

**«Forhold av betydning for
kompetanseoverføring som følge av samarbeid
med Palliativt team»**

-En kvalitativ studie om legers og sykepleieres erfaring i
sykehusavdeling.



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Master i helsevitenskap
Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Janet Bakken

Veileder: Bodil Furnes, professor

02.06/2020

Tittel

«Forhold av betydning for kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team»

-En kvalitativ studie om legers og sykepleieres erfaring i sykehusavdeling.

«Important factors regarding competence transfer as a result of collaboration with the Palliative care team»

-A qualitative study of medical doctors and nurses' experience in the hospital ward

Forord

I kapittel 1 s.8 har jeg henvist til Strategi for utdanning, undervisning og kompetansebygging 2019 – 2025 ved helseforetaket der denne studien er utført. Strategien er upublisert, og referanse er ekskludert grunnet anonymisering.

Tusen takk til veileder for uvurderlig veiledning og støtte gjennom hele prosjektperioden. En stor takk til avdelingssjefer og avdelingssykepleiere for deres interesse og hjelp til rekruttering av informanter. En spesiell takk til informantene som stilte opp med sine erfaringer og opplevelser.

Takk til mine ledere for god tilrettelegging. Takk til medstudenter, gode kollegaer, familie og venner for oppmuntring gjennom hele skriveperioden.

02.06.20

Janet Bakken

Innhold

Sammendrag	5
1. Innledning.....	6
1.1. Oppgavens oppbygning.....	6
1.2. Bakgrunn	6
1.3. Hensikt og mål.....	9
1.4. Begrepsavklaringer.....	10
1.5. Avgrensning.....	11
1.6. Problemstilling og forskningsspørsmål	12
1.7. Litteratursøk.....	12
1.8. Tidligere forskning.....	12
2. Teoretisk fundament.....	16
2.1. Det sosiokulturelle læringsperspektivet	16
2.2. Lev Vygotskij om læring i et sosiokulturelt perspektiv	17
2.3. Lave og Wengers teori om læring i et sosiokulturelt perspektiv	18
2.4. Lærende organisasjoner.....	19
2.5. «Å tilegne seg kunnskap» fra et fenomenologisk perspektiv.	21
3. Metode.....	23
3.1. Kvalitativ forskningsmetode.....	24
3.2. Design.....	24
3.3. Vitenskapsteoretisk plattform	25
3.4. Utvalg og rekruttering	27
3.5. Kvalitativt Intervju.....	29
3.6. Forberedelse og gjennomføring av intervju.....	30
3.7. Transkribering	32
3.8. Informasjonsstyrke.....	32
3.9. Analysemetode	33
3.10. Metodiske overveielser	36
3.10.1. Troverdighet.....	36
3.10.2. Å forske på eget fagfelt	39
3.10.3. Forforståelse.....	39
3.11. Forskningsetiske vurderinger	40
4. Funn.....	42
4.1. Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring	44
4.1.1. Organisering i avdelingen.....	44
4.1.2. Samarbeid	48

4.2.	Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring.....	55
4.2.1.	Ulik forståelse av praksis.....	56
4.2.2.	Ulik tilnærming til situasjonen.....	57
4.3.	Bevisstgjøring av tiltak kan fremme kompetanseoverføring.....	58
4.3.1.	Verktøy som fremmer kompetanseoverføring.....	58
4.3.2.	Aktivitet som fremmer kompetanseoverføring.....	60
5.	Diskusjon.....	60
5.1.	Betydning av organisering og samarbeid for kompetanseoverføring.....	61
5.2.	Betydning av tillit og trygghet for kompetanseoverføring.....	66
5.3.	Ulike tradisjoner for praksis' betydning for kompetanseoverføring.....	68
6.	Konklusjon og implikasjoner for praksis.....	71
	Referanser.....	74
	Vedlegg 1 Svarbrev fra Personvernombud.....	78
	Vedlegg 2 Informasjon til informantene.....	80
	Vedlegg 3 Samtykkeskjema.....	82
	Vedlegg 4 Intervjuguide.....	83
	Vedlegg 5 Litteratursøk.....	85

Sammendrag

For å imøtekomme fremtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren er det nødvendig at ansatte på sykehus videreutvikler sin kompetanse gjennom teamarbeid og daglig samhandling med kollegaer. Palliasjon beskrives som et teoretisk og praktisk fag der kompetanseoverføring i konkrete pasientsituasjoner er en av de viktigste læringsarenaene. Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke forhold som er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team, for å få styrket egen kompetanse. Kvalitativ forskningsmetode med et deskriptivt-eksplorativt design og en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, basert på semistrukturerte intervjuer, ble benyttet i studien. Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter. Intervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim & Lundman. Analysen resulterte i subtema som ble abstrahert i 3 hovedtema; «Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring», «ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring» og «bevisstgjøring av tiltak kan fremme kompetanseoverføring». Denne tematikken ble tydeliggjort i lys av relevant forskning og teori i diskusjonsområdene; «Betydning av organisering og samarbeid for kompetanseoverføring», «betydning av tillit og trygghet for kompetanseoverføring» og «ulike tradisjoner for praksis' betydning for kompetanseoverføring». Funnene tyder på at man bør arbeide for en multiprofesjonell tilnærming i avdelingene, der samarbeidet mellom Palliativt team og avdelingene er preget av tillit og trygghet, samt forståelse for den andres arbeidssituasjon. Man bør tilstrebe et samarbeid med fysiske møter, der leger og sykepleier kan være deltagende i diskusjon, observasjon og behandling. God læringskultur bør tilstrebes i alle avdelinger, der kompetanseoverføring er tydelig forankret i ledelsen.

1. Innledning

1.1. Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en innledning, der bakgrunn for valg av tema, begrepsavklaringer, studiens hensikt, avgrensning og problemstilling presenteres. Videre presenteres litteratursøk og tidligere forskning. I kapittel 2 presenteres teoretisk rammeverk. I kapittel 3 blir metode presentert og reflektert over. I kapittel 4 presenteres resultat av analyse av intervjuene i form av funn. I kapittel 5 blir funnenes tematikk tydeliggjort i lys av relevant forskning og teori, før oppgaven avsluttes med konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning.

1.2. Bakgrunn

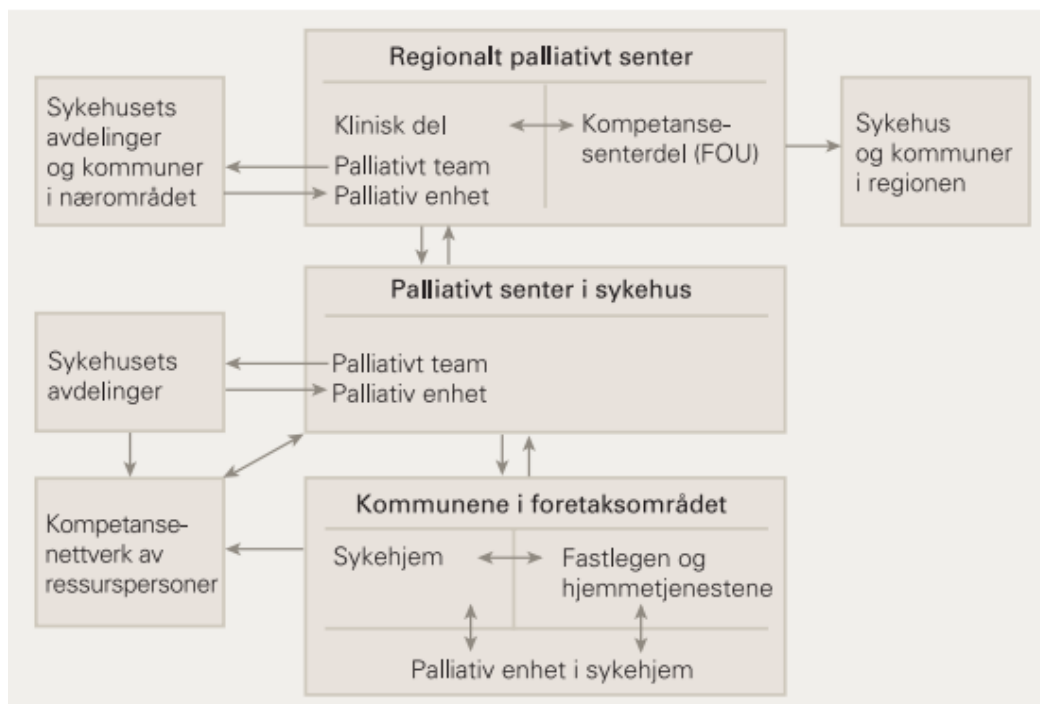
Gode helse- og omsorgstjenester skapes når personell med høy faglig kompetanse møter pasienten i et godt samspill (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). Arbeidet i sykehus har vært preget av at yrkesgrupper og avdelinger har arbeidet i hver sine «siloeer». Nå er det i økende grad behov for team, der flere faggrupper og avdelinger jobber sammen for å gi en bedre tjeneste. Kompetanse må deles på tvers (NOU, 2017; 16, s.118). Behovet for årsverk i helse- og omsorgstjenesten vil anslagsvis øke med 35% frem mot 2035, og på grunn av knapphet på arbeidskraft kan ikke behovet dekkes av økt arbeidskraft alene. Det betyr at de ansatte må utvikle sin kompetanse gjennom hele yrkeskarriæren, blant annet i den daglige samhandlingen med kollegaer (Helse og omsorgsdepartementet, 2019).

