

VEDLEGG 5: Intervjuguide

Samarbeid generelt

- Kan dere beskrive vad dere tenker kjennetegner et godt samarbeid generelt/ på generell basis?
- Kan dere nevne spesifikke faktorer som dere mener påvirker et samarbeid?

Samarbeidet mellom avdelingene

- Kan dere si noe om hvordan dere opplever samarbeidet mellom nyfødt intensiv og barsel?
 - * hva er det som fungerer godt?
 - * Hva er det som fungerer mindre godt?
- Kan dere gi et eksempel på en situasjon der du opplevde samarbeidet som godt?
 - * Kan dere si litt om hva du trur er grunnen til at du opplevde det som godt?
- Kan du gi et eksempel på en situasjon når samarbeidet *ikke* fungerte godt?
 - * Kan dere fortelle om hvorfor du opplevdes det sånn?

Ansvar

- Kan dere fortelle oss hvem dere tenker har ansvar for det tverrfaglige samarbeidet mellom nyfødt intensiv og barsel?
- Kan dere si noe om deres tanker rundt arbeidsledelsens betydning for samarbeidet mellom avdelingene?
- Hva tenker dere er deres individuelle ansvar som sykepleier/jordmødre for å få til et tverrfaglig samarbeid med barsel/nyfødt intensiv?
- Kan du fortelle meg hvem du tenker har ansvaret for mor når hun bor med sitt barn på nyfødt intensiv?
- Hva tenker dere kan gjøres for å tilrettelegge for et bedre samarbeid mellom avdelingene?