

**Tverrfaglige team i  
allmennpsykiatrisk poliklinikk – nyttig  
arbeidsform?**

**Hauk Bjerke**

**November 2010**



**Masteroppgave i helseadministrasjon ved  
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi  
Institutt for helse og samfunn**

**UNIVERSITETET I OSLO**

## Sammendrag

**Bakgrunn/problemstilling:** Teamarbeid har generelt stor plass i arbeids- og organisasjonslivet, og det er en allmenn forståelse for at ulike perspektiv og kompetanser er nødvendige for mest mulig effektivt å løse sammensatte utfordringer. I helsevesenet er tverrfaglig teamarbeid utbredt og i mange sammenhenger formalisert, slik det er i de allmennpsykiatriske poliklinikkene. Det har i Norge og i enda større grad i utlandet vært stilt spørsmål ved effektiviteten i de tverrfaglige teamene og det er fra flere hold nevnt behov for å vurdere slike team nærmere. Denne oppgaven stiller spørsmålet om og hvordan de tverrfaglige teamene i en allmennpsykiatrisk poliklinikk oppfattes nyttige av teammedlemmer og av teamledere.

**Metode:** Det er valgt en kvalitativ tilnærming til oppgaven ved å benytte fokusgruppeintervjuer med fagpersoner i tverrfaglige team og separate intervjuer med teamledere ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk.

**Resultater:** De tverrfaglige teamene oppfattes som viktige for alle faggrupper. Teamene gir trygghet og støtte i et utfordrende og ofte vanskelig arbeid. Kvalitetssikring er godt etablert ved denne poliklinikken og kan oppfattes som teamenes viktigste funksjon. Kvalitetssikringen inngår imidlertid ikke i noen internkontroll og blir i liten grad evaluert. Tverrfaglighet ser ikke ut til å bidra til utvikling av et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag. Lovverket tolkes på en måte som ekskluderer enkelte faggrupper. Det er få systematiske læringsprosesser og lite kartlegging av kompetansebehov i teamene. Teamene synes å mangle et delt og samlende mål for teamarbeidet og beskrives med liten evne til å ta opp konflikter. Ledelse av tverrfaglig team innebærer mye ansvar samtidig som muligheter for faglig lederskap er begrenset.

**Konklusjon:** Undersøkelsen viser at det er store potensialer for utvikling av tverrfaglige team i psykiatriske poliklinikker slik at de i større grad kan gi synergieffekter for organisasjonene. Målene med teamarbeidet, ansvarsforhold og lederrollen bør tydeliggjøres. Skal teamene kunne fungere som virkelige tverrfaglige team, bør det utvikles et større og mer inkluderende felles praksisfelt på tvers av fag og profesjoner.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Egen bakgrunn og motiver for studien.....	5
1.3 Tidligere forskning.....	7
1.4 Teamteori.....	9
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	9
<b>2.0 Presentasjon av teoretisk referanseramme .....</b>	<b>11</b>
2.1 Teori om team.....	11
2.2 Teori om teamledelse .....	12
2.3 Teori om tverrfaglighet.....	15
2.4 Teori om læring/kompetanse .....	18
<b>3.0 Metodisk tilnærming .....</b>	<b>20</b>
3.1 Metodevalg .....	20
3.2 Kvalitative metoder.....	21
3.3 Forskningsdesign.....	22
3.3.1 Utvalg.....	22
3.3.2 Intervju.....	23
3.3.3 Fokusgruppe.....	24
3.3.4 Analysestrategi.....	25
3.4 Analyse av data.....	25
3.4.1 Trinn 1, fra helhet til tema .....	26
3.4.2 Trinn 2, fra tema til koder .....	27
3.4.3 Trinn 3, fra kode til kondensert mening.....	28
3.4.4 Trinn 4, fra kondensering til beskrivelser .....	29
<b>4.0 Presentasjon av funn .....</b>	<b>31</b>
4.1 Teamets funksjon og teamets hensikt .....	31
4.1.1 Støtte .....	31
4.1.2 Struktur .....	32

4.1.3 Kvalitetssikring .....	32
4.1.4 Kompetanse/læring .....	32
4.1.5 Refleksjon/veiledning .....	33
4.1.6 Tverrfaglighet i praksis .....	33
4.2. Synspunkter på hva som kunne ha vært bedre eller annerledes .....	34
4.2.1 Struktur .....	34
4.2.2 Refleksjon/veiledning .....	34
4.2.3 Kompetanse/læring .....	35
4.3 Teamleders rolle og funksjon.....	36
4.3.1 Holde struktur .....	36
4.3.2 Faglig leder .....	36
4.3.3 Fordele arbeidsoppgaver/kapasitet.....	37
4.4 Utdfordringer i teamet og i teamlederrollen .....	37
4.4.1 Tverrfaglighet i praksis .....	37
4.4.2 Utskiftninger .....	38
4.4.3 Ledelse .....	38
<b>5.0 Drøfting av funn .....</b>	<b>39</b>
5.1 Kvalitetssikring.....	39
5.2 Tverrfaglighet.....	41
5.3 Læring og refleksjon.....	44
5.4 Teamkultur og ansvar.....	46
5.5 Ledelse av tverrfaglige team.....	48
<b>6.0 Drøfting av metode.....</b>	<b>50</b>
6.1 Relevans.....	50
6.2 Validitet .....	50
6.3 Refleksivitet.....	52
<b>7.0 Konklusjon og veien videre.....</b>	<b>54</b>
<b>Litteratur og kilder .....</b>	<b>56</b>

© Forfatter Hauk Bjerke

År 2010

Tittel "Tverrfaglige team i allmennpsykiatrisk poliklinikk – nyttig arbeidsform?"

<http://www.duo.uio.no/>

## Forord

Denne oppgaven er utgått fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, der jeg siden høsten 2009 har vært student på det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon. Dette studieprogrammet er bredt anlagt. Det framkommer av studiets tidsramme, oppbygning og faglige sammensetning at en rekke fagområder og problemstillinger berøres parallelt og nødvendigvis med et visst oversiktspreg. Studentsammensetningen på programmet er tilsvarende bredt sammensatt. Det har bidratt ytterligere til et vidt perspektiv i de diskusjoner studiet har åpnet for. Den felles erfaring studentene har, er som aktører på ulike nivå og arenaer i helsevesenet, mens synspunkter på helsevesenets utfordringer ofte kunne være ulike. Gjennom møte med fag, lærere, medstudenter og i møte med ulike teoretiske innfallsvinkler ble vi utfordret på egne forestillinger.

Mitt siktemål i denne oppgaven er å belyse hvordan arbeidet i tverrfaglige team på psykiatriske poliklinikker kan beskrives ut i fra spørsmål som: Hva oppleves som teamenes hensikt? Hva er nyttig? Hva er mindre nyttig? Hva oppleves som utfordringer?

Jeg har gått inn i dette arbeidet med egne erfaringer om at en slik arbeidsform kan være utfordrende og ut i fra en forestilling om at det å tydeliggjøre og drøfte dette i tilstrekkelig distanse og perspektiv vil kunne bidra til nyttig informasjon.

Veileder for oppgaven har vært førsteamanuensis Jan Frich.

## 1.0 Innledning

Psykisk helsevern i Norge har i de siste årene vært gjenstand for store endringer og betydelige økonomiske satsninger. Våren 1997 la regjeringen fram en stortingsmelding, også kalt Psykiatrimeldingen, som var en omfattende gjennomgang av tilstanden i norsk psykisk helsevern. Konklusjonene i stortingsmeldingen var at tilstanden i denne delen av helsevesenet tildels var svært mangelfull. I stortingsmeldingen ble det uttrykt eksplisitt at myndighetene ikke ga befolkningen et fullverdig tilbud innen psykisk helsevern og at følgelig fikk ikke pasientene den hjelpen de trengte. Det ble også spesielt bemerket at de ansatte innen psykisk helsevern ikke opplevde at de fikk gjort en god nok jobb. Stortingsmeldingen munnet ut i et stortingsvedtak som påla regjeringen å utarbeide en handlingsplan for psykiatrien med en erkjennelse om at en slik handlingsplan ville innebære en betydelig økonomisk opptrappingsplan (Helse-Omsorgsdepartementet, 1997b).

Høsten 1997 fremmet regjeringen en stortingsproposisjon, kalt Opptrappingsplanen, som et svar på Psykiatrimeldingen. Dette var en konkretisering av de tiltakene som det ble gjort rede for i Psykiatrimeldingen og innebar en plan for økt økonomisk satsing på 24 mrd kroner mer til psykisk helse for perioden 1999 til 2006. Opptrappingsplanen fulgte dessuten opp de behovene for organisatoriske endringer som Psykiatrimeldingen la opp til. I denne ble det tydelig slått fast at myndighetene ønsket minst mulig psykiatrisk behandling i institusjoner, men mest mulig poliklinisk behandling. I Opptrappingsplanen ble dette tallfestet til en ambisjon om å øke antall polikliniske konsultasjoner med 50 %. Det ble i samme dokument vist til at arbeidsformene ved poliklinikkene ble gjennomgått med tanke på å øke antall konsultasjoner pr. årsverk (Helse-Omsorgsdepartementet, 1998).

En vesentlig strategi i Opptrappingsplanen var å bygge ut en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsykiatriske sentre, også kalt DPS (Helsedirektoratet, 2006). Satsningen på DPS ble ansett som helt sentralt i utviklingen av psykisk helsevern. Formålene for DPS var på mange måter sammenfallende med dem en finner i Opptrappingsplanen for psykisk helse. I en veileder for drift av DPS blir dette illustrert:

Det overordnede målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse er å gi mennesker med psykiske lidelser muligheter til å leve et mest mulig normalt liv, preget av deltakelse,

uavhengighet og evne til å mestre eget liv. For å bygge opp under dette skal det psykiske helsevern utvikle desentraliserte, tilgjengelige og sammenhengende tjenester av høy faglig kvalitet som er tilpasset befolkningens behov for tjenester (Helsedirektoratet, 2006, p. 3).

Hovedgrepet i utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste var altså å etablere distriktpsikiatriske sentre (DPS) som skulle ha et hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne. Pr. januar 2006 var det til sammen etablert 75 DPS i Norge der de allmennpsykiatriske poliklinikkene var et viktig element (ibid, p.46). Det er de allmennpsykiatriske poliklinikkene ved DPS som i det alt vesentlige skal kunne tilby vurderinger, diagnostikk og behandling av psykiatriske lidelser. Pasientgruppen vil derfor representere et stort spekter av lidelser og representere mange ulike behov (ibid, p.26).

De allmennpsykiatriske poliklinikkene er organisert i såkalte tverrfaglige team, noe som betyr at psykiater, psykolog, sykepleier og sosionom delvis arbeider sammen om pasientbehandlinger. Disse teamene er den minste organisatoriske enheten over individnivå i organisasjonen.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

På tross av en betydelig satsing på polikliniske tjenester har det fremkommet påstander om svikt både mht. organisering, kapasitet og kvalitet. Noen år inn i planperioden for Opptappingsplanen kom det en rekke offentlige veilednings og styringsdokumenter rettet mot drift av poliklinikkene, både fra Helsedirektoratet og fra Statens helsetilsyn. Bakgrunnen for dette var at det var påvist ujevn kvalitet og lav produktivitet<sup>1</sup> ved poliklinikkene.

---

<sup>1</sup> I 2002 sa daværende helseminister at produktiviteten på poliklinikkene minst måtte doubles fra ett nivå på 1,4 pasientbehandlinger per psykiater pr dag.

Tall fra Samdata for 2009 viser en produktivitet pr. fagårsverk på 1,8.(Dagens Medisin 16.09.2010)



Statenes helsetilsyn uttalte i forbindelse med et landsomfattende tilsyn med DPS:

Etableringen av DPS har utgjort en viktig del av Opptreppingsplanens målsetting om et mer desentralisert hjelpetilbud. [...] At det i en såpass stor andel som 22 av 28 DPS ble avdekket brudd på krav i lov og forskrift på et eller flere områder, gir etter Statens helsetilsyns vurdering grunn til bekymring for kvaliteten på det tjenestetilbudet som DPS-ene har ansvar for. (Helsetilsynet, 2009, p. 4)

Media beskriver relativt ofte svikt ved ulike DPS, særlig aktualisert ved tragiske hendelser. Et eksempel er VGs referat av rettssaken i forbindelse med at en person i psykotisk tilstand knivstakk fem tilfeldige personer i Oslo. De sakkyndige uttalte seg sterkt kritisk mot et DPS som ved flere anledninger før den aktuelle hendelsen hadde vurdert mannen uten å stille en psykose-diagnose og derfor ikke iverksatte adekvate tiltak (Brenna, 2009).

Fagfolk fra feltet har også ytret seg kritisk overfor DPS. Psykiater John E. Berg skrev i Aftenposten 08.02.10 en artikkel under overskriften "Ressursene er blitt borte". Han viste til at det i forbindelse med Opptreppingsplanen hadde skjedd en betydelig ressursoverføring fra sengeavdelinger til DPS uten at det faglige innholdet etter hans mening var godt nok. Berg rettet et særlig kritisk søkelys mot at de mest alvorlig syke innen psykisk helsevern ofte ikke ble behandlet av spesialister, men i stor grad ble behandlet av høyskoleutdannede (Berg, 2010).

Bergs kritikk retter seg mot "selve grunnmodulen" i en allmennpsykiatrisk poliklinikk: De tverrfaglige teamene der både høyskoleutdannede og spesialister jobber med mange av de samme pasientoppgavene. Berg har mangeårig bakgrunn som overlege ved psykiatriske akuttavdelinger som samarbeider tett med DPS. Han målbar i denne artikkelen en utbredt skepsis særlig fra legehånd mot den tverrfaglige tilnærmingen ved DPS.

En utredning av psykiatriske poliklinikker fra Helsetilsynet har, med en noe annen vinkling, pekt på usikkerhet vedrørende funksjonen til tverrfaglige team:

Et av hovedsiktemålene med å ha en tverrfaglig sammensetning av poliklinikken er å kunne tilby et bredt faglig tilbud. Samtidig har dette i ulike sammenhenger vært trukket

fram som en problematisk arbeidsform [...] Er det særlige forhold som hindrer optimal ressursutnyttelse – er det f.eks. slik at samarbeidsforholdene i selve grunnmodulen i det polikliniske arbeidet – det tverrfaglige psykiatriske team, oppfattes som dårlige og fungerer som en sperre for kostnadseffektivt pasientrelatert arbeid? (Helsetilsynet, 2000, p. 67).

Bergs artikkel er skrevet 10 år etter at denne rapporten viser til at det er behov for å vite mer om funksjonen til de allmennpsykiatriske tverrfaglige teamene og mye kan tilsi at en del spørsmål ennå ikke er besvart.

Professor i medisinsk organisasjonskunnskap, John Øvretveit viser til at en gjerne bruker begrepet tverrfaglig team om mange til dels svært ulike måter å organisere samhandling mellom ulike profesjoner på. Han mener at det av flere grunner er viktig å kunne beskrive de ulike formene for tverrfaglig team. En viktig hensikt er å kunne tydeliggjøre overfor medlemmene av teamene hvilke roller de er forventet å skulle ha i teamene. En annen begrunnelse som Øvretveit peker på er at det å definere et tverrfaglig team tydelig gjør det lettere å drive forbedringsarbeid i det samme teamet. Ulike tverrfaglige team har ulike utfordringer, og i arbeidet med å utvikle team er det derfor viktig å kjenne til de spesifikke utfordringene som ulike tverrfaglige team står overfor:

Given the resources invested in multidisciplinary teams, there is a need for more research into which types are most effective in different settings. Being able to describe a team is the first step to answering this and other questions (Øvretveit, 1996, p. 171).

Denne undersøkelsen vil altså søke å studere de tverrfaglige teamene i allmennpsykiatrisk poliklinikk nærmere.

## 1.2 Egen bakgrunn og motiver for studien

Valg av tema for denne oppgaven, "Tverrfaglige team i voksenpsykiatrisk poliklinikk - nyttig arbeidsform?", har sammenheng med egen yrkeserfaring som lege og psykiater fra ulike tverrfaglige team. Jeg har både vært teamleder og vanlig medlem i tverrfaglig team ved flere allmennpsykiatriske poliklinikker. Jeg har selv erfaring med at de tverrfaglige teamenes funksjon og hensikt kan oppleves uklare, noe som kan være frustrerende både som medlem og som teamleder.

Et spørsmål jeg har stilt meg selv var på hvilken måte teamene kan bidra til fagutvikling og læring. Psykiatri er et vanskelig avgrensbart og sammensatt felt, med kanskje et særlig behov for kritisk vurdering av egen praksis. Myndighetene har vært særlig opptatt av at kvalitets og læringssystemer må fungere bedre i helsevesenet. I forskriften om internkontroll for helse og sosialsektoren understrekes det at utvikling kommer nettopp gjennom kritisk refleksjon over eget arbeid med den samtidige intensjon om å utnytte den samlede kunnskap og erfaring best mulig (Helse-Omsorgsdepartementet, 2002).

En av denne oppgavens siktemål er å belyse hvordan teamene fungerer som arena for læring og fagutvikling.