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen påpeker at en grunnleggende forutsetning for god palliativ behandling er at hele personalet må ha den nødvendige kompetansen, både kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Helsedirektoratet, 2019). Det fremheves videre at samarbeid på tvers av spesialiteter, profesjoner og helsetjenestenivåene bedrer kvaliteten på tjenestene (Helsedirektoratet, 2019).

Alle sykehusavdelinger som har pasienter med palliative behov skal gi god symptomlindring og god terminalpleie og omsorg (Helsedirektoratet, 2019). Integrasjon av palliasjon og tradisjonell somatisk medisin er derfor anbefalt og ønskelig (Helsedirektoratet, 2019). Sykehusavdelingene skal beherske grunnleggende palliasjon, og ha kunnskap om hvilke pasienter som bør henvises til Palliativt senter. Det må være en

tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom spesialist innen grunnsykdommen og lege med spesialisert kunnskap om palliasjon (Helsedirektoratet, 2019). Også i Norsk Kreftstrategi påpekes viktigheten av at kompetanse innen palliativ medisin styrkes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette begrunnes med at det stadig utvikles nyere behandlingsformer som fører til at pasienter lever lenger, og det er dermed et stadig økende antall pasienter med palliative behov (Helse og omsorgsdepartementet, 2018).

I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2019) er det klare retningslinjer for hvordan det palliative tilbudet i Norge bør være organisert (figur 1). Palliativt team utgjør, sammen med en palliativ sengeenhet, Palliativt senter på sykehus. Teamet er tverrfaglig sammensatt og har en veiledende og rådgivende funksjon overfor behandlingsansvarlig lege og det øvrige behandlingsteamet i eller utenfor sykehus. Teamet er et sentralt bindeledd mellom 1.-og 2.linjetjenesten. Palliativt team har også polikliniske konsultasjoner, og tilbyr vurdering, råd og hjelp ved symptomlindring og andre problemer av psykisk, sosial og åndelig art (Helsedirektoratet, 2019). Palliative sentre ved universitetssykehusene har en viktig rolle for forskning, fagutvikling og kompetanseheving, og en organisert kompetansebygging og -spredning er nødvendig for å videreutvikle fagfeltet palliativ medisin (Haugen, Jordhøy, Engstrand, Hessling & Garåsen, 2006). I *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt* fra Helsedirektoratet (2015) påpekes det at Palliative team skal bistå sykehusets avdelinger med vurderinger, råd og veiledning om palliative problemstillinger, og at overføring av kompetanse internt i sykehuset er en viktig del av teamets funksjon. Videre beskrives palliasjon som et teoretisk og praktisk fag der kompetanseoverføring i konkrete pasientsituasjoner er en av de viktigste læringsarenaene (Helsedirektoratet 2015). Viktige tiltak for å bedre samhandlingen rundt pasienter med behov for palliasjon er felleskonsultasjon før utskrivning og kompetanseoverføring mellom involvert personell (Haugen et.al, 2006).



Figur 1: Anbefalt organisering av palliasjon (Haugen et.al (2006) s.330)

Palliativt team ved dette aktuelle sykehuset er en del av et Palliativt senter, der teamets oppgaver blant annet er ambulant service til pasientens hjem og sykehjem, polikliniske konsultasjoner og konsulentvirksomhet ved sykehusets avdelinger. Behandlingsansvaret ligger som regel hos behandlingsansvarlig lege i sykehus eller fastlegen (Helsedirektoratet, 2019). Tverrfaglighet har en sentral rolle i palliasjon og det aktuelle palliative teamet består av leger, spesialsykepleiere, fysioterapeut, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, prest, sosionom og sekretær.

Det aktuelle sykehuset har utarbeidet Strategi for utdanning, undervisning og kompetansebygging 2019-2025 og har betydelig fokus på kompetanseheving. Sykehuset har opprettet en egen undervisningsavdeling i 2017, og har et overordnet mål om at utdanningsvirksomhet, undervisning og opplæring skal være en integrert del av foretakets virksomhet. Videre er det ut fra strategien et mål å drive fremragende utdannings-, undervisnings- og kompetansebyggings-virksomhet med formål om å sikre god pasientbehandling. Sykehuset vil skape en anerkjennende kunnskaps- og læringskultur på alle nivå, der klinikkene involveres i løpende kompetansebyggende utvikling og aktiviteter. Kompetansen skal blant annet bygges på tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid.

Selv om det ikke er nedskrevet prosedyre eller arbeidsmetode for Palliativt team, har teamet siden oppstart tilnærmet seg avdelingene nærmest metodisk med å først kontakte pasientansvarlig helsepersonell for å utveksle nødvendig informasjon, deretter gjennomføre pasienttilsyn, fortrinnsvis sammen med helsepersonell i avdelingen, før en avsluttende samtale etter tilsynet for oppsummering og plan videre. Arbeidsmetoden har vært med tanke om samarbeid og kompetanseoverføring. Det er imidlertid mange forhold som bidrar til at denne metoden ikke alltid lar seg gjennomføre, eksempelvis kan pasientansvarlig lege være opptatt, helsepersonell i avdelingen har ikke mulighet til å ta seg tid til felles tilsyn og konsultasjon, pasienten er ikke til stede i avdelingen ved tilsyn, og liknende.

1.3. Hensikt og mål

I fremtidens omsorgstjeneste vil det være stort behov for teamarbeid og kompetanseoverføring. Det er behov for at ansatte på sykehus videreutvikler sin kompetanse blant annet gjennom daglig samhandling med kolleger. Det finnes en god strategi på sykehuset for kompetanseheving. I tillegg finnes det gode retningslinjer på organiseringen av palliative team. Jeg har imidlertid funnet lite litteratur og føringer på hvordan det palliative teamet skal drive sin virksomhet for å bidra til mest mulig kompetanseoverføring for å oppnå styrket kompetanse hos samarbeidende helsepersonell på sykehuset. Min erfaring tilsier at godt samarbeid og felles konsultasjoner kan føre til gjensidig kompetanseoverføring. På en annen side kan det slik jeg ser det, foregå en kunnskapsnedbygging i avdelinger dersom palliative team overtar behandlingen av pasienten uten det nære samarbeidet.

På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke hvilke forhold som er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team, for å få styrket egen kompetanse innen palliasjon, samt hvordan Palliativt team kan arbeide annerledes for å bidra til økt kompetanseoverføring. Jeg håper å kunne bidra med ny kunnskap for å øke kompetanseoverføring i sykehus og bidra til best mulig ressursutnyttelse. Videre er det et mål at funnene skal kunne ha overførbarhet til andre sykehus med ambulerende team, samt til andre deler av helsevesenet der spesialistteam har samarbeid med generalister.

1.4. Begrepsavklaringer

Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som følger:

«Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art» (Helsedirektoratet, 2019, s.11; NOU, 2017:16, s 18). Definisjonen beskriver palliasjon som en tilnæringsmåte overfor alle pasienter med livstruende sykdom, uavhengig av diagnose og prognose. Fagfeltet kjennetegnes av en tverrfaglig tilnærming med høy grad av samarbeid og samhandling, der også pasienten og de pårørende inngår som en del av teamet (Helsedirektoratet, 2019).

Kompetanse og kompetanseoverføring

Kompetanse er et komplekst begrep med ulike definisjoner i litteraturen. I

kompetansereformen Ny kompetanse (NOU, 1997) defineres begrepet kompetanse som en generell betegnelse på produktivitet og skapende evner, som handler om hvor god rustet man er til å gjøre en jobb eller en oppgave. Kompetanse omfatter kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som kan bidra til utførelse av arbeidsoppgaver eller til å løse problemer. Utdanningsdirektoratet definerer kompetanse som «... å kunne tilegne seg og anvende kunnskaper og ferdigheter til å mestre utfordringer og løse oppgaver i kjente og ukjente sammenhenger og situasjoner. Kompetanse innebærer forståelse og evne til refleksjon og kritisk tenkning» (Utdanningsdirektoratet, 2017, s.10) *Kunnskap* er ifølge Utdanningsdirektoratet (2017) å kjenne til og forstå fakta, teori, begreper, sammenhenger og ideer innenfor fagområdet. *Ferdigheter* er å beherske handlinger og prosedyrer for å utføre oppgaver og løser problemer (Utdanningsdirektoratet, 2017). Kompetanse er slik jeg forstår det, dermed mer enn bare kunnskap og ferdigheter. Det er å kunne tilegne seg kunnskap, men også bruke kunnskap og ferdigheter til å løse oppgaver. I tillegg skal man ha en forståelse av hva man gjør, reflektere over konsekvenser og ha en etisk bevissthet.

