

Kompetanseoverføring i team

En kvalitativ undersøkelse av hvordan fagfolk beskriver sin
opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og
tverretatlig samhandlingsteam.

Trude Irene Gusgaard



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG
VESTFOLD**

15. september 2015



| | |
|--|-----------------------------|
| Navn: Trude Irene Gusgaard | Dato: 15. september 2015 |
| Tittel og undertittel: Kompetanseoverføring i team. En kvalitativ studie av hvordan fagfolk beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam. | |
| <p>Sammendrag:</p> <p>Bakgrunn: På bakgrunn av ny oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er det behov for kompetanseoverføring mellom etater. Likedan er det behov for overføring av kompetanse mellom fagfolk som skal behandle mennesker med sammensatte behov. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk er en gruppe i stort behov av godt kvalifisert og profesjonell hjelp gitt av fagfolk ved flere etater. Samhandlingsreformen ble innført i 2012 og har til hensikt å bedre folkehelsen og helse- og omsorgstjenester gjennom økt forebygging, tidligere behandling og bedret samhandling på tvers av etater. Da Samhandlingsreformen ble innført ble det oppfordret til å etablere egne team på tvers av etater for å fremme kompetanseoverføring. Litteratursøk viser at det er gjort få studier på hvordan fagfolk opplever kompetanseoverføring i slike team.</p> <p>Hensikt: Å bidra med økt kunnskap om hvordan fagfolk opplever kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam.</p> <p>Teoretisk forankring: Oppgaven tar utgangspunkt i teorier om kompetanseutvikling og kompetanseoverføring samt relevante lover og nasjonale føringer.</p> <p>Metode: Studien har et induktivt, eksplorerende og fortolkende design. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2014 ved hjelp av semistrukturerte intervjuer av fire informanter. Lydopptak av intervjuene ble transkribert i sin helhet og er analysert i tråd med fenomenologisk-hermeneutisk metode.</p> <p>Resultat: Funnene viser at fagfolk opplever kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam. Det har betydning å møtes for å utveksle kunnskap om hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærminger, samt at fagfolk opplever dette som lystbetont og nyttig. Felles klinisk arbeid fremmer overføring av kunnskap som ikke er satt ord på. Fagfolk som arbeider sammen utvikler ny kunnskap, såkalt merviten.</p> <p>Konklusjon: Tilrettelegging for en respektfull og reflekterende kultur vil fremme kompetanseoverføring eller i motsatt fall hemme kompetanseoverføringen. Det bør tilrettelegges for at fagfolk i stor grad arbeider sammen i kliniske situasjoner for å fremme overføring av kontekstuell kunnskap og utvikling av merviten.</p> | |
| <p>Nøkkelord: kompetanseoverføring, alvorlig psykisk lidelse, rusavhengighet, semistrukturerte intervjuer, fenomenologisk-hermeneutisk</p> <p>Antall ord: 22 000</p> | |



FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Papirbredden Drammen Kunnskapspark
Grønland 58
3045 DRAMMEN

| | |
|---|-----------------------------|
| Name: Trude Irene Gusgaard | Date: 15. september 2015 |
| Title and subtitle: Transferring competence in a team. A qualitative study of how professionals describe their experience of transferring competence in an interdisciplinary and interdepartmental coordination team. | |
| <p>Summary:</p> <p>Background: Among other things, in light of new tasks between municipal and specialist health care there is a need for transferring expertise and competence between different departments. Likewise, there is a need for transfer of expertise between professionals who will treat people with complex needs. People with severe mental illness and substance use disorder is a group in great need of good qualified assistance provided by professionals at several departments. To improve public health and health services the government introduced a reform, Samhandlingsreformen, in 2012. When the reform was introduced, it was encouraged to establish teams across departments to promote transfer of expertise. A literature search shows that there has been few studies on how professionals experience the transferal of competence in such teams.</p> <p>Objective: To contribute to increased knowledge of how professionals experience competence in an interdisciplinary and interdepartmental coordination team.</p> <p>Theory: The study is based on theories of human resource development and knowledge transfer as well as relevant laws and national guidelines.</p> <p>Method: The study has an inductive, explorative, and interpretive design. Data collection was carried out in 2014 through 4 semistructured interviews. Audio recordings of the interviews were transcribed in full and analyzed in accordance with phenomenological- hermeneutical method.</p> <p>Findings: The study show that professionals experience a transferal of competence in an interdisciplinary and interdepartmental coordination team. It is significant to meet in order to exchange knowledge about each other's services and approaches , and professionals find this pleasant and useful. Common clinical work promotes transfer of knowledge that is not put into words . Professionals who work together seems to develop new knowledge.</p> <p>Conclusion: Facilitating a respectful and reflective culture will promote knowledge transfer or otherwise inhibit the transfer of knowledge. It is important to facilitate the possibility for different professionals to work together in clinical situations, in order to promote a transfer of contextual knowledge and the development of new knowledge.</p> | |
| Key words: transferring competence, severe mental illness , addiction , semi -structured interviews , phenomenological - hermeneutical method. Number of words: 22000 | |

FORORD

Tusen takk til alle i samhandlingsteamet som så velvillig meldte seg som informanter, og takk til de som faktisk ble intervjuet! Uten dere ville naturlig nok ikke denne oppgaven blitt noe av.

Takk til veileder for kloke ord samt forvirrende, men dog nødvendige spørsmål.

Om jeg ikke er noen forskerspire etter dette prosjektet, vil jeg ta med meg nyttig kunnskap om kritisk lesning av forskning samt se forskningen i lys av hverdagens praksis. I så måte håper jeg å kunne bidra til å implementere ny kunnskap i praksis.

Tusen takk , Kjetil. I ennå større grad enn til vanlig har du handlet, vasket, laget mat og luftet bikkja. Du er som alltid min sterke klippe!

Ph.D. Andersen har bidratt med svært gode innspill i innspurten. Tusen takk, Per!

Det har tidvis vært krevende og vanskelig å prioritere bort middag med venner, hytteturer med familie og andre hyggelige sosiale treff. Jeg er så takknemlig for den forståelsen alle i familie og vennekrets har vist i forhold til at jeg har prioritert annet enn sosialt samvær i en periode. Nå er jeg ferdig! Jeg ser fram til å treffes mye i tiden fremover.

Trude Gusgaard

Drammen, 15. september 2015

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----|
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for studien | 2 |
| 1.2 Hensikt med studien | 3 |
| 1.3 Problemstilling | 4 |
| 2.0 TEORI | 5 |
| 2.1 Prosjekt "Etablering av samhandlingsteam" | 5 |
| 2.1.1 ACT-team | 5 |
| 2.1.2 FACT-team | 8 |
| 2.1.3 S-Flex modellen | 10 |
| 2.1.4. Samhandlingsteamet | 10 |
| 2.2 Lovverk og nasjonale føringer | 13 |
| 2.2.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse | 13 |
| 2.2.2 Rusreformen | 14 |
| 2.2.3 Opptrappingsplanen for rusfeltet | 14 |
| 2.2.4 Samhandlingsreformen | 14 |
| 2.2.5 ROP- retningslinjen | 15 |
| 2.3 Teoretisk forankring | 16 |
| 2.3.1 Donald Schöns "Reflection - in - action" | 16 |
| 2.3.2 Hubert L. og Stuart E. Dreyfus sin mester-svenn-modell. | 17 |
| 2.3.3 Pierre Bourdieu om samfunnsmessig makt og skjulte maktforhold | 17 |
| 2.3.4 Orvik anser kompetanse som noe kollektivt fagpersoner har sammen | 18 |
| 2.4 Litteratursøk | 19 |
| 2.4.1 Søkeord og gjennomføring av søk | 20 |
| 2.5 Gjennomgang av tidligere forskning | 21 |
| 2.5.1. Erfaringsbasert kunnskapsdeling i praksisfellesskap. | 21 |
| 2.5.2. Klinisk kompetanse og merviten | 22 |
| 2.6 Definisjoner | 24 |
| 3.0 METODE | 26 |
| 3.1 Vitenskapsteori | 26 |
| 3.1.1 Fenomenologi | 27 |
| 3.1.2 Hermeneutikk | 29 |
| 3.1.3 En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming | 31 |

| | |
|---|----|
| 3.2 Kvalitativ forskningsmetode..... | 32 |
| 3.3 Forskerens ståsted..... | 33 |
| 3.4 Datainnsamling..... | 33 |
| 3.3 Utvalg | 34 |
| 3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av semistrukturerte intervjuer | 35 |
| 3.4.3 Transkribering - fra tale til tekst | 36 |
| 3.5 Dataanalyse..... | 37 |
| 3.5.1 Analyse av teksten | 37 |
| 3.6 Etiske refleksjoner | 38 |
| 3.6.1 Informert samtykke..... | 38 |
| 3.6.2 Konfidensialitet og anonymitet | 38 |
| 3.6.3 Etiske refleksjoner over egen undersøkelse | 39 |
| 3.7 Studiens kvalitet | 39 |
| 3.7.1 Studiens validitet | 40 |
| 3.7.2 Studiens reliabilitet | 41 |
| 3.7.3 Studiens refleksivitet | 41 |
| 4.0 PRESENTASJON AV FUNN..... | 42 |
| 4.1 Helhetlig forståelse | 43 |
| 4.2 Opplevelse av samhandlingsteamets stormøte som sentral arena for kompetanseoverføring | 44 |
| 4.2.1 Økt faglig forståelse..... | 44 |
| 4.2.2 Bedre oversikt over tjenestetilbud | 46 |
| 4.3 Opplevelsen av felles klinisk praksis som arena for kompetanseoverføring..... | 47 |
| 4.3.1 Situasjonsbetinget kompetanse..... | 49 |
| 4.3.3 Faglig forståelse og arbeidsform | 49 |
| 4.3.4 Overføring av kunnskap om hjemmebehandling | 50 |
| 4.3.3 Å trygge gjennom tilstedeværelse | 51 |
| 4.4 Opplevelsen av at møtekultur har betydning for kompetanseoverføringen | 52 |
| 4.4.1 Møtestruktur | 52 |
| 4.4.2 Åpen og reflekterende holdning | 53 |
| 4.5 Oppsummering av funn | 54 |
| 5.0 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER | 55 |
| 5.1 Respektfull og reflekterende kultur som fremmede faktor for kompetanseoverføring | 55 |

| | |
|---|----|
| 5.2 Arbeidsform som fremmede faktor for kompetanseoverføring..... | 57 |
| 5.3 Felles klinisk praksis som fremmede faktor for kompetanseoverføring og utvikling av ny kunnskap..... | 59 |
| 5.2 Implikasjoner for praksis | 60 |
| 5.4 Videre studier | 61 |
| 6.0 KONKLUSJON..... | 62 |

Vedlegg:

1. Signert godkjenning avdelingssjef
2. Mail sendt til teamleder for å rekruttere informanter
3. Personvernombudets tilråding
4. Informasjons- og samtykkeskjema
5. Intervjuguide
6. Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS (NSD)
7. Eksempler fra analyseprosessen

OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Figur 1: Side 6

Modell som viser hvor sammensatt problematikk mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk har (Helsedirektoratet, 2008, s. 12)

Figur 2: Side 9

The seven C's: Krav til oppfølging og behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse utenfor døgnbehandling i FACT (Veldhuizen, 2012, s. 15)

Figur 3: Side 12

Oversikt over Samhandlingsteamets representanter, mai 2014. (Eget oppsett)

Figur 4: Side 19

Kunnskapspyramiden (Vandvik, Bretthauer & Kongerud, 2013, s. 1612)

Figur 5: Side 20

PICO-skjema som synliggjør søkeord som ble brukt i litteratursøk.
(URL:<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>)

Figur 6: Side 24

Tegning som viser utvikling av merviten i en tverrfaglig gruppe basert på Rosenvinge et al (2004). (Eget oppsett).

Figur 7: Side 30

Den hermeneutiske spiral (Ebdrup, 2012)

Figur 8: Side 42

Tabell som skisserer funn etter analyse av data i denne masterstudien.

1.0 INNLEDNING

Dette er en selvstendig undersøkelse gjennomført i forbindelse med min kliniske master i psykisk helsearbeid. Jeg som skriver dette er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie med videreutdanninger i tverrfaglig psykisk helsearbeid, ambulant og akutt krisehåndtering samt veiledning. Jeg startet min helsearbeiderkarriere som nyutdannet sykepleier ved nyfødt intensiv avdeling i ett år, og fortsatte i 2 år ved en barneavdeling. Etter dette jobbet jeg et lite år i kommunehelsetjenesten. Min arbeidspraksis innen psykisk helsevern startet i 2003 ved et Distriktpsikiatrisk Senter (DPS), der jeg fortsatt er ansatt. I 4 år arbeidet jeg som miljøterapeut før jeg jobbet som behandler i et ambulant akutteam i 6 år. Fra 2013 har jeg jobbet som inntakskordinator.

Med min yrkesbakgrunn har jeg mange års erfaring fra å arbeide i tverrfaglige team. Dette gjelder praksis fra somatikken, psykisk helsevern og som inntakskordinator. Jeg vet at min kompetanse i stor grad er preget av hva jeg har tilegnet meg gjennom å arbeide sammen med alle mine kollegaer. Jeg vil trekke frem tiden som behandler i det ambulante akutteamet, der teamet var tverrfaglig sammensatt. Vi praktiserte alltid å være to fagfolk i alle samtaler. Dette ga meg anledning til å tilegne meg kunnskap gjennom å se og lære hvordan kollegaene mine i samspill med pasienter og pårørende (og meg) utførte psykisk helsearbeid i praksis. Alle pasientsaker ble drøftet i akutteamets daglige morgenmøte, og på denne måten ble det tilrettelagt for overføring av kompetanse.

Høsten 2013 igangsatte DPS'et jeg er ansatt ved prosjektet "Etablering av samhandlingsteam". Prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" baserer seg på en forpliktende samhandlingsmodell som skal tilby tjenester til mennesker med stor funksjonsvikt som følge av psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet. Prosjektet er primært opprettet for å tilrettelegge for sømløse helsetjenester på tvers av etater, men et av målene med prosjektet er å øke kompetanseoverføring mellom tjenesteyterne på tvers av etatene (Brandt, 2013). Prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" vil bli presentert senere i oppgaven.

Da dette prosjektet ble startet så jeg en anledning til å undersøke fagfolk sin opplevelse av kompetanseoverføring gjennom samhandling med andre fagfolk. Valg av tema for undersøkelsen er i utgangspunktet fundert i min nysgjerrighet for hvordan fagfolk opplever kompetanseoverføring når de arbeider med andre fagfolk.

Denne oppgaven er inndelt i seks kapitler. I det første kapitlet vil jeg gjøre rede for hvorfor jeg har valgt kompetanseoverføring som tema og hva som er hensikten med undersøkelsen. I det andre kapitlet vil jeg gjennomgå aktuell teori og relevant forskning på området, før jeg i kapittel tre presenterer forskningsmetode og gjennomføring av selve undersøkelsen. Funnene presenteres i det fjerde kapitlet, og disse funnene drøftes opp mot teori og forskning i det femte kapitlet. Til sist presenteres mulige implikasjoner for praksis og konklusjon.

1.1 Bakgrunn for studien

I Norge er helsetjenestetilbudet til befolkningen inndelt i to nivåer; kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til mennesker med psykiske lidelser og til mennesker med rusmiddelproblemer som følger av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunenes ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvensene av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk (Sosial og helsedirektoratet, 2009). Psykisk helsearbeid i kommunene utføres blant annet av fastlege, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, psykisk helseteam, og et betydelig antall annet personell som jobber med psykisk helsearbeid. Kommunene har også et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Det psykiske helsevernet og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), som består av Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og sentrale sykehusavdelinger, bistår det kommunale psykiske helsearbeidet og rusarbeidet ved behov for spesialisthelsetjenester (Sosial og helsedirektoratet, 2009). DPS består av ulike typer tilbud og tjenester: dag-, døgn-, polikliniske og ambulante tjenester, og alle landets innbyggere omfattes i dag av et DPS. Samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012, legger føringer for at en rekke oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette medfører blant annet et behov for å øke den faglige kunnskapen i kommunehelsetjenesten. En av de store utfordringene Samhandlingsreformen (2009) søker å løse er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok slik tjenestene i dag er organisert, og at brukere opplever helsetjenestene som fragmenterte. For å imøtekomme denne utfordringen er det i tillegg behov for økt kunnskap blant fagfolk i koordinering av tjenestetilbud, kommunikasjon og tilrettelegging for gode og effektive pasientforløp i følge reformen. Da Samhandlingsreformen (2009) ble innført, ble det samtidig opprettet mulighet for å søke om økonomisk støtte for å etablere prosjekter som skapte arenaer som kan fremme samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Et av målene med prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" er å bidra til kompetanseoverføring mellom fagfolk (Brandt, 2013). Denne studien ønsker å undersøke hvordan fagfolk i dette prosjektet beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring gjennom samarbeid på tvers av fagfelt, etater og tjenestetilbud. I tillegg er det ønskelig å identifisere faktorer som kan fremme eller hemme kompetanseoverføring.

1.2 Hensikt med studien

Denne studien ønsker å undersøke hvordan fagfolk opplever kompetanseoverføring i et tverretattlig og tverrfaglig team innen psykisk helse og rusfeltet. Strukturerende litteratursøk fant at det er gjort lite forskning av fagfolk sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretattlig sammensatt team innen psykisk helse og rusfeltet. Denne studien er avgrenset til å omhandle fagfolks beskrivelser av kompetanseoverføring i tilknytning til prosjektet "Etablering av samhandlingsteam".

1.3 Problemstilling

Med utgangspunkt i det ovenstående er det utarbeidet følgende problemstilling:
Hvordan beskriver fagfolk sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam?

Det vil være interessant om undersøkelsen kan synliggjøre mulige faktorer fagfolk beskriver som fremmende og hemmende for kompetanseoverføring, og det er utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

1. Hva beskriver fagfolk som fremmende faktorer for kompetanseoverføring i et samhandlingsteam?
2. Hva beskriver fagfolk som hemmende faktorer for kompetanseoverføring i et samhandlingsteam?

2.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" og behandlingsmodeller som ligger til grunn for prosjektet "Etablering av samhandlingsteam". Deretter presenteres den teoretiske forankringen av undersøkelsen, før relevant lovverk og nasjonale føringer presenteres. Søk etter relevant litteratur og presentasjon av denne presenteres før aktuelle begreper til sist defineres.

2.1 Prosjekt "Etablering av samhandlingsteam".

Høsten 2013 startet prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" (Brandt, 2013). Prosjektet er inspirert av Samhandlingsteamet i Bærum som har utviklet sitt eget tverrfaglige og tverretatlige samhandlingsteam hvor de benytter elementer fra Flexible Assertive Community Treatment (FACT-modellen). FACT-modellen bygger igjen på Assertive Community Treatment (ACT- modellen).

I prosjektbeskrivelsen "Etablering av samhandlingsteam" vises det til andre behandlingsmodeller for å redegjøre for organisering og valg av behandlingsmodell. Av den grunn presenteres ACT- modellen, FACT-modellen og S-Flex-modellen som benyttes ved Samhandlingsteamet i Bærum, før selve prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" blir presentert.