Innenfor psykisk helsevern er en rekke profesjoner etablert. De ulike profesjonene er satt til å løse problemer som myndighetene har ment at det var nødvendig å gjøre noe med og der de antas å ha viktige bidrag (Lauvås & Lauvås, 1994). Profesjonssamfunnet er en betegnelse på et samfunn der et stigende antall profesjoner overtar funksjoner som tidligere ble håndtert av familie, venner og annet nettverk. De profesjonelles legitimitet knytter seg til at de oppfattes å identifisere seg med klientenes interesser. Profesjonene vil samtidig være opptatt av å sikre og å utvide sine posisjoner, der klientene står i fare for å bli et middel (ibid). Donald Schön er en av mange som har beskrevet utfordringer ved profesjonalisering. Han hevder at når et fagfelt profesjonaliseres så risikerer den profesjonelle nærmest å bli fanget i sin egen tenkning og metode. Den profesjonelle vil i mangel av nødvendig perspektiv og avstand til egen praksis lett kunne bli rigid og ineffektiv. Schön prøver å formidle en aktiv refleksjon i praksis med denne begrunnelsen: "Hvis de praktiserende reflekterer over tingene, så kan det motvirke dette å ha

lært for mye” (Schön, 2001, p. 65). Tverrfaglighet i møte med pasientene kan forstås som et forsøk på å motvirke en for ensidig tilnærming til de ofte sammensatte problemene en møter hos den psykiatriske pasient. Ulike profesjoner er da tenkt å kunne bidra til ulike perspektiver på pasientbehandlingen og at kvaliteten på behandlingen vil være bedre når den reflekterer ulike profesjoners bidrag. I tråd med dette ble det i Psykiatrimeldingen sterkt anbefalt tverrfaglig sammensatt behandlingstilbud innen psykisk helsevern i (Helse-Omsorgsdepartementet, 1997b).

Med disse betraktningene som utgangspunkt ønsket jeg i mine første skisser til et masterarbeid å belyse hvordan refleksjon ble oppfattet ved en psykiatrisk poliklinikk. Jeg utarbeidet en foreløpig problemstilling med dette som fokus: ”Hvilken funksjon har refleksjon i psykiatrisk praksis?”. Jeg testet ut denne problemstillingen i et prøveintervju med en erfaren psykolog. Mine spørsmål gav liten informasjon vedrørende en evt. sammenheng mellom refleksjon og kritisk vurdering av egen praksis i et tverrfaglig team i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Derimot ble jeg oppmerksom på andre forhold som ble belyst i intervjuet:

Det med å få et godt nivå på refleksjonen i praksisen vår handler om at det kommer signaler fra ledelsen om at ”dette verdsetter vi, dette er en viktig del av vårt arbeid.”[...] Det er litt sånn to team som styrer oss selv som to små øyer. Og så skaper vi vår egen struktur og det kan bli litt tilfeldig [...] det blir ikke en kultur som setter seg [...] om vi utvikler oss sammen i teamet, det er jeg litt mer usikker på.

I det samme intervjuet ble rutiner innført etter et tilsyn fra Statens helsetilsyn: kommentert: ”De nye prosedyrene er en slags ryggdekning for ledelsen [...] men poenget med det må jo være at det blir bedre for pasientene, det må ikke bare bli at vi får en ny prosedyre.” Dette intervjuet rettet min oppmerksomhet mer mot muligheter for refleksjon, mot strukturelle forhold, mot teamenes funksjon, mot læring og mot spørsmål om ledelse. Tilsvarende betydning for valg av fokus i denne oppgaven fikk min semesteroppgave våren 2010 i kurset Kvalitet i helsetjenesten ved UiO. For å kartlegge holdninger og synspunkter til spørsmålet om ”måling av kvalitet” på en psykiatrisk poliklinikk, sendte jeg ut en e-post til alle ansatte på en poliklinikk med bl.a.

følgende spørsmål; ”Er du kjent med PasOpp <sup>1</sup>rapporten 2008 Brukererfaringer med psykiatriske poliklinikker”? og ”Er denne rapporten diskutert på ditt arbeidssted?”

Svarene kunne tyde på ønsker og behov for klarere faglige retningslinjer og for en mer aktiv bruk av brukerundersøkelser. De fleste kjente imidlertid ikke til PassOpp undersøkelsen, (Groven, 2009), og ingen oppgav at de hadde diskutert denne på arbeidsplassen. Det kunne altså synes som om det var et utbredt ønske om å diskutere virksomhetens faglige innhold uten at dette syntes å bli praktisert. Videre ble det i blant mine respondenter i stor grad etterspurt brukerundersøkelser uten at tilgjengelige data syntes å bli benyttet.

Ut i fra dette kan et spørsmål være om en i tilstrekkelig grad utnytter muligheter i eksisterende interesse for fagutvikling lokalt. I min oppgave søker jeg å se nærmere på dette og finner det da naturlig å fokusere på den organisatoriske minste enheten, nemlig teamene.

Hensikten med å ville studere de tverrfaglige teamene er om mulig å kunne bidra til en klarere forståelse av hvilke utfordringer og muligheter som ligger i dagens måte å organisere de psykiatriske poliklinikkene på, der de tverrfaglige teamene har en sentral plass.

### **1.3 Tidligere forskning**

Jeg har søkt i både nasjonale og internasjonale databaser for å finne relevant litteratur i forhold til min studie. Jeg kvalitetssikret mitt søkerarbeid ved hjelp av høyskolebibliotekar på Lovisenberg Diakonale Høyskole. Jeg har søkt i aktuelle databaser uten å finne sammenliknbare studier. Følgelig har jeg kunnet konstatere at det er fra før liten, om i det hele tatt noen, systematisk kunnskap tilgjengelig vedrørende hensikt og funksjon av tverrfaglige team i

---

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2006 og 2008 en brukerundersøkelse av DPS blant fastleger, dvs. av henvisende instans (Groven, 2009).

psykiatriske poliklinikker fra norsk eller skandinavisk praksis. I en norsk hovedoppgave med tema tverrfaglig team på psykiatrisk sykehus står det at: ”*Det er ikke gjort mye forskning på tverrfaglig samarbeid innenfor psykisk helsevern verken i Norge eller i utlandet*” (Steenberg, 2007).

Det jeg imidlertid finner, er en del arbeider vedrørende såkalte Community Mental Health Teams (CMHT) i det britiske helsesystemet. De ble bygget opp i England noe før Opptappingsplanen ble iverksatt i Norge og har en noe annen organisering og sammensetning enn de norske allmennpsykiatriske poliklinikkeene samtidig som mye er likt. I DPS Veilederen understrekes også disse likhetspunktene:

Oppbygging av DPS er i samsvar med utviklingen i andre vestlige land. Slike desentraliserte spesialiserte tjenester omtales som community psychiatry i internasjonal litteratur, og positive virkninger av disse er dokumentert ved mye forskning. DPS er community mental health centres tilpasset norske forhold (Helsedirektoratet, 2006, p. 6).

Community Mental Health Teams er som regel lokalisert til et Community Mental Health Center relativt tilsvarende slik de allmennpsykiatriske poliklinikker er organisert innen et DPS. CMHT beskrives av det engelske Helsedepartement på deres hjemmeside, [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk), som en bærebjelke i det engelske psykiske helsevern. Dette systemet legger opp til mange av de samme målene som en har med DPS: differensiert behandling i tett samarbeid med den enkelte og med primærhelsetjenesten. De fleste engelske psykiatere arbeider i CMHT i følge den engelske psykiaterforeningen, [www.rcpsyk.uk](http://www.rcpsyk.uk). CMHT teamene er som regel ledet av høyskoleutdannede helsearbeidere. Det har vært en diskusjon om effektiviteten til CMHT og flere undersøkelser har konkludert med at disse teamene hadde ”fundamentale” mangler (S. Onyett, *et al*, 1996). Onyett viser i flere artikler til kritikken mot CMHT og gir samtidig innspill til utvikling og forbedring av CMHT. Onyett legger betydelig vekt på betydningen av en tydeligere teamfunksjon og teamledelse samt at en stadig må evaluere teamarbeidet (S. Onyett, *et al*, 1996).

Av mer generelle artikler vedr. tverrfaglig team i psykiatrien fant jeg en australsk oversiktsartikkel som er svært parallell med Steve Onyett i sine konklusjoner vedrørende faktorer som påvirker teameffektivitet i psykisk helsearbeid (Rosen, 2005).

Jeg benyttet følgende søkeord enkeltvis og i kombinasjoner: Tverrfaglig team, psykiatri, poliklinikk, psychiatry, management, team management, mulitdisciplinary team, interdisciplinary team of mental health, psychiayric outpatient clinic. Jeg søkte i følgende databaser: PsycInfo, SveMed +, Cindal, Embase, Eric og i Cochrane.

## **1.4 Teamteori**

I tråd med at problemstillingen i oppgaven er rettet mot teamenes funksjon, er det teoretiske grunnlaget vektet tilsvarende. Boken ”Psykologi i organisasjon og ledelse” av Astrid og Geir Kaufmann har i mange år vært en norsk basisbok i organisasjonspsykologi. De skriver at teammodeller i arbeidslivet brer raskt om seg fordi de mener at det har festet seg en oppfatning om at denne formen gir bedre resultater enn en mer individuell orientert arbeidsorganisering. De mener også at det er en økende interesse for å få grupper til å fungere bedre som team, både av hensyn til trivsel og produktivitet (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Under overskriften ”Hva er forskjellen på arbeidsgrupper og team?” skriver forfatterne:

I teamet opererer vi med kollektive arbeidsprodukter. Med det mener vi at det kollektive arbeidsproduktet i et velfungerende team ideelt skal være større enn summen av de individuelle arbeidsproduktene slik som i en ordinær arbeidsgruppe. Ved bruk av team ønsker vi med andre ord å oppnå en synergieffekt (ibid p.242).

Hvordan tverrfaglige team i en psykiatrisk poliklinikk oppfatter seg selv og kan beskrives i forhold til en slik evt. ”synergieffekt” er altså en av denne oppgavens siktemål.

## **1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Med utgangspunkt i det som er presentert ovenfor har jeg valgt følgende problemstilling;

*Hvordan beskriver medlemmer og ledere av tverrfaglig team i en allmennpsykiatrisk poliklinikk teamets funksjon og nytte?*

Følgende forskningsspørsmål er valgt for å konkretisere og avgrense problemstillingen;

- Hvordan beskriver teamet og teamets leder teamets ”produkt”?
- Hvordan oppfattes teamarbeid nyttig og mindre nyttig?

- Hvordan oppfattes “tverrfaglighet”
- Hvordan beskrives læring og evt. organisasjonslæring i tverrfaglig team?
- Hvordan beskrives teamleders rolle og oppgaver?



## 2.0 Presentasjon av teoretisk referanseramme

Denne oppgaven har som ambisjon å beskrive en i norsk sammenheng relativt upløyd mark forskningsmessig. Det er lite tilsvarende forskning som mine funn kan måles opp mot, noe som ikke gjør betydningen av valg av teoretisk referanseramme mindre. ”I forskningsprosessen har teorier først og fremst betydning som plattform og referanseramme”. ”Virkeligheten kan leses med mange forskjellige briller” (Malterud, 2003, p. 170) og valg av ”briller” blir dermed avgjørende.

De tverrfaglige teamene i psykiatriske poliklinikker er mest eksplisitt omtalt og beskrevet i offentlige styringsdokumenter, som sammen med aktuelt lovverk utgjør et viktig teorigrunnlag for diskusjon av funn. Problemstillingen og forskningsspørsmålene legger særlig vekt på funksjon av team, tverrfaglighet og læring, temaer som i tillegg vil bli søkt belyst av sentrale teoretikere.

### 2.1 Teori om team

Teamteori er i denne oppgaven en sentral referanse i det å forstå og beskrive funn. Astri og Geir Kaufmann gir en definisjon av team på denne måten:

Et team kan også defineres som en arbeidsgruppe som arbeider over en viss tid med et visst formål, hvor gruppemedlemmene har differensierte roller og oppgaver og et solidarisk ansvar for å innfri gruppens mål, og hvor medlemmene opplever trivsel og læring som gruppens grunnleggende bestanddel (Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 241).

Imidlertid, teamorganisering er en ressurskrevende arbeidsform og det kan også være slik at en teamorganisering ikke alltid er mest egnet. Henning Berg viser til at: ”En rekke studier viser at det ikke er noen automatikk i at arbeidet blir mer effektivt utført i et team, og at mange arbeidstakere rapporterer at de kaster bort tiden i teammøter” (H. Bang, 2008, p. 2).

Det betyr at i noen sammenhenger kan team som arbeidsform være direkte kontra produktivt om forutsetningen for et effektivt teamarbeid ikke er tilstede.

Kaufmann og Kaufmann viser til en teamteori utviklet av Jon Katzenbach og Douglas Smith som beskriver ”teameffektivitet” i arbeidsgrupper og i ulike typer team. I en kategori plasserer de noe de kaller ”pseudo-team”, som er den svakeste av alle gruppetypene med hensyn til ytelse og

effektivitet: ”Problemet er at samhandlingen foregår på bekostning av enkeltindividenes ytelser, uten at gruppen alternativt leverer noe kollektiv”(Kaufmann & Kaufmann, 2009, p. 244). Dette er en type gruppe som ikke har arbeidsgruppens tydelige struktur og arbeidsdeling og som samtidig heller ikke nyttiggjør seg dynamikken og kreativiteten til effektive team.

Konsekvensen av slike ”pseudo-team” er ikke bare at en ikke oppnår synergieffekter av samarbeidet. Summen av gruppens produkt er her lavere enn ved en alternativ individuell arbeidsorganisering. Katzenbach og Smith beskriver disse gruppene, altså de såkalte ”pseudo-team”, på følgende måte:

This is a group for which there could be a significant, incremental performance need or opportunity, but it has not focused on collective performance and are not really trying to achieve it (Katzenbach & Smith, 2005, p. 91).

Forfatterne legger stor vekt på at et krevende og meningsfullt krav til å levere et ”produkt” er det som først og fremst danner effektive team.

## **2.2 Teori om teamledelse**

Spesialisthelseloven understreker at alle helseinstitusjoner som driver spesialisthelsetjeneste skal være organisert med en ansvarlig leder på alle nivåer (Helse-Omsorgsdepartementet, 1999b).

Denne loven bygger bl.a. på en offentlig utredning fra 1997 som hadde et særlig fokus på ledelse av sykehus (Helse-Omsorgsdepartementet, 1997a). Utvalget bak utredningen gav uttrykk for en klar mening om at ledelse burde vektlegges i betydelig større utstrekning og at: ”Det er sykehusets ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen” (Helse-Omsorgsdepartementet, 1997a, p. 125, 1999b).

Fenomenet ledelse blir tillagt betydelig vekt i flere offentlige dokumenter med særlig relevans til psykisk helsevern. En rapport fra Statens helsetilsyn slår fast at: ”De mest produktive voksenpsykiatriske poliklinikkene er de med tydelig ledelse og ledelsesstruktur“ (Helsetilsynet, 2000, p. 124). Dette er et sitat en finner igjen i mange ulike publikasjoner både fra Statens helsetilsyn og fra Helsedirektoratet uten at jeg har sett annen korrelasjon mellom ledelse og produktivitet enn mellom antall møter og antall konsultasjoner. Denne rapporten så ikke på noen evt. sammenheng mellom produktivitet og teamleder-funksjonen, men fokuserte på overordnede og generelle forhold knyttet til ledelse og ledelseskultur. I sin egen oppsummering viser

rapporten til store kunnskapsutfordringer både vedrørende ledelsesformer og organisasjonskultur i de psykiatriske poliklinikkene; “Samtidig vet vi for lite om hvilke konsekvenser de ledelsesformer som finnes, har for driften av poliklinikkene, og særlig hvilke ledelsesformer som er egnet for slike organisasjoner” (ibid p. 132). Den samme rapporten viser spesielt til at det er uklarerhet rundt rollen til teamleder. Mange teamledere rapporterer at ansvaret ikke står i forhold til myndigheten som er tillagt rollen. Uklarheter rundt teamlederrollen var mest uttalt på store poliklinikker (ibid). Statens helsetilsyn utarbeidet en ”Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker”, bla. basert på den vurderingsrapporten som er nevnt over, der hovedfunnet altså var sammenheng mellom tydelig ledelse og høy produktivitet. Her blir teamlederrollen anbefalt å være tydelig definert:

I en poliklinikk med flere team bør teamlederrollen defineres tydelig. Dette er en lederrolle i linje under poliklinikklederen. Teamlederen har ofte det daglige faglige, personalmessige og administrative ansvar for sitt team (Helsetilsynet, 2001, p. 35).

Teamlederrollen berøres i den samme publikasjonen der teammøtenes funksjon blir omtalt. Teammøtene beskrives som det viktigste forum for tverrfaglighet og anbefales å ha en klar dagsorden med mulighet for ad hoc drøftninger (ibid). Kvalitetssikring av behandlingen nevnes særlig der teamleder tillegges et kanskje litt diffust angitt ansvar: “Det (teammøtene) er også et forum for kvalitetssikring av behandlingen, fordi den faglige lederen får kunnskap om hvordan behandlingene forløper” (ibid p.20). Den faglige lederrollen blir konkretisert til også å gjelde et ansvar for fagutvikling: ”Faglig ledelse innebærer å lede arbeidet med å utforme poliklinikkens faglige profil. Hva slags behandling skal poliklinikken tilby, og hvilken praksisprofil er ønskelig?” (ibid p. 35). Håndboken understreker at det er utfordrende å være leder i et profesjonsbasert tverrfaglig team:

Tverrfaglighet krever samarbeidskompetanse. Det forutsetter videre en leder som kan sørge for at teamet arbeider mot felles mål og for at den profesjons- spesifikke, funksjonsspesifikke og individuelle kompetansen i teamet blir respektert, utnyttet og videreutviklet (ibid p. 28).