I følge Filstad (2010) får kunnskap og læring først verdi når de sees i sammenheng, hvor målet er å oppnå nødvendig kompetanse. Hun sier videre at å utvikle kunnskap til kompetanse er en læringsprosess (Filstad, 2010). Kompetanseoverføring er i denne studien å forstå som kunnskap og ferdigheter som overføres, for å oppnå styrket kompetanse hos leger og sykepleiere i avdelingene. Kompetanseoverføring er således tett knyttet til læring fordi kompetanseoverføring skjer når læring har funnet sted. Læringsteori anses derfor som relevant for å belyse empirien i denne studien.

Flere studier (Yang & Maxwell, 2011; Albers et al., 2016; Mitchell, Parker, Giles & White, 2010; Riege, 2005) som henvises til i senere kapitler bruker begreper som blant annet «knowledge» og «knowledge sharing», som kan oversettes med kunnskap og kunnskapsdeling. Min forståelse av artiklene er at kunnskapsdeling gir grunnlag for at organisasjonen og de ansatte skal utvikle kompetanse og ferdigheter, som er i tråd med Utdanningsdirektoratet (2017) sin definisjon av kompetanse beskrevet over, samt Filstad (2010) sin beskrivelse av hvordan kunnskap utvikles til kompetanse i en læringsprosess. Artiklene vurderes dermed som aktuelle for å bygge opp om empirien i denne studien, og jeg bruker begrepene kunnskap, kunnskapsdeling og tilsvarende begreper i denne oppgaven som en viktig del av det som skal læres for å oppnå styrket kompetanse.

1.5. Avgrensning

Palliativt team har en ambulant funksjon med tilsyn og oppfølging av pasienter inne på sykehuset og i kommunene i foretaksområdet. Etter samhandlingsreformen i 2012 har det vært stort fokus på kompetanse i kommunene, blant annet med kompetansehevende tiltak i palliasjon via prosjekter finansiert med midler fra Fylkesmannen. Fokuset har også vært stor på kompetanseoverføring fra sykehus til kommuner, blant annet gjennom samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Jeg ønsker å ha fokus på kompetanseoverføring *innad* i sykehus, som det har vært mindre søkelys på.

Palliativt team jobber tverrfaglig, som innebærer samarbeid med flere yrkesgrupper, eksempelvis leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, klinisk ernæringsfysiologer, prester, sosionomer med flere. Det er likevel leger og sykepleiere som oftest er involvert i alle pasienter, og det synes derfor relevant å avgrense oppgaven til å gjelde leger og sykepleiere.

1.6. Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av overnevnte vurderinger og betraktninger er problemstillingen

«Hvilke forhold er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team?»

Forskningsspørsmål

- 1) Hvilke forhold erfarer leger og sykepleiere som relevant for kompetanseoverføring i møte med Palliativt team?
- 2) Hvilke hindringer for kompetanseoverføring erfarer leger og sykepleiere?
- 3) Hvilke forslag til forbedring har leger og sykepleiere for at Palliativt team skal styrke deres kompetanse?

1.7. Litteratursøk

Jeg har gjennomført et systematisk søk i databasene Cinahl og Medline, i tillegg til hånd søk. Søkene var basert på elementene P, I og O fra PICO-skjema, P=helsepersonell (leger og sykepleiere i sykehusavdeling), I=spesialistteam/tverrfaglige team og O=kompetanseoverføring, samt palliasjon/terminal sykdom. Spesialistteam generelt gav mange treff (1.363 treff i Cinahl og 1.806 treff i Medline) og jeg kombinerte dermed søket med palliasjon/terminal sykdom og la på filter for å avgrense til reviewartikler, med 114 treff i Cinahl og 213 treff i Medline og en treffliste på palliasjon/terminal sykdom med 109 treff i Medline og 91 treff i Cinahl.

For utfyllende informasjon se vedlegg 5.

1.8. Tidligere forskning

Haugen et al. (2006) påpeker etter en systematisk litteraturgjennomgang at regionale palliative sentrene ved universitetssykehusene har en viktig rolle for forskning, fagutvikling og kompetanseheving, og at en organisert kompetansebygging og -spredning er nødvendig for å videreutvikle fagfeltet palliativ medisin. Det er imidlertid tilsynelatende gjort lite forskning på *hvordan* Palliative team kan bidra til kompetanseoverføring for å styrke kompetansen til andre helsearbeidere. Derimot er det gjort en del forskning på samarbeid og kunnskapsoverføring i offentlig sektor og multidisiplinære team.

I en narrativ syntese peker Firn et al. (2016) på hva som kan øke og hemme samarbeid, og dermed påvirke overføring av kompetanse mellom palliative spesialistteam og helsepersonell i generell palliasjon i sykehus. Ut fra 23 studier fant de flere forhold som påvirker samarbeidet. Studiene i syntesen beskriver to modeller for behandling av pasientene. Den ene modellen er en multiprofesjonell tilnærming, der spesialisert og generell palliativ behandling er integrert i oppfølgingen av pasienten. Den andre modellen som beskrives er en lineær modell, der en type oppfølging slutter før den andre typen oppfølging starter. Her er spesialisert palliasjon ikke integrert i behandling og oppfølging av pasienten. Pasienten blir da overført til palliativt team etter endt behandling i egen avdeling. Disse artiklene beskrev en invasjon av deres ansvarsområde når palliativt team ble tidlig involvert i oppfølgingen (Firn et al., 2016). I 12 av studiene var modellen med integrert palliativ behandling foretrukket, og 11 av disse ble det poengtert at behandlerne beholdt sin autonomi i beslutninger (Firn et al., 2016).

Flere av artiklene Firn et al. (2016) viser til beskrev en opplevelse av å ha mislyktes eller at de hadde gitt opp pasienten dersom de henviste til Palliativt team. Andre opplevde involvering av Palliativt team som en måte å tilby bedre omsorg og behandling for pasienten. Videre ble tillit til at spesialistteamet kunne bidra med den nødvendige hjelpen, og gjøre dette i samarbeid med personell i avdelingen, trukket frem som viktig. For å skape tillit var respekt for den andres kompetanse avgjørende (Firn et al., 2016).

Alle de 23 studiene i Firn et al. sin studie var opptatt av styrket kompetanse versus kompetansenedbygging. Styrket kompetanse ble trukket frem som en av de positive resultatene av modellen med integrert palliativ behandling. Styrket kompetanse ble hovedsakelig oppnådd via observasjon og felles konsultasjoner. Mer erfarne helsearbeidere var de som oftest var bekymret for kompetansenedbygging i avdelingen ved involvering av Palliativt team, både ved at avdelingspersonell ble hindret i å lære selv, eller at det som ble lært ble glemt igjen på grunn lang tid mellom hver gang de fikk praktisert det de hadde lært (Firn et al., 2016).

Flere forhold ble trukket fram som positive for godt samarbeid i Firn et al. (2016) sin artikkel. Å være synlige i avdelingen, lett tilgjengelige samme dag som behovet oppstår, tilgjengelighet utenom dagtid og hverdager, hyppig kommunikasjon, og utarbeiding av en behandlingsplan ble trukket fram. I tillegg ble Palliativt team knyttet til kontinuitet for

oppfølging av pasienten. På den andre siden ble rolleforvirring trukket fram som en ulempe. Helsepersonell var usikre på egen rolle i samarbeid med Palliativt team (Firn et al., 2016).

Firn et al. (2016) viser til at det er viktig at helsepersonell i avdelingen får bruke sin kompetanse i samarbeidet med Palliativt team. Pasienter med palliative behov i sykehus har ofte kompliserte tilstander som endres raskt, og god kommunikasjon mellom behandlere er dermed av stor betydning for å hindre misforståelser.

Yang & Maxwell (2011) peker på flere ulike barrierer for informasjons- og kunnskapsoverføring i offentlige organisasjoner. De hevder at organisatoriske verdier, normer og kulturer spiller inn. Dersom organisasjonskulturen er fokusert på solidaritet, gjensidig interesse og felles målsetting fører det til økt kunnskaps- og informasjonsdeling mellom avdelinger. Hierarki har også en betydning, der teamarbeid som ikke er definert av hierarki kan resultere i mer effektiv informasjonsdeling mellom avdelinger (Yang & Maxwell, 2011).

Informasjon beskrives av Yang & Maxwell (2011) som en viktig kilde til makt i organisasjoner, med resultat at man ikke ønsker å dele kunnskap. Videre fremhever de at kultur for deling av kunnskap, samt tillit, er viktig for kunnskapsoverføring. Evne til å ta til seg ny kunnskap, samt tid og ressurser er andre faktorer som trekkes frem som betydningsfulle (Yang & Maxwell, 2011).

En kvalitativ studie fra 2016 (Albers et al., 2016) omhandler hva som fremmer og hemmer samarbeid og integrasjon mellom palliasjon og geriatri i et Europeisk perspektiv. I studien trekkes det frem at å ha felles pasientgruppe, lik tilnærming til behandling og pleie, samt felles mål øker muligheter for samarbeid. Det kan resultere i gjensidig kunnskapsoverføring og støtte i beslutninger. Barrierer for samarbeid ble beskrevet som mangel på delt forståelse av den andres fagfelt og mangel på kommunikasjon. Faktorer som fremmer samarbeid og integrasjon var mulighet til å få råd fra eksperter, mulighet for gjensidig læring og hospitering (Albers et al., 2016).