2.1.1 ACT-team

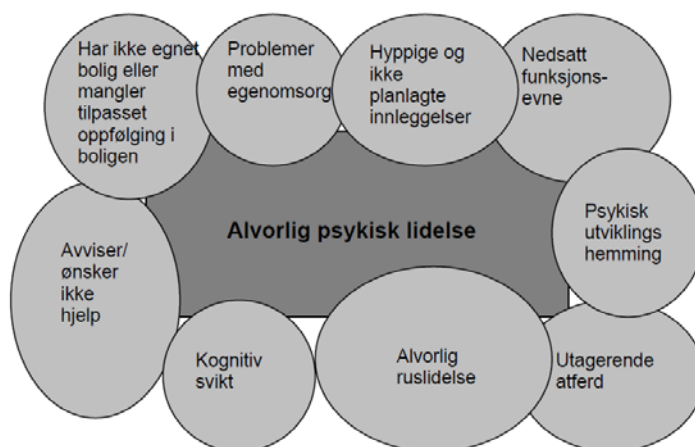
Assertive Community Treatment (ACT) kan oversettes til Aktivt Oppsøkende Behandlingsteam på norsk, og er en teambasert behandlingsmodell rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser for å tilby sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester (Aakerholt, 2013). ACT-modellen ble utviklet i USA på 1970-tallet da store institusjoner ble nedlagt og pasienter med alvorlige psykiske lidelser og sammensatt problematikk ble tilbakeført til lokalsamfunnet. "Assertive" betyr påståelig eller pågående. ACT-teamets behandlere har en mild, insisterende pågåenhet for å komme i kontakt med pasienten.

ACT-modellen har spredd seg til mange europeiske land, og har vært gjenstand for evaluering og forskning. Modellen har veldokumentert effekt ovenfor pasienter med behov for sammensatte tjenester, og ble første gang implementert i Norge som pilotprosjekt i 2006 i Mossregionen.

I Helsedirektoratets regelverk for tilskudd til etablering og drift av ACT-team beskrives målgruppen slik: Langvarige og ustabile sykdomsforløp, langvarige psykotiske sykdommer/schizoaffektive lidelser, alvorlige bipolare lidelser, rusmiddelmisbruk/ruslidelser og tentativt alvorlig psykisk lidelse, alvorlige psykiske lidelser og lett psykisk utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2008). Dette er personer med betydelig funksjonsnedsettelse som har behov for sammensatte og varige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, men som i liten grad evner å benytte det ordinære hjelpeapparatet (se figur 1).

Figur 1

Modell: Illustrasjon av målgruppens heterogenitet og sammensatte problematikk



Helsedirektoratet, 2008.

ACT-teamet etablerer kontakt på pasientens premisser og tilbyr behandling, rehabilitering og dekker behov på tvers av fag og etater (Aakerholt, 2013). Modellen vektlegger sterkt å møte pasientene der de er, og dette gjøres gjennom ambulant, oppsøkende og annen ut-av-kontoret virksomhet. Kongstanken bak dette er at behovet for å overføre lært atferd fra "kunstig" rehabilitering i institusjon til den virkelige verden forsvinner, og at man heller lar pasienten tilegne seg kunnskap og evner fra egen deltagelse i lokalsamfunnet. Nødvendigheten av oppsøkende arbeid for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser understrekes i "ROP-retningslinjen" (Helsedirektoratet, 2012).

Hovedvekten av behandlings- og oppfølgingsansvaret for pasientene i målgruppen skal ligge i ACT-teamet (Aakerholt, 2013). Behandlingsfilosofien er at ACT-teamet skal ha fokus på pasientens mestring, fungering og integrering i lokalsamfunnet, og behandlingsmodellen har et klart mål om å gjenoppbygge eller styrke menneskene i målgruppen sin uavhengighet gjennom rehabilitering. ACT-modellen tar mål av seg å forbygge hjemløshet og unødvendige sykehusinnleggelser, og skal bidra til å gi pasientene en verdig og meningsfull hverdag i sitt eget nærmiljø.

ACT-modellen krever at teamet er tverrfaglig sammensatt med god bemanning, og det er satt en øvre grense der hver behandler har maksimalt 10 pasienter (Aakerholt, 2013). Kravet om tverrfaglig bemanning og grensen for antall pasienter er satt for å sikre at teamet kan håndtere alle nødvendige tiltak og intervensjoner. Av disse oppgavene kan nevnes; kontaktetablering, kartlegging, psykoedukasjon, familie- og nettverksstøtte, hjelp til sysselsetting, rusbehandling, rehabiliteringsarbeid og praktisk hjelp og støtte i hverdagen. Hele ACT-teamet skal være involvert i alle pasientene, og denne involvering skal sikre at ressursene kan settes inn der det er behov for dem.

At ett behandlingsteam skal ivareta et helhetlig tjenestetilbud, bryter med vår tradisjonelle linje- og etatstenkning sier Aakerholt (2013), og med en tenkning hvor fagfolk har klart definerte arbeidsoppgaver knyttet til fag og yrke. ACT-modellen skal ikke oppheve eller utviske faglig kompetanse-områder eller spesialiteter, men det passer best for medarbeidere som liker å jobbe utradisjonelt og tett sammen med andre. Medarbeiderne må hele tiden tåle å dele egne arbeidserfaringer på godt og vondt med kollegaene og ikke nødvendigvis ha et kontor å trekke seg tilbake til. ACT er en intensiv behandlingsform med mange treff i uka, og teammodellen ble utviklet som norm for å unngå at pasienten ble for avhengig av en enkelt behandler. Samtidig er teamets målgruppe pasienter som ofte har problemer med å knytte relasjoner, og som bruker lang tid på nye kontaktetableringer. Teamet må derfor avveie hvor mange behandlere som kan introduseres samtidig. Det viktige med teambasert behandling er at den enkelte behandler ikke skal sitte alene med "sine pasienter", noe som oftest er vanlig i polikliniske og oppsøkende virksomheter (Aakerholt, 2013). Innenfor ACT skal teamet stå for kartlegging, planlegging og gjennomføring av tiltak. Det betyr at flere må kjenne den enkelte pasient.

2.1.2 FACT-team

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) ble videreutviklet av ACT-modellen da det etter hvert som ACT-modellen ble tatt i bruk i Europa ble klart at den var lite egnet for områder med lav befolkningstetthet. Dette skyldtes at det ikke var mange nok pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ustabilitet til at ressursbruken kunne forsvares, samt at behandlerne ble beskyldt for "å gå i beina" på brukerne. FACT-modellen ble utviklet i Nederland av psykiateren J. R. van Veldhuizen og psykologen M. Bähler (Aakerholt, 2013). Både ACT og FACT retter seg mot brukere med alvorlig psykisk lidelse, og begge modellene er opptatt av å nå pasienter med stor funksjonssvikt. Vektleggingen av oppsøkende behandling, og at behandlingen skal foregå på brukers arena er en må-aktivitet i begge modellene. Et sentralt suksess-kriterie for ACT-teamet er den tverrfaglige sammensetningen, og denne er videreført i FACT (Aakerholt, 2013). ACT-teamene følger pasientene i sin portefølje tett.

Den store forskjellen mellom ACT- modellen og FACT- modellen er intensiteten i oppfølgingen og målgruppen (Veldhuizen, 2013). Fleksibiliteten i FACT handler om at pasientene som følges av teamet vil ha varierende behov. I perioder kan pasientene trenge intensiv oppfølging i form av ACT, mens de i andre perioder kun har behov for at tjenestene deres koordineres. Selv om FACT først og fremst er et tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse er FACT også tenkt å favne noe videre enn et tradisjonelt ACT-team. I tillegg til å ha en pasientportefølje der de følger pasientene tett, har FACT-teamet en stor pasientportefølje der hovedoppgaven er å koordinere tjenestetilbudene pasienten mottar.

Pasientene FACT-teamet har i oppfølging er derfor delt i to; ca 80% av pasientene er i behov av koordinering av tjenester, såkalt case management, og ca 20 % av pasientene er i behov av ACT-tilnærming . Innholdet i behandlingen som tilbys i et FACT-team gjenspeiles ut fra de 7 C'er (se figur 2 neste side).

Figur 2

| The seven C's: Krav til oppfølging og behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse utenfor døgnbehandling | | |
|---|---------------------|--|
| 1 | Cure | Kunnskapsbasert behandling eller hjelp til å mestre lidelsen i tråd med de tverrfaglige retningslinjer som er utformet i ulike land. Medisinsk og sykepleiefaglig-behandling Psykologisk behandling (Kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, EMDR mm) Rusbehandling Somatisk screening/behandling (metabolsk screening) |
| 2 | Care | Daglig støtte og veiledning Sykepleiefaglig veiledning, assistanse til dagliglivets gjøremål, forebygge forekomsten, ha oppmerksomhet på hygiene Rehabilitering Ha øye for bedringsprosesser (recovery) Kontinuitet i hjelpen, forebygge drop-out |
| 3 | Crisis Intervention | Intensiv hjelp og støtte hjemme ved hjelp av delt caseload 7x24 timers tilgjengelighet Kriseintervensjon, risikovurdering Akuttinnleggelse, kortvarig, brukerstyrte senger Inkludere familien/støttekontakt |
| 4 | Client-Knowhow | Bruke pasientens erfaringskompetanse Sikre delt beslutningsgrunnlag Recovery-orientering Empowerment Benytte brukerspesialisten |
| 5 | Community-support | Familiekontakt Lokalbasert støtte Støtte til bolig, arbeid, velferdstjenester IPS: Individuell støtte og veiledning i å finne og beholde jobb Inkludering Forebygge ordensforstyrrelser |
| 6 | Control | Risikovurdering og sikkerhetsrutiner for pasient og miljø Initiere og utføre tvungen psykisk helsevern når det er indikert etter risikovurdering |
| 7 | Check | Evaluering av effekten av behandling Rutinemessig monitorering og kartlegging Evaluering av valgt behandlingsstrategi Sertifisering |

Veldhuizen (2013) skisserer at et FACT-team kan betjene inntil 200 pasienter, men uansett skal være sammensatt av følgende kompetanse:

Den optimale sammensetningen av et FACT-team er psykiater i full stilling, teamleder i halv stilling, totalt 7 casemanagere (sosionomer, sykepleiere og vernepleiere med kompetanse innen psykisk helse og rus og sosialt arbeid), 1 psykolog, 1 brukerspesialist og en arbeidsspesialist.

2.1.3 S-Flex modellen

Samhandlingsteamet i Bærum (SiB) ble etablert i 2012, og hadde til hensikt å hindre at mennesker med behov for sammensatte tjenester falt mellom to stoler. Kriterier for inntak i SiB er at man må ha en alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet, stor funksjonssvikt og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet (Andersen, 2013). Målgruppen samsvarer i stor grad med ACT og FACT sine målgrupper, og har hentet flere elementer i sin organisering fra disse modellene. SiB er tverrfaglig sammensatt av ansatte i brøkestillinger fra psykisk helse og rus i kommunen og fra DPS i Bærum, og det er utviklet en forpliktende samhandlingsmodell, S-Flex.

S-Flex modellen baserer seg på en arbeidsmetode fordelt på tre prinsipper, der SiB i varierende grad er aktivt involvert i pasientbehandlingen skriver Andersen (2013).

Det første prinsippet er 1) Innskrevet i teamet, det andre prinsippet er 2) Skulder ved skulder og det tredje prinsippet er 3) Veiledning til systemet (Andersen, 2013).

1) Innskrevet i teamet vil si at pasienten fyller de oppsatte kriteriene for inntak, men mangler behandlingskontakt og har manglende stabilitet i livssituasjonen. Når pasienten er innskrevet i teamet, blir pasienten aktivt motivert for behandling og tilbudt tilpassede hjelpetiltak både fra NAV, kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus. Dette kan sammenlignes med hvordan et ACT-team jobber.

2) Skulder ved skulder eller "skuldring", vil si at pasienten i utgangspunktet fyller de oppsatte kriterier for inntak, men er forankret i det ordinære tjenesteapparatet med en behandlingskontakt og/eller har en forholdsvis stabil livssituasjonen. I slike tilfeller tilbys behandlingskontakten en utvidet form for veiledning/støtte og praktisk bistand fra teamet. Fagpersonen fra SiB som går inn i denne rollen er alltid en fagperson fra det motsatte forvaltningsnivået.

3) Veiledning til systemet, gir systematisk veiledning overfor instanser i kommunal regi på lik linje med spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt for øvrig.

2.1.4. Samhandlingsteamet

Prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" omtales i den videre presentasjonen og utover i oppgaven som samhandlingsteamet. Samhandlingsteamet retter seg mot mennesker med stor funksjonssvikt som følge av psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet som har svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet og/eller høy risiko for negative konsekvenser ved

tilbakefall (Brandt, 2013). Samhandlingsreformen (2009) oppfordrer til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å gi et mer helhetlig tjenestetilbud og fremme kompetanseoverføring. Hensikten med samhandlingsteamet er å sikre at mennesker i målgruppen har et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud, gjennom at ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten finner fleksible løsninger. (Brandt, 2013). Samhandlingsteamets målgruppe har mye til felles med målgruppen i ACT, FACT og S-Flex-modellen, og søker i likhet med SiB å hindre at mennesker i behov av sammensatte tjenester skal falle mellom to stoler.

Samhandlingsteamet baserer seg på en forpliktende samarbeidsmodell mellom et DPS og to kommuner, og en viktig målsetting er at et tverretattlig samhandlingsteam vil bidra til at hjelpeapparatet får et tettere og bedre samarbeid med sømløse overganger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste slik det beskrives i prosjektbeskrivelsen (Brandt, 2013). Videre beskrives at "en slik samhandlingsmetode vil bidra til økt kompetanseoverføring mellom tjenesteyterne og en økt felles forståelse, kultur og språk, gjennom en samhandlingskultur preget av likeverd, tillit og respekt". Prosjektet støttes av Helsedirektoratet med ca 1 000 000 kroner årlig.

Mennesker med stor funksjonsvikt som følge av psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet kjennetegnes ofte av å være i behov av særlig tilrettelegging på grunn av en ustabil livssituasjon og av at de har sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2008).

Helsetilsynets rapport nr 8/2007 beskriver at følgende tilleggsproblemer er vanlig:

- Problemer med egenomsorg, står i fare for å forfalle fysisk og psykisk
- Har omfattende funksjonsnedsettelse, vanskeligheter med å mestre daglige aktiviteter som innkjøp, matlaging, renhold og økonomi
- Tendens til isolasjon, nedsatt evne til involvering og relasjonsbygging, avviser ofte kontakt. Manglende samhandling om avtalt behandling
- Store konsekvenser ved tilbakefall, for eksempel psykosegjennombrudd
- Utagerende eller truende atferd
- Hyppige og ikke planlagte innleggelser
- Forsinket utskrivelse på grunn av mangel på egnet bolig
- Bostedløshet eller problem med å opprettholde et botilbud
- Rusmiddelmisbruk
- Problemer med nabolaget
- Somatiske lidelser

Punktene viser noe av kompleksiteten i disse pasientenes hjelpebehov, og gir et bilde av hvor sammensatt fagkunnskapen i hjelpeapparatet må være for å hjelpe denne gruppen. For å arbeide med denne målgruppen, er fagfolkene i behov av kunnskap fra både psykisk helse feltet og rusfeltet. Samhandlingsteamet er satt sammen av fagfolk fra rus- og psykisk helsefeltet i to kommuner og fagfolk fra forskjellige seksjoner ved det lokale DPS. I tillegg takket NAV i den ene kommunen ja til å stille en representant. Samhandlingsteamet har tre fulle stillinger fra spesialisthelsetjenesten, mens de øvrige deltakerne i teamet har avsatt en viss prosentandel av sine stillinger til å arbeide i teamet.

Figur 3. Oversikt over Samhandlingsteamets representanter, mai 2014.

| Hovedarbeidsgiver | Profesjon | Stillingsprosent |
|-----------------------------|------------------------|------------------|
| DPS rehabilitering døgn | Psykiatrisk sykepleier | 100 |
| DPS rehabilitering ambulant | Psykiatrisk sykepleier | 100 |
| DPS rehabilitering ambulant | Psykiatrisk sykepleier | 100 |
| DPS akutt ambulant | Psykiatrisk sykepleier | 60 |
| DPS allmennpsykiatrisk døgn | Klinisk sosionom | 20 |
| DPS ruspoliklinikk | Psykiatrisk sykepleier | 40 |
| DPS | Psykolog | 50* |
| DPS | Psykiater | 50* |
| Kommune 1 - psykisk helse | Psykiatrisk sykepleier | 40 |
| Kommune 1- rusforebygging | Klinisk sosionom | 40 |
| Kommune 1 - rusforebygging | Lege** | 20 |
| Kommune 1- NAV konsulent | Klinisk sosionom | 20 |
| Kommune 2 - psykisk helse | Familieterapeut | 40 |

* vakant stilling

Avdelingsoverlegen ved DPS stiller i Samhandlingsteamets stormøter på grunn av vakant overlegestilling.

**Denne legen er i tillegg fengselslege

I forkant av oppstart av samhandlingsteamet ble det gjennomført en opplæringspakke for alle ansatte i teamet, med fagdager på tvers av etatene, felles veiledning, det ble etablert ulike tverretatlige/interkommunale samhandlingsarenaer og gjensidige hospiteringsordninger (Brandt, 2013).

Samhandlingsteamet jobber i hovedsak ambulant og oppsøkende, og benytter seg av elementer fra de beskrevne behandlingsmodellene; ACT, FACT og S-Flex (Brandt, 2013). Samhandlingsteamet disponerer lokaler med to kontorer og et møterom, samt leasing-biler. Samhandlingsteamet er tilgjengelig på telefon på dagtid alle hverdager, og kan veilede og drøfte på telefon.

Det kan variere hvilke ukedag de forskjellige ansatte er på jobb i samhandlingsteamet, men hver torsdag er alle ansatte tilstede. Samhandlingsteamets stormøte er lagt til torsdager, møtet arrangeres ukentlig og varer i en time. Samarbeidspartnere oppfordres til å ta kontakt og legge frem saker de ønsker veiledning eller støtte til i stormøtet. I stormøtet kan det gis råd og veiledning, det kan vedtas at samhandlingsteamet går inn i saken eller at det vurderes riktig at det tildeles en fagperson som kan "skuldre" pasientens kontakt. På bakgrunn av at samhandlingsteamets målgruppe har sammensatte behov fordres at fagfolkene har en bred kompetanse. I økende grad er krav og fordringer til fagfolks kompetanse beskrevet i nasjonale føringer slik det vil bli redegjort for nedenfor.

2.2 Lovverk og nasjonale føringer

Det har siden årtusenskiftet vært flere omfattende reformer som har påvirket helsetjenestetilbudet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmisbruk med behov for sammensatte tjenester. På grunn av dette er kravene og forventningene til fagfolks kompetanse økt. De mest sentrale er Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp.nr 63 (1997-1998)), Rusreformen i 2004 (Rundskriv I-8/2004), Opptappingsplanen for rusfeltet 2007-2012 (St.prp. nr. 1 (2007-2008)) og Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009)) og ROP-retningslinjen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Det vil i det følgende bli kort redegjort for disse.

2.2.1 Opptappingsplanen for psykisk helse.

I Stortingsmelding 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* ble det beskrevet at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser ikke var gode nok og at svakhetene i tjenestetilbudet hovedsaklig skyldtes mangelfulle ressurser, for dårlig kunnskap om behovene og for lite kunnskap om hvilke tilbud som burde finnes for å imøtekomme behovene. Stortingsmeldingens formål var å legge et grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. For å oppnå dette ble det foreslått mange virkemidler, som juridiske virkemidler i form av ny lovgivning og økonomiske virkemidler i form av tilskuddsordninger. I tillegg kom utdanningspolitiske virkemidler som hadde som mål å få utdannet tilstrekkelig med faglige kvalifisert personell, samt faglig veiledning fra statlige tilsynsmyndigheter.

Opptappingsplanen (Stortingsproposisjon 63 (1997-98) fulgte opp med konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse er det blant annet gitt tilskudd til tverrfaglig nasjonalt utdanningsprogram i regi av SEPREP der ansatte fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tar felles videreutdanning for arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Støtten til utdanningsprogrammet er i St.prp. 1 (2007-2008) foreslått videreført ut over Opptappingsplanperioden.

2.2.2 Rusreformen

Da rusreformen ble iverksatt fra 1. januar 2004, ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for personer med rusproblemer overført til staten ved de regionale helseforetakene (Rundskriv I-8/2004). Ansvaret for tjenestene ble samtidig endret fra å være hjemlet etter sosialtjenesteloven til å bli definert som spesialisthelsetjeneste i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene fikk i loven betegnelsen "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk" (TSB), som betyr at tjenestene både har et sosialfaglig og helsefaglig innhold (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Rusmiddelmisbrukere fikk med dette pasientrettigheter i tråd med andre behandlingstrengende mennesker.