Samtidig kan en ane at en del av dette ansvaret også er lagt ut i teamet: “Det er lederens **og teamets** [min uthevning] oppgave å vurdere hvem som har den nødvendige eller mest aktuelle kompetanse i de ulike situasjoner, og fordele oppgaver” (ibid p.29). Hvilken myndighet som

tillegges teamlederrollen kan ut i fra dette kanskje sies å være noe uklar. Dette kan ha sammenheng med de spesielle forholdene i helsevesenet der ulike profesjoner er satt sammen for å løse felles oppgaver. Alle profesjoner hevder å inneha særlige kompetanseområder. Det ligger i kjennetegnet til en profesjon å ville ønske å markere størst mulig faglig selvstendighet, autonomi, der overprøving utenfra i faglige spørsmål er uønsket (Lauvås & Lauvås, 1994). Med dette som bakteppe kan tverrfaglig team oppleves som truende for de ulike profesjonene, noe som kan ligge bak en konsensusorientert teamlederrolle som beskrives i det siste sitatet.

Katzenbach og Smith beskriver teamledere i de mest effektive teamene, det de kaller “virkelige team”, som de som fokuserer på å klargjøre målene for teamene uten samtidig å behøve å ha alle svarene selv. Ansvaret tillagt teamleder er her altså å meisle ut målene, mens teamet har et felles ansvar for å nå dem (Katzenbach & Smith, 2005). Forfatterne er tydelige på betydning av at teamlederne er “en som er med å gjøre jobben”:

Team leaders act to clarify purpose and goals, build commitment and self-confidence, strengthen the teams collective skills and approach [...] Most important, like all members of the teams, team leaders do real work themselves (ibid p. 131).

Katzenbach og Smith mener at teamledere ikke trenger å ha spesielle lederkvalifikasjoner, mens det i “Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker” hevdes at teamledelse ikke bør gå på omgang uten vurdering av den enkeltes kvalifikasjoner som leder (Helsetilsynet, 2001).

Katzenbach og Smith mener at derimot at det er uheldig å tillegge teamlederansvaret for stor vekt: “In fact, most people overestimate the leaders role and responsibilities, creating unrealistic expectations and conditions for team leadership” (Katzenbach & Smith, 2005, p. 133).

Forfatterne mener at det å være teamleder er noe nesten hvem som helst kan være, i motsetning til å være leder på et høyere nivå. Det avgjørende for å fylle rollen som teamleder er en dedikert holdning til teamets hensikt og til teamets medlemmer (ibid). De mener at den mest effektive teamledelse ikke handler om å være god på formelle lederferdigheter, men å kunne identifisere seg med teamet og teamets hensikt:

Most people, whether from the assembly line or the board room, must develop as team leaders on the job. The habitual response when tapped as leaders of small groups[...] is to try to be a good manager by making all the decisions and delegating [...] This can be effective in working groups, but team leadership demands a different set of attitudes and

behaviors (ibid p. 145-146).

Stillingsbeskrivelser for teamleder ble innhentet for den poliklinikken som utvalget utgår fra og utgjør en del av referanserammen for drøfting av funn (Vedlegg 2).

### **2.3 Teori om tverrfaglighet**

Betydningen av en tverrfaglig tilnærming til psykisk lidelse og behandling ble slått fast både i Psykiatrimeldingen og i Opptappingsplanen. Her ble det gjort rede for en forståelse av at psykisk helse er sammensatt, noe som krever sammensatt behandling (Helse-Omsorgsdepartementet, 1997b, 1998). Tverrfaglighet er som følge av dette perspektivet naturlig nok en gjennomgående referanse i de offentlige dokumenter som beskriver DPS og de psykiatriske poliklinikkene:

Alle poliklinikkene har teambaserte behandlingsmøter i en eller annen form.

Behandlingsmøtet er det viktigste forum for å ivareta et tverrfaglig perspektiv på behandlingen. Hensikten med tverrfagligheten er å gi pasienten et best mulig behandlingstilbud (Helsetilsynet, 2001, p. 28).

Forfatterne så samtidig grunn til å understreke at bruk av tverrfaglighet var et middel til bruk etter en vurdering av nytte, ikke et mål i seg selv. Tverrfaglighet skal brukes der det antas å være viktig for å nå et behandlingsmål (ibid). Dette gjenspeiler synspunkter fra Helsetilsynets evaluering av poliklinikkene fra 2000. I denne ble det reist spørsmål om hvor reelt det tverrfaglige samarbeidet på poliklinikkene var i og med at behandlerne stort sett forholdt seg til sine pasienter alene. Utredningen etterlyser kunnskap om hvilke pasientbehandlinger som kan ha nytte av et tverrfaglig samarbeid og hvordan tverrfagligheten påvirker kvaliteten i behandlingen og teamenes produktivitet. Det nevnes spesifikt at avklaring av disse spørsmålene antas å ville være et viktig fagutviklingsområde for sektoren framover (Helsetilsynet, 2000).

Mye kan tyde på at denne utfordringen er overlatt de enkelte team å finne ut av i den grad problemstillingen i det hele tatt er artikulert. I praksis vil de tverrfaglige drøftingene eller samarbeid rundt enkeltpasienter i stor grad kunne styres av den enkelte behandler, i mindre grad av type pasient (Ibid). Denne evalueringen rettet også søkelyset på om det tverrfaglige samarbeidet i teamene hadde ulik betydning for ulike profesjoner:

[... en del (behandlere) så (ikke) noe poeng i å legge fram "sine" pasienter til drøfting – man opplevde seg kompetent til å håndtere problematikken alene. Dette siste ble særlig

framhevet av erfarne psykiatere og kliniske psykologer, mens høgskoleutdannede (sosionomer og psykiatriske sykepleiere) samt leger og psykologer i utdanningsstillinger i større grad la fram sine saker til drøfting. På denne måten fungerer behandlingsmøtene som veiledningsfora (ibid p. 70).

Kirsti og Per Lauvås har arbeidet mye med tverrfaglighet, bl.a. i helsesektoren. De mener tverrfaglig samarbeid har to primære formål. For det første skal tverrfaglighet sikre kvalitet ved at den samlede faglige kompetansen utnyttes best mulig. For det andre skal tverrfaglighet bidra til å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag, noe som også skal kunne bidra til utvikling i de ulike fagene (Lauvås & Lauvås, 1994). Dette er en definisjon av tverrfaglighet som kan synes å ligge nær intensjonene styringsdokumentene, men kanskje ikke nødvendigvis så nær erfaringene som gjøres i praksisfeltet. Lauvås og Lauvås peker på da også på at tverrfaglig samarbeid på den ene siden anbefales sterkt samtidig som det sjeldent fungerer etter hensikten i praksis (ibid).

Jon Håvard Loge tar opp noe av dette dilemmaet i artikkelen ”Tverrfaglighet - for pasienter eller behandlere?” Her skriver Loge at:

Tverrfaglighet bygger på 2 aksiomer. Det ene er antagelsen om pasientenes mange og sammensatte behov. Det andre er at disse ikke kan avhjelpest uten at flere aktører samhandler rundt pasienten. Samhandlingen mellom hjelperne blir derfor sentral og skiller tverrfaglighet fra flerfaglighet (Loge, 2000, p. 32).

Skillet mellom tverrfaglighet og flerfaglighet går igjen i litteraturen (Lauvås & Lauvås, 1994, p. 43). Mens flerfaglighet forstås som der hvor ulike fag bidrar til å løse oppgaver, er en tverrfaglig modell karakterisert av aktiv samhandling mellom fagene (ibid). Loge peker på en sammenheng mellom tverrfaglighet og teamorganisering. En tverrfaglig arbeidsgruppe blir av Loge karakterisert som preget av samarbeid på like fot mellom ulike profesjoner med et evt. rullerende lederskap med oppgave primært å samordne hjelpernes behandlinger overfor pasienten. Det antas arbeidet i den tverrfaglige gruppen vil kunne gi et samlet bedre resultat enn summen av enkelt delene (Loge 2000). En slik gruppe vil i de teamteorier vi har vist til bli karakterisert som et team, ikke som en arbeidsgruppe. En flerfaglig gruppe vil derimot mer naturlig være organisert som en arbeidsgruppe der de enkelte profesjoner opererer relativt autonomt:

”Although there are numerous problems with such a modell, team dysfunction is not one of them, since there is no team” (Bailey i Lauvås og Lauvås s.45). Loge tar i sin artikkel opp det han

mener er manglende villighet til kritisk evaluering av den tverrfaglige organiseringen og mener selv å kunne fastslå at organisasjonsformen er svært omkostningsfull og problematisk. Loge nevner flere forhold, bl.a. at tverrfaglig team ikke bare fremmer samhandling, men også konflikter og vanskelige forhold for lederskap (Loge, 2000).

Det stilles også spørsmål fra aktører utenfor spesialisthelsetjenesten vedrørende den praktiske gjennomføringen, hensikten og omfanget av tverrfaglig samarbeid i poliklinikken. I rapporten fra Kunnskapssenterets vurdering av poliklinikkene er det vedlagt skriftlige utsagn fra primærlegene som er de viktigste henvisere til poliklinikkene. Et tema som hyppig problematiseres i disse kommentarene til poliklinikkene er den tverrfaglige sammensetning av faggruppene. Fastleger uttrykker bl.a. i stor grad at de opplever det utilstrekkelig at deres pasienter ikke blir vurdert av spesialister og synes gjennomgående ikke å oppfatte tverrfaglighet slik det praktiseres som spesielt nyttig (Groven, 2009).

Mye kan tyde på at det innen psykisk helsevern har vært et spesielt fokus på at en tverrfaglig arbeidsform bidrar til formålet om å sikre kvalitet (Lauvås & Lauvås, 1994). Tverrfaglighet er i mindre grad knyttet til det å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag (ibid). Teammøtet og teamleders funksjon er beskrevet i en stillingsbetegnelse for teamleder som er utviklet ved den aktuelle poliklinikk. Teamleder skal bl.a. ”Kvalitetssikre utredning og behandling hos medarbeider i teamet (herunder diagnose, behandlingsplan og epikriser)” (Vedlegg 2). Fokuset på kvalitetssikring samsvarer med sentrale føringer til poliklinikkene. Hvordan denne kvalitetssikringen skal organiseres er imidlertid relativt åpen:

Det er viktig å sikre kvaliteten på utredningens konklusjon. Dette kan gjøres ved at den faglige lederen på poliklinikken leser og undertegner utredningen, eller ved at den kan drøftes i et behandlingsmøte eller i veiledning (Helsetilsynet, 2001, p. 19).

Tilstrekkelig kvalitet i behandlingen omtales i lovverket som ”faglig forsvarlig” (Helse-Omsorgsdepartementet, 1999a).

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 viser til at ”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige” (Helse-Omsorgsdepartementet, 1999b). Helsepersonelloven § 16 understreker og spesifiserer dette videre: ”Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter” (Helse-Omsorgsdepartementet, 1999a). Den enkelte helsearbeider skal ikke kun passivt la seg

kontrollere, men er pålagt å : ”innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig” (ibid, § 4).

## **2.4 Teori om læring/kompetanse**

Da Stortinget vedtok en betydelig satsning på psykisk helsevern gjennom Opptrappingsplanen, var det med en samtidig forståelse om at kunnskapsgrunnlaget generelt var mangelfullt.

Psykiatrimeldingen forutsatte derfor en utvikling av nye og mer evidensbaserte behandlingsprogrammer. Helsetilsynets evaluering av de psykiatriske poliklinikker viser i sin oppsummering til kunnskapsutfordringer innen flere felt. Rapporten tar opp problemer knyttet til den profesjonsbaserte behandlerautonomien. Det reises et spørsmål om denne autonomien er en hindring for spredning og utvikling av evidensbasert praksis og at det er:”[...]behov for å studere hvordan den forskningsbaserte kunnskapen spres i det kliniske miljøet. Hvilke faktorer fremmer og hemmer kunnskapsspredning? (Helsetilsynet, 2000, p. 128). Helsedirektoratet ta også opp at det psykiske helsevern kanskje har spesielt store utfordringer knyttet til kompetanseutvikling:

For å utvikle organisasjoner som kan tilpasse seg de økende krav til endring og fleksibilitet har teoretikere lagt stadig større vekt på perspektivet organisatorisk læring som utgangspunkt for fornyelse og stimulering til gode endringsprosesser i organisasjoner. Det er i flere sammenhenger blitt pekt på at det psykiske helsevern i dag ikke fremstår som lærende organisasjoner. En lærende organisasjon kjennetegnes ved at en tidlig oppdager svikt og problemer, identifiserer endringsbehov og korrigerer disse. Samtidig som et kontinuerlig forbedringsarbeid pågår med søking etter nye og bedre arbeidsformer, metoder og rutiner, finnes kontinuerlige læringsprosesser på individ- og organisasjonsnivå (Helsedirektoratet, 2006, p. 55).

På tross av all forskning og litteratur som finnes om læring, finnes ingen generelt akseptert definisjon på læring. De ulike definisjonene viser som regel til at læring handler om endring i atferd, potensiell eller utført (Lai, 2004).

Ansattes medvirkning og aktiv bruk av brukererfaringer er sentrale elementer ved utforming av kvalitetssystemer og lærende organisasjoner. En teoretiker på feltet, Chris Argyris, peker på at en reell dialog mellom ledelse og medarbeidere er helt avgjørende for læring. Argyris hevder at læring i organisasjoner har sitt utgangspunkt i erfaringer den individuelle medarbeider gjør



(Argyris, 1999). Skal disse erfaringer bli til læring for hele organisasjonen må forankring og initiativ fra ledelsen være tydelig:

This is one reason that I believe interventions should begin at the highest levels of power in the organization. If the top people don't implement the new actions and learning systems, it is doubtful that those below can do so (ibid p.85).

Helsetjenesten er pålagt å etablere system for internkontroll som tildels bygger på denne tenkningen. Internkontrollen blir beskrevet i en egen veileder der involvering av medarbeidere er et av mange elementer (Helsedirektoratet, 2004). Internkontrollen blir imidlertid definert og sannsynligvis også oppfattet å ha mer kontroll enn utvikling som fokus:

Internkontroll består av de aktiviteter som skal sikre at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen. Lovens viktigste krav er kravet om forsvarlighet (ibid p.7).

Internkontrollen kan oppfattes som en administrativ faglighet, noe som kan komme i konflikt med profesjonelle yrkesutøveres behov for selvstendighet og fristilling fra kontroll utenfra (Lauvås & Lauvås, 1994). Internkontrollen kan på den annen side kanskje være en metode som kan tydeliggjøre en organisasjons formål og utfordringer, noe som også kan gjøre at spørsmålet om på hvilken måte de ulike profesjoner mest effektivt kan samhandle blir enda viktigere.

### **3.0 Metodisk tilnærming**

I dette kapitlet gjøres det rede for forskningsprosessen. Kapitlet innledes med en begrunnelse for valg av den metoden som er benyttet i datainnsamlingen. Det gis en kort beskrivelse de valgte metodene, dessuten vil analyse av data bli beskrevet. Videre redegjøres det for forforståelse og forskerrolle.

#### **3.1 Metodevalg**

Denne oppgavens hensikt er å gi en beskrivelse av hvordan medlemmer og ledere av tverrfaglig team i en allmennpsykiatrisk poliklinikk oppfatter teamets funksjon og nytte. Relevansen av denne problemstillingen er prøvd begrunnet i kapittel 1 og 2 som viser til at feltet er lite systematisk belyst og at bedre kunnskap om dette kan ha praktisk betydning. En kan tenke seg flere framgangsmåter for å kunne beskrive fenomenet ”tverrfaglig team i psykiatrisk poliklinikk”. Et alternativ er å kartlegge problemstillingen ved hjelp av kvantitative data for å teste ut teorier eller avdekke forhold mellom variabler om tverrfaglig team og opplevd nytte i psykiatrisk poliklinikk. For at kvantitativ metode skal kunne brukes på denne måten må fenomener som skal studeres og variabler som skal vurderes være tydelig definert. Slik jeg har vurdert feltet anser jeg at disse forutsetningene tildels mangler. Kvalitative metoder i forskning egner seg der kunnskapsgrunlaget er mangelfullt og der problemstillingen er sammensatt (Malterud, 2003). Kvalitative forskningsmetoder er virkemidler for utvikling av kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener, dvs. hvordan noe ser ut, hva det består av og hvilken sammenheng det står i. Er et felt lite beskrevet, vil utfyllende beskrivelser kunne gi ny kunnskap og evt. kunne danne grunnlag for nye begreper og teoretiske modeller (Ibid). Hensikten med denne undersøkelsen er i første omgang å utfylle beskrivelsene av tverrfaglig team i psykiatrisk poliklinikk og søke å knytte disse opp mot kjente begreper (teori). ”Kvalitative tilnærminger passer[...]godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet” (Malterud, 2003). Da jeg dessuten oppfattet feltet som lite opplyst var valget av en kvalitativ metode for datainnsamling naturlig. En hovedregel for vitenskapelig virksomhet er å velge en metode som er adekvat i forhold til problemstillingen (Malterud, 2002).

### 3.2 Kvalitative metoder

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av egenskaper ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2003).

Ordet kvalitativ kommer fra det latinske “qualia” som betyr “hvordan”. Kvalitative metoder innebærer en fortolkende tilnærming og egner seg til å utforske spørsmål som: ”Hva betyr ...?”, ”Hvordan forstår ...?”, ”Hvordan erfarer ...?”, og ”Hvordan foregår ...?” (Frich, 2007).