Mitchell et al. (2010) har skrevet en oversiktsartikkel om team-karakteristikk som hemmer og fremmer interprofesjonelt team-arbeid og kunnskapsoverføring. Kunnskapsoverføring fordrer at kunnskapen tilpasses der den skal benyttes, både i praksis

og sosialt. Sosiale relasjoner, verdier, språk og praksis er dermed viktige faktorer for kommunikasjon og kunnskapsdeling. Mitchell et al. (2010) trekker også frem at kunnskap kan gi makt og status, som kan være hemmende for kunnskapsoverføring. I tillegg kan den kunnskapen man allerede har være et hinder for å lære noe nytt. Ny kunnskap kan true ens profesjonelle identitet (Mitchell et al., 2010).

Riege (2005) har i sin oversiktsartikkel påpekt flere barrierer for kunnskapsoverføring i organisasjoner. Han hevder at effektiviteten av arbeid som er drevet frem av kunnskap er direkte relatert til utvikling av ny kunnskap og deling av eksisterende kunnskap ved interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap. For at en organisasjon skal oppnå ønsket nivå av samarbeid og kunnskapsdeling må den kommunisere viktigheten av utvikling, deling og implementering av kunnskap til sine medarbeidere (Riege, 2005).

Riege (2005) oppsummerer med at barrierer for kunnskapsdeling på individuelt nivå ofte har sammenheng med manglende kommunikasjonsevner og sosialt nettverk, ulik kultur, status og mangel på tid og tillit. På organisasjonsnivå er barrierene knyttet til økonomi, manglende infrastruktur og ressurser, tilgjengelighet på formelle og uformelle møteplasser og fysiske omgivelser. Han utdyper dette med at det ofte kan være mangel på tid og sted til å dele kunnskap, og at det må ligge til rett for møter ansikt til ansikt, også for å oppnå nødvendig tillit for kunnskapsdeling. I mange organisasjoner råder det en holdning om at dersom medarbeiderne ikke «er opptatte med oppgaver» så jobber de ikke produktivt, og kunnskapsoverføring anses ikke som en oppgave. Videre er det viktig at organisasjonens ledelse er tydelig på viktigheten av kunnskapsdeling, inkludert den tause kunnskapen. Personlige egenskaper innen kommunikasjon trekkes frem, ved ulikheter i kultur, alder, erfaringsnivå med mer (Riege, 2005).

Nilsen (2010) har i sin doktoravhandling avdekket et gap mellom sykehusets strategi for læring og kunnskapsutvikling og det som faktisk skjer i praksis. Både det fysiske arbeidsmiljøet og måten arbeidet utføres på bidrar til at de ansatte har lite kontakt med hverandre i løpet av arbeidsdagen. Dette fører til at muligheten for å lære av hverandre mens man jobber ikke er til stede i ønsket grad. Dette skyldes ifølge Nilsen (2010) krav om effektivitet og kostnadsutt, som gir innsparing på kort sikt, men som vil være skadelig for organisasjonens evne til læring. Hun fremholder at ønsket om å sette pasienten først fører til at de tildeles faste pleiere, som igjen fører til at de ansatte blir mer selvstendige i

sitt arbeid, men at læring i arbeidssituasjoner blir skadelidende da man ikke lenger ser hverandre i aksjon. Også flere enerom i sykehusene bidrar til redusert læring av kollegaer.

2. Teoretisk fundament

Kompetanseoverføring er tett knyttet til læring fordi kompetanseoverføring skjer når læring av blant annet kunnskap og ferdigheter har funnet sted. I denne studien mener jeg derfor at sosiokulturell læringsteori og tankegods om lærende organisasjoner er relevant for å belyse empirien. Den russiske teoretikeren Lev Vygotskij (2001), som anses som grunnlegger for det sosiokulturelle læringssystemet, la vekt på mennesket som kulturvesen, og var opptatt av læring i sosial og kulturell sammenheng. Jean Lave og Etienne Wenger (2003), henholdsvis professor og forsker, som har skrevet om situert læring, med søkelys på det sosiale aspekt ved læring, er tatt med for å gi en bredere forståelse av sosiokulturell læringsteori. Også innen lærende organisasjoner er det fokus på læring i sosial sammenheng. Cathrine Filstad (2010) er professor i organisasjon og ledelse, og skriver om organisasjonslæring og hvordan kunnskap utvikles og anvendes som kompetanse i organisasjoner. Hun er blant annet opptatt av individet som lærende, organisasjonslæring som deltakelse og praksis, og kunnskapsdeling og tillit i organisasjoner. Cato Wadel (2008) var en norsk sosialantropolog som også var opptatt av lærende organisasjoner, med vekt på mellommenneskelige forhold. Til slutt i kapittelet vil jeg sette det å tilegne seg kunnskap i et fenomenologisk perspektiv.

2.1. Det sosiokulturelle læringsperspektivet

Sosiokulturell læringsteori (Vygotskij, 2001; Lave & Wenger, 2003) bygger på en antakelse om at læring skjer i en sosial kontekst, gjennom bruk av språk og deltakelse i sosial praksis. Læring må sees i sammenheng med kultur, språk og felleskap (Bråten, 2002). Utgangspunktet for det sosiokulturelle læringsperspektivet har vært interessen for hvordan kunnskaper og ferdigheter blir ført videre i samfunnet og hvordan innsikt som er oppnådd dermed ikke går tapt. Kunnskaper utvikles og gjenskapes, og læring foregår i alle sammenhenger der menneskelig kunnskap anvendes (Säljö, 2002). Sosiokulturell

læringsteori bygger dermed opp om at kunnskap og kompetanse deles i sykehus slik at de ansattes kompetanse utvikles og styrkes gjennom hele arbeidslivet.

Säljö (2002) påpeker at dagliglivet er avgjørende læringsmiljø. Ideer, kunnskaper og ferdigheter blir ført videre gjennom kommunikasjon mellom mennesker, og gjenbrukes i nye sammenhenger. I et sosiokulturelt perspektiv representerer institusjoner, som for eksempel sykehus, virksomheter i samfunnet der læring er organisert for at relevant kunnskap skal utvikles og vedlikeholdes. Samtale og samarbeid blir det naturlige miljøet for utvikling og overføring av kunnskap (Säljö, 2002). Dette gjenspeiles i sykehusavdelingene, med kompetanseoverføring ved samarbeid og samhandling i pasientnære situasjoner. Ifølge Säljö (2002) er egen aktivitet fra den som skal lære, sammen med veiledning og støtte fra samarbeidsparter med større erfaring, verdifullt for læring. Den mer erfarne må imidlertid ikke overta arbeidet, men støtte og veilede den som skal lære.

2.2. Lev Vygotskij om læring i et sosiokulturelt perspektiv

I følge Vygotskij (2001) skjer læring i sosialt samspill, der elevens kunnskap, ideer, holdninger og verdier utvikler seg i interaksjon med andre (Imsen 2005; Lyngsnes & Rismark 2007). Vygotskij (2001) hevder at unge menneskers tenkning og atferd inspireres av det sosiale miljøet, og begrepstenkning vokser frem av å delta i de voksnes arbeids- og sosiale liv. Kultur og samfunn «tar bolig» i individet gjennom sosialt samspill, ved at språket forbinder individet med kulturen. Utviklingen løper fra det sosiale til det individuelle, og konsekvensen av dette er at undervisning bør legges opp slik at den som skal tilegne seg kunnskap får arbeide og lære i felleskap. På denne måten fikk Vygotskij sine tanker innpass i pedagogikken (Imsen, 2011). Vygotskij skiller mellom faktisk utviklingsnivå og potensielt utviklingsnivå. Faktisk utviklingsnivå viser til det en allerede mestrer, og at læring allerede har funnet sted. Potensielt utviklingsnivå viser til hva en kan gjøre under veiledning eller i samarbeid med en mer dyktig person, altså til den læring som er i ferd med å begynne. Vygotskij var opptatt av barns utvikling, men dette ble også et utgangspunkt for begreper som det å gå i lære hos noen, der læringer lærer av å utføre sammen med folk som er dyktigere enn dem selv. Ved samarbeid tilegnes nye

strukturer, løsninger på problemer, som blir internalisert og integrert i den lærendes egen tenkning. Mennesket har dermed alltid et potensielt utviklingsnivå (Vygotskij, 2001).

I følge Vygotskij er den viktigste faktoren i læring språket. Språket er redskapet i samhandling, og brukes til å kommunisere med andre, skape begreper og blir på den måten byggesteiner for tenkning. «Bevissthet gjenspeiles i ordet som sola speiler seg i en vanndråpe. Ordet forholder seg til bevisstheten som en levende celle forholder seg til en hel organisme, som et atom forholder seg til universet. Ordet er den menneskelige bevissthetens mikrokosmos.» (Vygotskij, 2001, s.220).