2.2.3 Opptappingsplanen for rusfeltet

Opptappingsplanen for rusfeltet ble lagt frem som en del av Stortingsproposisjon 1 (2007-2008) for Helse- og omsorgsdepartementet. Målet med opptappingsplanen var å konkretisere en rusmiddelpolitikk som har til hensikt å redusere negative konsekvenser som rusmiddelmisbruk har for enkeltpersoner og samfunnet. Opptappingsplanen for rusfeltet vektlegger behov for at kvalitet og kompetanse innen forebygging, behandling og oppfølging må heves, samt at bedre samhandling og økt brukervedvirkning er sentralt for å lykkes om tjenestene skal bli mer tilgjengelige for de som trenger dem når de trenger dem.

2.2.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2009) ble iverksatt 1. januar 2012 under parolen rett behandling - på rett sted - til rett tid. Samhandlingsreformen (2009) ble innført for å tilrettelegge for at mennesker får den hjelpen de trenger når de trenger den. Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre slik

at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Pasienter og brukere skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. God samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner vektlegges (St.meld. nr. 47, 2009). Samhandlingsreformen skal innføres gradvis, og de økonomiske virkemidlene trådte i kraft fra 1. januar 2012.

Samhandlingsreformen (2009) legger føringer for at kommunehelsetjenesten skal styrkes for at flere kan få hjelp i kommunen og færre i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell vil trenge ny kompetanse og styrket kompetansen innen kommunen, og reformen ønsker kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

2.2.5 ROP- retningslinjen

Til tross for økt oppmerksomhet på mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusavhengighet, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2012). ROP-retningslinjen (2012) beskriver at det som kjennetegner mennesker i denne målgruppen er at det ofte handler om mennesker som bruker rusmidler på en ødeleggende måte for sin livssituasjon. De faller lett utenfor det ordinære behandlingsapparatet og sliter med å klare seg selv i samfunnet.

For å gi personer med ROP-lidelser god behandling kreves godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter, som evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler for å kunne bidra til å gjøre avvikende atferd mer forståelig og akseptabel. ROP-retningslinjen (2012) sier at krav til kunnskap vil avhenge av hvilken rolle den enkelte tjenesteyter har, men at alle bør ha grunnleggende kunnskaper om det som særpreger mennesker med ROP- lidelser.

Uavhengig av om behandlingen ivaretas på kommunalt eller spesialisthelsetjenestenivå anbefaler ROP-retningslinjen (2012) kompetanse i relasjonsbygging, samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen, psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende, tilbakefallsforebygging og anbefalte behandlingsmetoder for de ulike psykiske lidelsene. For behandlere i spesialisthelsetjenesten krever ROP-retningslinjen at behandlere innen tverrfaglig spesialisert behandling skal ha kompetanse til å behandle pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig ruslidelse, likedan som behandlere innen psykisk helsevern skal ha kompetanse til å behandle pasienter med kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og alle typer ruslidelser.

2.3 Teoretisk forankring

2.3.1 Donald Schöns "Reflection - in - action"

Kunnskapen er ikke gitt på forhånd, men blir til i en dialog med situasjonen som *reflection – in – action* mener Schön (1983). Denne kunnskapsteorien representerte et brudd med den positivistiske vitenskapsforståelse da den kom i 1983. Schön (1983) søkte etter et alternativ til en profesjonell praksis som var fundert på en forståelse av at praktisk handling ble regelstyrt av teori, og at metoder og teknikker ble avledet fra systematisk vitenskapelig kunnskap til praksis. Teorien er basert på en forståelse av at de profesjonelle utøvere ikke er å anse som instrumentelle problemløsere. Teorien anerkjenner at det i praksisutøvelse gjøres bruk av teori og forskningsbaserte teknikker, men at dette forekommer i et begrenset omfang. I praksis består arbeidsdagen for den profesjonelle av en rekke komplekse og ubestemmelige situasjoner som preges av usikkerhet og mulige motstridende verdikonflikter. Når fagfolk møter spesielle utfordringer i sin praksisutøvelse baserer de sine løsningsmodeller på en slags ubevisst improvisasjon som de har lært seg gjennom erfaring i praksis, og de vet langt mer enn de kan sette ord på.

Denne kunnskapsteorien bruker begrepet "professional artistry" om den kompetansen som fagfolk innehar for å løse hver enkelt unike situasjon. Dette handler om at yrkesutøveren improviserer og gjør bruk av relevant kunnskap ut fra hva som kreves i situasjonen, og at måten man reflekterer og handler på er bundet sammen av kunstneriske ferdigheter. I "professional artistry" er ikke teoretisk kunnskap utelatt, men teorien har en mindre sentral rolle enn ferdigheter opparbeidet gjennom erfaring, og kunsten er å få en forståelse for problemet på problemets egne premisser (Schön, 1983).

Med begrepet "knowing – in - action" (viten - i - handling) menes en type "knowhow" der kunnskapen forstås som en dynamisk prosess i selve handlingen. Denne kunnskapen kan sammenlignes med å sykle; det er umulig å sette klare ord på det du gjør og kan best beskrives som en spontan, rutinert og ferdighetsmessige utøvelse. Denne "knowhow" kunnskapen er ubevisst så lenge situasjonene er innenfor det kjente og normale.

2.3.2 Hubert L. og Stuart E. Dreyfus sin mester-svenn-modell.

Mester-svenn-modellen går kort ut på at læring skjer ved at en nybegynner observerer og imiterer en ekspert og at nybegynneren går gjennom flere faser før hun/han kan bli ekspert (Dreyfus og Dreyfus, 1986). Utviklingen av modellen er basert på studier av menneskers læringsprosesser. Empiriske studier og observasjoner av sensomotoriske ferdighetsutøvelser som sykling, svømming og kognitive ferdigheter som løsning av kryssord viser at læring av ferdigheter skjer gjennom ulike faser i følge brødrene Dreyfus. Modellens forskjellige faser fra svenn til mester sammenlignes med trinn i en stige, og deles i 6 trinn/nivåer; 1) nybegynner, 2) avansert nybegynner, 3) avansert, 4) kompetent utøver, 5) kyndig utøver, 6) ekspert.

I følge mester-svenn-modellen har en fagperson tilegnet seg en ferdighet når hun/han kan handle uten å følge en oppskrift eller retningslinje bevisst eller ubevisst. Fagpersonen trenger heller ikke ha en klar forestilling av målet med handlingene, det er kroppen som reagerer på situasjonens krav.

Dreyfus og Dreyfus (1986) har vært opptatt av hvordan en nybegynner lærer av en ekspert i et en-til-en forhold. Innen helsetjenesten er det tradisjon for at kunnskap, kompetanse og ferdigheter blir formidlet fra person til person. Denne form for mester-svenn læring er en viktig formidlingsform for holdninger, kunnskap og ferdigheter i helsetjenesten, og kan ses som en kontrast til læring i grupper.

2.3.3 Pierre Bourdieu om samfunnsmessig makt og skjulte maktforhold

Sosiologen Bourdieu mener at mye av makten i samfunnet er skjult eller oversett. Bourdieu påpeker at det ikke bare er de økonomiske forholdene man vokser opp i som avgjør hvem du er, men også kulturen (Aakvaag, 2008). Sosial klasse handler ikke bare om eiendom og økonomi. Din kulturelle bakgrunn definerer hva du liker og hva du ikke liker, måten du snakker på og hva du snakker om.

Det vil i det følgende bli redegjort for Bourdieu sin modell. Bourdieu tenker seg et sosialt rom, der han plasserer den enkeltes klasseposisjon basert på tre typer kapitaler; 1) økonomisk kapital, 2) kulturell kapital og 3) sosial kapital. Den økonomiske kapitalen omfatter alle former for økonomiske ressurser som penger, eiendommer, aksjer og så videre.

Den kulturelle kapitalen kan beskrives som det man gjennom oppvekst og utdanning har tilegnet seg og mestrer av den dominerende kulturens kulturelle koder. En undergruppe av den kulturelle kapital er utdanningskapital, og en lang universitetsutdanning vil gi prestisjefyllt teoretisk spesialkunnskap. Den sosiale kapitalen omhandler alle nettverk en tilhører, som familie, venner, jobb og organisasjoner.

Alle de forskjellige formene for kapital kan byttes mot hverandre, som for eksempel kan penger (økonomisk kapital) byttes mot utdanning (kulturell kapital), eller en god dannelse (kulturell kapital) kan gi tilgang til sosiale kretser som kan tilby høyere status (sosial kapital). Fordi disse forskjellige typene kapital er fordelt ulikt, fører det til at noen dominerer andre; det fører med andre ord til klasselag i samfunnet. Klassene er uttrykk for avstander i "det sosiale rommet", og personer i forskjellige klasser utvikler forskjellig habitus (Bourdieu i Aakvaag, 2008). Habitus kan forstås som at hvert individ tar opp i seg kulturelle normer i sitt miljø som vil virke styrende for hvordan individet tenker, snakker, handler og oppfatter ting.

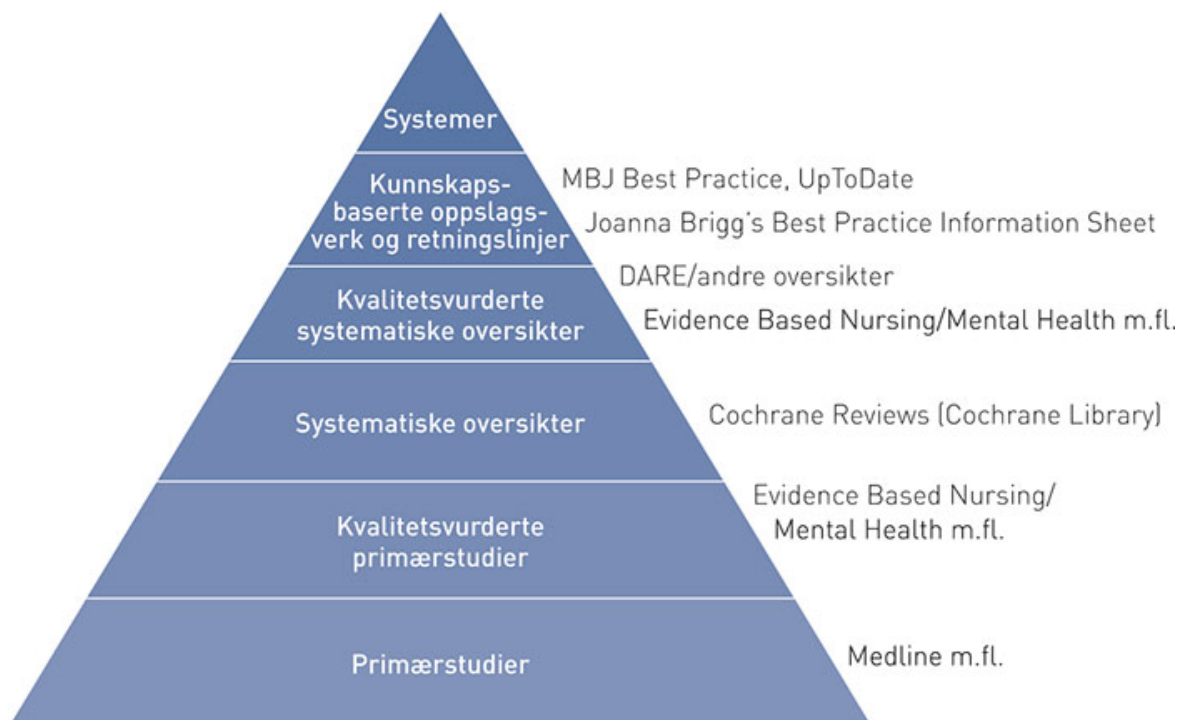
2.3.4 Orvik anser kompetanse som noe kollektivt fagpersoner har sammen

Kompetanse kan forstås som en persons kunnskaper og ferdigheter, men kompetanse er først og fremst noe kollektivt som fagpersoner har sammen sier Orvik (2004). Kollektiv kommer fra det latinske ordet colligere, som betyr å samle på norsk (Store norske leksikon, 2015). Når flere fagpersoner utfyller hverandre oppstår en synergieffekt som gjør at den samlede fagkompetansen og erfaringen blir noe mer enn hva hver enkeltes kompetanse ville vært hver for seg. I godt fungerende tverrprofesjonelle arbeidsgrupper kan ulik kompetanse gi en slik effekt presiserer Orvik (2004).

2.4 Litteratursøk

For å vurdere artikler og studiers kvalitet er den såkalte S6-pyramiden eller kunnskapspyramiden lagt til grunn (Helsebiblioteket, 2006). Kunnskapspyramiden tegner et bilde av at jo høyere opp i pyramiden man finner informasjon, desto mer kvalitetskontrollert er informasjonen.

Figur 4.



(Vandvik, Bretthauer & Kongerud, 2013, s. 1612)

I denne undersøkelsen er det søkt etter informasjon i hele pyramidens høyde ettersom søk øverst i pyramiden ikke ga relevante treff.

Dette innebærer behov for en kritisk vurdering av den informasjonen som gis i primærstudiene og masterstudiene. Tolkningen av dataene blir med stor sannsynlighet preget av min forforståelse av problemstillingen, og videre kan min språkforståelse vanskeliggjøre korrekt fortolkning og videreformidling av dataene, dette gjelder i særdeleshet engelske artikler. Jeg redegjør for min forforståelse i kapittel 3 i punkt 3.3 Forskerens ståsted.

2.4.1 Søkord og gjennomføring av søk

Artiklene som brukes i denne oppgaven er funnet ved søk i de elektroniske databasene SweMed+, Cochrane, Cinahl, PubMed og Norart. I tillegg er det søkt på Google og Google Scholar på grunn av få treff på sentrale søkeord i problemstillingen. På bakgrunn av problemstillingen ble det utarbeidet et PICO-skjema.

Figur 5. PICO- skjema.

| Patients/population/problem HVEM? | Intervention/initiativ/action HVA? | Comparison ALTERNATIVER? | Outcome RESULTAT/EFFEKT? | ↑ OR ↓ |
|---|--|---|--|----------------------|
| Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!) | Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!) | Hvilke alternativer finnes til tiltakene? | Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante? | |
| Mental health Mental disorders Substance-related disorders+ | Cooperation Collaboration Crisis resolution team Multidisciplinary health care team | | Clinical competence Dissemination Skills | |
| AND ←—————→ | | | | |

Sentralt i oppgavens problemstilling står ordet "kompetanseoverføring", men hverken søk etter ordet "kompetanseoverføring" eller "kompetanseflyt" ga resultater i SweMed.

Forskjellige kombinasjoner av søkeordene "clinical competence", "dissemination" og "skills" er forsøkt som et alternativ til ordet kompetanseoverføring.

Ved søk i databasen SweMed+ fant jeg 2 aktuelle artikler.

Jeg fant en review som jeg vurderte aktuell i Cochrane.

Ut i fra at min problemstilling søker å undersøke opplevelser valgte jeg å søke videre i Cinahl som publiserer artikler der det i stor grad er benyttet kvalitativ metode.

Dette søket resulterte i at jeg fant en aktuell artikkel.

Søk i PubMed ga flere treff, men ingen av artiklene var relevante.

Søk i Norart ga enkelte treff, men ingen var relevante for problemstillingen.

I tillegg valgte jeg å søke på Google og Google Scholar. Etter søk på ordet kompetanse fant jeg en masterstudie fra 2012 som jeg valgte å inkludere. I referanselisten til en masteroppgave fant jeg på Google Scholar etter søk på ordet dissemination, fant jeg en interessant artikkel. Tips fra veileder, medstudenter og gjennomlesing av artikler og andre masteroppgaver har ført til kjennskap til flere relevante studier, artikler og bøker. I tillegg har jeg funnet relevant litteratur i referanselister.

2.5 Gjennomgang av tidligere forskning

Litteratursøk og gjennomgang av litteratur viser at det er gjort få studier av hvordan fagfolk fra rus og psykisk helsefeltet beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretattlig team. De funnene som er vurdert som relevante for problemstillingen er presentert nedenfor.

2.5.1. Erfaringsbasert kunnskapsdeling i praksisfellesskap.

Mariann Oldeide Strandheim (2012) undersøkte i sin masterstudie ved psykologisk institutt ved Norsk teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) hvilke faktorer som påvirker praksisdeltakeres erfaringsdeling i en organisatorisk kontekst, samt hvordan tilrettelegge for utvikling av praksisfellesskap for å oppnå og optimalisere erfaringslæring. Masteroppgaven heter "Erfaringsbasert kunnskapsdeling og læring i praksisfellesskap: En kvalitativ undersøkelse i en militær kontekst". Undersøkelsen var basert på et samarbeid med Luftkrigsskolen. For å belyse forskningstemaet ble en kvalitativ metodetilnærming benyttet, og empirien i undersøkelsen ble innhentet fra militært personell tilknyttet Luftforsvarets bidrag i Afghanistan. Strandheim (2012) gjennomførte syv semistrukturerte dybdeintervjuer, og anvendte Grounded Theory som metode og analyseverktøy. Resultatene til Strandheim (2012) indikerer at ulike faktorer både kan fremme og hemme aktiv deltakelse i erfaringsdelingen mellom praksisdeltakere, noe som igjen synes å være avgjørende for om praksisdeltakerne individuelt og praksisfellesskapet kollektivt lærer av disse erfaringene.

Faktorene omhandler hvordan gjennomføringen av erfaringsdelingen foregår, hvilke holdninger praksisdeltakerne bringer med seg inn i slike delingsprosesser, kvalitet på relasjoner og forskjeller i kompetanse.

Resultatene i Strandheim (2012) sin undersøkelse viser at forholdene må legges til rette for at praksisdeltakere skal delta aktivt og åpent i erfaringsdelingsprosesser, og at kompetanseoverføring kan finne sted som en følge av at individer deler erfaringer og kunnskap sammen. I undersøkelsen synes gode erfaringsbaserte læringssirkler å være avhengig av at praksisdeltakerne opplever læringssituasjonen som ønskelig og hensiktsmessig for å se erfaringsdelingens verdi og mening. Dette kan gi praksisdeltakerne positive følelser og holdninger tilknyttet erfaringsdelingen. Positive følelser og holdninger fremstod som en essensiell faktor for aktiv deltakelse i erfaringsdeling og gode læringssirkler i praksisfellesskapet, og kunne bidra til positiv holdningsspredning og godt læringsmiljø i praksisfellesskapet. Nære relasjoner, tillit, hyppige interaksjoner og tidligere erfaringer med de man skulle dele erfaringer med syntes også å være viktig for aktiv deltakelse.

2.5.2. Klinisk kompetanse og merviten

Rosenvinge, Larsen, Skårderud & Thune-Larsen (2004) belyser i artikkelen "Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det og hvordan kan det læres?" sitt syn på utvikling av klinisk kompetanse. Rosenvinge et al (2004) argumenterer for at kunnskaper, kliniske ferdigheter og faglige holdninger er sentrale aspekter ved kompetansebegrepet, og at disse tre aspektene må være integrert i hverandre. De beskriver at en slik integrering fremmes gjennom refleksjon over metodologiske og kontekstuelle rammer for kunnskap og refleksjon over kunnskapens nytteverdi.

Rosenvinge et al (2004) fremholder tre måter som gjør at kunnskap kan omdannes til kompetanse; gjennom kritisk vurdering av faktakunnskap, ved å gjenkjenne og tydeliggjøre kunnskapens verdi- og teorigrunnlag samt gjennom refleksjon over kunnskapens overførbarhet fra den opprinnelige, lokale konteksten.