Materialet består av tekst fra samtaler eller observasjoner, til forskjell fra de kvantitative metodene, som bygger på numeriske data (Malterud, 2002). Materialet kan være tekst fra intervjuer og analysen innebærer en fortolknings og sammenfatningsprosess fram til resultatene. Kvalitative forskningsmetoder er basert på forutsetninger om systematikk, refleksivitet og overførbarhet og skal gi muligheter for innsyn og kritikk (Malterud, 2003). Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik de oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng. I den kvalitative forskningstradisjonen ansees forskeren som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som handler mer om å åpne for nye og gjerne motsetningsfylte perspektiv enn å finne en objektiv sannhet (ibid). De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver. Derfor får forskerens ståsted og erfaring stor betydning for hva slags kunnskap som avdekkes: “Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk)” (ibid p 31). I den fenomenologiske tilnærming er målet å få dypere innsikt i fenomeners egenart ved at subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap gitt visse betingelser. Fenomenet tilstrebes beskrevet så forutsetningsløst som mulig. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på å tolke og fortolke resultatene av forskningen. En forutsetning i hermeneutikken er at observerte fakta ikke gir absolutte og objektive uttrykk for et fenomen. Det er behov for en fortolkningsprosess for å oppnå helhetsforståelse. Det sentrale i hermeneutikken er å fortolke data ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart oppfattes. For å få tak i denne dypere liggende meningen må budskapet forstås i lys av helheten og sammenhengen (ibid).

### **3.3 Forskningsdesign**

Forskningsdesign er en plan eller skisse for hvordan undersøkelsen skal legges opp.

Utgangspunktet for forskningsdesignet er problemstillingen og hvordan denne kan belyses på en relevant måte med rimelig bruk av ressurser. Dette innebærer valg i forhold til utvalg og metode for å samle data og analysestrategi.

#### **3.3.1 Utvalg**

Oppgaven har som ambisjon å oppnå ny kunnskap om og forståelse av fenomenet funksjon og nytte av tverrfaglig team i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Valg av de informantene som skulle være gjenstand for undersøkelsen innebar en del avveininger. Oppgavens rammer og et kvalitativt metodevalg tilsa relativt få informanter. Oppgaven har like fullt ambisjon om å frambringe kunnskap som til en viss grad skal kunne generaliseres og det vil da være viktig å velge en mest mulig representativ poliklinikk. Et annet alternativ ville være å velge informanter rent skjønsmessig evt. fra to eller flere ulike poliklinikker. Jeg valgte det første alternativ og foretok et strategisk utvalg, en utvelging ut fra teoretiske hensyn. Dette baserte seg på at jeg valgte en poliklinikk som plasserer seg ganske nøyaktig midt på en rangering satt opp av Nasjonalt kunnskapssenter basert på fastlegers vurdering av ulike DPS vedrørende bl.a. kompetanse, veiledning, bemanning og kapasitet (Groven, 2009). Videre er den aktuelle poliklinikk veletablert og ikke under omorganisering. Poliklinikken har historisk ikke vært belastet med vakante stillinger. Befolkningsgrunnlaget for denne poliklinikken er balansert sosioøkonomisk og demografisk sammensatt sammenliknet med regionen forøvrig.

Teamene er samlet to ganger i uken i til sammen 2,5 til 3 timer. Agendaen er i hovedsak i fellesskap å gå igjennom behandlingsplaner og epikriser, fordele nye pasienthenvisninger og løpende drøfte og diskutere pasientsaker. Dette er en agenda som stort sett er sammenfallende med hva ulike tverrfaglig team i allmennpsykiatriske poliklinikker i sin alminnelighet har.

Utvalget bestod av alle de tre teamene som dekket poliklinikkens opptaksområde. Jeg foretok separate intervju med teamledere og fokusgruppeintervjuer med teamene uten at teamleder var

tilstede. Det var utarbeidet intervjuguide både til fokusgruppene og til teamlederintervjuene. Disse var i stor grad sammenfallende med hensyn til tematikk (Vedlegg 1).

Utvalget ble på denne måten differensiert mellom gruppe og leder av to grunner. For det første fokuserer problemstillingen og et av forskningsspørsmålene særskilt på forhold knyttet til teamledelse. Separate intervju vil da kunne tenkes å kunne bidra til en videre og friere beskrivelse av fenomenet teamledelse, mulig også av andre fenomen. For det andre innebærer bruk av to ulike metoder for å beskrive (i all hovedsak) de samme fenomen en mulighet for en mer presis eller mangfoldig beskrivelse (Malterud, 2003).

Totalt deltok 14 personer i fokusgrupper fordelt på tre team og tre teamledere som ble intervjuet hver for seg. Blant teamlederne var det to kvinner og en mann; to psykologspesialister og en overlege. Gjennomsnittsalder for teamledere var 45 år. De hadde vært leder for aktuelt team i relativt like lang tid, i snitt omtrent 2 år.

Antall deltagere i fokusgrupper var fem i to intervjuer og i ett intervju deltok fire. Tre av 14 deltagere var menn. Fordeling av profesjoner; 3 psykologspesialister, 2 psykologer, 2 overleger, 4 leger i spesialisering, 2 sosionomer og 1 psykiatrisk spes. sykepleier. Gjennomsnittlig tid i teamet var på omtrent fire år. Tar en ikke med de høyskoleutdannede er snitt tid i teamet omtrent ett år. Fraværende medlemmer var totalt fire: to høyskoleutdannede, en psykolog og en overlege. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.

### **3.3.2 Intervju**

Problemstillingen bestemmer hvilken metode for å samle data som gir best relevans og validitet i forhold til det spørsmålet som prosjektet skal belyse (Malterud, 2002). Det kvalitative forskningsintervjuet, her semistrukturert intervju, er grundig beskrevet i metodelitteraturen og oppfattes ofte som et naturlig førstevalg for den uerfarne (ibid). Individuelle intervjuer egner seg når man søker informasjon om holdninger, meninger og erfaringer. Intervjuet er rettet mot bestemte tema som forskeren har valgt ut på forhånd. Intervjuet tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv, der målet er å få kunnskap om informantens subjektive erfaringer og der svarene er mest mulig spesifikke. En viktig utfordring for intervjueren er å prøve å lytte minst mulig forutinntatt, samtidig som samtalen skal være fokusert. I denne sammenhengen er et

godt intervju der en kan se at materialet gir rom for flertydighet, noe som kjennetegner de fleste menneskelige fenomener. Dette krever en bevisst evne til å være lydhør (ibid).

Intervjuet var semistrukturert, det vil si at det var utarbeidet en intervjuguide på forhånd, uten en helt fast rekkefølge. Det var åpenhet for digresjoner og utdypninger, dog innen en relativt fast bestemt tematisk ramme.

Intervjuene med teamleder ble foretatt på teamlederens kontorer. Varighet av intervjuene var i snitt 45 minutter. Jeg opplevde at intervjuene fløt naturlig selv med en relativt omfattende intervjuguide. Jeg fikk inntrykk av at spørsmålene ble oppfattet relevante og at teamleder fikk anledning til å komme med utfyllende kommentarer. Teamlederne kom i intervjuene inn på en del problematikk som de selv tidligere hadde reflektert over og som de i mindre grad hadde delt med teamene.

### **3.3.3 Fokusgruppe**

Intervjudata kan innsamles fra gruppesamtaler og en bestemt måte å gjøre dette på, kalles fokusgrupper. ”Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler” (Malterud, 2002, p. 2469). Fokusgrupper er en forskningsmetode hvor data produseres via gruppeinteraksjonen omkring et emne som forskeren på forhånd har bestemt. Styrken i metoden ligger i at den sosiale interaksjonen er kilden til dataene særlig når dette i seg selv er et tema, slik som i denne studien. Gruppeintervju er dessuten en pragmatisk tilnærming som kan gi mye ny og nyttig kunnskap med relativt liten innsats (ibid). Metoden er ikke like påtrengende sammenlignet med for eksempel intervju.

Fokusgruppene ble holdt på gruppenes felles møterom og ble lagt til en tid der gruppene normalt var samlet i tverrfaglig team. Varighet av fokusgruppeintervjuene var i snitt på 55 minutter. Noe tid gikk bort til å vente på at gruppene ble mest mulig komplette, tidsrammen var på forhånd avtalt til 60 minutter. Jeg oppfattet at intervjuguiden bidro til en relativt godt fokusert samtale samtidig som gruppene hadde anledning til å utdype enkelte tema innen den tidsrammen som var gitt. Samtalene forgikk for det meste mellom teammedlemmene, men jeg registrerte at ved ulike syn ble diskusjonen raskt avsluttet og gruppene tenderte da til å avvende et nytt spørsmål

fra meg som intervjuer. Årsaken til dette kan være at intervjuguiden var relativt omfattende, men kan også si noe om klima og tradisjon for å drøfte motsetninger. Jeg var alene i intervjuene og hadde ingen moderator, noe som kan benyttes for å fange opp situasjoner der deltagernes stemme blir overhørt av regien til intervjuer og av andre teammedlemmer (Malterud, 2003). Jeg opplevde teamene såpass avventende både overfor meg som intervjuer og overfor hverandre at manglende moderator sannsynligvis ikke betød vesentlig tap av informasjon.

### **3.3.4 Analysestrategi**

Kvalitativ forskning innebærer en fortolkning av de fenomener som studeres. Målet med analyse er å trekke ut og bearbeide den informasjonen i datamaterialet som er nødvendig for å besvare problemstillingen. Analyse av funn er nødvendig for å skaffe oversikt og gi informantenes informasjon en vitenskapelig utforming. Analysen skal omforme rådata til et fortolket og sammenfattet resultat. Jeg har valgt en metode for fenomenologisk analyse som Malterud har modifisert etter Giorgi (Malterud, 2003). Det å referere til en godt beskrevet analyseprosedyre kan gjøre det lettere for leseren å følge veien fra data til funn. For nybegynneren kan det dessuten være en fordel å følge en ferdig mal for analyse (Malterud, 2002).

### **3.4 Analyse av data**

I følge Malterud er en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse det som skiller vitenskapelige kunnskap fra overfladisk synsing. Hun understreker videre at forskeren må selv være fortrolig med den fremgangsmåten som er brukt før den er mulig å dele med andre (Malterud, 2002). Etter feltarbeidet ble rådata fra intervjuene og gruppesamtalene transkribert, noe Malterud kaller å: “omforme virkeligheten til tekst ved transkripsjon av materiale” (ibid p.2470). Hensikten med transkripsjonen er i best mulig grad å fange opp den informasjonen informantene ønsket å formidle og slik det ble oppfattet under innsamlingen av materialet (ibid). Transkripsjon av to fokusgrupper og to lederintervjuer ble gjort detaljert. Teknisk kvalitet på opptakene var god og så langt jeg kan bedømme ble alle verbale utsagn registrert. De fire transkriberte intervjuene med to team og to teamledere utgjorde til sammen 56 sider tekst. Det tredje fokusgruppeintervjuer og teamlederintervjuet ble ikke tatt opp i sin helhet,

men sentral problematikk fra alle tema ble registrert rett etter intervju og utgjorde to sider. Til sammen utgjør dette de tekstene som er utgangspunktet for analysen. I følge Malterud er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informanternes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt:

Vi leter etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møte med data (Malterud 2003, p. 99).

Analyseprosessen, kalt systematisk tekstkondensering, beskrives trinnvis nedenfor.

### **3.4.1 Trinn 1, fra helhet til tema**

Det å danne et helhetsinntrykk forutsetter en åpenhet for hele materialet, en åpenhet som ideelt sett er minst mulig påvirket av egne forventninger til materialet. Samtidig er det viktig på dette trinnet ikke å henge seg opp i detaljer, men prøve å danne seg et mest mulig helhetlig inntrykk.

Helheten er viktigere enn iøynefallende detaljer. På dette trinnet skal vi - i samsvar med det fenomenologiske perspektivet – arbeide aktivt for å legge vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side (Malterud 2003, p.100).

Jeg leste et par ganger i gjennom hele materialet. Første gang uten å ta notater, den andre gangen skrev jeg ned temaer etter hvert som jeg registrerte dem i teksten. ”Først når vi har lest alt, er tiden inne for å oppsummere våre inntrykk. Vi spør oss selv om hvilke temaer vi skimter” (Malterud 2003, p.101).

Jeg gikk først igjennom fokusgruppe intervjuene der jeg merket meg ved syv tema som handler om: Hva gjør teamene for lite av, hva gjør teamene for mye av, hvordan oppfattes teamleder, hvordan beskrives hensikt og funksjon til teamene, hva og hvordan læres det i team, hva gjøres i team, hva kunne ha vært annerledes eller bedre. Jeg gikk så igjennom materialet på nytt og så om det var mulig å avgrense antall temaer og samtidig fange det som teksten formidlet. En årsak til dette er at undersøkelsen inkluderer to typer av informanter; leder og team, noe som ville gjøre drøfting av funn noe mer omfattende enn ved kun en type informant. Jeg valgte derfor en mer generell tematisk inndeling, noe som reduserte antall tema. Jeg opplevde at disse temaene



fungerte godt og dekkende for det jeg oppfattet at teksten formidlet. Følgende temaer ble valgt ut fra fokusgruppeintervjuene:

1. Teamets funksjon og teamets hensikt
2. Synspunkter på hva som kunne ha vært bedre eller annerledes
3. Teamleders rolle og funksjon
4. utfordringer i teamet

Ved tilsvarende gjennomgang av intervjuene med teamlederne fant jeg at det her var stor grad av likhet med de temaene som jeg hadde registret i møte med teksten fra fokusgruppeintervjuene. Her presenteres nedenfor de temaene som ble valgt ut i fra teamlederintervjuene:

1. Teamets funksjon og teamets hensikt
2. Synspunkter på hva som kunne ha vært bedre eller annerledes.
3. Teamleders rolle og funksjon
4. utfordringer i teamleder-rollen

### **3.4.2 Trinn 2, fra tema til koder**

Dette trinnet innebar ny full gjennomgang av teksten i sin helhet, på jakt etter ”meningsbærende enheter” (Malterud, 2003) med de tema som ble identifisert på forrige trinn som referanse.

Denne prosessen medførte noen justeringer av temavalgene, slik at temaene som er beskrevet i trinn 1 til en viss grad er påvirket av arbeidet under trinn 2. Dette er noe Malterud også åpner opp for: ”Underveis i andre trinn må det være rom for justering av de opprinnelige temaene eller merkelappene til mer presise koder”(ibid p.103). Med utgangspunkt i de endelige temaene og med disse som veivisere ble deretter tekstens ulike meningsbærende enheter kategorisert og samlet. Dette omtales som ”koding” (ibid). Jeg kodet teksten ved å bruke fire ulike farger som representerte hver sitt tema. Jeg opplevde ikke mange vansker med å finne det tema de ulike meningsbærende utsagn mest naturlig falt inn under. En utfordring var å skille i teksten fra gruppeintervjuene mellom temaene ” synspunkter på hva som kunne ha vært bedre eller annerledes” og ” utfordringer i teamet”, altså mellom tema 2 og 4. Etter å ha presisert tema 2 som mer konkret og tema 4 mer generelt opplevde jeg at kodingen gikk greit og intuitivt.

I forbindelse med prosessen, der jeg samlet de ulike kodete/merkede tekstbitene og plasserte dem ("klippet" dem ut og plasserte dem samlet) under de respektive tema, gikk jeg pånytt igjennom hele teksten og hvilken kode jeg hadde satt. Dette medførte at direkte repetisjon av mening kunne utelates, og enkelte få avsnitt ble kodet om. Til en viss grad fant jeg nytt meningsbærende materiale som ennå ikke var kodet. Ved noen tilfeller utelot jeg kodet materiale da jeg fant at det lå utenom det de oppsatte temaene omhandlet."Etter kodingen legger vi foreløpig til side den delen av materialet der vi ikke har identifisert meningsbærende enheter"(Malterud 2003, p.106). Denne koding medførte altså en ny full gjennomgang av teksten og av de temaer som var trukket ut og innebar en vurdering av i hvilken grad de valgte temaene var dekkende for hele materialet under ett. Videre ble de meningsbærende enheter plassert i ulike tema eller klasser i en separat prosess som i seg selv medførte en ny vurdering av om helheten i teksten var ivaretatt.

### **3.4.3 Trinn 3, fra kode til kondensert mening**

På dette trinnet i analysen var målet å sammenfatte, eller kondensere innholdet i hver kodegruppe. Jeg så på hver kodegruppe separat og tok for meg intervjuene fra gruppene og fra teamlederne hver for seg, selv om mange av kodegruppene var sammenfallende.

Materialet i hver kodegruppe var såpass sammensatt at jeg måtte sortere materialet videre i undergrupper. "Vi sorterer materialet i tilsvarende subgrupper. Hvilke subgrupper vi fester oss ved, preges av det perspektivet vi leser vårt materiale ut fra (Malterud 2003,p.107). En refleksiv holdning til materialet og mitt eget ståsted og forforståelse var viktig i alle ledd i analysearbeidet, og ble ikke minst viktig på dette trinnet, der en altså kondenserte eller abstraherte meningsinnholdet i materialet. Jeg valgte å gå igjennom hver av de fire temaene av kodet materiale separat så åpent som mulig, dvs. mest mulig fristilt i forhold til hva jeg på forhånd kunne tenke meg jeg ville finne. Jeg forventet å finne "mange ulike nyanser som beskriver forskjellig meningsaspekter" (ibid p.107). Jeg prøvde å sortere i undergrupper som i størst mulig grad var definert av materialet, i minst mulig grad av egen forforståelse, selv om jeg er innforstått med at dette ikke fullt ut er mulig å oppnå. Rent konkret gikk jeg igjennom de meningsbærende enhetene i kodegruppe for kodegruppe samlet og omskrev innholdet i

tekstbitene samlet eller enkeltvis til ”abstrakt mening”(ibid) og dannet undergrupper ut ifra hva jeg så fant.