2.3. Lave og Wengers teori om læring i et sosiokulturelt perspektiv

Lave & Wengers (2003) teori om situert læring har, siden den kom ut i bokform i 1991, hatt en sterk innflytelse på forståelse av læring og undervisning både nasjonalt og internasjonalt. Situert læringsteori er en kontrast til intellektualiserende og individualiserende læringsforståelse, som har preget moderne pedagogikk. I situert læring foregår læringen gjennom deltakelse i sosial praksis, med en oppfatning om at læring er relasjonell, situert i praksisfelleskap og en del av menneskers identitetsutvikling. Læringen forstås som en dynamisk bevegelse fra perifer til fullt deltakende i et praksisfelleskap. Perifer deltagelse handler om å være plassert i den sosiale verden. Som nyansatt eller som lærling er man perifert deltakende frem til man har lært tilstrekkelig til å være fullt deltakende i praksisfelleskapet. I denne forstand kan makt og maktesløshet knyttes til deltakelse i praksisfelleskap (Lave & Wenger, 2003).

Situert læringsteori tar utgangspunkt i den læring som foregår i arbeidsliv og hverdagsliv i stedet for den læring som foregår i klasserommet. Teorien er derfor interessant for den samfunnsmessige betydningen av læring, med fokus på livslang læring og lærende organisasjoner. Situert læring skiller seg fra erfaringspedagogikken med å ta utgangspunkt i praksisfelleskapet i stedet for kun individuelle erfaringer. Læring er ikke bare situert i praksis, men er også en del av den sosiale praksis i den levde verden. Læring, tenking og innsikt er relasjoner mellom mennesker i aktivitet, der aktiviteten er i, med og utsprunget fra den sosiale og kulturelt strukturerte verden. Forståelse og erfaring er i konstant samspill. Personer, handlinger og verden er med i all tenkning, tale, innsikt og læring (Lave & Wenger, 2003).

2.4. Lærende organisasjoner

Filstad (2001) påpeker at alle organisasjoner i stadig større grad er avhengig av å mobilisere kunnskap for nå mål og visjoner. Hun sier videre at kunnskapen som er i organisasjonen må utnyttes, i tillegg til å gjøre hverandre gode ved å dele kunnskap, reflektere og videreutvikle kunnskapen. Nødvendig kunnskap utvikles imidlertid ikke bare de ansatte får nødvendig informasjon. Kunnskap er nemlig bare kunnskap og kompetanse dersom den anvendes gjennom handling (Filstad, 2010).

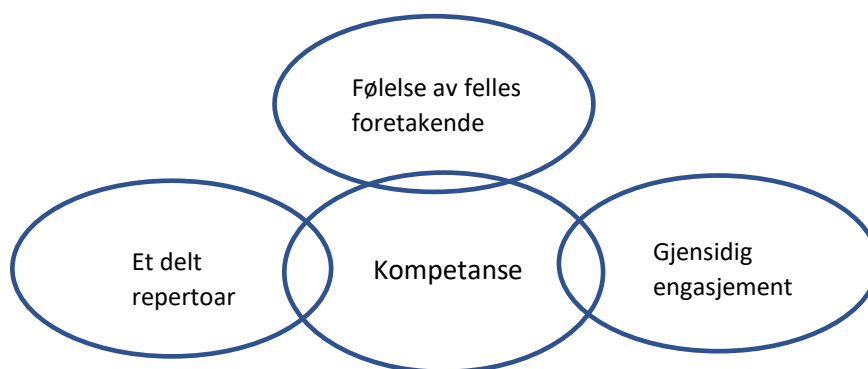
Filstad (2010) ser på organisasjonslæring som grunnleggende relasjonelle og reflekterende prosesser i en kombinasjon av individuell, kollektiv og organisatorisk læring. Organisasjonslæring skjer i følge Filstad gjennom praksis og deltakelse i arbeid, ved å delta og tilhøre sosiale felleskap og oppgaver. Læring sees her på som en kontinuerlig prosess der medarbeideren møter problemer og utfordringer, og er i stand til å løse disse, gjennom deltagelse i læringsprosesser i sosial praksis på arbeid- situert læring. Situert læring synliggjør ifølge Filstad (2010) den relasjonelle karakteren ved kunnskap og læring, ved å fremheve den kollektive dimensjonen for å finne felles mening og forståelse av situasjonen. Individuer går fra å være perifer nykommer til å bli etablert medlem av en sosial praksis. Gjennom praktisk arbeid sammen med kolleger vil situert læring være en del av hverdagen i organisasjoner (Filstad, 2010).

Sosial identitet er viktig for forståelse av situert læring, da denne identiteten og hvem vi ønsker å være vil være styrende for om vi identifiserer oss med praksisfelleskapets identitet. Sosial identitet utvikles gjennom relasjoner som skapes via felles arbeidsoppgaver, og kompetanse utvikles i konkrete kontekster. For å utvikle kompetanse kreves felles forståelse av hva som skal gjøres, hva som skjer og hva den enkelte foretar seg (Filstad, 2010).

Wadel (2008) trekker frem noe av det samme ved læring i praksisfelleskap og subkulturer. Subkulturer dannes av medarbeidere som jevnlig samhandler med hverandre og som identifiserer seg som en distinkt gruppe. Praksisfelleskap defineres av Wadel som «en gruppe mennesker som deler en interesse, et sett av problemer eller en lidenskap for et emne, og som fordyper sin kunnskap og ekspertise i det emnet ved å samhandle regelmessig» (Wadel, 2008, s87). Praksisfelleskap skiller seg fra subkulturer ved at det er

praksiskunnskap som er grunnlaget for felleskapet, ikke de sosiale forholdene. I praksisfelleskap forvaltes ferdigheter og kunnskap, og deltakelse i praksisfelleskap fører ofte til identitet, som har å gjøre med hvem vi er i forhold til andre mennesker. Det finnes som oftest flere praksisfelleskap i organisasjoner, og man kan lære på tvers av disse felleskapene. Mellom praksisfelleskap kan det være gråsoner, der læring ofte skjer. Læringen går her utover grunnleggende kunnskap innen praksisfelleskapet. Andre steder er man ikke opptatt av å lære av andre praksisfelleskap, man er opptatt av sitt eget, og er seg-selv-nok. Her blir organisasjonen fragmentert med tanke på kunnskap (Wadel, 2008).

I følge Filstad (2010) må det være et gjensidig engasjement, en følelse av felles foretakende og felles repertoar av språk, rutiner, verktøy ol. for å utvikle kompetanse, som vist i figur 2.



Figur 2 Praksisfelleskapets kompetanse (Filstad, 2010)

Filstad (2010) bruker også begrepet «kompetanse i praksis», som inkluderer læring på tvers av grenser, samt prosessen hvor kunnskap blir overført, forankret i situasjoner og gjennom sosial interaksjon mellom kollegaer. Kunnskap har verdi når den får sin anvendelse som nødvendig kompetanse.

Kunnskap og kompetanse har også en taus dimensjon, som ikke uttrykkes gjennom språk, men som vises via kroppsspråk og handling, og som kommer frem ved å praktisere sammen. Derfor er det å forklare, og samtidig kunne vise ting gjennom praktisk utførelse, viktig for kunnskaps- og kompetanseoverføring. Den som tilegner seg kunnskap må selv ha mulighet for å prøve, og utvikle egen taus kunnskap, fordi taus kunnskap er erfaringsbasert (Filstad, 2010)

For at det skal være kunnskaps- og kompetanseoverføring i organisasjoner er flere forhold viktige, blant annet ledelse, omgivelser, de mellommenneskelige relasjonene, medarbeidernes motivasjon for å dele kunnskap og kompetanse, samt tillit. Også Wadel (2008) ser på lederen som tilrettelegger og veileder i lærende organisasjoner. Leder må bygge læringsforhold mellom medarbeidere ved å utnytte muligheter, oppmuntre medarbeidere til dette arbeidet og sørge for tid i hverdagen til å bygge og utnytte læringsforhold. Filstad (2010) fremhever at kolleger må ha mulighet til å observere hverandre, praktisere sammen og reflektere over erfaringer. Det må være både tid og ressurser til dette, basert på en felles forståelse for at tilegnelse av kunnskap og kompetanse er viktig for både organisasjonen og den enkelte medarbeider. I tillegg må det være tillit mellom kolleger. Man må stole på at den andre har tilstrekkelige kunnskaper og evner, velvilje, og at vedkommende handler til det beste for sine kolleger. For å be om hjelp må man tørre å være sårbar, som krever gjensidig tillit (Filstad, 2010).

2.5. «Å tilegne seg kunnskap» fra et fenomenologisk perspektiv.