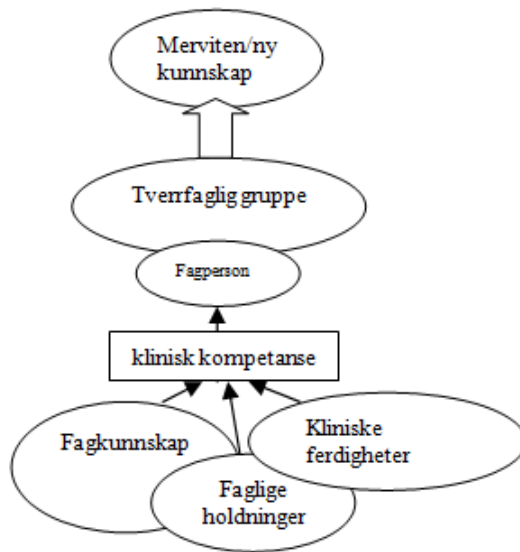
Klinisk kompetanse omfatter også praktiske ferdigheter i konkrete behandlingssituasjoner fremholder Rosenvinge et al (2004).

Kliniske ferdigheter er i første rekke relasjonelle, men det handler i tillegg om å beherske spørreskjemaer, intervjumanualer eller andre hjelpemidler i klinisk vurdering, diagnostikk og behandling på en slik måte at det fremmer en god terapeutisk relasjon. En kompetent utøvelse av kliniske ferdigheter avhenger i følge forfatterne en forståelse av metode, kontekst og nytte. Faglige holdninger beskrives av Rosenvinge et al (2004) som det tredje aspektet ved kompetansebegrepet og omfatter holdninger til mennesker/pasienter og holdninger til kunnskap. Grunnleggende positive oppfatninger av andre mennesker er en forutsetning for fagetisk forsvarlighet. En terapeut som mangler evne til å sette seg inn i pasienters situasjon, eller som oppfatter dem som brysomme, manipulerende eller vanskelige, kan ikke kalle seg kompetent ifølge Rosenvinge et al (2004). De sier videre at faktakunnskap og tekniske ferdigheter er til liten hjelp om man ikke kan skille mellom egne behov og pasientens behov og sørge for en kompetent regulering av nærhet og avstand.

Et grunntrekk i kompetanseutvikling er gjensidigheten mellom faglige holdninger og klinisk erfaring sier Rosenvinge et al (2004). Ens grunnleggende menneskesyn former de kliniske erfaringene man gjør, samtidig som ens kliniske erfaringer påvirker ens menneskesyn. Tverrfaglighet handler om fagspesifikk kompetanse, men ikke minst erkjennelse av at den enkeltes fagkompetanse ikke er tilstrekkelig i forhold til de komplekse kliniske oppgavene som skal gjennomføres sier Rosenvinge et al (2004). Fagspesifikk kompetanse er en forutsetning for å kunne arbeide tverrfaglig, men kompetansebegrepet i en tverrfaglig sammenheng innebærer en utvidelse i forhold til individuell kompetanse.

Målet for tverrfagligheten innebærer ikke bare å arbeide sammen, men handler i stor grad om å utvikle en ny viten. Denne merviten kan ikke den enkelte fagperson utvikle alene, men kun i en faglig relasjon til andre fagpersoner. Merviten blir da ikke det samme som mer (fakta) kunnskap, men en sammenveving av fagpersonenes faglige holdninger, faktakunnskap og ferdigheter ifølge Rosenvinge et al se figur 6 neste side.

Figur 6



(Egen skisse)

Rosenvinge et al (2004) mener at det i både grunnutdannelse og på videregående nivå er behov for å legge større vekt på selve integrasjonen av de beskrevne områdene fremfor å dosere faktakunnskap for å tilrettelegge for utvikling av klinisk kompetanse.

2.6 Definisjoner

Den definisjonen for psykisk helsearbeid som benyttes i denne masteroppgaven er i tråd med slik psykisk helsearbeid beskrives av redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2008).

Psykisk helsearbeid beskrives av redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid som en relasjonsbyggende og kommunikativ virksomhet rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykiske helseproblemer og psykisk lidelse hos den enkelte og i befolkningen. Det er et tverrfaglig arbeid som foregår både på individ-, gruppe og lokalsamfunnsnivå, og kunnskapsgrunnlaget er flerfaglig og tverrfaglig. Fokus er rettet mot faktorer og prosesser som henholdsvis fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet. Arbeidet forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid på tvers av tjenestenivåer - og fremfor alt samarbeid om brukere og deres sosiale nettverk .

Kompetanse blir i denne oppgaven sett på som et sammensatt begrep i tråd med Linda Lai (2004) sin definisjon; "Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål".

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres først oppgavens vitenskapsteoretiske forankring. Så redegjøres det for hvilken forskningsmetode som er anvendt for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Videre presenteres delene i datainnsamlingen. Deretter presenteres etiske refleksjoner og dataanalyse, og til sist omtales metodiske refleksjoner.

Det er den aktuelle problemstillingen, det man ønsker å finne svar på, som er avgjørende for hvilke metodisk tilnærming man velger. Metoden er et verktøy som benyttes for å kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2003). Problemstillingen i denne oppgaven er: Hvordan beskriver fagfolk sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam?

3.1 Vitenskapsteori

Å arbeide vitenskapelig innebærer å utvise en systematisk og ærlig håndtering av kunnskapen, altså å gjøre rede for hvordan man har gått frem når man har samlet inn data, analysert data og fortolket data. "Vitenskap er systematisk og kontrollert utvikling av kunnskap om naturen, mennesket og samfunnet" (Aadland, 2011, side 50)

Denne studien ønsker å undersøke fagfolk sin opplevelse av kompetanseoverføring, og gjennom å benytte en kvalitativ metode er det anledning til å innhente nyanserte data om subjektiv kunnskap i følge Drageset og Ellingsen (2009). Gjennom analysing av transkriberte intervjuer vil undersøkelsen innhente kunnskap på et område hvor det finnes lite forhåndskunnskap. Kvalitativ metode og forskning bygger på humanvitenskap og et vitenskapssyn hovedsakelig inspirert av fenomenologi, hermeneutikk og sosialkonstruktivisme (Drageset og Ellingsen, 2009).

Den vitenskapsteoretiske forankringen for denne masterstudien er en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Studien har en induktiv, eksplorerende og fortolkende design. Induksjon, fra latinsk *inducere*, betyr å slutte fra en rekke enkelttilfeller til det allmenne (Bokmålsordboka.no). Induksjon er en logisk form for slutning og metode som består i at man ut fra en rekke enkelttilfeller (det spesielle) slutter til det generelle (allmenne). Studien er eksplorerende ved at den skaper ny kunnskap på et område hvor det finnes lite forhåndskunnskap og fortolkende ved at data deles inn i meningsenheter som kondenseres og deretter ses i sammenheng med helheten.

3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologi er en filosofisk retning, og danner grunnlaget for den fenomenologiske tenkningen som har vært økende innen helsefag de siste 10-15 årene i følge Aadland (2011). I dette avsnittet gjengi fenomenologi slik det fremstilles av Aadland (2011).

Edmund Husserl (1859 - 1938) regnes som fenomenologiens grunnlegger, og var opptatt av at vi ikke ser og hører tingene i våre omgivelser slik de er i seg selv. I stedet forveksler vi tingen selv med vår oppfatning av gjenstanden, ved at vi tillegger tingen forutsatte egenskaper. Bevisstheten forlenger øyet; og vi ser mer enn vi egentlig ser. Fordi jeg har møtt mange mennesker fra Australia som var joviale og imøtekommende, har jeg en antagelse av at alle mennesker fra Australia er joviale og imøtekommende. Fordi jeg mange ganger har opplevd å utveksle kunnskap med kollegaer når vi har jobbet sammen, antar jeg at andre fagfolk utveksler kunnskap med kollegaer når de jobber sammen. I følge fenomenologien må forskeren sette seg inn i forfatterens eller informantens posisjon for å forstå, det innebærer å legge vekk egne tanker og forforståelse, for å etterstrebe innlevelse og empatisk lesning for å finne intensjon i teksten. Husserl opererer med en jeg-bevissthet som ser og tolker en gjenstand. Av andre kjente fenomenologer kan nevnes Heidegger, Merleau-Ponty og Levinas. Fenomenologien har utviklet seg i ulike retninger, men det foreligger noen felles grunnelementer. Fenomenologien undersøker virkeligheten slik den viser seg for mennesket. Fenomenene er det som viser seg ved seg selv. Dette må forstås som gjenstandens egen fremtredelsesmåte, måten den viser seg og åpenbarer seg på. Det er mulig for den samme gjenstand å vise seg på flere forskjellige måter.

Det er det som viser seg for oss, som er den eneste virkelige verden, og det er en betydelig filosofisk verdi å undersøke den verden som viser seg hevder fenomenologene. Dette kan for eksempel være noe vi fornemmer eller praktisk erfarer (Aadland, 2011).

I motsetning til fenomenologien vil naturvitenskapen lett forstå fenomenene som subjektive og uvesentlige, og noe som tildekker den objektive virkeligheten (Zahavi, 2007).

For å kunne erfare fenomenet mente Husserl at vi må sette all vår egen subjektive erfaring, vår "naturlige innstilling", i parentes. Dette kalles den fenomenologiske epoche. Deretter må vi utføre den fenomenologiske reduksjon, som vil si at vi må tilstrebe og observere fenomenet som ren bevissthet gjennom tematisering av vår naturlige innstilling. Det er svært omdiskutert om dette er mulig å gjennomføre og om senere fenomenologer faktisk har etterlevd Husserls krav sier Zahavi (2007). Fenomenologien mener all vitenskap må utgå fra menneskets hverdagsvirkelighet ved å gå "zu den Sachen selbst" - til saken selv. Husserl oppfordret til å undersøke menneskets erfarte virkelig, slik den faktisk viser seg. Vitenskapelige teorier eller andre oppgitte sannheter skal ikke påvirke det vi ønsker å studere, det er erfaringen vår som skal danne grunnlag for teori. Erfaringen er vår eneste tilgang til fenomenene og alle teorier springer ut av erfaringen (Zahavi, 2007).

Begrepet livsverden ble introdusert av Husserl, og dets betydning er senere fremhevet og gitt utvidet anvendelse i mange filosofiske arbeider. Livsverden er den konkrete, erfaringsbare virkeligheten som vi daglig lever våre liv i og tar for gitt i alle våre aktiviteter. Livsverden har blir oversett av vitenskapen selv om den danner utgangspunkt for alle teorier og vitenskapelighet. Livsverden er ganske forskjellig fra den verden naturvitenskapen forklarer. Å utforske livsverden er et forsøk på å analysere den virkeligheten det erkjennende subjekt befinner seg i (Zahavi, 2007).

Husserl hevdet at naturvitenskapen ikke gav adekvat utforskning av mennesket, fordi den ikke anerkjenner subjektivitet og mening (Thornquist, 2001). Fenomenologien undersøker fenomenene, for eksempel fysiske gjenstander eller fenomenet samhandling eller kompetanseoverføring, slik de viser seg ved seg selv. Dette er den eneste virkelige verden, og det er en betydelig filosofisk verdi å undersøke verden slik den viser seg. For å kunne forstå fenomenene, for eksempel opplevelser av kompetanseoverføring, må man innlemme det subjektet som fenomenet trer frem for, det vil si de som opplever og er en del av kompetanseoverføringen.

Ideen om parentessetting samsvarer ikke med min overbevisning og mening, og denne undersøkelsen er derfor ikke gjennomført i tråd med idealet om å utelate den naturlige innstilling - epochen. Etter min mening kan det å utelate egen subjektiv oppfattelse og forforståelse anses som et forsøk på å ignorere egen subjektivitet og etterstrebe objektivitet som mål. I denne undersøkelsen har jeg tilstrebet å bevisstgjøre meg min egen forforståelse, og å møte fagfolk med en oppfatning av hva som er mine egne fordommer og antagelser. Fenomenologisk forståelse er imidlertid sentralt i studien. Problemstillingen er basert på den filosofiske grunntanken om å gå til saken selv og undersøke informantenes livsverden. I dette tilfelle livsverden til fagfolk som jobber i et tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsteam.

3.1.2 Hermeneutikk

Sentrale tema i hermeneutikken er forståelseshorisont, fordom og den hermeneutiske sirkel - eller spiral. Forståelseshorisont omfatter de oppfatninger, erfaringer og forventninger vi har på et gitt punkt, men som vi ikke retter oppmerksomheten mot. Begrepet fordom henspeiler den bakgrunnsforståelsen forskeren måtte ha om den gruppen som skal forskes på.

Hermeneutikken fokuserer på forståelse og fortolkning. Den har forståelse og ikke forklaring som mål.

Den klassiske hermeneutikken studerte ulike tekster. Begrepet "tekst" er imidlertid utvidet til å omfatte samtale og handlinger, eller såkalte meningsfulle fenomener. Kvale og Brinkman (2009) beskriver hermeneutikk som studiet av tekster med tanke på å fortolke dem og gjennom dette finne den intenderende eller uttrykte meningen. Fokus i denne oppgaven er fagfolks opplevelser. I tråd med hermeneutisk forståelse må opplevelsene gjøres til gjenstand for fortolkning og målet er å finne fagfolks uttrykte mening.

De to fremste representanter for den filosofiske hermeneutikken, Martin Heidegger (1889-1976) og Hans-Georg Gadamer (1900-2002) forfekter at selve den menneskelige eksistens er hermeneutikk. Med dette mener de at mennesker er i verden som forstående og fortolkende historiske vesener (Aadland, 2011).

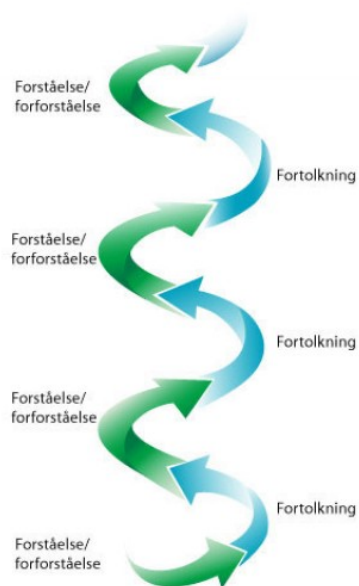
Hermeneutiker Paul Ricoeur (1913 - 2005) var opptatt av hvordan man kunne tolke og forstå en tekst, eller et annet menneske. Han så en tekst som noe mer enn bare de intensjonene forfatteren la inn i den, og mente at teksten blir selvstendig og lever sitt eget liv. Slik gir teksten stadig nye lesere forskjellige budskap.

Hermeneutikken har levert svært viktige bidrag til utviklingen av helse- og sosialfagenes egenart, selvforståelse og oppfatning av virkeligheten. Sosialt arbeid, sykepleie, barnevernsarbeid, fysioterapi og så videre er alle yrker som har som mål å skjønne hva som er best, viktigst og riktigst for klient- brukergrupper som søker hjelp. Kjernen i slikt arbeid er følgelig møtet mellom menende, tenkende og villende mennesker som søker å forstå - hermeneutikkens egen problemstilling.

(Aadland, 2011, s. 177)

Den hermeneutiske sirkel er et viktig fortolkende prinsipp som synliggjør prosessen som veksler mellom å se helheten og å studere enkelte deler, og som innebærer at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene" (Aadland, 2011). Begrepet sirkel er kritisert for å assosiere gjentakelser, mens ordet spiral kan synliggjøre bevegelsen i den hermeneutiske sirkelen (spiralen) på en mer dekkende måte ifølge Aadland (2011). Tolkningen innebærer å se helheten, og på denne måten vil den hermeneutiske spiral bidra til en dypere forståelse av egentlig mening (se figur 7).

Figur 7.



3.1.3 En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

"Gjennom en kombinasjon av fenomenologiens krav om å la fenomenet den andre fremstå så langt mulig på egne premisser, og den hermeneutiske sirkelens innebygde henstilling om å veksle mellom refleksjon og erfaring, del og helhet, forståelse og erfaringstolkning, vil dette være et at de mest betydningsfulle forståelsesverktøyene i alt omsorgsarbeid" (Aadland, 2011 s. 194).

Forskjellene mellom fenomenologi og hermeneutikk krever at det i analysearbeidet veksles og balanseres mellom det beskrivende og det fortolkende. Slik veksler man mellom å utforske det informantene beskriver, til å se alle utsagn i lys av det totale inntrykket man har. På denne måten kan forskeren ha fokus på delene der informanter beskriver sin opplevelse, og samtidig se dette i sammenheng med det inntrykk det totale datamaterialet gir. Det er utviklet flere analysemetoder som på forskjellig vis ivaretar dette, eksempelvis Giorgi (1985), Kvale og Brinkmann (2009), Lindseth og Nordberg (2004) og Malterud (2011).

I denne studien er Lindseth og Norberg (2004) sin 3 trinns modell for analyse brukt. De utviklet en egen analysemetode da de ønsket å forske på helsepersonells forhold til etikk, men ikke fant en egnet metode for dette. Metoden har en fenomenologisk forankring, og kan slik belyse levde erfaringer. Analysemetoden vektlegger at forskningens fokus skal være rettet mot å synliggjøre meningsbærende enheter av den levde erfaringen. Lindseth og Norberg (2004) beskriver metoden som inndelt i tre trinn, først gjøres en naiv lesing, deretter en strukturell analyse som avsluttes med en formulering av en helhetlig forståelse. Den naive lesingen innebærer at fenomenet som studeres skal beskrives så nyansert som mulig, slik forskeren intuitivt forstår det. I den strukturelle analysen undersøkes teksten nærmere ved å identifisere relevante meningsenheter. Meningsenhetene fortettes i subtema som på bakgrunn av innhold abstraheres til tema. Til sist formuleres en helhetlig forståelse av tekstens innhold. Dersom det er uklarheter eller motsetninger mellom den helhetlige teksten og den naive beskrivelsen, må forskeren gå tilbake å skrive en ny naiv beskrivelse med den strukturelle analysen i minnet. Dette kan illustrere en hermeneutisk sirkel eller spiral. Den strukturelle analysen gjennomføres deretter på bakgrunn av helhetsforståelsen. (Lindseth & Norberg, 2004). Analysen er induktiv, ved at den tar utgangspunkt i teksten og trinnvis arbeides frem i en relasjon mellom teksten og forskeren.

"To understand a text is to follow its movement from sense to reference from what it says, to what it talks about."(Ricoeur i Lindseth & Nordberg, 2004, s. 146).

Helsepersonell kan dele historier fra arbeidslivet som de har opplevd som vanskelige eller krevende, uten at de klarer å sette ord på hva det var i situasjonen som opplevdes vanskelig eller krevende (Lindseth & Nordberg, 2004). Mennesker handler ut fra sine holdninger uten nødvendigvis å være bevisst sine egne holdninger i følge Lindseth og Norberg (2004). De sier videre at dette gjør at fagfolk ofte ikke vil være i stand til å svare på direkte spørsmål som omhandler deres holdninger.

3.2 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). "Kvalitative metoder handler om å karakterisere. Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene" (Repstad i Aadland, 2011, s. 206). I kvalitativ forskning kan man ta utgangspunkt i ulike former for innsamlingsmetoder, og metodene spenner fra deltakende observasjon til intervjuer og diskursanalyse (Drageset og Ellingsen, 2009). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv.

Kvalitative forskningsmetoder kan brukes til systematisering av og gi innsikt i menneskelige uttrykk, enten språklige ytringer (i skrift eller tale) eller handling (atferd). Språk og handling har en meningsdimensjon som krever kvalifisert og refleksiv fortolkning for å utvikles til vitenskapelig kunnskap. På områder der det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, kan kvalitative forskningsmetoder være velegnet. Kvalitativ forskning kan bidra til å bringe frem fenomener som har vært lite studert, og til å utvikle velegnede begreper for å studere slike fenomener. Grunnlagsprinsippene for kvalitative forskningsmetoder skiller seg ikke fra velkjente vitenskapelige premisser: systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring, og resultatene deles med andre (Aadland, 2011).