”Heretter er det subgruppen som er analyseenheten. Vi kondenserer og fortetter innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et kunstig sitat- et artefakt forankret i data” (ibid p.107). Det siktes her til en ambisjon om å kunne formulere en fortettet beskrivelse som sammenfatter meningen under hver undergruppe, ”fortrinnsvis med bruk av informantenes egne ord og begreper” (ibid p.107). Denne ”oppdelingen” medførte nok en gjennomgang av teksten og førte til små endringer i organisering av stoffet, vesentlig i retning av å sammenfatte en del meninger uten at vesentlige meningsbærende enheter gikk tapt.

#### **3.4.4 Trinn 4, fra kondensering til beskrivelser**

Her settes det sammenfattede, eller kondenserte, materialet sammen til beskrivelser, med kontinuerlig referanse til den transkriberte teksten. Jeg laget en beskrivelse basert på funnene i hver kondensert undergruppe. Disse nye beskrivelsene basert på kondensert tekst ble holdt opp mot den opprinnelige teksten for å vurdere om resultatene ”gir en gyldig beskrivelse av den sammenheng hvor den opprinnelig var hentet ut fra ”( Malterud 2003, p.108). Jeg gikk altså tilbake til den opprinnelige teksten for hver undergruppe for å finne i hvilken grad de nye beskrivelsene var dekkende og fanget opp nyanser og evt. motsetninger. I denne prosessen leste jeg gjennom hele materialet på nytt helt og delvis gjentatte ganger. Dette medførte på ny en mindre justering i organiseringen av materialet. Jeg valgte å ta for meg gruppeintervjuene og teamlederintervjuene separat da de kodemessig var noe uensartet og fordi en felles beskrivelse på dette nivået ville kunne maskere vesentlige ulikheter mellom de to enhetene.

Trinn 4 innebar altså to operasjoner. Først tok jeg utgangspunkt i det kondenserte materialet med undergrupper og med dette som grunnlag laget jeg en beskrivelse av innholdet. Denne innholdsbeskrivelsen ble så holdt opp mot teksten i sin helhet med tanke på å utfordre beskrivelsene som analysen hadde ført fram til, et karakteristisk trekk ved denne analysemodellen som følger både fenomenologiske og hermeneutiske prinsipper. Det sentrale i hermeneutikken er å fortolke et utsagn ved å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart oppfattes. For å få tak i denne dypere liggende meningen må budskapet forstås i lys

av helheten og sammenhengen. Denne vekselvirkningen mellom helhet og deler for å oppnå dypere forståelse, kalles den hermeneutiske sirkelen.

## **4.0 Presentasjon av funn**

Det var stor grad av sammenfall mellom tema i fokusgruppeintervjuer og i teamlederintervjuer. Disse blir presentert samlet etter sammenslåing av tema vedrørende utfordringer i teamlederrollen og tema vedrørende utfordringer generelt i teamet. Der funn divergerer eller stammer kun fra en gruppe av informanter vil det bli bemerket. Presentasjonen av funn følger disse temaene:

1. Teamets funksjon og teamets hensikt
2. Synspunkter på hva som kunne ha vært bedre eller annerledes.
3. Teamleders rolle og funksjon
4. Utfordringer i teamet og i teamlederrollen

### **4.1 Teamets funksjon og teamets hensikt**

#### **4.1.1 Støtte**

Utsagn i materialet tydet på at teammedlemmene opplevde tilknytning og tilhørighet til teamene. Teamlederne uttrykte ikke dette like eksplisitt. Mange understrekte betydningen av å kunne søke støtte i teamet når en arbeidet med mange vanskelige saker. Noen mente det var viktig å kunne gi utløp for frustrasjoner og mange mente det var viktig å kunne ta opp saker uten å bli møtt med kritikk. Noen beskrev en form for familiefølelse. En del sa at de opplevde seg betydelig mer knyttet til teamet enn til resten av poliklinikken og at det var ganske tette kott mellom teamene. Dessuten sa enkelte at det er viktig med humor og det å kunne ha det litt moro i teamene: ”Pasientene får også en spinn off av at teamet er ok”. Informanter blant teammedlemmene gav uttrykk for at de jobbet i team stort sett bare under teammøtene. Utover teammøtene oppfattet informantene ikke at man jobbet i team, men individuelt. Når det var behov for kontakt med en kollega utenom teammøtet, tok en i følge informantene som regel kontakt med et teammedlem.

### **4.1.2 Struktur**

Informantene gav uttrykk for at strukturen eller agendaen på teammøtene ble oppfattet tydelig av både teammedlemmer og av teamledere. Alle henviste til faste poster med gjennomgang av epikriser og behandlingsplaner, reflekterende team, fordeling av saker og tid for å ta opp evt. pasientsaker. Materialet gir et inntrykk av at en fast og forutsibar møtestruktur ble oppfattet som viktig og at både fokusgrupper og teamledere så på dette primært som teamleders ansvar å påse. En tydelig og strammere møteledelse ble etterspurt av en del: ”Agendaen synes jeg er ganske klar, men den sklir ut av og til.” Informantene synes overveiende å mene at struktur er viktig. Flere sa at det bør være åpning for en viss fleksibilitet for ad hoc saker og ulike behov, men i hvilken grad er det mer delte meninger om. Enkelte mente f.eks. at de faste postene i møtet måtte kunne vike viss en selv hadde noe en mente var viktig å ta opp: ”Når jeg reagerer på enda mer struktur så er det fordi vi trenger den tryggheten slik at jeg kan si at nå må jeg ta opp noe og så får det heller gå på bekostning av det vi skulle ha gjort.”

### **4.1.3 Kvalitetssikring**

Både teamledere og fokusgruppene sa at de oppfattet at teamet har en oppgave i det å kvalitetssikre det som gjøres individuelt. Det vises da til de faste gjennomganger av behandlingsplaner og av epikriser og av vurderinger som er gjort: ”Jeg tenker at målet med denne organiseringen av teamarbeid har vært kvalitetssikring... at alle feltene er inne.”

Det lå forventninger om bruk av diagnostiske prosedyrer uten at manglende bruk ble systematisk registret eller påtalt. Et hovedfokus var å følge opp at behandlingsplan ble skrevet og at innholdet i behandlingsplanen var adekvat.

### **4.1.4 Kompetanse/læring**

Læring i team ble beskrevet som knyttet til gjennomgang av enkeltsaker med et fokus på løsning av den aktuelle saken. Informantene sa at det i liten grad tas opp faglige eller driftsmessige spørsmål av allmenn eller generell karakter. Flere uttrykte at teamene har en funksjon i å lære

nye medarbeidere poliklinikkens arbeidsform å kjenne: ”Vi har erfaringsbasert læring, jeg kan ha en sak og så kan du komme med innspill og teori.”

#### **4.1.5 Refleksjon/veiledning**

Både informanter blant teamledere og i fokusgruppene viste til at refleksjon i teamet ble oppfattet som svært viktig. Noen uttrykte at refleksjon i team var særlig verdifull når en kunne ta opp saker uten nødvendigvis å få klare svar: ”men mer å få supplert egen tenkemåte”. Det ble av flere henvist til en arbeidsform som er ment å ivareta en slik form for refleksjon, noe som kalles reflekterende team: ”For min del er dette med refleksjon..få innspill i de vanskelige sakene..det er teamarbeidets store styrke.” Det ble formidlet en noe ulik oppfatning av om denne arbeidsformen fungerer etter hensikten. Andre, særlig 3- årig utdannede og ikke spesialister, syntes å understreke et sterkere behov for mer konkret veiledning.

#### **4.1.6 Tverrfaglighet i praksis**

Alle informantene sa at tverrfaglig sammensetning i teamene var viktig og positivt. Mange var tydelige på at de ulike profesjonene overlappet hverandre i stor grad selv om ikke alle hadde samme kompetanse eller ansvar, noe som krevde kommunikasjon og samarbeid. Utsagn kunne tyde på at informantene oppfattet det slik at når en sak ble lagt fram i teamet, så ble det tverrfaglige perspektiver ivaretatt. Enkelte utsagn fra spesialister gikk i retning av at de kunne oppfatte dette som et litt vel stort ansvar: ”Vi leger har ansvar for alle saker som presenteres så jeg kan ikke slappe av.” Det ble fra flere sagt at det ikke var satt av en bestemt tid til å ta opp saker som f.eks. å involvere lege og at en del slike spørsmål ble tatt opp helt på tampen av møtene. Det ble spesielt understreket at det var særlig meningsfullt å jobbe tverrfaglig sammen om en pasient i praksis og at det ble gjort i for liten grad. Mange uttrykte at det ikke er teamets sammensetning av ulike profesjoner som nødvendigvis er det viktigste, men at det er satt sammen av ulike personer med ulik erfaring: ”Bare det at det er forskjellige mennesker som gir tilbakemelding, gir a-ha opplevelser også. Både profesjonene og menneskene er viktige.”

## **4.2. Synspunkter på hva som kunne ha vært bedre eller annerledes**

### **4.2.1 Struktur**

Noen i teamene understrekte at teamarbeid krevde disiplin og nevnte spesielt det å komme tidsnok, noe som ble oppfattet av flere å være et problem. Videre mente enkelte at teammedlemmer i større grad burde vurdere om det hadde en funksjon å involvere hele teamet i en sak, der den evt. kunne bare vært tatt opp med en. Mange uttrykker at en del prosedyrer tar uforholdsmessig mye tid i forhold til utbytte. Det syntes å være stor enighet om at dette gjaldt i fordeling av saker, og det var noe mindre enighet vedrørende nytten av å gjennomgå epikrise og behandlingsplaner. Vedrørende epikriser var det noe uenighet om det var den enkeltes eget ansvar å lære seg hvordan en skulle skrive epikriser eller om det er noe teamet skal gjøre samlet. Noen mente at det ikke var mulig å utvide tiden teamene var sammen og at tiden måtte bli benyttet bedre og også annerledes, særlig for å kunne få mere tid til å samtale om pasientsaker: ”Agendaen er litt feil, noe av den kunne man kanskje ha droppet..og gitt mer tid til refleksjon over de vanskelige sakene.”

En teamleder mente at en kanskje var for forsiktig med hverandre i teamene, for ”konfliktsky,” Denne informanten opplevde at konflikter hadde en tendens til ikke å bli tatt opp direkte i teamene, men likevel kunne få oppmerksomhet utenfor teammøtene. Flere teamledere gav uttrykk for at de syntes det var vanskelig å avgrense enkelte i teamet når en samtidig var opptatt av å ivareta og ikke å krenke det enkelte teammedlem. Alle teamledere syntes å ha registret at ulike yrkesgrupper brukte teamene på ulik måte og i ulik grad. Flere påpekte en tendens til å: ”Bare lufte frustrasjon uten noen spesiell annen hensikt enn det, tror jeg nok skaper litt støy og slitasje.”

### **4.2.2 Refleksjon/veiledning**

I fokusgruppene uttrykte mange ønske om mer tid til å drøfte det som ble oppfattet som vanskelige saker. Noen presiserte at en i større grad også burde reflektere over det som en



opplever at faktisk fungerer for den enkelte pasient, altså ikke bare der en har problemer. Refleksjonen i teamene opplevdes av enkelte som ikke preget av dialog. Noen opplevde at en for raskt kommer med forslag og løsninger og mange sa at det ble fokusert i for stor grad på avslutninger: ”Vi har en intensjon om at vi skal reflektere, men blir litt for svar-fokuserte. Vi er ikke så gode på å reflektere på hverandres tanker og kommer litt lett bare med en løsning. Det er en kultur som avler litt sånn nerde flinkiser som er flinke til å avslutte saker og til å produsere.”

### **4.2.3 Kompetanse/læring**

Mange medlemmer i teamene etterlyste praktisk anvendbare faglige retningslinjer og rutiner for pasientbehandling og en del gav uttrykk for at de som finnes ikke ble brukt:

”Utredningspakkene, mye er veldig dårlig. Det er litt halvveis, som jeg tenker gjør at vi stadig vekk må finne opp kruttet pånytt.”

Flere teamlederne og en del i teamene uttrykte at de oppfattet at teamene i liten grad hadde fokus på hvilke kompetansebehov teamene hadde for å fylle rollen som team i en allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Flere i fokusgruppene gav uttrykk for at når teamet uttrykte ønske om mer kompetanse så ble det i liten grad fanget opp av ledelsen på poliklinikken. Teamlederne beskrev et behov for oppfølging av kompetansebehov fra den overordnede ledelsen. En teamleder sa eksplisitt at det i liten grad kom respons fra ledelsen når teamet hadde innspill av faglig eller organisatorisk/administrativ art. Andre teamledere hadde ikke erfaring av å ta slike spørsmål opp med ledelsen. Teamlederne hadde ikke oppfattet at det var særlig klare føringer fra poliklinikk-ledelsen vedr. kompetanseutvikling:

Det ideelle teamet har vel en veldig dynamisk dialog oppover og nedover og at ting blir fanget opp og kommer tilbake og det skjer noe og det er liksom utvikling. Det hadde vært all right altså.

Noen teammedlemmer nevnte at de var usikre på hva som er forventet av dem i forbindelse med bidrag inn i teammøtene, dette ble sagt i sammenheng med framlegg av epikrise og behandlingsplan. Videre ble det fra noen påpekt manglende prosedyrer for hvordan tilbakeføre til teamet kompetanse den enkelte erverver seg. Det ble sagt at det var spesielt nyttig og lærerikt

når flere var involvert i direkte kontakt med samme pasient og at det her lå store ubrukte muligheter for læring.

## **4.3 Teamleders rolle og funksjon**

### **4.3.1 Holde struktur**

Et samlet inntrykk fra intervjuer med teamledere og i fokusgruppe var at teamleder forventes å skulle styre teammøtene tydelig, sørge for at alle får tilnærmet lik plass og at agendaen er forutsigbar. Det syntes å være en forventning om at teamleder skulle ta beslutninger, i alle fall kunne konkludere og avslutte diskusjoner som ikke fører videre. Teamlederne gav uttrykk for, med noe ulik tyngde, at det å ta beslutninger er en viktig del av rollen. Teamlederne beskrev en noe ulik fortrolighet og trygghet i forhold til å ta beslutninger. Beslutninger ble av begge teamledere beskrevet primært som å legge fram et forslag som den enkelte behandler så kan ta stilling til. Teamlederne opplevde at de også hadde en rolle i det å konkludere en sak etter en diskusjon i teamet: ”Jeg synes det er en styrke at det legges føringer, men det er veldig sjelden at det tas beslutninger overfor oss uansett overfor profesjon. Jeg misunner ikke teamleder om det er behov for å skjære igjennom og si nei.”

### **4.3.2 Faglig leder**

Teamene syntes å oppfatte teamleder som faglig leder ved å vise til at de har ansvar for inntak og som noen sa: ”Å ha ansvar for riktig kvalitet av behandlingen.” Det faglige lederskapet syntes primært av mange å være knyttet til administrative oppgaver: ”Oppfatter teamleder som faglig ansvarlig i alle fall, men det er vel mer som en kabalmester.”

Begge teamledere var tydelige på at de skulle ha ”et blikk” og et ansvar for de konkrete behandlingene, både med hensyn til ramme og innhold. Denne funksjonen ble ivaretatt ved de felles gjennomganger av behandlingsplaner og epikriser og ved mer ad hoc diskusjoner i teamene.

### **4.3.3 Fordele arbeidsoppgaver/kapasitet**

Teamlederne oppfattet den mest formaliserte del av teamlederjobben som det å være ansvarlig for inntak og for fordeling av saker til de enkelte teammedlemmene. Mange i teamene pekte på at det var viktig for teamleder å ha oversikt over teamets kapasitet, både individuelt og samlet for hele teamet. Noen mente at teamleder gjerne også skulle ha et ”visst” kjennskap til de enkeltes saker. Mange i teamene uttrykte forståelse for at det var en veldig tøff og krevende rolle å fordele saker til en gruppe som ofte opplevde seg overbelastet fra før: ”At det er en person som viser at det er en del av teamlederrollen å passe på at ingen drukner i arbeid.” Ingen i fokusgruppen nevnte at teamet som helhet hadde ansvar for å ha kapasitet. Begge teamlederne oppfattet det som en ganske stor del av jobben å forholde seg til at folk ønsket å jobbe lengre med saker enn det teamet hadde anledning til av hensyn til å kunne ha tilstrekkelig kapasitet til nye saker: ”Jeg som teamleder har en viktig jobb i å hjelpe folk i å avgrense seg.”

## **4.4 utfordringer i teamet og i teamlederrollen**

### **4.4.1 Tverrfaglighet i praksis**

Utsagn i materialet kan tyde på at tilgang på profesjonsspesifikk kompetanse kan være en utfordring, særlig det som involverer lege. Enkelte uttalelser kan tyde på at medarbeidere fra de faggruppene som har ansvar for utredninger og vurderinger av medikasjon kan oppleve det begrensende og samtidig belastende å ha ansvar for langt flere enn sine egne saker:

”Det er en del av rollen at både psykolog og lege må utrede, det er en sånn tvang, og vi går glipp av en del som kunne vært mer terapeutisk interessant fordi det er slik loven er.”

Alle teamlederne sa at de opplevde en utfordring i det at det var et større fokus på vurderinger nå enn det hadde vært tidligere og at dette hadde gjort ulikhetene mellom ulike yrkesgrupper tydeligere. Dette fokuset på vurderinger er noe teamlederne mener har definert klarere forskjeller mellom hva de enkelte yrkesgrupper skal og kan gjøre. Det kan synes som om teamledere

opplever at de høyskoleutdannete har fått økt behov for å få råd og påfyll mens leger og psykologer i litt for stor grad er blitt rådgivere: ”Det har vært en dreining mot utredning som diskvalifiserer to yrkesgrupper. Det har vært en vanskelig sak sånn klimatisk, liksom en øm tå.” Samtidig hevdet enkelte teamledere og teammedlemmer at en kunne bli for like som behandlere, og at en skulle ha differensiert mer mellom hva den enkelte behandler gjorde. Enkelte i teamene uttrykte at den profesjonsdefinerte funksjonsfordelingen i poliklinikken ble opplevd problematisk, uten at det gjorde samarbeidet internt i teamene vanskelig.