Fenomenologer (Husserl, 2013; Merleau-Ponty, 2012; Norberg-Schulz, 1996) baserer seg på at erkjennelse har sin rot i vår omgang med verden og andre mennesker. Edmund Husserl (2013), kjent som fenomenologiens grunnlegger, var opptatt av hvordan mennesker har tilgang til hverandres verden, der vi tar del i andres erfaringsverden. Arkitekturprofessor Christian Norberg-Schulz og den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty tok utgangspunkt i vår direkte omgang med verden, der vi er tilgjengelige for hverandre gjennom kroppslig og språklig interaksjon (Thornquist, 2018). Norberg-Schulz (1996) la vekt på sosialisering og hverdagslivets praksis. Vi lærer gjennom praksis og interaksjon når vi utveksler og deler erfaringer og tanker om erfaringer. Dette innebærer aktiv kommunikasjon, å være i samme situasjoner samtidig, delta i samme aktivitet, observere og snakke sammen. Norberg-Schulz beskriver en bekymring for at datateknologi erstatter virkelig nærvær, all informasjon kvantifiseres og at den daglige livsverden forflyktiger seg i abstraksjoner. Denne «opløsningen av det konkrete» kan motvirkes ved kvalitativ opplæring med *stedet* som ramme, ved å lære gjennom å utføre (Norberg-Schulz, 1996, s10). Merleau-Ponty (2012) fremhevet kroppens persepsjon og praksis, der kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse. I følge Merleau-Ponty er å leve å oppleve (Lyngstad, 2013). «One's own body is in the world just as the heart is in the

organism: it continuously breathes life into the visible spectacle, animates it and nourishes it from within, and forms a system with it.» (Merleau-Ponty, 2012, s. 209; Merleau-Ponty, 1994). Han hevder at levd erfaring og levd liv er kroppslig forankret, og at vi blir kjent med omverdenen gjennom våre handlinger. Kroppen er kilde til kunnskap, siden kunnskap og hukommelse sitter «i hendene» og «i kroppen», vår kropp vet og forstår. Vi tilegner oss kunnskap som lagres i kroppsmindet, gjennom at vi med omgang med omverdenen lærer å gjenkjenne inntrykk og knytte mening til dem, og tilføre handling. Dette gir kroppslig og praktisk kunnskap (Thornquist, 2018; Merleau-Ponty, 2012).

«The theory of the body schema is implicitly a theory of perception. We have learned to again sense our bodies; we have discovered, beneath objective and detached knowledge of the body, this other knowledge that we have of it because it is always with us and because we are bodies. It will be necessary to similarly awaken the experience of the world such as it appears to us insofar as we are in the world through our bodies, and insofar as we perceive the world with our bodies. But by reestablishing contact with the body and with the world in this way, we will also rediscover ourselves, since, if one perceives with his body, then the body is a natural myself and, as it were, the body is the subject of perception». (Merleau-Ponty, 2012, s.213)

Mens vitenskapen har forklaringer fra tredjepersonsperspektiv, altså den objektive verden, tilbyr fenomenologien ifølge Lyngstad (2013) «an explanation of the lived experiences of human subjectivity», opplevelsen slik den fremstår for den enkelte. Ved menneskelige opplevelser oppstår ny erfaring om et fenomen på bakgrunn av tidligere erfaringer om samme fenomen. Erfaringer vokser frem i en livsverden som veksler mellom det bevisste og ubevisste, det subjektive og objektive, og mennesket kjenner seg selv i kombinasjon av psykisk-fysisk i verden. Dette betyr at ny kunnskap kan forandre mening som er tillagt tidligere erfaringer (Lyngstad, 2013).

Det sosiokulturelle læringssynet er dermed slik jeg ser det, et møtepunkt med fenomenologien, til tross for at det står i en annen tradisjon. I fenomenologien tolkes fenomenene slik de fremstår for oss i en virkelighet som er blitt til i et sosialt samspill. De menneskelige erfaringene, opplevelsen slik den fremstår for den enkelte, er ikke løsrevet

fra en situasjon og en sammenheng der også andre mennesker befinner seg. Det sosiokulturelle perspektivet på læring kan slik jeg ser det, her bidra til en utvidet forståelse gjennom å kobles opp mot et fenomenologisk perspektiv.

3. Metode

Vitenskapelig kunnskap er en av mange former for kunnskap. Det er viktig å ikke glemme at mange typer kunnskap er minst like viktige som den kunnskapen som kommer fra vitenskap, for eksempel klinisk erfaring og hverdagskunnskap. Sammen med annen kunnskap er likevel vitenskapelig kunnskap en viktig betingelse for teori og praksis innen medisin og helsetjeneste. For å komme frem til vitenskapelig kunnskap driver man med forskning, der metode er avgjørende for kvaliteten på forskningen (Malterud, 2017).

I dette prosjektet var hensikten å undersøke informantenes erfaringer med samarbeidet med Palliativt team, samt deres opplevelse av kompetanseoverføring. Jeg valgte derfor kvalitativ forskningsmetode, som brukes for å få innsikt i menneskelige egenskaper som erfaringer og opplevelser. Jeg fant lite forskning og litteratur på hvordan Palliativt teams arbeid kan føre til kompetanseoverføring og styrking av kompetanse i avdelingene de samarbeider med. Jeg valgte dermed et deskriptivt-eksplorativt design, en induktiv innfallsvinkel som brukes der man mangler kunnskap om et fenomen. For å utforske informantenes erfaringer benyttet jeg fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming der jeg ønsket å forstå den menneskelige opplevelsens- og meningsverden. Jeg brukte kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim & Lundman (2004) for å beskrive både det manifeste og konkrete innholdet i tillegg til latent innhold og fortolkning. Målsettingen var å forstå og fortolke informantenes erfaringer for å få en dypere innsikt i, og kunnskap om, hvordan man kan oppnå økt kompetanseoverføring når Palliativt team samarbeider med helsepersonell i sykehusavdelinger.

I dette kapitlet vil jeg først redegjøre for valg av metode, design, vitenskapsteoretisk plattform, utvalg og utvalgsmetode, datainnsamling og analyseprosess. Deretter vil jeg redegjøre for metodiske og etiske overveielser.

3.1. Kvalitativ forskningsmetode

Jeg ønsket å undersøke legers og sykepleieres erfaringer med kompetanseoverføring i samarbeid med Palliativt team. Jeg valgte derfor kvalitativ forskningsmetode med intervju som datainnsamlingsmetode. I følge Thagaard (2013) er intervju en av de mest brukte metodene innenfor kvalitative fremgangsmåter, da intervju egner seg godt til å få frem informantenes opplevelser og synspunkter. Intervju som datainnsamlingsmetode utdypes i kapittel 3.5. Begrepet metode kommer fra gresk og betyr opprinnelig *veien til målet* (Kvale & Brinkmann, 2015). Metoden man velger er avhengig av problemstilling og forskningsspørsmål (Malterud, 2017; Thagaard, 2013). Innenfor samfunnsvitenskapen skiller man mellom kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative metoder vektlegger utbredelse og antall, mens kvalitative metoder går i dybden, med vekt på betydning og kontekst, for å få en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013; Malterud, 2017). I følge Malterud (2017) består materialet i kvalitative studier av tekst, som kan stamme fra samtaler eller observasjoner, mens de kvantitative metodene bygger på data i form av tall. Videre fremholder Malterud (2017) at kvalitative metoder er «vitenskapelige tilnærminger som anerkjenner at prosesser utformes spesifikt hos det individuelle mennesket som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng» (Malterud 2017, s.30). Metodene omfatter kort fortalt en samling strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra samtale eller observasjoner, og målet er å få mer innsikt i menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2017).

3.2. Design

Denne studien har et deskriptivt-eksplorativt design, en induktiv tilnærming som brukes der man mangler kunnskap om et fenomen (Elo & Kyngäs, 2008). Man utforsker et fenomen med målsetting om å få innsikt og forståelse. Problemstillingen belyses av empiriske data fra enkeltpersoner, og funnene fortolkes for å si noe mer allment (Malterud, 2017). Valg av analysemetode er viktig for at denne prosessen ikke kun skal bli en tilfeldig synsing. Forskeren må gå frem systematisk, med bevissthet og nøye tanke om hva som kan styrke funnenes overførbarhet (Malterud, 2017). Ifølge Graneheim & Lundman (2017) er en induktiv tilnærming karakterisert av at man ser etter mønster i

analyseenheten. Forskeren ser etter likheter og ulikheter i datamaterialet, og man beveger seg fra det manifeste og konkrete innholdet til en teoretisk og mer generell forståelse, som gjør innholdsanalyse til en egnet metode innen et deskriptivt-eksplorativt design. En fare er å bli fanget i strukturer og temaer i empirien, slik at man ikke tilfører ny innsikt. Det er også en fare at funnene er et resultat av ens forforståelse (Graneheim & Lundman, 2017) Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er det viktig at intervjueren viser åpenhet for nye fenomener og er nysgjerrig og lydhør for det som sies. Forskeren hele veien sjekke resultatene mot teori og tidligere forskning, og ha et tydelig forhold til egen forforståelse. Dette utdypes i kapittel 3.13.3.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er åpent intervju egnet ved eksplorativt design, der intervjuer presenterer spørsmål om et område man ønsker informasjon om for å søke ny informasjon om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015). For å oppnå dette gjennomførte jeg intervju med semistrukturert intervjuguide, der jeg hadde åpne spørsmål innen temaene jeg ønsket belyst, samtidig som jeg var bevisst på at informanten skulle få rom til å fortelle sin historie. Ved deskriptivt design blir informantene oppfordret til å beskrive det de har erfart og opplevd så nyansert som mulig. Målet er å få frem den kvalitative forskjellen. Beskrivelser av situasjoner og handlinger ble innhentet, som konkrete beskrivelser og betydninger i stedet for generelle meninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette la føringer for utforming av min intervjuguide. Kvalitativt intervju beskrives mer omfattende i kapittel 3.5 og 3.6.