3.3 Forskerens ståsted

Min forforståelse er tuftet på min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier, og de erfaringer jeg har gjort meg gjennom min kliniske arbeidspraksis og som et levd menneske. I følge Lauvås og Lauvås (2004) er det sentralt i tverrfaglig samarbeid at de som samarbeider skal utvikle tverrfaglig kunnskap, ikke kun bidra med det de representerer av fagkunnskap. Orvik (2014) mener at det oppstår en synergieffekt når flere fagpersoner utfyller hverandre. Det gjør at deres fagkompetanse og erfaringer samlet blir noe mer enn deres kompetanse hver for seg og at helheten blir større enn delene. (Orvik, 2014). Erfaringene jeg har fra arbeid i tverrfaglig team har vært med på å prege meg, og det er viktig å være bevisst på dette både i intervjuet og i analysen slik at jeg unngår å spørre etter det jeg har erfart selv og tror er betydningsfullt, men tilstreber å finne ut av hva som er betydningsfullt for intervjupersonene. I analysen har jeg hatt som mål å være ekstra nysgjerrig på det jeg ikke gjenkjenner eller kjenner at ikke samsvarer med egen forståelse.

3.4 Datainnsamling

I denne undersøkelsen er det valgt å gjøre semistrukturerte intervjuer. Studien ønsker å innhente kunnskap om hvordan fagfolk opplever kompetanseoverføring, og individuelle intervjuer med utgangspunkt i deltakerens livsverden, kan på en fyldigere og dypere måte gi kunnskap om fenomenet enn fokusgruppeintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ved å gjennomføre individuelle intervjuer kan man i større grad få innsikt i hva hver informant formidler om sin opplevelse. Valget av metode for innhenting av data er nøye overveid. Alternativet til semistrukturerte intervjuer kunne vært et eller fler fokusgruppeintervju. Å gjennomføre fokusgruppeintervjuer kunne vært en god måte å synliggjøre teamets felles forståelse for hvordan fagfolkene opplever kompetanseoverføring seg i mellom. Samhandlingsteamet hadde vært etablert i 10 måneder da intervjuene ble gjennomført. På bakgrunn av at representantene i teamet har brøkdeler av sin stilling knyttet opp mot samhandlingsteamet, innebærer dette at mange av teamets medlemmer bare har møtt hverandre enkelte ganger og ikke kjenner hverandre. Om man ikke kjenner hverandre, kan man oppleve seg utrygg i en situasjon der en skal snakke om egen og andres kompetanse.

Når man er utrygg kan det være at man i stedet for å ha en åpen tilnærming, velger en tilbakeholden og avventende posisjon eller kommer i forsvarsposisjon. Dette er lite heldig i en intervjusituasjon, og i verste fall kunne dette preget gruppedynamikken i samhandlingsteamet videre på en uheldig måte. Hvordan man lærer og hva man opplever å lære gjennom å arbeide sammen med andre kan være svært forskjellig fra person til person. Å tilkjenne hvordan man opplever kompetanseoverføring kan være en potensiell personlig sårbar situasjon. Blant annet på bakgrunn av at medlemmene i samhandlingsteamet var så ukjente med hverandre og fordi tematikken kan føre til ømtålige situasjoner mellom deltagerne, valgte jeg å gjennomføre individuelle intervjuer.

En utfordring med å velge å innhente data gjennom individuelle intervjuer fremfor gjennom fokusgruppeintervju er at det krever en spesiell varsom behandling og formidling av data, slik at informantens utsagn ikke fremstilles på en slik måte at de er lett gjenkjennelig for teamets andre medlemmer. Alle informantene ble informert om at faren for en viss gjenkjennelse er til stede fordi det er et lite team, men at alle data blir anonymisert og konfidensielt behandlet.

3.3 Utvalg

Denne undersøkelsen ønsker å innhente kunnskap om fagfolk sin opplevelse av kompetanseoverføring i tverrfaglig og tverretattlig team. For at utvalget i størst mulig grad skal være representativt og gyldig ble det vektlagt å spre deltagelse på flest mulig forskjellige etater, fagfelt og profesjoner. Følgende inklusjonskriterier ble vektlagt; medlem i samhandlingsteamet, fortrinnsvis fordelt slik at informantene representerte både rusfeltet og psykisk helsefeltet, flere etater og forskjellige profesjoner. Prosjektleder fikk ikke tilbud om å delta da en slik rolle kan anses som inhabil, og representere en uønsket og unødvendig forutinntatthet.

Etter at avdelingssjef hadde godkjent gjennomføring av undersøkelsen ble prosjektleder i samhandlingsteamet forespurt om å rekruttere informanter. Prosjektleder fikk tilsendt en mail med informasjon om masterprosjektet (se vedlegg 2).

I Samhandlingsteamet ble alle teammedlemmene informert av prosjektleder om at undersøkelsen ville bli gjennomført som en del av mitt masterstudie, og alle stilte seg positive og nysgjerrige.

Det ble vurdert at det ikke var behov for å intervju samtlige teammedlemmer, men i best mulig grad synliggjøre bredden i samhandlingsteamet gjennom å rekruttere informanter med forskjellig bakgrunn hva angår profesjon, fagfelt, og tilhørighet fra spesialisthelsetjeneste versus kommunehelsetjeneste. Det betyr at rekrutteringsprosessen videre prioriterte informanter for å fremme bredest mulig deltagelse.

Av hensyn til informantenes konfidensialitet presenteres ikke informantene ytterligere.

3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av semistrukturerte intervjuer

Jeg var i forkant av intervjuene litt bekymret for at informantene ikke vil være ærlige eller åpne nok om sine personlige erfaringer i frykt for å blottlegge seg for meg eller for at noe av informasjonen ville gå videre. Ved å informere tydelig om konfidensialitet og målet med studien har jeg tilrettelagt for gode og informative samtaler i intervjusituasjonen.

Kvale og Brinkmann (2009) fremhever at forskeren bør gjennomføre intervjuene ut fra en tanke om at intervjuer og informant er to likeverdige parter som snakker sammen om et tema som interesserer begge to.

Det ble lagt til rette for en god og trygg atmosfære i intervjusituasjonen, ved blant annet å gi tydelige rammer for tidsbruk og sted, ved å gjennomgå samtykkeskjema med informant rett i forkant av intervjuet, og i størst mulig grad selv være rolig og tilbakelent i min nysgjerrighet.

I oppstarten av intervjuet gjennomgikk vi på nytt samtykkeskjema og dette ble skrevet under. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker. Innledningsvis i intervjuet snakket vi om hva denne undersøkelsen skulle handle om og informantene fortalte hva slags utdanning og praktisk erfaring de har. Jeg hadde satt av 90 minutter til intervjuet, og samtlige intervjuer fylte denne tiden. Min bekymring om at informantene ikke skulle tørre å dele sin kompetanse med meg, ble til de grader gjort til skamme. To av intervjuene ble gjennomført uten avbrudd, mens to av intervjuene ble gjennomført med pause i ca 10 minutter etter ønske fra informanten. Alle informantene var svært ivrige, og jeg ble ofte avbrudd i mine reformuleringer og spørsmål.

Etter intervjuene var jeg fylt opp av takknemlighet og ydmykhet over alt de hadde delt med meg, jeg ble veldig berørt av at de var så villige til å dele sine tanker og opplevelser. Samtlige informanter ga spontant uttrykk for at de opplevde selve intervjuet/samtalen som svært tankevekkende og positiv.

3.4.3 Transkribering - fra tale til tekst

Transkribering kan i følge Kvale og Brinkmann (2009) forklares som klargjøring av muntlig tale til skriftlig tekst. Det foreligger en rekke etiske spørsmål knyttet opp mot transkriberingsarbeidet. Kvale og Brinkmann (2009) er opptatt av hva som utgjør en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form. Dette spørsmålet er viktig med hensyn til validering av et forskningsarbeid. Intervjuuttalelser er ikke samlet inn, men forfattet i fellesskap med informantene, og analysen av de transkriberte intervjuene er en fortsettelse av samtalen som ble startet opp i intervjusituasjonen sier Kvale og Brinkmann (2009). Informantens svar åpner opp for et bredt spekter av mulige meninger som forfølges i den senere analysen, og en fortsatt dialog med teksten kan skape en fornyet samtale med informanten sier Kvale og Brinkmann (2007) videre. Intervjuene i denne undersøkelsen er transkribert i sin helhet. Dette er i tråd med en fenomenologisk hermeneutisk forståelse, og i tråd med oppgavens problemstilling. Denne undersøkelsen leter ikke etter de riktige eller sanne svar, men etter å få en innsikt i om fagfolk opplever kompetanseoverføring. En slik innsikt avhenger av at intervjuer kjenner til at svarene kan være mange og forskjellige, avhengig av hvem som svarer, hva som spørres etter og hvordan spørsmålene stilles i følge Kvale og Brinkmann (2009).

3.5 Dataanalyse

I denne studien er Lindseth og Nordberg (2004) sin metode for analyse benyttet. Metoden har et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv, som fokuserer på mening og forståelse av menneskelige erfaringer.

3.5.1 Analyse av teksten

I tråd med Lindseth og Nordberg (2004) sin metode er transkriberingen av intervjuene lest igjennom flere ganger. Det transkriberte materialet utgjør totalt 66 sider. Etter den naive lesingen av intervjuene ble det skrevet en kort beskrivelse, en naiv forståelse fra meningsinnholdet i hvert intervju. Den naive forståelsen fra hvert enkelt intervju er så sammenstilt til en felles naiv beskrivelse av det samlede datamaterialet. Sammenstillingen viser at informantene i stor grad er opptatt av de samme temaene, men at det er variasjon i hvordan de ser på disse temaene.

Med utgangspunkt i den naive lesingen ble relevante meningsenheter identifisert, og i det neste leddet av analysen ble de meningsbærende enhetene identifisert og deretter kondensert. Alle meningsenheterne er kodet. Hver informant har fått sitt tall, og meningsenheterne er nummerert fortløpende utover i intervjuet. Meningsenheterne er så klippet fra hverandre og sortert i temaer ut fra den kondenserte meningen i hver av dem. Fordi dette er gjort manuelt er ingenting i tekstens innhold endret. De kondenserte meningsbærende enhetene ble delt inn i 13 undertemaer; 1) kompetanseoverføring, 2) rammer, 3) makt, 4) skjev sammensetning, 5) roller, 6) relasjoner, 7) nyetablert, 8) motivasjon, 9) bevisstgjøring, 10) kompetanse, 11) erfaring, 12) faglig forståelse, 13) innspill på organisering av helsetjenesten. Etter at disse undertemaene ble sett i sammenheng med den naive lesingen, stod det frem 3 hovedtemaer; 1) Opplevelsen av at samhandlingsteamets stormøte er en sentral arena for kompetanseoverføring, 2) Opplevelsen av felles klinisk praksis som arena for kompetanseoverføring og 3) Opplevelsen av at møtekultur har betydning for kompetanseoverføring (se figur 8, s. 53).

3.6 Ethiske refleksjoner

3.6.1 Informert samtykke

Studien var på forhånd meldt til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS (NSD) (Vedlegg 6) og tilråding fra Personvernombudet (PVO) (Vedlegg 3). Informantene ble, så vel i rekrutteringsfase som ved oppstart av intervjuene, informert om at deltagelse i studien var frivillig. De ble informert muntlig og skriftlig om at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi noen grunn. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv om studien som informantene fikk utdelt i forbindelse med rekruttering, ca en måned før intervjuene fant sted. Dette informasjonsskrivet ble igjen gjennomgått ved oppstarten av intervjuet, og signert av informantene slik at kravet om skriftlig samtykke er ivaretatt. Alle erklæringer, lydbåndopptak og informasjon om deltagerne er oppbevart på en forsvarlig måte.

3.6.2 Konfidensialitet og anonymitet

Innsamlet data, i form av lydopptak og transkriberte intervjuer, er oppbevart og håndtert slik at de ikke er tilgjengelig for andre enn forskeren. Transkripsjonene er anonymisert i form av at navn, kjønn, profesjon, hovedarbeidsgiver og lignende opplysninger som lett kan identifisere informanten er fjernet. Alle intervjuene er kodet, slik at hver informant har fått sin kode som kun forskeren kjenner. I presentasjonen av funn er det tilstrebet at uttalelser som gjengis ikke vil kunne identifisere eller påføre informantene ubehag.

Det er tilstrebet konfidensialitet med tanke på bruk av lokaler. To av informantene disponerte eget kontor, og var bekvemme med at intervjuet fant sted der. To informanter disponerte ikke eget kontor, og de foreslo begge at vi brukte kontoret til prosjektlederen i samhandlingsteamet. Dette kontoret er lytt og ligger vegg i vegg med felles-kontor som samhandlingsteamet bruker, og jeg var bekymret for at informantene skulle være engstelige for at det vi snakket om ville bli hørt av andre. Samtidig ville informantene være lett å identifisere når de ble sett på vei ut og inn av kontoret sammen med meg. Jeg har eget kontor i et bygg noen kvartaler unna, men valgte å ikke bruke dette. Jeg valgte å låne et kontor i sidebygningen, fremfor at to av informantene skulle intervjues på mitt kontor omgitt av mine ting. På en slik måte har jeg forsøkt å tilrettelegg for at intervjukonteksten har vært "likest" mulig, tilrettelagt for konfidensialitet og at informantene kunne snakke fritt uten å engste seg for om andre teammedlemmer hørte hva som ble sagt.

3.6.3 Ethiske refleksjoner over egen undersøkelse

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at de grunnleggende forskningsetiske prinsipper er; betydning av informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle. Videre fremhever de at det underveis i prosessen med studien vil oppstå etiske problemstillinger.

Med bakgrunn i at mitt arbeidssted er DPS har jeg gjennom hele prosessen vært bevisst på dette, blant annet med tanke på konfidensialitet. Kollegaer har fulgt engasjert med, og det har derfor vært viktig å være bevisst på hvordan jeg omtaler studien og hva jeg gjengir.

Jeg har vært bevisst på at dette er et lite miljø og mange av informantene og ansatte ved min egen arbeidsplass er kjent med hverandre. Det har vært frivillig å delta, men det kan likevel ikke utelukkes at det kan ha opplevdes som et press å stille siden teamleder rekrutterte og at samtlige teammedlemmer takket ja til å stille som informanter.

Teamet har vært i drift i 10 måneder når intervjuene gjennomføres. Dette kan ha innvirkning på informantenes svar, med tanke på at teamet er i en etableringsfase. I en etableringsfase kan en tenke at medlemmene kan være usikre i forhold til egne og andres roller, og at dette kan oppleves frustrerende. På den andre siden kan medlemmene være preget av engasjement og oppleve at de deltar i nybrottsarbeid, som gjør at terskelen for å si noe "feil" er lav.

3.7 Studiens kvalitet

Lindseth og Norberg (2004) sin fenomenologiske og hermeneutiske analysemetode er egnet for å studere fagfolks subjektive beskrivelser av sin opplevelse av kompetanseoverføring.

Studien har metodiske begrensninger, blant annet ved at utvalget er lite og strategisk, og derfor ikke representativt for alle deltakere i tverretatlige og tverrfaglige samhandlingsteam i helsefeltet. Studiens funn drøftes ved hjelp av teoretisk generalisering, og leserne må selv foreta vurderingen av overføringsverdien.

Datainnsamlingen og -analysen ble gjort av forfatteren alene, hvilket kan ha betydning for fylldigheten i data og at forforståelsen spiller en større rolle enn om flere forskere var involvert.

Informantene meldte seg interesse for å delta, og dette kan ha bidratt til en overrepresentasjon av ansatte som er spesielt positive. Det må allikevel bemerkes at samtlige forespurte teammedlemmer sa seg villig til å stille som informanter.

Masterstudenten har vært ansatt ved det lokale DPSet i 12 år, og har i kraft av dette tidligere samarbeidet med flere av medlemmene i teamet. Masterstudenten har ikke hatt en lederrolle ovenfor noen av medlemmene i samhandlingsteamet. De ovennevnte faktorer kan ha påvirket svarene og analysen.

3.7.1 Studiens validitet

Validitet handler om i hvilken grad metoden er velegnet til å undersøke det den er ment å undersøke. Validitet hører ikke til en spesiell fase av undersøkelsen, men gjennomsyrrer hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Validitet er en håndverksmessig kvalitet som kan vurderes i alle stadier av forskningsprosessen. Validering handler om at en studies gyldighet avhenger av i hvor stor grad studiens for forståelse er sier Kvale og Brinkmann(2009). Denne undersøkelsen bygger på at det ved litteratursøk er avdekket at det i liten grad er gjort studier av hvordan fagfolk i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam innen psykisk helse og rus opplever kompetanseoverføring mellom fagfolk. Ved å undersøke og innhente kunnskap om dette kan det bidra til ny forståelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig team.

Validitet handler også om informantens troverdighet og selve utførelsen av intervjuet.

Gjennom rekrutteringsprosessen er det sikret at alle informanter har god innsikt i det som ønskes å undersøkes. De semistrukturerte intervjuene bar i stor grad preg av at informantene delte tanker og refleksjoner omkring teamet kompetanse og kompetanseoverføring, gjennom få, åpne spørsmål og oppfølgende spørsmål underveis. Under transkriberingen, ble absolutt hvert eneste ord i intervjuet gjengitt. Validering av analyseprosessen handler om hvorvidt spørsmålene som stilles til teksten er gyldig, og om fortolkningene er logiske (Kvale & Brinkmann, 2009). Tolkning av disse funnene er satt opp mot relevant litteratur. Det er valgt litteratur som på forskjellig vis kan belyse funnene.

3.7.2 Studiens reliabilitet

Prosjektet "Etablering av samhandlingsteam" er tuftet på samhandlingsreformen og har til hensikt å fremme kompetanseoverføring for å gi et bedre tjenestetilbud. Det er i liten grad gjort studier av om etablering av tverrfaglige og tverretatlige samhandlingsteam fremmer kompetanseoverføring. Denne studien ønsker å undersøke hvordan fagfolk beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam.

3.7.3 Studiens refleksivitet

Refleksivitet innebærer ifølge Malterud (2003) at forskeren blant annet må klargjøre sin for forståelse og sine antagelser, og synliggjøre dette for leseren. I det følgende vil dette presenteres.

Denne oppgaven innledes med at jeg forteller at jeg har jobbet som sykepleier i 16 år, og jeg trekker spesielt frem perioden på 6 år der jeg jobbet som behandler i et ambulant akutteam innenfor fagfeltet psykisk helse og rus. Dette ambulante akutteamet var tverrfaglig sammensatt av 11 høyskoleutdannede fagfolk og en psykolog, i tillegg var det tilknyttet psykiater i 20 % stilling. Teamet var organisert slik at vi alltid var to fagfolk sammen som reiste ut på vurderingssamtaler og vi hadde daglige behandlingsmøter der vurderinger og tiltak ble drøftet. Jeg opplever at en stor del av min kompetanse ble bygget i denne perioden, og tror det skyldes at vi jobbet så tett og kontinuerlig utvekslet erfaringer og refleksjoner i vår kliniske hverdag. Det blir viktig at jeg i møtet med informantene og i analysearbeidet er bevisst mine tanker og oppfatninger av dette. På den måten kan mine tanker og erfaringer om kompetanseoverføring være med på å belyse noe jeg har en implisitt forståelse for om informantene beskriver det. Likedan må jeg være oppmerksom på at dette er min forståelse som ikke nødvendigvis gjelder andre fagfolk som jobber i tverrfaglige team. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at det er viktig at forskeren forsøker å lese informantens svar på en så fordomsfri måte som mulig, for så å tematisere uttalelsene fra informantens synsvinkel - slik forskeren forstår denne.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Denne studien har handlet om å undersøke hvordan fagfolk beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsteam. Dette kapittelet presenterer funn relatert til denne problemstillingen. Innledningsvis presenteres den helhetlige forståelsen. Funnene presenteres slik de fremstår etter analyseprosessen, der data er blitt strukturert til meningsbærende enheter, som videre er kondensert og samlet i undertema og tema. Presentasjonen av funnene er disponert etter hovedtemaene som fremkom i analysen. Presentasjonen av de tre hovedtemaene kan skisseres slik:

Figur 8.

| 4.1 Helhetlig forståelse av opplevd kompetanseoverføring | | |
|---|---|---|
| 4.2 Opplevelsen av at samhandlingsteamets stormøte er en sentral arena for kompetanseoverføring | 4.3 Opplevelsen av felles klinisk praksis som arena for kompetanseoverføring | 4.4 Opplevelsen av at møtekultur har betydning for kompetanseoverføring |
| 4.2.1 Økt faglig forståelse 4.2.2 Bedre oversikt over tjenestetilbud | 4.3.1 Situasjonsbetinget kompetanse 4.3.2 Overføring av kunnskap om hjemmebehandling 4.3.3 Faglig forståelse og arbeidsform 4.3.4 Å trygge gjennom tilstedeværelse | 4.4.1 Møtestruktur 4.4.2 Åpen og reflekterende holdning |

Undersøkelsens forskningsspørsmål var:

1. Hva beskriver fagfolk som fremmende faktorer for kompetanseoverføring i et samhandlingsteam?
2. Hva beskriver fagfolk som hemmende faktorer for kompetanseoverføring i et samhandlingsteam?