#### **4.4.2 Utskiftninger**

Det ble fra et av teamene pekt på utfordringene i det at teamenes sammensetning stadig endret seg og at det kunne gå lang tid før en opplevde at teamet fant sin form: ”Jeg tror det er viktig å lage sånne organisasjonsformer som tar høyde for det, et team må fungere ganske fort når man setter seg sammen.”

En teamleder uttrykte at stadige skiftninger i personalet medførte tilsvarende endringer i teamets arbeidsmetode, noe som ble oppfattet som et stort problem: ”Det er jo et problem for da må man likesom begynne litt på nytt hver gang det kommer nye folk inn i gjengen.”

#### **4.4.3 Ledelse**

Mange i fokusgruppene beskrev teamlederrollen som utfordrende og flere nevnte at det ligger en motsetning i rollen. Særlig det å skulle klare å få alle nye pasientsaker fordelt og samtidig skulle ha ansvar for den faglige kvaliteten ble sett på som et dilemma:

Jeg tenker at teamleder har en dobbeltrolle. Han skal både fordele saker til teamet som er veldig skviset og som sitter med en sånn bunke hver uke og samtidig ivareta at det utføres godt arbeid. Det er en vanskelig dobbeltrolle vil jeg tenke.

Begge teamledere opplevde rollen utydelig og heller ikke formalisert i vesentlig grad. Rollen ble beskrevet som en mellomposisjon med lojalitet både oppover og nedover i systemet, noe som kan være utfordrende: ”Rollen som teamleder er vanskelig å plassere helt, hva er dette egentlig, vanskelig å være veldig konkret på det.”

## **5.0 Drøfting av funn**

Denne undersøkelsen har belyst en del sentrale tema knyttet til funksjonen av tverrfaglig team. Et samlet inntrykk av de tverrfaglige teamene gitt av fokusgrupper og av teamledere er at de oppleves nyttige, men mange opplever at en teamorganisering sammensatt av ulike profesjoner som utfordrende. Særlig teamledere, men også teammedlemmer synes at teamene kunne ha vært tydeligere på å definere oppgaver internt i teamene og ha klargjort i større grad hvordan profesjonsspesifikk kompetanse anvendes. Denne undersøkelsen viser at det som synes å være mest vektlagt i teamene, er en form for kvalitetssikring. Mange av informantene opplever at dette er de tverrfaglige teamenes fremste hensikt. Det er mer usikkert i hvilken grad kvalitetssikring oppfattes som et meningsfullt og samlende mål

Drøftingen av funn innebærer en del avveininger både i forhold til antall problemstillinger det er mulig å belyse og vedrørende omfanget av drøftingen. Forskningsspørsmålene ble søkt dekket og derfor prioritert i drøftingen. Drøfting av funn er samlet under følgende temaer; Kvalitetssikring, Tverrfaglighet, Læring og refleksjon, Teamkultur, Ledelse,

### **5.1 Kvalitetssikring**

Ut i fra denne undersøkelsen kan kvalitetssikring se ut til å være teamenes viktigste hensikt og funksjon. Funnene indikerer at det brukes betydelig med ressurser til rutiner som skal sikre kvalitet. Både teamledere og flere teammedlemmer nevner kvalitetssikring som teamenes viktigste hensikt og henviser til rutinene for gjennomgang av epikriser og behandlingsplaner som det viktigste tiltaket i denne kvalitetssikringen. Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker nevner teammøtene som et forum for kvalitetssikring (Helsetilsynet, 2001). Helsetilsynet har ved gjentatte tilsyn etterspurt en praksis som sikrer at utredninger og behandlingsforløp jevnlig blir vurdert av spesialist (Helsetilsynet, 2008). De aktuelle teamene har en struktur på kvalitetssikringen som tilstreber nettopp dette. Alle informanter syntes innforstått med hensikten og rutinene bidro til en tydelig struktur på møtene, noe mange mente var svært viktig i seg selv. Det kan imidlertid også reises spørsmål ved denne praksisen. Selv om poliklinikken som er studert har innført retningslinjer for utredning av pasienter, kan det synes som om det ikke var en tydelig norm for hva kvalitet innebar. Kvalitetssikringen synes heller ikke å bli systematisk registrert med tanke på å kunne evaluere hvilke resultater en oppnådde med kvalitetssikringen.

Mine funn tyder på at denne kvalitetssikringen foregår i teamet uavhengig av nivået over, i den overordnede ledelsen. I følge informantene etterspør ikke ledelsen informasjon om kvalitetsparametrene som for eksempel bruk av diagnostiske verktøy. Dette kan tyde på at teamene ikke er tatt med i noen form for internkontroll, som kjennetegnes ved at leder av virksomheten fortløpende er informert om kvalitetsparametre som registreres i driften (Helse-Omsorgsdepartementet, 2002). På den annen side, kvalitetssikring har i helsevesenet gjerne et prosessfokus mer enn et resultatfokus. Ut i fra et slikt perspektiv vil en da kunne hevde at bare det å kunne konstatere at behandlingsplanene er på plass, innebærer en reell kvalitetssikring. Kvalitetssikring tillegges mye vekt og beskrives som et resultat av tverrfaglig samhandling i teamene. Kvalitet som komponent i tverrfaglig samarbeid blir ofte forstått som å utnytte samlet kompetanse best mulig (Lauvås & Lauvås, 1994). I denne sammenhengen blir kvalitetssikring beskrevet mer som å sikre en form for minstestandard der spesialistene i teamene har hovedansvaret. Det å gjennomgå alle behandlingsplaner og epikriser i teamene reiser dessuten et spørsmål om rutinen kan komme i konflikt med taushetsplikten.

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være (Helsepersonelloven § 21).

Taushetsplikten gjelder i utgangspunktet også helsepersonell i mellom, men det er gjort visse unntak fra dette i: “Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp” (Helsepersonelloven § 25).

Om den gjeldende praksis kan rettferdiggjøres med henvisning til unntaksbestemmelser er usikkert. Dette spørsmålet er for så vidt berørt i Håndboken om drift av poliklinikker:

Man bør velge ut noen pasienter som man drøfter inngående, fremfor å ha en summarisk gjennomgang av mange pasienter. Verken ut fra hensyn til faglig forsvarlighet, produktivitet eller personvern er det nødvendig eller ønskelig at alle behandlere har inngående kunnskap om alle pasienter på poliklinikken (Helsetilsynet, 2001, p. 21).

Kvalitetssikring framstår som det nærmeste ”produkt” teamene opplever å skulle levere. Når kvalitetssikring i så stor grad defineres som teamenes hensikt og funksjon er det nærliggende å tenke at kvalitetssikringen i teamene i større grad bør kunne knyttes opp mot kvalitetsmål

som involverer og ansvarliggjør alle i teamet. Dette vil i større grad kunne engasjere hele teamet og bidra til en løpende vurdering av hensiktsmessigheten av de rutiner en har, også i forhold til taushetsplikten. Dessuten vil kvalitetsmål være mulig å kunne rapportere i linje og utgjøre en form for internkontroll som myndighetene legger opp til (Helsedirektoratet, 2004). Det er relativt tydelig at mange i teamene opplever en del av rutinen lite nyttig, noe teamlederne også er fullt klar over. At teamlederne i liten grad problematiserte dette kan skyldes at eksistensen og bruk av rutinene i seg selv oppleves som en trygghet. Samtidig kan dette gå på bekostning av å ha meningsfulle og utviklende felles mål, viktige kjennetegn på et team: ”No team arises without a performance challenge that is meaningful to those involved” (Katzenbach & Smith, 2005, p. 12; Kaufmann & Kaufmann, 2009).

## 5.2 Tverrfaglighet

Tverrfaglig sammensetning av teamene ble av alle informanter beskrevet som verdifullt og det ble samtidig understreket at ulikt erfaringsgrunnlag var like viktig som ulik profesjonell bakgrunn. Beskrivelse av tverrfaglighet i fokusgruppene ligger nær opp til denne beskrivelsen:

Ved tverrfaglig samarbeid vil de som jobber sammen om de samme områdene ha oppmerksomhet på og få frem løsninger som ellers ville blitt oversett (Helsedirektoratet, 2006, p. 51).

De mer problematiske sidene ved det tverrfaglige samarbeidet kom i svært liten grad opp i fokusgruppene, selv om enkelte forhold ble antydnet. Enkelte i fokusgruppene nevnte at særlig tilgang på medisinsk faglig kompetanse kunne være vanskelig og lett bli noe som tas opp på tampen av møtet. Andre funn kan i tillegg tyde på organisatoriske utfordringer vedrørende utnyttelse av fagspesifikk kompetanse. Dette er noe Helsetilsynet har understreket betydningen av:

Tverrfaglighet bør ha som utgangspunkt at behandlerne opprettholder faglig selvstendighet og spesialisering samtidig som den utnytter den overlappende og felles kompetanse (Helsetilsynet, 2001, p. 29).

Rosen peker også på at dette er forhold en bør adressere:

Each profession within the interdisciplinary team should have relatively protected time to contribute specialized work derived from their own professional discipline's skill set (Rosen, 2005, p. 237).

En legespesialist gav uttrykk for at det kunne være belastende å ha ansvar for andres pasienter i tillegg til sine egne og at profesjonsdefinerte oppgaver kunne gi en lite variert praksis.

Oynett (1996) tar opp problemstillingen knyttet til at særlig leger opplever seg ansvarlige for andres behandling. Han mener at tydelig definering og avgrensning av dette forholdet er viktig.

Teamlederne var i intervjuene betydelig tydeligere på problemer forbundet med tverrfaglighet i teamene. Det ble nevnt statusforskjell knyttet til at innføring av tydeligere profesjonsdefinerte oppgaver og at høyskoleutdannede hadde mer behov for veiledning slik at andre i teamene i stor grad ble rådgivere. En teamleder sa rett ut at:

Det kan kanskje være litt farlig å snakke om, men det er nok ganske stor forskjell i opplevelsen av nytte å jobbe i tverrfaglig team. Folk har forskjellig behov. Legene kanskje minst, men jeg tror bestemt at alle opplever teamene som viktige.

Rosen (2005) diskuterer et sentral spørsmål i det som kommer fram i teamlederintervjuer, nemlig hvem kan være ansvarlig for hva i et tverrfaglig team. Rosen mener at det har vært en uheldig sammenblanding av det han kaller "medical responsibility and ultimate clinical responsibility" (ibid p. 238), noe som har bidratt til uklarhet rundt hvem som har ansvar for behandlingen av den enkelte pasient. Rosen viser til helselover som etter det jeg forstår er parallelle til de norske hvor den enkelte behandler selv er ansvarlig for evt. å innhente bistand om nødvendig for å sikre forsvarlig behandling (ibid). I de kvalitetssystemer som teamene bruker blir ansvaret for faglig forsvarlighet lagt ut i teamet. Funn kan tyde på at enkelte faggrupper opplever dette trygt, for andre kan det oppfattes belastende og også sannsynligvis noe uklart. Teamledere henviser til lovverk for å begrunne at høyskoleutdannet helsepersonell ikke kan utrede pasienter, noe det ikke, så langt jeg kan se, er dekning for å hevde. En kan evt. kunne vise til at sentrale tilsynsmyndigheter har skjerpet krav til spesialist-vurdering av pasientsaker, men fortsatt stiller tilsynsmyndighetene de ulike virksomheter relativt fritt til å velge forsvarlige ordninger. Det sentrale myndighetskrav er forsvarlighet. I hvilken grad den enkelte helsearbeider har kompetanse til å utføre ulike oppgaver, er noe som er et delt ansvar



mellom virksomheten og den enkelte å avgjøre. Helsetilsynets veileder for et landsomfattende tilsyn illustrerer dette:

I de tilfellene der pasienten utredes av personell uten kvalifisert kompetanse i diagnostisk arbeid, det vil si personell med høyskoleutdanning, samt personell under spesialistutdanning, må virksomheten dokumentere hvordan forsvarlig diagnostisk arbeid utføres (Helsetilsynet, 2008, p. 15).

Det betyr at Helsetilsynet ikke skiller mellom hva sykepleiere, sosionomer, psykologer eller leger i spesialisering kan ha som arbeidsoppgaver, noe som likevel i stor grad praktiseres. Velger en å dele opp oppgaver etter profesjon utover det som er hjemlet i lov og forskrifter, kan en tenke at det vil kunne føre til fragmentering av oppgaver og ansvar i et team. Høyskoleutdannede er den klart mest stabile yrkesgruppen i teamene, noe som burde kunne tilsi økt satsning på kompetanseoppbygging av nettopp denne gruppen (Helsedirektoratet, 2006). Rosen (Rosen, 2005) mener at alle profesjoner bør bidra til en felles ”core clinical skills” som bl.a. inkluderer vurderinger, behandlinger og evalueringer. Han viser til de australske National Practice Standards for the Mental Health Workforce som lister opp 12 punkter av: ”core knowledge, skills and attitudes that mental health professionals should have when working in mental health services” (ibid p. 237).

Det er sannsynlig at et bredere felles ansvarsområde kan være en mulighet for å utvikle større grad av felles opplevelse av hva som er teamets mål og hensikt, noe som er selve grunnpremisen for et team (Bang 2008).

Det som i tillegg kjennetegner et team er at medlemmene er gjensidig avhengig av hverandre for å nå disse målene. (Bang 2008). Har man tydeliggjort de ulike profesjonenes bidrag inn i teamets ”core skills” kan en tenke seg at dette vil aktivisere, ansvarliggjøre og engasjere medlemmene i større grad på like fot. Kvalitetssikring fremstår nå som det ”produktet” teamene først og fremst oppfattes å skulle levere og som legger beslag på en vesentlig del av teamets ressurser. Ved å utvide felles ”core skills” vil behovet for denne form for kvalitetssikring i stor grad kunne bortfalle og kunne gi rom for et teamarbeid som fokuserer mer på innhold enn prosess (S. Onyett, *et al*, 1996). Teamene som en gjensidig base for utveksling vil da lettere kunne virkeliggjøres og kunne: ”utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, stimulert til faglig utvikling innen de bidragende fag” (Lauvås & Lauvås, 1994, p. 47). Forfatterne referer til dette

som tverrfaglighetens andre formål, ved siden av kvalitetssikring gjennom utnyttelse av samlet faglig kompetanse (ibid). Det er tilsvarende viktig at det er en tydeligere struktur for hvordan ulike faggrupper skal bidra med sin fagspesifikke kompetanse inn i teamene.

### **5.3 Læring og refleksjon**

Myndighetenes ambisjoner for å oppnå god kvalitet på helsetjenestene går betydelig lenger enn kvalitetssikring og gir uttrykk for en vilje til å ”utvikle en åpen og anerkjennende kultur som støtter læring, refleksjon og forbedring”(Helsedirektoratet, 2007, p. 5). Det blir anbefalt bl.a. å styrke systematisk erfaringsutveksling og refleksjon over praksis (ibid). En kan hevde at teamene i stor grad har en systematisk erfaringsutveksling i teamene. Dette foregår ved gjennomgang av behandlingsplaner og epikriser. Systematikken ligger i rutinen og i mindre grad i det å organisere eller samle kunnskapsferfaringen. Erfaringsutvekslingen oppfattes mest nyttig når den foregår i forbindelse med saker som bringes opp i teamene på initiativ fra den enkelte behandler. Mange mente at det å få innspill i de spesielt vanskelige sakene var selve styrken i teamarbeidet. Den læringsmessige nytten av de systematiske gjennomgang av behandlingsplan og særlig av epikrise varierte. Spesielt spesialistene opplever dette mindre nyttig og blir lett veiledere for andre i teamene. Teamene har lite “refleksjon over” praksis da hverken teamledere eller fokusgruppe sa at det ble satt av tid for refleksjon over eget arbeid og arbeidsmetodikk. Det er nærliggende å kunne hevde at teamene i liten grad er et forum for refleksjon over praksis, noe som regnes som viktig for organisasjonslæring (Argyris, 1999).

Donald Gavin gjør i sin artikkel ; ”Is yours a learning organization ?”(Garvin, 2008) rede for betingelser som fremmer læring, hvor tid for refleksjon er en faktor. Refleksjon alene er imidlertid ikke tilstrekkelig for å generere læring. Refleksjon bør være ledd i en systematisk evaluering for å kunne bidra til læringseffekt. Gavin viser til betydningen av konkrete og systematiske læringsprosesser og nevner US Army sin ”After Action Review” som et eksempel. Den er basert på en gjennomgang av hendelser i fire trinn: 1. Hva var oppdraget, 2. hva skjedde, 3. hvorfor, 4. hva gjør vi neste gang. Funn både fra fokusgruppene og fra teamlederintervjuer viser at det ikke er tilsvarende rutiner for kompetansebygging.

Det nevnes i fokusgruppene og i teamlederintervjuene at kompetanse ikke tilbakeføres til teamene og at innspill av faglig og administrativ art i liten grad blir fanget opp i den

overordnede ledelsen. Chris Argyris slår derimot fast at ”organizational double-loop learning must begin at the individual level and then spread to the organizational level” (Argyris, 1999, p. 88).