3.3. Vitenskapsteoretisk plattform

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, som bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), der målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte selv i deres naturlige kontekst (Malterud, 2002). Jeg tar utgangspunkt i at mennesket deltar forstående i en verden av mening og selv har evnen til forståelse i denne verden. Jeg utforsker informantenes beskrivelser, i tillegg til å se utsagnene i lys av det totale inntrykket datamaterialet gir, og på den måten veksler jeg mellom det beskrivende og det fortolkende for å oppnå forståelse (Thornquist, 2018).

Fenomenologi innebærer at man undersøker fenomenet slik det fremstår for informanten, og man må ha åpenhet for mange ulike resultater (Polit & Beck, 2008). Vi ser etter den subjektive erfaringen fra samspillet med verden, der mennesket er integrert i sine omgivelser. Verden blir dermed meningsfull og åpen for å bli forstått. Med en fenomenologisk tilnærming er vi altså ikke ute etter objektive fakta. Vi har heller ikke på forhånd bestemt hva resultatet skal bli og vi er ikke ute etter å generalisere. I stedet ønsker vi å utvide forståelsen med å gi nye spørsmål om menneskets væren, erfaringer og opplevelser, og komme frem til ny kunnskap som kan ha overføringsverdi (Polit & Beck, 2008). Intervju er en passende metode for datainnsamling for å undersøke et fenomen ut fra informantenes erfaringer med sin livsverden. Semistrukturert intervju innebærer åpne spørsmål, som sikrer at man kommer innom gitte tema, men som likevel gir den som intervjues frihet til å fortelle sin historie (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette gir ifølge Kvale & Brinkmann (2015 s. 47) «... privilegert tilgang til menneskers grunnleggende opplevelser av livsverdenen».

Ifølge Thagaard (2013) fremholder også hermeneutikken at fenomener kan fortolkes på flere måter. Jeg forstår hermeneutikken videre som at det man undersøker ikke er en absolutt sannhet. Fenomenet må sees i sammenheng med sine omgivelser og dermed fortolkes, for å frembringe noe nytt og for å få en mer generell forståelse (Thornquist, 2018). Som datainnsamlingsmetode er individuelle intervjuer godt egnet i denne sammenhengen. I hermeneutikken står nemlig teksten sentralt, for eksempel tekst fra transkriberte intervjuer, som i denne studien (Thornquist 2018). Målet er å oppnå en forståelse av tekstens betydning (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge den tyske filosofen Hans Georg Gadamer kommer man frem til denne forståelsen i samspill med en annen. I intervjusituasjonen er dette samspillet mellom forsker og den som intervjues. Et intervju kan forstås ulikt av ulike mennesker, da mennesket må sees på som forstående og fortolkende vesener som blir påvirket av erfaringer, historie og kultur. Hensikten med intervjuet er å få innblikk i akkurat dette menneskets erfaringer, som kommer frem ved å ha et samtalepreget intervju (Thornquist, 2018). Jeg valgte dermed semistrukturert intervju som nettopp åpner for samtale.

En tekst kan ifølge Graneheim & Lundman (2017) ha flere betydninger. Epistemologisk tankegang i kvalitativ innholdsanalyse er at data og tolkning er resultat av samspillet

mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Fortolkningen i analysefasen er resultat av samspillet mellom intervjuer og teksten (Graneheim & Lundman, 2017). Dette er hermeneutisk tilnærming, ved at innholdsanalyse innebærer både beskrivelse av det manifeste innholdet som er nært teksten, og det latente innholdet som er fortolkning av den underliggende meningen. Latent innhold er distansert fra teksten, men er imidlertid fortsatt nært opplevelsene til informantene. Det at man holder seg nært opplevelsen til informantene gir også en fenomenologisk tilnærming (Graneheim & Lundman, 2017). Selv om innholdsanalyse ikke i utgangspunktet er knyttet opp mot en vitenskapsteori mener jeg at metoden er egnet i dette prosjektet (Bengtson, 2016).

Den franske filosofen Paul Ricoeur stod i front for å forene fenomenologi og hermeneutikk, og så disse som gjensidig berikende. Man setter fortsatt menneskers subjektive opplevelse i sentrum, og tolker verden slik den fremstår for den enkelte, men legger til at mennesket er forstående og fortolkende, og at ens forforståelse, sammen med historisk og sosiokulturell kontekst påvirker fortolkningen (Thornquist, 2018).

3.4. Utvalg og rekruttering

Jeg gjorde et strategisk utvalg for å rekruttere informanter til studien. Strategisk utvalg vil si at man velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevante for å belyse problemstillingen (Thagaard, 2013). For å kunne belyse temaet om erfaring med kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team måtte informantene ha samarbeidet med Palliativt team ved flere anledninger.

En kirurgisk og en medisinsk avdeling ble valgt, der Palliativt team har hatt mye samarbeid, og der det er relativt få sykepleiere og leger med videreutdanning i kreft og palliasjon. Palliativt team kan dermed tenkes å ha en mer sentral rolle i å styrke kompetansen i disse avdelingene enn i avdelinger med stor andel personell med spesialkompetanse.

Palliativt team er konsulent for avdelingene, og ved tilsyn tilstrebes tett samarbeid med både leger og sykepleiere. Siden det er ønskelig med kompetanseoverføring både til leger og sykepleiere ønsket jeg begge profesjonene som informanter.

Jeg er per i dag leder for driftsgruppen for Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling. Ressurssykepleiere i nettverket ble derfor ekskludert fra studien.

Inklusjonskriteriene ble dermed som følger:

- har hatt samarbeid med Palliativt team ved minst 3 anledninger
- jobber enten ved medisinsk eller kirurgisk avdeling
- er sykepleier eller lege
- har minst 2 års jobberfaring som sykepleier eller lege

Eksklusjonskriteriene ble som følger:

- har ikke samarbeidet med Palliativt team, eller har samarbeidet ved mindre enn 3 anledninger
- arbeider ved annen avdeling enn medisinsk- eller kirurgisk avdeling
- har annen yrkesbakgrunn enn sykepleier og lege
- har mindre enn 2 års jobberfaring
- er ressurssykepleier i Nettverk i kreftomsorg og lindrende behandling

Se tabell 1 for oversikt over informanter. Informantene hadde fra 4-19 års erfaring.

Informantenes kjønn, alder og eksakt erfaring er ikke oppgitt i tabellen da det vil svekke informantenes krav om aidentifisering.

Informant	Yrke	Avd.	Praksis antall år	Hvilken avdeling er erfaringen i hovedsak fra
1	Sykepleier	Kirurgisk avdeling	>5år	Kirurgiske avdelinger og hjemmesykepleie
2	Lege	Kirurgisk avdeling	<5år	Kirurgiske avdelinger
3	Lege	Kirurgisk avdeling	>5år	Kirurgiske avdelinger
4	Lege	Medisinsk avdeling	<5 år	Medisinske avdelinger
5	Lege	Medisinsk avdeling	<5 år	Medisinske avdelinger
6	Sykepleier	Medisinsk avdeling	<5 år	Medisinske avdelinger
7	Sykepleier	Kirurgisk avdeling	<5 år	Kirurgiske avdelinger
8	Sykepleier	Medisinsk avdeling	>5år	Medisinske avdelinger

Tabell 1: Oversikt over informanter

Avdelingssjefer og avdelingssykepleiere i aktuelle avdelinger ble kontaktet med informasjon om studien, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt et ønske om å

rekruttere to sykepleiere og to leger fra hver avdeling. De informerte i neste omgang sine ansatte. Informanter som var villige til å delta, og som møtte kriteriene, fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeerklæring fra avdelingssjef/avdelingssykepleier. Informantenes navn ble sent til meg per mail, og jeg tok kontakt med dem for avtale om intervju fortløpende. Avdelingssjef ordnet et bytte av informant da en informant måtte trekke seg.

Informantene ble rekruttert i perioden oktober-november 2019, etter innhentet tillatelse fra klinikkdirektører. Både avdelingssjefer og avdelingssykepleiere var svært positive og behjelpelige med rekruttering, som både var motiverende og førte til at rekrutteringen gikk uten problemer. I kapittel 3.11 kommer utdypende informasjon om tillatelser og andre forskningsetiske vurderinger.