I hovedtemaene som presenteres fremkommer elementer av både fremmende og hemmende faktorer. Hemmende og fremmende faktorer er vevet inn i temaene og presenteres underveis i det tema de tilhører.

4.1 Helhetlig forståelse

Benevnelsen helhetlige forståelse er min oversettelse fra Lindseth og Norberg (2004). Denne helhetlige forståelsen er basert på en sammenstilt forståelse av alle de fire transkriberte intervjuene i tråd med Lindseth og Norberg (2004) sin metode for analyse. Det innebærer at teksten er lest flere ganger i et forsøk på å fange den fullstendige meningen med teksten. Lindseth og Norberg (2004) beskriver at man må være åpen for at teksten skal snakke til seg, og la seg emosjonelt berøre av teksten. Naiv kommer av fransk "naïf" som betyr "medfødt, naturlig" (snl.no). Lindseth og Norberg (2004) beskriver at man i den naive lesingen av teksten skal etterstrebe å skifte fra en naturlig holdning til en fenomenologisk holdning. Jeg forstår dette slik at jeg skal etterstrebe å legge tilside min forforståelse, slik at jeg i størst mulig grad kan få innblikk i informantens livsverden når jeg leser de transkriberte intervjuene. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver fenomenologi som et filosofisk perspektiv basert på omhyggelige beskrivelser og analyser av bevisstheten med vekt på forskningsdeltakernes livsverden. De (Kvale & Brinkmann, 2009) påpeker videre at det innebærer å se bort fra forskningsdeltakernes forhåndskunnskaper og at en forsøker å se de beskrevne fenomenenes essensielle og vedvarende betydning. Fenomenologi omhandler altså først og fremst om å forstå og beskrive hvordan verden oppleves for den enkelte, og kan sies å være et studium av det ureflekterte, umiddelbare, spontane, "det som rinner en i hu". Det er i den naive lesingen og den helhetlige forståelsen i denne undersøkelsen forsøkt å fange hvordan hver enkelt informant beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring, og sammenstille disse slik at de til sist danner en generell beskrivelse av hvordan fagfolk beskriver sin opplevelse av kompetanseoverføring.

Gjennom den naive lesingen fremkom at alle informantene ga uttrykk for å oppleve kompetanseoverføring ved å delta i samhandlingsteamet. Å delta i samhandlingsteamet ble beskrevet som å få delta i et nyttig og lystbetont nybrottsarbeid. Fagfolk beskrev opplevelsen av at kompetanseoverføring av faglig forståelse var motiverende og at bedre innsikt i andre etaters tjenestetilbud var både nyttig og lystbetont. Samtlige informanter trakk frem opplevelsen av at samhandlingsteamets stormøte er et viktig møtepunkt, og en sentral arena for kompetanseoverføring på tvers av fagfelt, etater og nivåer.

Det lot til å være bred enighet om at oppsøkende virksomhet var en sentral og nødvendig arbeidsform i et samhandlingsteam, og at det av den grunn ville være nyttig for teammedlemmene å arbeide i team på to for å fremme kompetanseoverføring av kontekstuell og uttalt kunnskap.

Noen beskrev opplevelsen av frustrasjon og irritasjon over manglende møtestruktur i samhandlingsteamets stormøte. Samtidig ble det beskrevet stor vilje til å etterstrebe å komme i dialog for å fremme en åpen og reflekterende praksis.

På bakgrunn av denne helhetsforståelsen er den videre strukturelle analysen gjennomført. Som nevnt innledningsvis i kapittelet fremkom 3 funn som i det følgende vil bli presentert.

4.2 Opplevelse av samhandlingsteamets stormøte som sentral arena for kompetanseoverføring

Samhandlingsteamets stormøte er et felles møtepunkt, og en naturlig arena for kompetanseoverføring av faglig kunnskap og kunnskap om tjenestetilbud. Hver torsdag møtes alle medlemmene i samhandlingsteamet i stormøtet, som varer i 1 time. Dette møtet er det eneste fora der alle teamets medlemmer er samlet. Samarbeidspartnere, som for eksempel den kommunale hjemmetjenesten, kan melde inn saker de ønsker å drøfte. Når det ikke er innmeldte saker til drøfting brukes tiden hovedsaklig til gjennomgang av samhandlingsteamets saker. I samhandlingsteamets stormøte drøftes saker og det utveksles kunnskap og erfaring på tvers av fagfelt og etater.

4.2.1 Økt faglig forståelse

Utveksling av kunnskap i samhandlingsteamets stormøte ble beskrevet som kompetansehevende. Fagfolk formidlet opplevelsen av å ha økt sin faglige forståelse og fått bedre innsikt i tjenestetilbud i den øvrige helsetjenesten. Stormøtet ble av fagfolk beskrevet å være en arena for overføring av fagforståelse, kunnskap og holdninger. Fagfolkene representerer ulike ideologier, faglige og teoretiske forståelses- og praksisformer inn i teamet, og det er forskjeller i hva informantene beskrev å ha tilegnet seg av faglig forståelse.

Dette samsvarer med at informantene på bakgrunn av tidligere yrkeserfaring og profesjon har ulikt faglig ståsted. En informant sa:

"Jeg lærer veldig mye om profesjoner jeg nesten ikke visste hva jobbet med ikke sant....Og nå får jeg høre litt mer om hva de virkelig gjør...."

Fagfolk beskrev at de opplever økt faglig forståelse gjennom å arbeide i samhandlingsteamet. De beskrev at det i stormøtet ble utvekslet mye forskjellig faglig kunnskap; som blant annet bivirkninger av medikamenter, juss, om rusbehandling, om psykosebehandling og helsejuss. En av informantene sa:

"Altså selvfølgelig, det er jo, plukker opp mye av rein sånn konkret kunnskap om alt fra sosialloven til fengselsloven, til hvordan det fungerer i fengselet, til medisiner og hvordan de fungerer og - alt - på forskjellig vis."

Økt faglig kompetanse ser ut til å ha gitt flere synergieffekter, blant annet i form av økt trygghet i møte med pasienter, bevisstgjøring av fordommer, holdningsendring, endring av klinisk praksis og motivasjon til å videreføre nyervervet kompetanse for å endre nåværende praksis hos kollegaer. En av informantene delte opplevelsen av å ha økt kompetansen om rus, rusbehandling og rusbehandlingstilbud. Informanten beskrev at denne kompetansen hadde ført til store endringer for seg. Informanten hadde tidligere vært utrygg i møte med rusavhengige, men gjennom økt ruskompetanse beskrev informanten å kjenne seg tryggere i møte med rusavhengige. Informanten beskrev å ha vært usikker på hvordan man bør føre en god samtale med en person som sliter med rusavhengighet, og den nye faglige forståelsen har medført at informanten har endret sin kliniske praksis. Denne informanten sa:

"Jeg har lært veldig mye av rus, av hvilke tilbud som fins, av hvordan de tenker på rus..... Jeg har visst lite om hvordan man fører samtaler med dem og har visst lite om hvordan dem har jobba."

Informanten tilkjennega videre å ha blitt oppmerksom på egne fordommer ovenfor rusavhengige, og beskrev å kjenne igjen egne tidligere holdninger hos kollegaer. Informanten formidlet å kjenne seg motivert til å bidra til en holdnings- og praksisendring ved å videreføre sin kompetanse om rus. Informanten delte denne opplevelsen slik:

"Det kommer sånne a-ha opplevelser bortover. At der har jeg vært fordomsfull, men jeg har ikke ensa at jeg har vært det..... og når jeg da ser mine kollegaer da, så ser jeg at de fordommene der sitter igjen fortsatt. Da ønsker jeg å prelle over."

4.2.2 Bedre oversikt over tjenestetilbud

Fagfolk fortalte at det i stormøtet utveksles kunnskap som; hvordan de forskjellige etatene er organisert, hva slags tjenestetilbud som eksisterer, hvordan man kan komme i kontakt med aktuelle tilbud og hva slags målgruppe tilbudet er tiltenkt. Fagfolkene har utvekslet informasjon om helsetjenester, og gjennom dette økt sin kompetanse om andre etaters organisering og helsetjenestetilbud.

Da en av informantene fikk spørsmål om det var lærerikt å delta i samhandlingsteamet, var svaret:

"Jeg lærer masse! Jeg lærer masse for kommune NN kjenner jo ikke jeg fra før av ikke sant. Så jeg lærer veldig mye om hvordan kommune NN har organisert tjenestene sine. Så har jeg lært mye om bolig, boligtiltak. I kommune NN blir det jobba veldig mye i forhold til kommune NN. Sånne ting .Sånne type tiltak da, som også er viktig for et menneskes psykiske helse.."

En annen informant sa:

"Ja, vi lærer hvem som tilhører akkurat det lille, ja! Hvem skal til psykiatrisk avdeling, hvem skal til døgnpost ved DPS, hvem skal til avrusning."

Fagfolk beskrev det som en forutsetning for å hjelpe å ha oversikt over tilgjengelige tjenestetilbud.

"....for noe av forutsetningen for å hjelpe folk er å kunne vite om tilgjengeligheter, både på spesialistnivå og på kommunalt nivå."

Å ha god kunnskap og oversikt over hva som kan være aktuelle tjenestetilbud på rett nivå ble beskrevet som et ansvar hver helsearbeidere har. Fagfolk skildret at man gjennom samhandlingsteamet får tilgang på slik informasjon. En annen informant sa:

"Også trur jeg at vi har et slags ansvar i jobben vår ved at - alle skal få hjelp på et vis, da. På riktig nivå og sånt, og det må vi nok sitte sammen i samhandlingsteamet for å få til tror jeg. Ha oversikt over alle dissa tilbuda og vite hvor akkurat denne her kunne ha hatt nytte av noe."

4.3 Opplevelsen av felles klinisk praksis som arena for kompetanseoverføring

Når fagfolk beskrev situasjoner fra felles klinisk praksis, ønsket de å formidle overføring av kunnskap som vanskelig lar seg overføre i andre situasjoner enn i den situasjon den naturlig forekommer. En av informantene beskrev opplevelsen av at det å være to fagpersoner i en vurderingssamtale er en god arena for kompetanseoverføring av slik kunnskap. Informanten sa:

"...det gir mye sånn praktisk overføringskunnskap, både i måten å møte folk på, og i måten å stille spørsmål på. Og måten å - bringe tilbake".

Informantene delte opplevelsen av at felles klinisk arbeid fremmer trygghet mellom fagfolk og at fagfolk utveksler kompetanse og sammen utvikler en arbeidsform.

Fagfolk omtalte det som veldig lystbetont å jobbe sammen med andre fagfolk. En informant sa dette slik:

"Også blir man veldig godt kjent med kollegaen sin altså! Og de vi hadde jobba med en stund, så kunne vi ha en slags turtaking som gikk, også merka du når den andre kom inn på tynn is, så kunne du hive deg frempå. Også kunne vi være sånn bad-cop og good-cop. Og - og spille ut alle de rollene der. Det var veldig, veldig morro! Det savner jeg litt. Men det er på en måte - det har jeg sett at nå- noen tilfeller av det i samhandlingsteamet."

Fagfolk forteller at de opplevde kompetanseoverføring ved å reflektere med andre fagfolk fra samhandlingsteamet. Kompetanseoverføringen i seg selv ble formidlet som lystbetont. En informant sa det slik:

"Jeg har en sammen med ei, og det er veldig lærerikt altså! I bilen fram og til, ikke sant, har vi gode refleksjoner og ... det er veldig ålreit! Så får man jo en sånn AHA ikke sant! Du ser det på den måten, og jeg ser det på den måten, så blir det grobunn for litt nytenkning."

I de to siste utsagnene beskriver fagfolk at de gjennom tett samarbeid i klinisk praksis og gjennom å reflektere over en aktuell situasjon, i tillegg til å oppleve kompetanseoverføring utvikler ny kunnskap sammen med andre fagpersoner.

Det kan se ut til at det som kjennetegner den kompetansen som overføres mellom fagfolk i tilknytning til i direkte pasientarbeid kan være preget av at fagfolk ikke er seg bevisst kompetansen. I tillegg kan det se ut til at denne kompetansen er vanskelig å uttrykke verbalt utenfor den aktuelle situasjonen. Underveis i intervjuet var det flere informanter som spontant ga uttrykk for at selve samtalen i intervjuet hadde medført økt bevissthet om egen (tause) kompetanse. En av informantene sa:

"Ja, når du kom inn på det tenkte jeg at: Jøss, jeg har jo noen tanker om det. Jeg gjør ting uten å sette ord på det."

4.3.1 Situasjonsbetinget kompetanse

Fagfolkene har gitt et inntrykk av at en del av den kompetansen de besitter vanskelig kan overføres uten at man som fagfolk jobber direkte sammen med en pasient i en situasjon der kompetansen naturlig hører hjemme. Fagfolk beskrev å gjenkjenne noe udefinerbart i en konkret situasjon som førte til at de handlet som de gjorde. En av informantene delte en situasjon der de var to fagfolk i samtale med en pasient:

"NN og jeg har jo ikke hatt så mye samarbeid før, men da var det en som kom med noe voldsomt vidløftige historier.....det er på en måte blitt tolka som vrangforestillinger tidligere, og tenkt at han har en paranoid psykose....Jeg veit ikke helt hva jeg gjorde men, måten jeg stilte spørsmåla på.... så jeg stilte en del åpne.... det var et eller annet som skjedde i hvert fall....for jeg visste jo at mange av de tinga han snakka om faktisk har skjedd....og det er sånn kunnskap som er vanskelig å overføre i andre situasjoner."

På bakgrunn av sin erfaring forholdt informanten seg annerledes til en pasients historie som tidligere var blitt tolket som vrangforestillinger. Informanten møtte historiene som sanne, og stilte åpne spørsmål. Informanten beskrev å ikke være helt bevisst på hva som ble gjort eller sagt, og hadde vansker med å sette konkrete ord på hva som skjedde i selve situasjonen, men beskrev at det skjedde en endring hos pasienten og hos kollegaen.

Endringen omhandlet hvordan pasienten responderte annerledes enn tidligere på å bli møtt annerledes, og hvordan dette førte til endring i videre behandling. Videre opplevde informanten å ha overført taus kunnskap og kontekstuell kompetanse til kollegaen som var med i pasientsamtalen, og påpekte at denne kunnskapen er vanskelig å overføre i andre situasjoner.

4.3.3 Faglig forståelse og arbeidsform

Fagfolkene beskrev at de var opptatt av at den ambulante arbeidsformen som står sentralt for samhandlingsteamet er viktig for å kunne jobbe med målgruppen. Fagfolkene formidlet en faglig forståelse av at kartlegging og vurdering av pasienter i samhandlingsteamets målgruppe best ble ivaretatt ved at pasienten ble tilsett i hjemmet.

En informant sa:

"Kartlegging er jo en av de tingene som man best gjør hjemme hos mennesker, og det er der ting kommer best fram. For eksempel hvis man skal legge en som er psykotisk inn da, og har med seg en psykiater på hjemmebesøk for å gjøre en vurdering eller en tvungen undersøkelse, så får jo dem et bedre blikk enn dem som sitter på legevakta."

En av informantene mente at det krever en spesiell kompetanse for å jobbe hjemme hos pasienter.

"Så må du jobbe annerledes for du jobber med å gå inn i andre menneskers hjem. Så da må du utvikle en annen type kompetanse."

Samtidig beskrev fagfolk med høyskoleutdanning at de var opptatt av at leger og psykologer i større grad skulle reise hjem til pasienter for å gjøre kartleggings- og vurderingssamtaler, fremfor å ha disse samtalene inne på et kontor.

"Derfor synes jeg samhandlingsteamet er spennende for der får også psykolog og psykiatere etter hvert erfaring på hvor lite du egentlig observerer bak et skrivebord."

4.3.4 Overføring av kunnskap om hjemmebehandling

En av informantene delte en situasjon for å synliggjøre at det er stor forskjell på hva pasienter anser som respektfull fremtreden i sitt hjem, og at det av den grunn er behov for at fagfolk behersker teknikker som istandsetter de til å fange opp hva den aktuelle pasienten anser som respektfull fremtreden i sitt hjem. Informanten sa:

"Ja, for eksempel så er det noen som sier at: For guds skyld, ikke ta av deg på beina da! Mens andre ville kikka på deg med: Hva! Disrespekterer du meg ved å ikke ta av deg på beina, ikke sant. Så du må fininnstille deg. Dette er sånn kunnskap som jeg sier når jeg har med meg andre i samhandlingsteamet som ikke er vant til det."

Informanten beskrev at noen pasienter ville fortalt deg hva de ønsket "*...noen som sier at: For Guds skyld, ikke ta av deg på beina da!*", slik at det vil være tydelig uttalt for fagpersonen hva pasienten anså som respektfull fremtreden. I denne pasientens hjem ville pasienten ansett det som god fremtreden å gå inn uten å ta av seg skoene. Videre formidlet informanten at andre pasienter ville brukt blikket for å formidle hvordan de ønsket at fagfolk skulle opptre i hjemmet deres; "*...andre ville kikka på deg med: Hva! Disrespekterer du meg ved å ikke ta av deg på beina, ikke sant!*" Informanten beskrev her at ikke alle pasienter tydelig sier hva de anser som respektfull fremtreden. Informanten beskrev at pasienter kan formidle seg gjennom blikket, og non-verbal kommunikasjon forøvrig, for å formidle hva de opplever som respektfull fremtreden. Denne pasienten ville sannsynligvis følt seg lite respektert om fagfolk hadde gått inn i hans/hennes hjem uten å ta av seg på beina. Informanten beskrev at fagfolk må "*fininnstille seg*" for å opptre med respekt hjemme hos en pasient. Informanten brukte uttrykket "*å fininnstille seg*". Dette uttrykket kan tegne et bilde av at informanten sammenligner seg selv med en gammeldags radio, som må "*fininnstilles*" for å ta inn klare og rene radiosignaler. Informanten kan se seg selv som mottaker av signaler som pasienten sender, og at informanten må lete seg frem til riktig frekvens for å ta inn de signalene som pasienten sender. Informanten sa at "*Dette er sånn kunnskap som jeg sier når jeg har med meg andre i samhandlingsteamet som ikke er vant til det.*" Informanten formidlet å forklare denne "*fininnstillingen*" for fagfolk som var lite vant med å bruke pasientens hjem som behandlingsarena, når de var hjemme hos pasienten. Informanten beskrev at kunnskapen overføres i den konteksten den skal brukes, og at kunnskapen gjøres tilgjengelig for overføring ved at den verbaliseres og demonstreres samtidig i en konkret situasjon i samspill med pasienten i hans/hennes hjem.