Selv om det vises i pkt. 4 i stillingsinstruksen for teamledere vises til en oppgave vedrørende ”implementering av nyutviklede (faglige) retningslinjer” (vedlegg 2), blir denne funksjonen ikke nevnt verken av teamledere eller av fokusgrupper. Derimot vises det til at de skriftliggjorte behandlingsprosedyrer som eksisterer i liten grad blir brukt og i liten grad er tilgjengelige. Det er derfor grunn til å anta at systematisering av læringsprosesser i teamene og i poliklinikken som helhet ikke er fullt utnyttet selv om en tydelig interesse for det samme kunne registreres både i fokusgruppene og i teamlederintervjuer.

Mine funn kan tyde på at kvaliteten på selve refleksjonen, uansett nivå, er en utfordring. Noen nevner at en i team lett blir svært fortløsningsfokuserende og i liten grad bygger refleksjon på andres innspill. Bang og Middelfart viser i sin artikkel ”Dialog og effektivitet i ledergrupper” (H. Bang, Middelfart, T, 2010) til at det er en klar sammenheng mellom dialogisk kommunikasjon og effektivitet i gruppen. De beskriver dialogisk kommunikasjon som å drive nysgjerrig utforskning av de andres synspunkter og å bruke denne nye innsikten når en selv fremmer egne synspunkter. En slik dialog synes altså en del medlemmer av teamene å savne når hensikten i teamet oppfattes å være å reflektere. Det kan hende at forutsetningene ikke fullt ut er tilstede for at en slik dialogisk kommunikasjon skal være meningsfull. Det kan være grunn til å tro at hensikten med refleksjonen kan være noe uklare om i hvilken grad den skal bidra til læring i teamene. Enkelte teammedlemmer uttrykker at det ville ha vært bra å få vite hva drøftninger i team resulterte i. Det kan være naturlig å forvente at refleksjon i teamene skal kunne bidra til læring, til noe som kan formidles og erfares:

Læring er tilegnelse av ny eller endret kompetanse – i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger – som gir relativt varige endringer i en persons atferdspotensial (Lai, 2004, p. 155).

Teamene opplever ikke at overordnet ledelse har fokus på kompetanse og faglig utvikling. Uten at dette blir tydeligere kan heller ikke teamene forventes å bidra til fagutvikling som kan gi ”endringer i en persons atferdspotensial”. Refleksjonens hensikt er uklar i teamene, ansvar

for hvilken kompetanse den enkelte tilegner seg er i stor grad individualisert og ledelsen etterspør medarbeideres kompetanse i liten grad.

## **5.4 Teamkultur og ansvar**

Fokusgruppen beskrev stor grad av opplevd støtte, trygghet og tilhørighet i teamene og gav uttrykk for høy grad av gjensidighet og respekt. Funnene kan tyde på at teamene er preget av tillit, noe som er vist å være assosiert med teameffektivitet (Edmondson 1999 i Bang 2008).

I fokusgruppene kom det imidlertid også fram en del tydelige spenninger eller intersemotsetninger. Eksempler på dette er synet på fast møtestruktur versus åpenhet for å drøfte vanskelige saker og i hvilken grad en skal la teamene være et sted for opplæring i rutiner. Det var dessuten noe uenighet vedrørende omfanget av rutinemessige gjennomganger av behandlingsplaner og epikriser. Når ulike synspunkter kom opp under intervjusituasjonen med fokusgruppene ble det i liten grad fulgt opp av medlemmene og jeg fikk inntrykk av at uenighet ble nedtonet. Dette fenomenet kan skyldes intervjusituasjonen, men kan også være uttrykk for en viss avverge i forhold til konfliktstoff i gruppen. Teamene ble da også beskrevet noe mer harmoniske og konfliktfrie i fokusgruppe enn ved beskrivelse gitt av teamledere. En teamleder mente at teamene kanskje var ”konfliktskye”. Lauvås og Lauvås tar opp nødvendigheten av åpent å ta opp uenighet og konflikt:

Tverrfaglig samarbeid er ofte konfliktfylt [...] Et arbeidsmiljø som preges av undertrykking av konflikter, er som regel ikke preget av nytenkning, forandring og utvikling (Lauvås & Lauvås, 1994, p. 24).

Eventuelle uenigheter rundt hva teamet skulle anvende sin tid på er relativt grunnleggende og bør sannsynligvis ikke være uadressert. Hva en bruker tid på sier noe om hva som teamets mål og hensikt.

Et tverrfaglig team har mange oppgaver, jfr. stillingsbeskrivelse for teamleder (vedlegg 2), og det kan synes som pkt. 2 er dominerende i både teamets og teamleders bevissthet for hva som skal foregå i teamene, for hva som er teammøtets mål. Samtidig er det altså i intervjuene registrert en viss uenighet rundt disse spørsmålene. I følge Bang kan et team defineres som ”to eller flere mennesker som er avhengige av hverandre for å nå felles mål” (H. Bang, 2008, p. 45). Funn fra fokusgruppene indikerer en usikkerhet både vedrørende hensikten med en del rutiner,

men også hva som er forventet av den enkelte å bringe inn i teamet. Bang skriver videre i samme artikkel at: ”Mange team [...] har ikke definert hva de er til for, noe som gjør at teamets mål i liten grad er felles delt og forstått blant medlemmene av teamet” (ibid p. 45). Viktighetene av det å ta stilling til om teamene når sine mål er en stadig referanse i ”teamlitteraturen”:

Without specific, tangible performance results, in fact, little else matters. Groups that fail to focus on specific performance objectives and the collective team work-product to produce them cannot become teams (Katzenbach & Smith, 2005, p. 107).

Stadige utskiftninger i teamene var et tema både i fokusgruppene og i teamlederintervjuene og ble oppfattet som en stor belastning. Dette er forhold som er registrert hos sentrale norske myndigheter som en særlig utfordring (Helsedirektoratet, 2006), men også de engelske CMHT har vært belastet med høy turnover. Steve Onytt viser til at “Job satisfaction was associated with team role clarity and identification with the team” (S. Onyett, *et al*, 1997, p. 55). Et interessant funn i samme studie er at det ikke var noen sammenheng mellom utbrenthet og antall pasienter, type pasienter og antall konsultasjoner (ibid).

Funn fra både fokusgruppe og fra teamlederintervju tyder på at teamleder ble oppfattet å være ansvarlig både for strukturen på møtet og for at teamene hadde kapasitet. Det kan tyde på at teamene i mindre grad opplevde seg ansvarlig overfor to helt sentrale aspekter ved de tverrfaglige teamene. Delt ansvar i et team regnes ofte som en sentral forutsetning for at teammodellen gir gevinst, slik også Rosen oppsummerer:

A well functional team with a strong sense of shared responsibility can produce significantly more and better work than its individual members working as solo practitioners (Rosen, 2005, p. 236).

Teamkulturen er definert som noe som beskriver hvordan medlemmene i teamet tenker, handler og føler når de arbeider sammen (H. Bang, 2008). Funn i denne studien viser at teamene har stor grad av tillit og tilhørighet, noe som kan være et godt grunnlag for å kunne utvikle teamene. Støtte nevnes som en viktig faktor i teamene, men i mindre grad får en inntrykk av at medlemmene også blir utfordret, noe som kan hemme utvikling og læring (Lauvås & Lauvås, 1994). Det at det er uklarhet om hvor meningsfulle målene med teamarbeidet er, ujevnt ansvarsforhold, uklare roller og liten evne til å diskutere motsetninger gjør at teamene definisjonsmessig vil kunne falle inn under begrepet ”pseudo-team” (Katzenbach & Smith,

2005). Dette til tross for at de teamene som utgjør utvalget har en tydeligere struktur enn mange tilsvarende tverrfaglige team. Flere har beskrevet tverrfaglige på en tilsvarende måte og viser til de samme tiltakene: En må bli tydeligere på teamenes hensikt og mål, teamets spilleregler, ansvarsforhold og teammedlemmenes felles og separate roller (Katzenbach & Smith, 2005; S. Onyett, 1995, 1999; S. Onyett, *et al*, 1996; Rosen, 2005).

## 5.5 Ledelse av tverrfaglige team

Informanter både fra teamleder og i fokusgruppe nevner at en i liten grad har fokus på hvordan teamet jobber og samarbeider. Flere sa at en f. eks har gått bort fra tidligere praksis med teamevalueringer. Årsaken til dette framkommer ikke tydelig i funn, men kan bety at dette ikke ble oppfattet meningsfullt. En kan under seg over om en evt. uklarhet vedrørende teamets primærmål, dvs. saksresultater, kan gjøre slike teamevalueringer mindre meningsfulle da det i så fall ville være uklart hva teamet skal måles opp i mot. Bang hevder at:

Teamlederens første oppgave bør være å hjelpe teamet til å etablere et sett av grunnleggende normer som stimulerer medlemmene til å oppføre seg på måter som bidrar til teameffektivitet. Spørsmålet man bør stille seg, er dermed om teamet har utviklet et sett av normer som øker medlemmenes evne til å samarbeide og å skape gode saksresultater fremover (H. Bang, 2008, p. 6).

Teamleder blir av informantene relativt unisont beskrevet som en faglig lederstilling.

Teamleder definerer denne rollen som i hovedsak å lede møtene og til å styre diskusjonen i teamet og til å ha en form for ”følge med ansvar”. Fokusgruppene beskriver at teamleder i hovedsak har en administrativ funksjon. Faglig lederskap er definert på følgende måte:

Faglig ledelse innebærer å lede arbeidet med å utforme poliklinikkens faglige profil. Hva slags behandling skal poliklinikken tilby, og hvilken praksisprofil er ønskelig? (Helsetilsynet, 2001, p. 36).

Denne definisjonen av faglig lederskap speiler i liten grad de beskrivelser som ble gitt av informantene. Som tidligere vist kan funn tyde på at det er liten informasjon vedrørende innholdet i tjenestene som når utover teammøtet og teamleder opplever lite fokus på faglige spørsmål fra den overordnede ledelsen. Dette er forhold som kan reise spørsmål om i hvilken

grad et faglig lederskap som beskrevet over kan realiseres. Argyris henviser til denne problemstillingen:

That is one reason that I believe intervention should begin at the highest levels of power in the organization, If the top people don't implement the new actions and learning systems, it is doubtful that those below can do so" (Argyris, 1999, p. 85).

Teamlederstillingen blir beskrevet av alle informanter som en vanskelig dobbeltrolle, ofte opplevd å være i spenning mellom krav til både å ha kapasitet og produksjon og samtidig være ansvarlig for at kvaliteten er forsvarlig. Teamleder beskriver dessuten at det er utfordrende både å ha lojalitet nedover mot teamet og oppover mot ledelsen. Begge teamledere oppfattet rollen uklart definert. Teamlederrollen oppleves å innebære mye ansvar, men med uklar myndighet, noe som hevdes å være en problemstilling også i tilsvarende team i Storbritannia: "Community Mental Health Teams are handicapped by long-standing ambiguities about responsibility and accountability" (S. Onyett, 1995, p. 281).

Teamledere opplever det vanskelig å fordele saker til teamene, og flere teamledere sa at de brukte mye energi på å prøve å avgrense enkeltbehandlere for dermed å kunne frigjøre mer kapasitet. Imidlertid ble det i fokusgruppene ikke formidlet at teamets kapasitet var et felles ansvar, noe som kan tyde på at teamleder sto noe alene med ansvaret for hva fellesskapet utrettet. Rosen beskriver da også at denne mellomposisjonen lett blir ensom (Rosen, 2005).

Slik teamlederrollen beskrives i undersøkelsen tillegges den nesten et umulig ansvar samtidig som teammedlemmene i stor grad fraskriver seg det samme. Tydeliggjøring av ansvarsforhold kunne innebære å organisere teamene mer som en arbeidsgruppe som tradisjonelt har en tydelig leder som delegerer og beslutter. Alternativt kan en se muligheter i å organisere de tverrfaglige teamene mer som "virkelige team", dvs. et mer fordelt ansvar og med en mindre markant teamlederrolle (Katzenbach & Smith, 2005).

Det kan synes som om teamlederrollen trenger å defineres tydeligere slik at myndighet kan stå i forhold til ansvar. Dette betyr ikke nødvendigvis mer myndighet, det kan like gjerne bety mindre ansvar, et ansvar som da i større grad kunne fordeles på hele teamet:

## **6.0 Drøfting av metode**

I hvilken grad denne undersøkelsen har en kvalitet som forventes av et vitenskapelig arbeid bør fremgå av undersøkelsens systematikk og av den holdningen som formidles i møte med materialet, noe som kan beskrives som tilstedeværelse av tiltrekkelig systematisk kritisk refleksjon. ”Systematisk gjennomgang av materialet i flere ledd, sammenholdt med den teoretiske referanserammen er preget av overveielser som relevans, validitet og refleksivitet, skal sikres gjennom analyseprosessen” (Malterud 2003, p.101). I dette avsnittet utdypes dette under overskrifter som relevans, validitet og refleksivitet.

### **6.1 Relevans**

Denne oppgavens relevans, det vil si hvor nyttig kunnskap som oppgaven bringer, er ikke fullt ut mulig å bedømme på forhånd. Relevans av en oppgave vil derfor som regel være snakk om potensiell, eller mulig nytte. Det viktigste i denne sammenheng er arbeidet med å kartlegge kunnskapsgrunnlaget på feltet, noe det er redegjort for i teorikapittelet (jfr1.3). I innledningskapittelet er oppgaven dessuten prøvd satt inn i en aktuell politisk og faglig sammenheng med tanke på å kunne vise til relevansen av oppgavens problemstilling.

### **6.2 Validitet**

Forskningsdesignet innebærer en del utfordringer og dilemmaer. I undersøkelser har to beslektede metoder vært benyttet, fokusgruppe og semistrukturert intervju. Rammer som tid og ressurser har påvirket valget av metoder og omfang av datainnsamlingen og begrenset dette. Observasjon som metode og bruk av spørreundersøkelser kunne ha vært et alternativt valg og gitt verdifull informasjon vedrørende flere av de temaene som oppgaven ønsker å belyse. Helt avgjørende for oppgavens kvalitet er i hvilken grad resultatene er valide, eller gyldighet. En skiller gjerne mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet er i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt. Spørsmål som her er viktige å stille seg er om en i denne oppgaven har brukt relevante metoder for innhenting av data og brukt relevante begreper i spørsmålsstillingene i forhold til den



problemstillingen som er valgt. Intervju er sammensatt av to ord som sier noe om at det foregår en utveksling av synspunkter mellom to mennesker og min forhåndskunnskap om emnet kan ha bidratt til at relevante spørsmål ble stilt (Malterud, 2003). Transkripsjonen ble foretatt innen en uke etter intervjuene noe som kan ha bidratt til at nyanser i meningsinnholdet lettere ble registret enn om det hadde gått lengre tid. Forhold som etter mitt syn styrker den interne validiteten i oppgaven, er bruk av to metoder for i all hovedsak å belyse de samme fenomener. Det er brukt både fokusgruppe og semistrukturert intervju, noe som innebærer triangulering av metode på de fleste av oppgavens forskningsspørsmål. Unntaket er forskningsspørsmålet vedrørende teamleders beskrivelse av utfordringer i egen rolle, her er det kun brukt intervju i datainnsamlingen. Et annet forhold som etter mitt syn styrker den interne validiteten er at materialmengden og meningsinnholdet, fordelte seg relativt jevnt under analyseprosessen på de fire temaene for fokusgrupper og for teamledere. Metoden som er valgt i analyseprosessen, nemlig det vekselvis å se de organiserte delene opp mot helheten for å se om denne er ivaretatt, er en viktig del av arbeidet med å styrke den interne validiteten i oppgaven.

Ekstern validitet betyr i hvilken grad resultatene kan gjelde for andre enn for dem som er utforsket, det vil si om resultatene kan overføres til andre situasjoner enn dem som er undersøkt. Overførbarhet er en helt sentral ambisjon i denne oppgaven. Et viktig bidrag til vurderingen om kunnskapen kan ha gyldighet utover utvalget er å tydelig redegjøre for selve forskningsprosessen. Det vil si for problemstillingen, for metodevalg, for valg av teoretisk referanseramme og for analyseprosessen. Ved å gi leseren innsikt i veien fram til kunnskapen er det mulig for leseren også å vurdere i hvilken grad kunnskapen kan være overførbar. Et sentralt spørsmål er valg av informanter. I kap. 3.3.1 redegjøres det for karakteristika av utvalget. Jeg viser til et strategisk utvalg, nettopp med tanke på å styrke den eksterne validiteten, overførbarheten. Poliklinikker og DPS har i følge Helsetilsynet i mange tilfeller ikke funnet sin form, og det pekes på at det er betydelige variasjoner med hensyn til hvordan de fungerer (Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser, rapport fra Helsetilsynet 8/2007). Jeg ønsket å velge informanter fra en poliklinikk som syntes å oppfylle de krav som Helsetilsynet etterspør i f.eks. Veileder for landsomfattende tilsyn 2008-2009 (Internserie Helsetilsynet 2/2008). Gjennomgående tema her er fokus på systematisk spesialistkontakt og bruk av behandlingsplaner. De valgte informanter har i mange år hatt slike rutiner og ville etter det jeg

har grunn til å tro ikke fått merknader eller avvik vedrørende dette ved et evt. tilsyn slik svært mange andre poliklinikker har de siste to årene. Jeg har tidligere vist til PasOpp undersøkelsen der aktuell poliklinikk vurderes å fungere gjennomsnittlig sett fra henviseres ståsted (Groven, 2009). En kan hevde at den aktuelle poliklinikken organisatorisk, bemanningsmessig og faglig er i øvre sjikt blant landets poliklinikker. Dette er en usikkerhet knyttet til utvalget jeg mener ikke i vesentlig grad svekker overførbarheten. Dette kan i den grad undersøkelsen viser til utfordringer og forbedringspotensial ved poliklinikkens bruk av tverrfaglig team, heller styrke overførbarheten. En kan da i mindre grad ha grunn til å anta at til evt. påviste forhold vedrørende tverrfaglig team kan skyldes spesielle utfordringer som disse informantene opplever.