4.3.3 Å trygge gjennom tilstedeværelse

En annen informant delte en historie der informanten skulle bistå en kollega i sitt første hjemmebesøk. Informanten beskrev at kollegaen var vegrende til å reise hjem til pasienten, og ga uttrykk for å kjenne seg utrygg. Informanten beskrev forståelse og aksept for kollegaens utrygghet, og ga uttrykk for at det er normalt å være usikker og kjenne seg skeptisk i nye situasjoner. Informanten formidlet å romme kollegaens utrygghet og skepsis, og samtidig støtte kollegaen gjennom tiltak som kunne øke kollegaens trygghetsfølelse, slik at kollegaen ble i stand til å gjennomføre hjemmebesøket.

"Nå hadde jeg med meg NN, da. NN ble med på et hjemmebesøk og det var hun veldig skeptisk til, NN var rett og slett redd. Jeg tenker det er normalt, at det man ikke har gjort før da kan man bli skeptisk. Så det var noe med å prøve å få NN til å være litt mindre redd for å gjøre det."

Informanten beskrev at de i forkant av hjemmebesøket snakket sammen for å planlegge hvordan hjemmebesøket kunne gjennomføres, slik at kollegaen skulle kjenne seg trygg. De ble enige om at informanten var tilstede hos pasienten samtidig, men at de fordelte seg slik at informanten snakket med pasientens pårørende og kollegaen med pasienten. Informanten beskrev det som en trygghetskapende faktor for kollegaen at de var to fagfolk sammen hjemme hos pasienten.

"Jeg tilbød meg at vi møttes og dro samtidig, at jeg pratet med mor, slik at NN fikk gjort en kartlegging av pasienten."

4.4 Opplevelsen av at møtekultur har betydning for kompetanseoverføringen

Fagfolk beskrev at arbeidsmiljøet skaper en kontekst som påvirker kompetanseoverføringen. Fagfolk beskrev at holdninger som aksept og respekt for hverandres praksisform og fagforståelse har betydning for kompetanseoverføring, gjennom hvordan fagfolk forholder seg til hverandre.

4.4.1 Møtestruktur

Samhandlingsteamets stormøte ble av fagfolkene beskrevet som en viktig og god arena for kompetanseoverføring. Det ble beskrevet stort engasjement i møtet, men ofte høylydte diskusjoner som opplevdes negative på grunn av for lite møtestruktur og dårlig møtekultur. Fagfolk beskrev at de opplevde at mange hadde for lite oppmerksomhet på egen oppførsel i møtet og at de i for liten grad ga hverandre rom. Det ble beskrevet at deltagerne i for liten grad evnet å lytte og i varierende grad evnet å regulere seg slik at taletiden ble veldig skjevt fordelt.

En informant beskrev dette slik:

"Når vi drøfter pasienter og saker... er det stor forskjell på hvorvidt det er gode refleksjoner eller på det å slå hverandre i huet med kloke tanker...for når du sitter i et sånt stort møte så får du jo innspill og lyst til å si noe hele tida. Også er det noen som gjør det! Og hvis det blir for mye, da må jeg innrømme at jeg, da.. jeg har ganske liten toleranse for sånt skvalder altså. Da kobler hjernen min ut."

Det ble formidlet at denne oppførselen i møtet kjentes frustrerende og ga en følelse av å kaste bort tid. Det ble uttrykt frustrasjon over at møtene i liten grad var preget av en nysgjerrighet på andres refleksjoner, men i stedet bar preg av å være rådgivende. Ved å unngå opplevelsen av å bli belært med råd i stormøtet kan det se ut til at man kan fremme kompetanseoverføring.

4.4.2 Åpen og reflekterende holdning

Dersom diskusjonene bærer preg av at fagfolkene er lydhøre ovenfor hverandre, at de gir hverandre rom og er nysgjerrige, lytter og stiller hverandre åpne og undrende spørsmål kan fagfolk selv finne frem til løsninger og kjenne på mestringsfølelse. En informant beskrev dette slik:

"Å få råd er det verste jeg veit....Men hvis det er folk som er lydhøre, og som liksom.....stiller åpne spørsmål og undrer seg...slik at man får følelsen av at man ikke blir belært, men at man faktisk kommer fram til nye løsninger selv....det skaper mestring."

Det kan se ut til at teamet kan fremme kompetanseoverføring ved å innføre møtekultur med strammere rammer for tema og taletid.

4.5 Oppsummering av funn

I dette kapittelet er det presentert 3 hovedfunn.

Funnene viser at fagfolk opplever kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam. Funn tyder på at det har betydning å møtes for å utveksle kunnskap om hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærminger, samt at det er mye forskjellig type kunnskap som overføres og at fagfolk opplever dette som lystbetont og nyttig.

Funn viser at konteksten for kompetanseoverføringen er av betydning. Ved å tilrettelegge for en åpen reflekterende praksis, både i det kliniske og i møtefora, kan fagfolk i enda større grad oppleve kompetanseoverføring. Tema kan adresseres når samhandlingsteamet er samlet, og teamet kan sammen enes om praksisform og møtekultur. Funn tyder på at det er skille mellom hva slags type kunnskap som lar seg overføre i forskjellige situasjoner. I tillegg beskriver fagfolk at de gjennom tett samarbeid i klinisk praksis og gjennom å reflektere over en aktuell situasjon, utvikler ny kunnskap sammen med andre fagpersoner. Funn tyder på at konteksten for kompetanseoverføringen er av betydning. Det vil si at fagfolk beskriver opplevelsen av at situasjonsbestemt kunnskap vanskelig lar seg overføre utenom i en konkret, aktuell situasjon.

Funn i undersøkelsen viser at felles klinisk arbeid fremmer kompetanseoverføring av kunnskap som ikke er satt ord på. For å fremme kompetanseoverføring av uuttalt kunnskap og tilrettelegge for at fagpersoner sammen kan utvikle ny kunnskap, bør fagfolk jobbe to og to sammen i samtaler sammen med pasienter, deres pårørende og øvrig nettverk.

Fagfolk beskrev at gjensidig respekt for hverandre kunne føre til en god reflekterende praksis som ville fremme kompetanseoverføring. På den annen side ble det beskrevet opplevelse av at kompetanseoverføringen kunne hemmes dersom fagfolk ikke lyttet til hverandre eller ga hverandre rom for refleksjon.

5.0 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Funnene i denne undersøkelsen viser at fagfolk opplever kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam. Funn tyder på at det har betydning å møtes for å utveksle kunnskap om hverandres tjenestetilbud og faglige tilnærminger, samt at det er mye forskjellig type kunnskap som overføres og at fagfolk opplever dette som lystbetont og nyttig. Funn indikerer at rammer som møtekultur både kan fremme og hemme kompetanseoverføringen; det ser det ut til at et respektfullt klima kan fremme kompetanseoverføring, mens fraværet av respekt kan hemme kompetanseoverføring. Funn viser at arbeidsform kan fremme kompetanseoverføring av kontekstuell og uutalt kunnskap. I dette kapitlet blir funnene drøftet opp mot relevant teori, og det søkes å svare på forskningsspørsmålene; 1) Hva beskriver fagfolk som fremmende faktorer for kompetanseoverføring i et samhandlingsteam? og 2) Hva beskriver fagfolk som hemmende faktorer for kompetanseoverføring i et samhandlingsteam?

5.1 Respektfull og reflekterende kultur som fremmende faktor for kompetanseoverføring

Funn viser at samhandlingsteamets stormøte oppleves som en sentral arena for kompetanseoverføring. Et annet funn tyder på at gjensidig respekt og en reflekterende praksis vil kunne fremme kompetanseoverføring. Samtidig fremkommer det at kompetanseoverføring kan hemmes om fagfolk opplever sine kollegaer som lite respektfulle og reflekterende. Strandheim (2012) undersøkte i sin studie, "Erfaringsbasert kunnskapsdeling og læring i fellesskap", hvilke faktorer som kunne fremme kompetanseoverføring i et praksisfellesskap. Hennes funn indikerer at enkelte faktorer både kan fremme og hemme aktiv deltakelse i erfaringsdelingen mellom praksisdeltakere, noe som igjen synes å være avgjørende for om praksisdeltakerne individuelt og praksisfellesskapet kollektivt lærer av disse erfaringene (Strandheim, 2012). En respektfull og reflekterende møtekultur i et team vil kunne fremme kompetanseoverføring, og fravær av dette kan hemme kompetanseoverføring (Strandheim, 2012). Strandheim (2012) fant i sin studie at hvordan gjennomføringen av erfaringsdelingen foregår, hvilke holdninger praksisdeltakerne bringer med seg inn i slike delingsprosesser og kvalitet på relasjoner og forskjeller i kompetanse er avgjørende faktorer.

I et ACT-teamet, som i samhandlingsteamet, må medarbeidere dele både gode og mindre gode arbeidserfaringer med arbeidskollegaer slik at hele teamet er involvert i behandlingen (Aakerholt, 2013).

Det må legges til rette for at teammedlemmer skal delta aktivt og åpent i erfaringsdelingsprosesser, og at kompetanseoverføring kan finne sted som en følge av at fagfolk deler erfaringer og kunnskap (Strandheim, 2012).

Bourdieu mener at mye av makten og dominansen i samfunnet bestemmes på bakgrunn av den enkeltes klasseposisjon i "det sosiale rommet". "Det sosiale rommet" er delt i klasser ut fra tre kapitaler; økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital (Aakvaag, 2008).

Klassene er et uttrykk for avstander i "det sosiale rommet". Videre sier Bourdieu (Aakvaag, 2008) at personer i de forskjellige klassene vil utvikle forskjellige typer "habitus"; som vil forme personens grunnleggende prinsipper og styre personens atferd. De som befinner seg langt fra hverandre i "det sosiale rommet" vil oppleve verden forskjellig, mens de som befinner seg innenfor et avgrenset område vil være nærmere hverandre i forhold til smak, oppfatninger og utdanning. Samhandlingsteamet er et tverrfaglig og tverretatlig sammensatt team. Det innebærer at fagpersonene har forskjellig plassering i "det sosiale rommet". En lang universitetsutdanning gir prestisjefylt teoretisk spesialkunnskap som er en viktig kulturell kapital i følge Bourdieu (Aakvaag, 2008). Jobbnettverket man tilhører er en del av ens sosiale kapital (Aakvaag, 2008). Samhandlingsteamet består av fagfolk med forskjellige utdanning fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og sosialtjenesten.

Rosenvinge et al (2004) sier at det er implisitt i ordkonstruksjoner som henviser til kompetanse at her finnes fagfolk som er dyktigere enn vanlig, som både kan mer og vet bedre. På bakgrunn av dette kan det forstås at ansettelse i spesialisthelsetjenesten gir høyere plassering i "det sosiale rommet" enn ansettelse i et kommunalt psykososialt team.

Med Bourdieu (Aakvaag, 2008) kan det da forstås slik at en fagperson med universitetsutdanning som er ansatt i spesialisthelsetjenesten har en høyere plassering i "det sosiale rommet", og derav mer makt og myndighet i samhandlingsteamet, enn en fagperson med høyskoleutdanning som er ansatt i kommunehelsetjenesten. I tillegg kan dette klasse skillet gjøre det vanskelig for teammedlemmene å forstå hverandre dersom de befinner seg langt fra hverandre i "det sosiale rommet", og vanskeliggjøre kommunikasjonen dem i mellom.

For å trekke tankerekken videre kan dette forstås slik at en vurdering utført av en fagperson med universitetsutdanning som er ansatt i spesialisthelsetjenesten, tillegges større vekt enn en vurdering utført av en fagperson med høyskoleutdanning som er ansatt i kommunehelsetjenesten. Dette på tross av at fagpersonen i kommunehelsetjenesten har et lengre kjennskap til pasienten og jobbet lengre i klinisk praksis. Bourdieu mener at mange av mekanismene som styrer i "det sosiale rom" er skjult eller ikke erkjent (Aakvaag, 2008).

Aakerholt (2013) sier at fagfolk som skal jobbe i et ACT-team må like å jobbe uten klart definerte arbeidsoppgaver knyttet til fag og profesjon, like å jobbe tett sammen med andre, samt tåle å dele gode og dårlige arbeidserfaringer med kollegaene. I et ACT-team, som også har det til felles med samhandlingsteamet at de ikke har noe eget kontor å trekke seg tilbake til, vektlegges det at teamet må skape et klima som kan ivareta gleder og suksesser, men samtidig romme de tyngre dagene sier Aakerholt (2013). Et funn i denne masterstudien viser at gjensidig respekt vil kunne fremme kompetanseoverføring, samtidig som manglende respekt kan hemme kompetanseoverføring. Det vil være en verdifull investering å tilrettelegge for et slikt klima, mens det på den andre siden vil være skadelig for kompetanseoverføringen i samhandlingsteamet om møtekulturen ikke bærer preg av respekt og refleksjon. Å skape et slikt klima er både en lederoppgave og et ansvar hvert enkelt teammedlem har sier Aakerholt (2003).

5.2 Arbeidsform som fremmende faktor for kompetanseoverføring

Funn i denne undersøkelsen viser at fagfolk forteller om kompetanseoverføring gjennom å fortelle historier fra praksis. Lindseth og Norberg (2004) sier at helsepersonell kan dele historier fra arbeidslivet de har opplevd som kompetanseoverførende, uten at de klarer å sette ord på hva det var i situasjonen som opplevdes kompetanseoverførende. Donald Schön (1983) bruker begrepet "knowing – in - action" (viten - i - handling) som refererer til en form for "know how" der kunnskapen forstås som en dynamisk prosess i selve handlingen. Når et individ har tilegnet seg en ferdighet kan det handle uten at det trenger å følge regler verken bevisst eller ubevisst sier Dreyfus og Dreyfus (1986).

Schön (1983) sammenligner denne kunnskapen med å sykle; det er umulig å sette klare ord på det du gjør og kan best beskrives som en spontan, rutinert og ferdighetsmessig utøvelse. I denne masterstudien er alle informantene erfarne fagfolk med langvarig klinisk praksis, og alle kan anses som eksperter innen sitt fagfelt. Funn i denne undersøkelsen viser at fagfolk kan gjenkjenne noe udefinerbart i en konkret situasjon som fører til at de handler som de gjør, men at det er vanskelig for dem å sette ord på hvilke vurderinger som lå til grunn for handlingen. Schön (1983) sier at fagfolk vet langt mer enn de kan sette ord på, og når de møter spesielle utfordringer i sin praksisutøvelse baserer de sine løsningsmodeller på en slags ubevisst improvisasjon som de har lært seg gjennom erfaring i praksis (Schön, 1983).

Funn i denne undersøkelsen viser at den uuttalte delen av kompetansen er vanskelig å overføre uten at man som fagfolk jobber direkte sammen med en pasient i en situasjon der kompetansen naturlig hører hjemme. Innen psykisk helse og rusfeltet er det tradisjon for at kunnskap, kompetanse og ferdigheter blir formidlet fra fagperson til fagperson.

Dreyfus og Dreyfus (1986) sin mester-svenn-modell vektlegger nytten i at en nybegynner lærer av en ekspert i et en-til-en forhold. Denne formen for mester-svenn læring er en viktig formidlingsform for holdninger, kunnskap og ferdigheter i helsetjenesten. I følge Schön (1984) kan ikke fagfolk sette ord på all sin kunnskap, samt at ekspertene blant fagfolkene ubevisst improviserer i ulike praksissituasjoner. Gjennom at svennen/nybegynneren observerer mesteren/eksperten i praksis, kan uuttalt og ubevisst kunnskap blottlegges og gjøres tilgjengelig for svennen/nybegynneren å lære. Når flere personer utfyller hverandre oppstår synergieffekt, og gjør at deres fagkompetanse og erfaringer samlet blir noe mer enn hva deres kompetanse hver for seg er, slik at helheten blir større enn delene (Orvik, 2004).

ROP-retningslinjen (2012) sier klart at personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling bør få behandling i oppsøkende behandlingsteam, som for eksempel ACT-team. I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013), anbefales følgende: "Personer med alvorlige psykoselidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen." Ut av dette kan man trekke at det er viktig med tilrettelegging som fremmer kompetanseoverføring av kunnskap for å istandsette fagfolk til å arbeide oppsøkende.

Samhandlingsreformen (2009) understreker at helsepersonell vil trenge ny kompetanse og legger føringer for å styrke kompetansen innen kommunen, og ønsker kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

En av informantene i denne masterstudien beskrev å fininnstille seg i pasientens hjem. Vedkommende var opptatt av å lære dette videre fordi det etter informantens oppfatning er viktig at fagfolk behersker slike teknikker som istandsetter dem til å fange opp hva den aktuelle pasienten anser som respektfull fremtreden. Denne "know how" er ubevisst så lenge situasjonene er innenfor det kjente og normale sier Schön (1983). Det kan være at denne informanten var blitt seg bevisst denne "fininnstillingen" gjennom gjentatt veiledning av studenter og kollegaer.

5.3 Felles klinisk praksis som fremmede faktor for kompetanseoverføring og utvikling av ny kunnskap.

Orvik (2004) sier at kompetanse først og fremst er noe kollektivt som fagfolk har sammen. Han sier videre at kompetanse er noe relasjonelt som binder fagpersoner, fagmiljø, avdeling og organisasjoner sammen (Orvik, 2004). Samhandlingsteamets stormøte er en arena for overføring av fagforståelse, kunnskap og holdninger. I følge Orvik (2004) er kompetanse knyttet til kontekst og forankret i noe overindividuell, det oppstår i relasjoner mellom fagpersoner og er et resultat av synergieffekter. Funn i denne undersøkelsen viser synergieffekter som et resultat av at fagfolk deler kunnskap; i form av bevisstgjøring av fordommer, holdningsendring, endring av klinisk praksis og motivasjon for å videreføre nyervervede kunnskaper og holdninger.

Målet for en tverrfaglig sammensetning i et team vil ikke bare være for å arbeide sammen, det vil også stå sentralt å utvikle ny kunnskap (Rosenvinge et al, 2004). Denne masterstudien har funn som indikerer at fagfolk i samhandlingsteamet utvikler ny kunnskap ved å jobbe sammen. Rosenvinge et al (2004) beskriver denne nye kunnskapen som merviten. Merviten er ikke det samme som mer (fakta) kunnskap, men en sammenveving av fagpersoners faglige holdninger, faktakunnskap og ferdigheter ifølge Rosenvinge et al (2004). Denne merviten kan ikke den enkelte fagperson utvikle alene, men kun i en faglig relasjon til andre fagpersoner sier Rosenvinge et al (2004) videre. Denne undersøkelsen viser at fagfolk som reflekterer sammen over klinisk praksis opplever dette som kompetansehevende.

Funn i denne masterstudien tyder også på at fagfolk gjennom tett samarbeid i klinisk praksis og gjennom å reflektere over en aktuell situasjon, utvikler ny kunnskap sammen med andre fagpersoner. Denne nye kunnskapen er avhengig av konteksten den foregår i, og ville ikke kommet til syne foruten i den aktuelle situasjonen. Det vil være i tråd med Rosenvinge et al (2004) å benevne den kunnskapen som utvikles i samhandlingsteamet når fagfolk arbeider sammen, som merviten.

5.2 Implikasjoner for praksis

Funn i denne masterstudien tyder på at møtekulturen i samhandlingsteamets stormøte kan være en faktor som både kan fremme og hemme kompetanseoverføring. Det ser ut til at dersom møtet bærer preg av respekt og refleksjon vil dette kunne skape et godt klima for kompetanseoverføring i stormøtet, og slik fremme kompetanseoverføring. Det vil være både en lederoppgave og et ansvar hvert enkelt teammedlem har å tilrettelegge for et slikt klima. For å legge til rette for et slikt klima kan det innføres en tydelig møtestruktur for møtet, slik at dialogen i større grad styres. En form for reflekterende team, der en fagperson bringer inn en problemstilling og får teamets refleksjoner omkring denne, kan være velegnet. I tillegg kan begrepet "respekt" og "makt" løftes opp i selve møtet, slik at det skapes rom for å lufte tanker omkring disse temaene i fellesskap. Respektfull og reflektert samhandling bør prege samspillet mellom teammedlemmene utenfor stormøtet for å fremme trivsel og trygghet mellom teammedlemmene. Bærer kulturen preg av mangel på respekt og refleksjon kan kompetanseoverføringen hemmes av at fagfolk opplever skjev maktfordeling.

Funn kan tyde på at felles klinisk praksis kan fremme kompetanseoverføring mellom fagfolk. Kontekstuell kunnskap og uuttalt kunnskap lar seg vanskelig overføre annet enn i en aktuell situasjon. Oppsøkende virksomhet er sentralt for å komme i kontakt med samhandlingsteamets målgruppe. Det vil kunne fremme videre kompetanseoverføring at teamet innarbeider som praksis at fagfolk reiser hjem til pasienter sammen. Det øker sikkerheten og kan fremme trygghet at man er to fagfolk sammen i en potensiell farlig situasjon.

Gjennom å jobbe tett sammen blir man godt kjent med hverandre, og utvikler trygghet seg i mellom. En slik arbeidsform ble av fagfolkene beskrevet som særdeles nyttig og lystbetont. I tillegg fremkom det i undersøkelsen at en praksis der fagfolk jobber klinisk sammen kan føre til utvikling av merviten. Det vil være av stor interesse for fagfeltet og til hjelp for pasientene at det tilrettelegges for utviklingen av slik merviten.

Det kan late til at selve intervjuet hadde en kompetansehevende effekt, i form av at informantene gjennom spørsmålene og de påfølgende refleksjonene i intervjusituasjonen ga uttrykk for at de ble bevisstgjort egen kompetanse. Det kan være at samtaler kan bidra til at fagfolk verbaliserer noe av den kunnskapen de ikke har satt ord på, og gjennom dette øker sin bevissthet om egen kompetanse. Denne bevisstgjøringen kan fremme videre kompetanseoverføring.

5.4 Videre studier

Denne masterstudien har fokusert på hvordan fagfolk opplever kompetanseoverføring seg i mellom. Funn viser blant annet at det utvikles ny kunnskap, merviten, ved at fagfolk arbeider sammen. I en ny studie ville det være interessant å undersøke hvordan kompetanseoverføringen oppleves mellom fagfolk og brukere av tjenestene. Brukerne sine erfaringsbaserte kunnskaper vil kunne bringe inn ny kunnskap, holdninger og erfaringer som sammensmeltet med fagfolk sine kunnskaper, holdninger og erfaringer kan danne viktig ny kunnskap eller merviten for fagfeltet. Denne merviten vil være sentral i videre utvikling av helsetjenestene, i tråd med helseminister Bent Høies mål om at pasientens behov skal styre sykehuset (Høie, 2015).

6.0 KONKLUSJON

Denne studien viser at fagfolk opplever kompetanseoverføring i et tverrfaglig og tverretatlig sammensatt team.

Det er i tråd med forskningsspørsmålene identifisert faktorer som kan hemme og fremme kompetanseoverføringen. Det kan tyde på at faktorer som kan fremme kompetanseoverføringen, også kan hemme kompetanseoverføringen.

Et funn viser at tilrettelegging for en respektfull og reflekterende kultur vil fremme kompetanseoverføring. På den annen side later det til at en kultur som mangler respekt og refleksjon kan hemme kompetanseoverføring. Ved at ledelsen og de ansatte i samhandlingsteamet har fokus på en respektfull og reflekterende kultur kan kompetanseoverføring fremmes.

Et annet funn viser at fagfolk som jobber sammen i pasientnære situasjoner overfører kompetanse som i liten grad er uttalt, og derav vanskelig å lære annet i konkrete situasjoner der kompetansen er aktuell. Dette funnet peker på at det bør tilrettelegges for at fagfolk i stor grad arbeider sammen i kliniske situasjoner. I motsatt fall kan en se for seg at en praksis som i liten grad tilrettelegger for felles praksis, kan hemme kompetanseoverføring av uuttalt kunnskap. En kan således risikere å gå glipp av kompetanseoverføring av genuin kunnskap knyttet til oppsøkende virksomhet og behandling.

Et tredje funn indikerer at fagfolk som arbeider sammen utvikler ny kunnskap, såkalt merviten. Denne nye kunnskapen er basert på de erfarne fagfolkenes faglige holdninger, kunnskaper, ferdigheter og erfaringer, og danner ny kunnskap om hva som vil være god praksis i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam.

LITTERATURLISTE

- Andersen, B. J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum - S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 307-327.
- Biong, S. (2011). Å guide hverandre i hverandres systemer. En fenomenologisk hermeneutisk studie av godt samarbeid i en tverrfaglig styringsgruppe. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 35-45.
- Bourdieu, P. (1993). *Sociology in Question*. London: SAGE Publications
- Brandt, H. (2013). *Etablering av samhandlingsteam*. (Prosjektbeskrivelse). Hentet 04.05.2015, fra https://www.kommunehelsesamarbeid.no/Documents/Samhandlingsteam/Prosjektmandat_samhandlingsteam_170313.pdf
- Det kongelige helsedepartement. (2004). *Rundskriv I-8/2004. Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.regjeringen.no>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 100-113.
- Ebdrup, N. (2012). Hva er hermeneutikk? Hentet fra web 24.08.15 <http://forskning.no/filosofiske-fag/2012/02/hva-er-hermeneutikk>
- Elstad, T.A., Steen, T.K. & Larsen, G.E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305.
- Fjone, H. H. og Johansen, O. (2006). Rus og psykisk lidelse – samarbeid gjennom tverrsektorielle behandlingsnettverk. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 3(4), 342-352.

Haugtomt, S. A., (2003). Samarbeid om virksomhetsgrenser - en forutsetning for god pasientbehandling. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 123(17), 2462-2464.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. ROP-retningslinjen*. IS-1948. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2008). *Tilskudd til etablering og drift av ACT team*. Hentet 28.07.2015, fra <https://helsedirektoratet.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Kommunalt rusarbeid*. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.lovdatab.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Stortingsproposisjon nr 1, inkludert opptrappingsplanen for rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://regjeringen.no>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell. (Helsepersonelloven)*. Hentet 10.04.2015, fra <https://lovdatab.no>

Hummelvold, J. K. (Red.) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget

Høie, B. (2015). *Sykehustalen 2015*. Hentet 04.05.2015, fra <https://www.regjeringen.no>

Induksjon. (2010). Hentet: 07.08.15, fra <http://www.nob-ordbok.uio.no/INDUKSJON>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kollektiv. (2009). Store Norske Leksikon. Hentet 24.08.2015, fra <https://snl.no/kollektiv>

Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Oslo: Fagbokforlaget.

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - Perspektiv og strategi*.
Oslo: Universitetsforlaget

Malt, U. (2013). *Distriktpsikiatrisk senter*. Hentet 10.05.2015, fra
https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk_senter

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo:
Universitetsforlaget.

Meld. st.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Hentet fra
<http://www.regjeringen.no>

Meld. st. 25 (1996-97). (2009). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Nordheim, L. (2008). Hvordan finne forskningsbasert kunnskap: Kilder og søkestrategier.
Fagbladet Ergoterapeuten 2008 51(1), 39-45.

NOU 2005:3 (2005) *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste*. En innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003: Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet . Hentet fra <http://regjeringen.no>

Opptappingsplanen for psykisk helse. (1998). *Stortingsproposisjon 63. Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.regjeringen.no>

Orvik, A. (2014). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Ose, S. O., Slettebak, R. (2013). *Rapport. Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter - omfang og kjennetegn ved pasientene*. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport-sintef-a25247.pdf>

Redaksjonen. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (2), 98-103.

Rosenvinge, J. H., Larsen, E., Skårderud, F. & Thune-Larsen K.-B. (2004). Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(9), 706-712

Rørtveit, G. & Hunskaar, S. (2009). Samhandlingsreformen og universitetene. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 129(16), 1622

Schön, D.A. (2009). *Den reflekterende praktiker. Hvordan profesjonelle tænker, når de arbejder*. Århus: Forlaget Klim.

Sosial og helsedirektoratet (2009). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. IS-1554*. Hentet 04.05.2015, fra <http://www.regjeringen.no>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(Spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet 10.04.2015, fra <http://lovdata.no>

Studieplan 2011-2015. (2011). *Studieplan 2011-2015. Mastergradsstudium i klinisk helsearbeid*. Hentet 04.05.2015, fra <http://hbv.no>

Studieplan 2012-2016. (2012). *Studieplan 2012-2016. Master i Klinisk helsearbeid - studieretning psykisk helsearbeid*. Hentet 04.05.2015, fra <http://hbv.no>

Strandheim, Mariann Oldeide (2012). *Erfaringsbasert kunnskapsdeling og læring i praksisfellesskap: En kvalitativ undersøkelse i en militær kontekst*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Psykologisk institutt. Trondheim.

Sælør, K.T. & Biong, S. (2011). Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen. *Sykepleien forskning*, 6 (2), 170-176.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. s. 92-93
Oslo: Fagbokforlaget.

Vandvik, P.O., Bretthauer, M. & Kongerud, C. (2013). Fra kliniske spørsmål til troverdige svar. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 133(15), 1611-1614.

van Veldhuizen, R.J. (2013). FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av fact-modellen. Hentet 04.05.2015, fra http://www.factgo.no/dok/FACT_web.pdf

Vestre Viken HF. (2012). *Samhandlingsteamet i Bærum. Prosjektbeskrivelse C-flex modellen*. Hentet 04.05.2015, fra http://www.vestreviken.no/omoss_/avdelinger_/berum-distriktpsikiatriske-senter-dps_/Documents/bærum-dps-prosjektbeskrivelse-samhandlingsteamet.pdf

Willumsen, E., Sirnes T., Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I
Willumsen, E. & Ødegård, A.(Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid - et
samfunnsoppdrag*. (s. 19-28). Oslo: Universitetsforlaget.

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg - vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo:
Universitetsforlaget AS.

Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. Hentet
04.05.2015, fra <http://www.napha.no/multimedia/4500/ACT-handbok.pdf>

Aakvaag, Gunnar C. (2008). *Moderne Sosiologi*. Oslo: Abstrakt forlag.

Klinikk for psykisk helse og rus
Drammen DPS
Avdelingsleder Katrine Hippe

Drammen, 04.02.2014

SØKNAD OM GJENNOMFØRING AV PROSJEKT IFM MASTERSTUDIE
"Kompetanseoverføring i team"

Det søkes med dette om godkjenning for gjennomføring av studie som del av masterutdanning i psykisk helsearbeid ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) med veiledning av Ph. D Rolf Sundet.

Jeg ønsker å undersøke fagpersoners opplevelse av hvordan de kan lære av hverandre i et tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsteam. I løpet av våren 2014 er det ønskelig å rekruttere og intervjuere flere (antatt 4) av de ansatte i Drammen DPS samhandlingsteam. Forskningsintervjuene vil være semistrukturerte og bli transkribert i sin helhet før de analyseres. Dette er en kvalitativ studie med et fenomenologisk - hermeneutisk design.

En ønsket sekundær gevinst er å identifisere faktorer som fremmer og hemmer kompetanseoverføring, slik at dette kan overføres til andre situasjoner for å tilrettelegge for kompetanseoverføring.

Masteroppgaven planlegges ferdigstilt og levert mai 2015.

Det bekreftes herved at beskrevne prosjekt kan gjennomføres.



Sted, dato



Katrine Hippe
Avdelingssjef Drammen DPS

Vedlegg : Prosjektbeskrivelse "Kompetanseoverføring i team - En undersøkelse av fagpersoners opplevelse av hvordan de kan lære av hverandre i et tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsteam"



Trude Irene Gusgaard <trude.gusgaard@gmail.com>

Intervju til masterstudie - "kompetanseoverføring i team".

1 e-post

Trude Irene Gusgaard <trude.gusgaard@gmail.com>

2. april 2014 kl. 20.24

Til: Helen Kvalheim <helen.kvalheim@vestreviken.no>

Kopi: "trude.gusgaard@vestreviken.no" <trude.gusgaard@vestreviken.no>,
gro.kristiansen.reiersen@vestreviken.no

Hei Helen!

Takk for at jeg kan komme til samhandlingsteamet torsdag neste uke (10.04.14) for å informere om studien jeg skal gjøre i forbindelse med masteroppgaven min.

Kan du levere ut informasjon om studien torsdag 3. april? Du må gjerne sende denne mailen videre. Da håper jeg at mange melder seg som frivillige til å bli intervjuet når jeg kommer for å rekruttere informanter torsdag neste uke.

Jeg håper å kunne starte med intervjuer etter påske.....

Jeg vil gjerne intervju 4-5 av teammedlemmene om hvilke erfaringer de har om å lære av hverandre når de jobber sammen i team.

Dersom flere/alle melder seg, vil jeg velge ut 4-5 personer for å sikre mest mulig "spredning", basert på;

- hvor personen er ansatt; i kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste
- hvilke erfaringsbakgrunn personen har mest av (fra rusfeltet eller psykisk helse)
- hvilke profesjon/utdanning

Intervjuet vil ta inntil 90 minutter - jeg er fullt fleksibel på tid og sted og møter folk når de har anledning der det passer.

Jeg har tenkt å ha fullt fokus på en person pr. dag - det vil si kun ett intervju pr. dag. (Planlegger å transkribere intervjuer samme dag som jeg har gjort de - for å unngå å blande sammen)

Vedlagt ligger et informasjonsskriv - kan du vær så snill og dele ut det til alle medlemmer av teamet?

På forhånd takk! Trude :)



Informasjonsskriv.doc

36K



Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring
Kompetansesenter for personvern og
informasjonssikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Trude Irene Gusgaard

Kopi:

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Stein Vetland

Dato: 25. februar 2014

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og
behandling av personopplysninger

Saksnummer/ 2014/3019
Personvernnummer:

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Kompetanseoverføring i team"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger /
helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens §
36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra
meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-
/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i
personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av
følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Vestre Viken HF ved adm. dir.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Data lagres som oppgitt i meldingen. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
4. Innsendte samtykke benyttes. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
5. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
6. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
7. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
8. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 20. juni 2015 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Stein Vetland, personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"KOMPETANSEOVERFØRING I TEAM"

Fagpersoners opplevelse av hvordan de kan lære av hverandre -
i et tverrfaglig og tverretatlig samhandlingsteam

Bakgrunn og formål

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave i forbindelse med klinisk master, psykisk helse ved Høgskolen i Buskerud.

Studiens hensikt er å få økt kunnskap om fagpersoners opplevelse av kompetanseoverføring som ansatt i et tverrfaglig og tverretatlig team.

Du er spurt om å delta i et individuelt intervju på bakgrunn av at du er ansatt i Samhandlingsteamet. Intervjuet vil bli gjennomført av studenten.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Om du ønsker å delta vil du bli kontaktet av studenten for å avtale tid og sted for intervjuet. Intervjuet kan vare inntil 90 minutter.

Spørsmålene vil omhandle dine opplevelser som fagperson tilknyttet kompetanseoverføring. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transskribert av studenten.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Det er kun student og veileder som vil ha tilgang, og lydopptak og transkribert intervju oppbevares innelåst i skap på låsbart kontor. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes ved en eventuell senere publisering. Prosjektet skal etter planen avsluttes 20. juni 2015.

Personopplysninger og lydopptak vil da bli destruert.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Trude Irene Gusgaard (student)

Tlf 92 68 46 40

Rolf Sundet (veileder)

Tlf 32 20 64 58

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

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og ønsker å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledning

Dette intervjuet er konfidensielt og data blir anonymisert.

Vi kan ta pause når du vil, vi kan bruke opptil 90 minutter.

Fokus i intervjuet vil sentreres rundt din opplevelsen av, og dine erfaringer med, å lære av dine kollegaer. Studiens hensikt er å få økt kunnskap om hvordan fagfolk i et tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsteam opplever intern kompetanseoverføring. Sekundært ønskes det å identifisere eventuelle faktorer som kan fremme og hemme kompetanseoverføring.

(Vi gjennomgår informasjonsskriv/samtykkeerklæring igjen før oppstart)

Har du noen spørsmål før vi begynner?

Starter rec/opptak:

Leser inn intervju nummer og dato

1)

Hvilke profesjon tilhører du?

Utdanning?

stilling?

fagfelt? (rus versus psykisk helse)

etat?

antall år?

(formal-

og realkompetanse)

2

I prosjektet har jeg valgt å se på kompetanse ut fra en organisasjonspsykolog ved BI, Linda Lai, sin definisjon:

Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Lai, 2004).

Hvordan tenker du på kompetanse?

3

Vedlegg 5a

En av årsakene til opprettelsen av samhandlingsteamet er å fremme kompetans

Hvilke tanker har du om det?

4

Har du opplevelsen av at samarbeidet med kollegaene dine i samhandlingsteamet har lært deg noe nytt?

5

Kan du beskrive en situasjon der du lærte noe av en kollega?

Hva var det i denne situasjonen som førte til at du lærte noe nytt?

6

Kan du beskrive en situasjon der du lærte en kollega noe nytt?

Hva var det i denne situasjonen som gjorde at du kunne lære bort?

7

Hva kan, etter din mening og erfaring, gjøre det vanskelig å lære av hverandre?

Er det noe i din arbeidshverdag som vanskeliggjør det å lære av hverandre?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hacold Høftages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Rolf Sundet
Institutt for sykepleievitenskap Høgskolen i Buskerud
PO Box 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 19.02.2014

Vår ref: 37453 / 3 / MS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.02.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|---|
| 37453 | <i>Kompetanseoverføring i team - Fagpersoners opplevelse av hvordan de kan lære av hverandre i et tverrfaglig og tverretattlig samhandlingsteam</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Rolf Sundet</i> |
| <i>Student</i> | <i>Trude Irene Guegaard</i> |

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontor / District Office

OSLO NSD: Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHØM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7804 Trondheim. Tel: +47 73 59 39 07. lgne.vanvalset@ntnu.no

Kopi: Trude Irene Gusgaard trude.gusgaard@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 37453

Personvernombudet tar høyde for at det kan fremkomme personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, som behandles elektronisk.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens villkår.

Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Buskerud sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av mobiltelefon til oppbevaring av personidentifiserende data (jf. prosjektbeskrivelse).

Prosjektet skal avsluttes 20.06.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, stilling, arbeidsplass, utdanning, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Funn 1: Opplevelsen av at samhandlingsteamets stormøte er en sentral arena for kompetanseoverføring.

| Meningsenhet (empiri) | Sub-tema (fortetting) | Tema (abstraksjon) | Helhetlig forståelse |
|---|--|---|---|
| <i>Men jeg lærer så mye av dem! Nei, jeg lærer veldig mye av profesjoner jeg nesten ikke visste hva jobbet med ikke sant.</i> M 28-2 | Beskriver opplevelse av økt faglig forståelse ved innsikt i andre profesjoners faglige forståelse og arbeidsform | Faglig forståelse | Opplevelsen av at samhandlings-teamets stormøte er en sentral arena for kompetanse-overføring |
| <i>Jeg har lært veldig mye av rus, av hvilke tilbud som fins, av hvordan de tenker på rus.</i> M 42-1a | Informanten beskriver opplevelsen av økt kompetanse om rus, rusbehandling og faglig forståelse innen rusfeltet. | Faglig forståelse | |
| <i>Nå tenker jeg mer aktivt at; Å, ja. Du er deprimert, orker ikke...hmmm kanskje det er mye hasj der ja...</i> M 42-1b | Informanten beskriver opplevelsen av å ha implementert ny kunnskap om rus og endret sin kliniske praksis | Faglig forståelse Endret praksis | |
| <i>"Altså selvfølgelig, det er jo, plukker opp mye av rein sånn konkret kunnskap om alt fra sosialloven til fengselsloven, til hvordan det fungerer i fengselet, til medisiner og hvordan de fungerer og - alt - på forskjellig vis."</i> M 12-4 | Beskriver opplevelsen av at stormøtet er en arena for kompetanseoverføring av mye forskjellig kunnskap | Faglig forståelse Forskjellig kunnskap | |