### **6.3 Refleksivitet**

Refleksivitet handler om en kritisk holdning til min egen fremgangsmåte og til hvilke “briller” jeg nærmet meg feltet og materialet på. Jeg har prøvd å tilegne meg og vedlikeholde refleksivitet som en holdning gjennom hele arbeidet med oppgaven ved ikke minst å ta i betraktning hvordan min egen rolle og forutsetninger kan ha preget alle ledd i forskningsprosessen. I kap. 1.2 nevnes noe om min forforståelse i beskrivelsen av prosessen fram til den aktuelle problemstillingen. Mine egne erfaringer i team er nevnt og jeg har vært opptatt av å møte feltet så åpent som mulig. Det har betydd at jeg har lagt vinn på å være lydhør også for fortellinger som ikke samsvarer med egne erfaringer og la dem komme tydelig nok fram. Jeg har på en måte forsket på meg selv, selv om jeg ikke forsket på mitt arbeidssted konkret. En utfordring vil da være å ha tiltrekkelig distanse til kjente fenomener og la dem tale for seg selv uten at egne forventninger og forforståelse formet det jeg så og hørte. Analyseprosessen var en god hjelp til det å holde en nødvendig distanse til fenomener jeg hadde en del referanser til på forhånd. Valg av metode kan være en utfordring da særlig individuelle intervju gir en nærhet til informanten, og at det kan påvirke informantens svar. Problematikken var aktuell selv om jeg ikke kjente noen av informantene direkte, men informantene var klar over at jeg selv arbeidet i feltet. Informantene kan eventuelt ha tilpasset sine svar ut fra dette kjennskapet (Malterud, 2003). Når det gjelder fokusgruppe så hevder Malterud at metoden krever erfaring i håndtering av gruppeprosesser (ibid), noe som jeg ikke kan påstå at jeg har mye av selv om jeg altså har vært teamleder selv. Jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuene alene og kan ha gått glipp av

informasjon som ved bruk av moderator kunne ha kommet fram. Fokusgrupper kan få fram kollektive meninger, men sannsynligvis også meninger som en kanskje ikke var seg bevisst før andre i gruppen fremmet sin holdning. Informantene kan på den måten inspirerte hverandre til å komme frem med sine erfaringer og opplevelser. Motsatt kan gruppedynamikken hindre at avvikende synspunkter eller at følsomme forhold kommer opp, noe som kan gi et inntrykk av konsensus der den ikke er tilstede og dermed kunne utfordre validiteten i materialet. Materialet fra fokusgruppen kan dermed bli ensidig eller overfladisk, noe som kan motvirkes gjennom å innhente materiale fra forskjellige grupper (Malterud, 2003). Jeg har tidligere antydnet at jeg oppfattet at dette var en problemstilling, men at bruk av intervju motvirket inntrykk av konsensus der det egentlig var en del uenighet og konflikt.

## 7.0 Konklusjon og veien videre

Undersøkelsen viser at det er stort potensial for utvikling av tverrfaglig team i psykiatrisk poliklinikk. Det synes som det er stor grad av tilfredshet knyttet til det å jobbe i team blant alle faggrupper, samtidig som det pekes på mange utfordringer ved de samme teamene i denne undersøkelsen. Disse utfordringene omfatter flere områder som gjensidig påvirker hverandre.

Kvalitetssikring er godt etablert ved denne poliklinikken og kan oppfattes som teamenes viktigste funksjon og innebærer en form for sikring av minstestandard. Kvalitetssikringen inngår imidlertid ikke i noen internkontroll og blir i liten grad evaluert. Opplevd nytte av de rutinene som skal sikre kvalitet varierer i stor grad. Det er behov for å definere kvalitetsmål for kvalitetssikringsarbeidet som involverer alle faggrupper og kvalitetssikringsrutiner bør utformes med hensyn også til taushetsplikten. Arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern kan være en viktig premissleverandør for en mer meningsfull kvalitetssikringspraksis i teamene.

Tverrfaglighet oppfattes av alle faggrupper som nyttig, men det knytter seg også mange uklarheter til praktiseringen av tverrfaglig teamarbeid. I dag framstår tverrfaglig samarbeid med ulik grad av opplevd nytte og ansvar. Samarbeidet bærer preg av veiledning gitt primært av spesialister til ikke spesialister og høyskoleutdannede. Teamene bør kunne avklare arbeidsformen tydeligere og utvikle et større felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag. Tid for fagspesifikke bidrag må være en selvfølgelig og prioritert del av strukturen i teammøtene. Det ansvaret som særlig legespesialister har for andres saker bør kunne avklares bedre. Det vil si at det er både behov for å utvikle et bredere felles kunnskapsgrunnlag og samtidig en større klarhet om hva som er fagspesifikke oppgaver. Lovverk brukes eller oppfattes på en måte som ekskluderer store faggrupper og dermed underminerer mulighet for en slik utvikling. Høyskoleutdannede utgjør en stabil arbeidskraft og bør kunne prioriteres spesielt mht. kompetansetiltak.

Det er få systematiske læringsprosesser i teamene og poliklinikken som helhet har ingen systemer for å spre kompetanse som allerede finnes. Kartlegging av kompetansebehov i teamene vies liten oppmerksomhet samtidig som det er et uttalt ønske om det i teamene. Refleksjon settes ikke alltid inn i en klar forventning om læring og kan oppleves som lite

målrettet. Et større kunnskapsfokus fra den overordnede ledelsen vil ha kunnet vitalisere det tverrfaglige samarbeidet i teamene og bidra til utvikling av de tjenestene teammedlemmene leverer kollektivt og individuelt.

Teamkulturen beskrives med mange verdier som tilknytning og støtte, men teamkulturen er imidlertid ikke tilstrekkelig balansert med en åpen kritisk refleksjon over egen og andres praksis. En utfordring er manglende evne til å ta opp konflikter og uenighet. Dette er sannsynligvis en hindring for å kunne bli tydeligere på teamets hensikt og mål, teamet spilleregler, ansvarsforhold og teammedlemmenes felles og separate roller. Dette er kjente forutsetninger for at teamene kan fungere effektivt. Slik de tverrfaglige teamene framstår i denne undersøkelsen, vil de definisjonsmessig kunne karakteriseres som "pseudo-team", en svært ineffektiv teamorganisering. Økt effektivitet i de tverrfaglige teamene kan oppnås ved å organisere dem mer i retning av arbeidsgrupper, alternativt mer i retning av et "virkelig" team. Avgjørende for om endret struktur på teamene skal ha vesentlig betydning, er at målene med teamarbeidet er tydelige, engasjerende og blir evaluert. Beslutninger om å endre organisering og rammer for teamene må tas på et overordnet nivå og kan ikke overlates til de enkelte tverrfaglige team.

Ledelse av tverrfaglig team innebærer mye ansvar samtidig som det er begrensede muligheter for faglig lederskap. Det kan synes som om teamlederrollen bør defineres tydeligere slik at myndighet kan stå i forhold til ansvar. Dette betyr ikke nødvendigvis mer myndighet, det kan like gjerne bety mindre ansvar, et ansvar som da i større grad kunne bli fordelt på hele teamet. Teamledere bør i større grad følges opp av overordnet leder enn det som denne undersøkelsen viser er tilfelle. Steve Onyett skrev en artikkel om tverrfaglig team med den ambisiøse tittel "Multidisciplinary community teams; where is the wreckage?" og kom fram til å anbefale følgende tiltak for å bedre teamenes funksjon, tiltak som synes aktuelle også ut ifra mine funn:

Achieve strong joint team management, clarify shared core roles and responsibilities among team members and separate these from the specific, unique skills that individuals and discipline contribute. Clarify lines of accountability accordingly. Monitor, evaluate and develop team operations, learning from the experience of all the major stakeholders (S. Onyett, *et al*, 1996, p. 53).

## Litteratur og kilder

- Argyris, C. (1999). *On organizational learning*. Oxford: Blackwell Business.
- Bang, H. (2008). *Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det?* Tidsskrift for norsk psykologforening, 45, 2-16.
- Bang, H., Middelfart, T (2010). *Dialog og effektivitet i ledergrupper*. [Fagartikkel]. Tidsskrift for norsk psykologforening, 47, 4-15.
- Berg, J. E. (2010). Ressursene er blitt borte Retrieved 08.02, 2010
- Brenna, J., Andersen, I. (2009). Brugata knivmann dømt til psykisk helsevern Retrieved 09.09, 2009
- Frich, J. C. (2007). Kvalitative studier. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(20), 2649.
- Garvin, D. e. a. (2008). Is Yours a Learning Organization? *Harvard Business Review*, 10.
- Groven, G., et al (2009). *Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Helse-Omsorgsdepartementet (1997a). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*.
- Helse-Omsorgsdepartementet (1997b). *Psykiatrimeldingen*.
- Helse-Omsorgsdepartementet (1998). *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.
- Helse-Omsorgsdepartementet (1999a). *Helsepersonelloven*.
- Helse-Omsorgsdepartementet (1999b). *Spesialisthelsetjenesteloven*.
- Helse-Omsorgsdepartementet (2002). *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2004). *Hvordan holde orden i eget hus: internkontroll i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2006). *Distriktpsykiatriske sentre*.
- Helsedirektoratet (2007). *-og bedre skal det bli!: hvordan kommer vi fra visjoner til handling? : praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2000). *Psykiatriske poliklinikker*
- Helsetilsynet (2001). *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*.
- Helsetilsynet (2008). *Veileder for landsomfattende tilsyn ved DPS*.

- Helsetilsynet (2009). *DPS; Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?*
- Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (2005). *The wisdom of teams: creating the high-performance organization*. London: McGraw-Hill.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforl.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. [Oslo]: TANO.
- Loge, J. (2000). *Tverrfaglighet - for pasienter eller behandlere?* Omsorg, 2, 32-35.
- Malterud, K. (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 125(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Onyett, S. (1995). *Responsibility and accountability in community mental health teams*. Psychiatric Bulletin(19), 281-285.
- Onyett, S. (1999). *Community mental health team working as a socially valued enterprise*. Journal of Mental Health, 8(3), 245-251.
- Onyett, S., et al (1996). *Multidisciplinary community teams: where is the wreckage?* Journal of Mental Health, 5(1), 47-56.
- Onyett, S., et al (1997). *Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams*. Journal of Mental Health, 6(1), 55-66.
- Rosen, A., Callaly, T (2005). *Interdisciplinary teamwork and leadership: issues for psychiatrist*. Australian Psychiatry, 13(3), 234-240.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Steenberg, A.-E. (2007). *Forhold som hemmer og fremmer samarbeid i tverrfaglige team*. Unpublished Hovedoppgave, Universitete i Oslo, Oslo.
- Øvretveit, J. (1996). *Five ways to describe a multidisciplinary team* Journal of interprofessional care, 10, 163-171.

## Intervjuguide

### Fokusgruppe;

#### **Igjen, takk for denne anledningen!**

Jeg er psykiater ved en DPS, poliklinikken. Jeg er nå student ved UiO, masterstudie i helseledelse, og har interesse for hvordan tverrfaglige team innen en psykiatrisk poliklinikk oppleves. Jeg vil ta utgangspunkt i deres poliklinikk med tanke på en masteroppgave med dette som tema.

#### **1. Tverrfaglighet**

- 1a. Dere har ulik faglig bakgrunn. Hvordan viser det seg i måten dere arbeider på i teamet?
- 1b. Oppleveres det nyttig å være ulike faggrupper i teamet? På hvilken måte?
- 1c. Oppleveres det problematisk å være ulike faggrupper i teamet? På hvilken måte?

#### **OPPSUMMER etter 10 minutter;**

#### **2. Team og teamklima**

- 2a Hvordan vil dere beskrive samarbeidsforholdet i deres team?
- 2b Hva er deres styrker og deres svakhet som team?
- 2c Oppleveres det trygt å være åpen i teamet?
- 2e Opplever dere at det er nyttig å jobbe i team? Evt. hvordan?

#### **OPPSUMMER etter 10 minutter;**



2f Hva mener dere bidrar til at teamarbeidet oppleves nyttig?

2g Hva mener dere er hensikten og målet med teamet, hva skal det produsere?

2h Opplevs dere at teamarbeidet fungerer etter hensikten og at dere oppnår forventede mål med teamarbeidet?

2i Hvordan mener dere at teamene evt. kunne ha fungert bedre?

### **OPPSUMMER ETTER 10 minutter**

2j Settes det av tid for refleksjon over eget arbeid og arbeidsmetodikk?

2k Blir det gjennom arbeid i teamet avdekket behov for ny kompetanse eller endret praksis?

2l Hvordan følges i så fall dette opp?

2m Er et det noe teamene bruker for mye tid på?

2n Er det noe teamene bruker for lite tid på?

### **OPPSUMMER ETTER 10 minutter**

### **3. Ledelse**

3a Hva er rollen til deres teamleder?

3b Er teamleder å forstå som en faglig leder?

3c Hvordan mener dere en team leder best kan fylle sin rolle?

3d Hvordan tas beslutninger i teamet?

3e Er det konsensus? Mange omkamper?

3f Er det noen felles teamregler eller formidles det forventninger til hvilke bidrag den enkelte forventes å gi inn i teamet?

### **OPPSUMMER ETTER 10 minutter**

## **Intervju med teamleder;**

### **1. Ledelse;**

1a Hvordan vil du beskrive din rolle som teamleder?

(Faglig leder? Administrator? Kontrollør? Lyttepost?)

1b Opplever du spesielle problemer eller utfordringer som teamleder?

1c Hvordan tas det beslutninger i teamet?

1d Er det konsensus? Mange omkamper?

1e Er det noen felles teamregler eller formidles det forventninger til hvilke bidrag den enkelte forventes å gi inn i teamet?

### **2. Tverrfaglighet**

2a Opplevs det nyttig at det er ulike faggrupper i teamet? På hvilken måte?

2b Opplevs det problematisk å være ulike faggrupper i teamet? På hvilken måte?

### **3. Team og teamklima**

3a Hvordan vil du beskrive samarbeidsforholdet i ditt team?

3b Hva er deres styrker og deres svakhet som team?

3c Hva mener du er hensikten og målet med teamet, hva skal det produsere?

3d Opplevs du at teamarbeidet fungerer etter hensikten og at dere oppnår forventede mål med teamarbeidet?

3e Hvordan mener dere at teamene evt. kunne ha fungert bedre?

3f Settes det av tid for refleksjon over eget arbeid og arbeidsmetodikk?

3g Blir det gjennom arbeid i teamet avdekket behov for ny kompetanse eller endret praksis?

3h Hvordan følges i så fall dette opp?

## **Stillingsbetegnelse for teamleder ved aktuell poliklinikk**

### **Teamlederfunksjon; Psykiatrisk poliklinikk, aktuell DPS**

#### **1. Stillingsbetegnelse**

Teamleder

#### **2. Stillingsinnehaver**

Stillingsinnehaver er psykologspesialist eller legespesialist ved seksjonen og det er inngått avtale mellom medarbeideren og seksjonsleder om innehavelse av denne funksjonen. Dette innebærer ikke innehavelse av stilling i ordinær forstand men innehavelse av arbeidsfunksjonen som her beskrevet.

#### **3. Direkte overordnet**

Seksjonsleder eller dennes stedforstreder

#### **4. Rammebetingelser**

1. En del av seksjonens pasientsaker fordeles til hvert team ved dets teamleder etter nærmere kjent fordelingsnøkkel.
2. Teamet er tverrfaglig sammensatt (sosionom, sykepleier, psykolog og lege) og hvert team har tildelt sin andel av seksjonenes totale behandlerkapasitet.
3. Teamleder kan nytte seksjonens sekretærtjenester etter behov.

## **5. Fullmakt/autorisasjon**

Fullmakter delegert fra nærmeste overordnede omfatter:

- Vurdering av tildelte pasientsaker iht nødvendig og hensiktsmessig helsehjelp.
- Faglig ansvar iht. utredning og behandling av de pasientsaker som tilhører teamet.
- Om teamleder er psykolog vil beslutninger iht medikamentelle og somatiske problemstillinger tilfalle lege. Teamleder skal påse at slik medisinsk kompetanse til enhver tid er tilgjengelig i teamet.
- Møteledelse (teammøtene).

## **6. Funksjonsansvar**

1. Vurdere nyhenviste pasientsaker iht rett til helsehjelp.

Fordele saker fortløpende til teamets medarbeidere ut i fra den enkeltes kompetanse og kapasitet. Tillage svar med begrunnelse til pasient og henviser vedrørende saker hvor en ikke finner grunnlag for å iverksette et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Dokumentere saksbehandlingen fortløpende i pasientjournalen

2. Lede teammøtene. Bruke møtet som et drøftings og beslutningsorgan. Kvalitetssikre utredning og behandling hos medarbeider i teamet (herunder diagnose, behandlingsplan og epikriser): Gi anledning for ad hoc råd iht aktuell pasientsaker.

3. Leder tilvirkelse av teamkultur slik at medarbeiderne opplever tilstrekkelig trygg tilhørighet i et faglig forsvarlig felleskap.

4. Lede implementering av nyutviklede (faglige) retningslinjer for arbeidet som beskrevet i prosedyrer eller bestemt av nærmeste overordnede.

## **7. Medlemskap**

Teamleder skal representere teamene i møter hvor det er hensiktsmessig å delta:

- Teamledermøter

- Inntaksmøte

- Avdelingsbaserte møter for evaluering og planlegging (årsseminar og liknende)