3.5. Kvalitativt Intervju

I denne studien ble individuelle intervju valgt, fordi de gir nærhet til informantene. Ved å gjøre intervjuene samtalepreget kan informantene oppleve tilstrekkelig trygghet til å fortelle fritt om sine erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015) Målet er å forstå informantenes perspektiv, å få frem betydningen av folks erfaringer og opplevelse av noe (Kvale & Brinkmann, 2015; Mitchell, 2015). Forskningsintervjuets struktur er som den dagligdagse samtalen, men involverer metode og spørreteknikk. Forskningsintervjuet går dermed dypere enn den spontane meningsutvekslingen som skjer i hverdagen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg vurderte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Fokusgrupper gir kunnskap med en bredde av erfaringer og synspunkter, der man utnytter gruppedynamikken til å få andre erfaringer frem en man får frem i individuelt intervju (Malterud, 2012) Erfaring fra intervjuene var imidlertid at informantene hadde til dels svært forskjellig syn på kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team. Det kunne vært vanskelig å få frem i fokusgruppe, der de som står alene med sitt synspunkt kanskje ikke hadde turt å ta til orde. Noen av informantene fremstod som mer beskjedne, og disse kunne hatt mer vansker med å komme frem med sine synspunkter i en gruppe. På en annen side kunne vi kanskje i en fokusgruppe kommet frem til mer underliggende årsaker til hvorfor man har ulike erfaringer.

Jeg valgte å støtte meg til en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4). Semistrukturert intervjuguide innebærer åpne spørsmål som sikrer at man kommer innom gitte tema. Likevel gir det den som intervjues frihet til å fortelle sin historie (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming søker å utforske og beskrive intervjupersonenes erfaringer med, og forståelse av, noe. Gjennom intervjuet søker en å forstå betydningen av sentrale temaer i informantens fortelling, og intervjueren fortolker det som sies (Kvale & Brinkmann, 2015).

Forskningsintervjuet «... er ikke en konversasjon mellom likeverdige deltagere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen» (Kvale & Brinkmann, 2015, s.22). Intervjueren må være seg bevisst den påvirkningen han/hun har på intervjuet. Den sosiale relasjonen mellom informant og intervjuer, samt intervjuerens evne til å skape trygghet er avgjørende for kunnskapen som kommer ut fra slik forskning (Kvale & Brinkmann, 2015) Forskeren er subjektiv og bruker sin menneskelighet til å gjøre forskningen mulig. Forskerens relasjon til informanten er av betydning, og kvalitativ forskning kjennetegnes av at forskeren har nærhet til menneskene og forskningsfeltet (Thornquist, 2018). Kunnskap skapes i samspillet mellom forsker og informant, noe som også kan begrunnes ut fra fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. For å skape nødvendig trygghet i intervjusituasjonen valgte jeg møterom nær informantenes arbeidsplass, innledet intervjuene med uformell samtale over en kaffekopp, vektla ønsket om ærlige tilbakemeldinger og tydeliggjorde min rolle som masterstudent.

3.6. Forberedelse og gjennomføring av intervju

Intervjuguiden ble utformet på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Spørsmålene i guiden ble dermed sortert under temaene om hva som fremmer kompetanseoverføring, hva som hemmer kompetanseoverføring og hva som kan gjøres bedre for å få til en økt kompetanseoverføring. Jeg brukte åpne spørsmål slik at informantene kunne fortelle sin historie fritt innenfor temaene, i samsvar med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

Jeg utførte et test-intervju for å få en erfaring med å intervjuer, få tilbakemeldinger på meg som intervjuer og intervjusituasjonen, samt prøve ut spørsmålene i intervjuguiden. Jeg fikk nyttige erfaringer med å bli bevisst mitt eget non-verbale språk og fikk testet lydopptakeren. I tillegg fikk jeg innspill på to spørsmål som ble lagt til i intervjuguiden; ett

spørsmål om hva informantene la i begrepet «kompetanse» og ett spørsmål om de hadde tatt med seg noe fra samarbeidet med Palliativt team som de hadde brukt selv ved en senere anledning. Det siste ville vise mer tydelig om det hadde vært en kompetanseøkning. Test-intervjuet inngikk ikke i empirisk materiale.

Alle intervju ble etter samtykke tatt opp på lydopptaker. Intervjuene startet med uformell samtale for å skape en avslappet atmosfære. Jeg understreket min rolle som intervjuer og student, for å tydeliggjøre at prosjektet ikke var i samarbeid med Palliativt senter, der jeg for tiden er ansatt. Jeg vektla også at informantene ville bli aidentifisert, samt understreket at kun undertegnede og veileder hadde tilgang til intervjuene.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) innebærer kunsten å stille oppfølgingsspørsmål aktiv lytting. Man må lytte til hva intervjupersonene sier og hvordan det sies, med en åpen holdning. Intervjuene forløp ulikt, og bruk av oppfølgingsspørsmål varierte. For å få utfyllende beskrivelser brukte jeg pauser aktivt og forsøkte å lytte til hva informantene ønsket å vektlegge. En erfaring jeg tok med meg var at det var lett å bruke lukkede spørsmål som oppfølgingsspørsmål de gangene jeg forfulgte et tema utenom intervjuguiden, både for å få mer informasjon og for å sikre at jeg hadde forstått noe riktig. Dette ble jeg mer bevisst på etter veiledning, og forsøkte videre å stille åpnere oppfølgingsspørsmål.

Som en del av den eksplorerende metoden benyttet jeg ny kunnskap jeg fikk underveis til å forbedre de videre intervjuene, og kom dermed mer i dybden på de temaene som viste seg å være viktige for informantene. Spørsmålet om hva informantene la i begrepet kompetanseheving viste seg å bli oppfattet som et spørsmål om definisjon. Jeg endret spørsmålet til hva kompetanse betyr for informantene i arbeidet deres, for å få mer nyttig informasjon. Noen tema kom til syne tidlig, som samarbeid, møtepunkter, rolleavklaring og avtaler, og jeg la derfor mer vekt på spørsmål om roller og samarbeid i videre intervju.

Den største utfordringen var å skyve forforståelsen bort, å ikke styre intervjuet og informantene. Jeg forsøkte å være bevisst på dette gjennom hele prosessen, men kan ikke utelukke påvirkning i både utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervju (utdypes i kapittel 3.10.3 Forforståelse).

Den største praktiske utfordringen viste seg å være det å booke møterom nær informantenes avdeling. Jeg ønsket å gjennomføre intervjuene i god avstand til Palliativt senter og nær informantenes arbeidsplass for å skape nødvendig trygghet og ikke bruke mer tid enn nødvendig for informantene som var på jobb. Jeg var opptatt av å ha ro rundt intervjuene, og sikre konfidensialitet, og det var derfor ikke aktuelt å benytte korridor eller andre arealer med andre mennesker til stede.

To intervjuer kom noe forsinket i gang og hadde dermed kortere tid til rådighet. Jeg fikk likevel gått gjennom hele intervjuguiden med opplevd ro, men kan ikke utelukke at noen spørsmål kunne vært utdypet dersom vi hadde hatt bedre tid.

3.7. Transkribering

Transkribering er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) en oversettelse fra talespråk til skriftspråk, og allerede her begynner analysen av materialet ved at data struktureres. Intervjuene ble etter samtykke tatt opp på lydopptaker. Jeg lyttet til, og transkriberte intervjuene fortløpende, for å se etter forbedringsområder og for å få økt kunnskap før neste intervju.

Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming har som mål å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte, og jeg transkriberte derfor intervjuene ordrett og i sin helhet. Dette er også av betydning for studiens troverdighet. Jeg noterte latter, pauser og andre nonverbale observasjoner som kunne ha betydning for analysen. Jeg transkriberte intervjuene på bokmål, for å sikre aidentifisering av informantene ved dialekt. Sitatene i denne oppgaven er derfor på bokmål. Transkriberingen var en tidkrevende prosess, men ved å transkribere selv fikk jeg mulighet til å reflektere over min egen intervjustil, og oppdaget blant annet hvordan jeg kunne bruke pauser bedre, og lage bedre overganger til neste spørsmål, for å få bedre flyt i intervjuet. Jeg ble godt kjent med materialet gjennom transkriberingen.

3.8. Informasjonsstyrke

Ifølge Malterud, Siersma & Guassora (2016) er det hensiktsmessig å vurdere informasjonsstyrken i datamaterialet for å finne ut hvor mange deltakere som trengs i en studie. Informasjonsstyrke indikerer at jo mer informasjon datamaterialet inneholder som

er relevant for studien, jo færre deltakere trenger man. Dette poengteres også av Polit & Beck (2008). Informasjonsstyrken avhenger ifølge Malterud et al. (2016) av målsettingen for studien, datamaterialet spesifisitet, bruk av etablert teori, kvalitet på dialog og analysestrategi. Det er ikke gitt av et større antall informanter ville sikret bedre kvalitet på studien, det viktige er at det er nok data til å dekke tilstrekkelig variasjon (Graneheim & Lundman, 2017). I denne studien var datamaterialet fra de åtte intervjuene både fyldig og innholdsrikt, med varierte erfaringer og utfyllende beskrivelser, og det ble vurdert til å være et tilstrekkelig antall informanter.

3.9. Analysemetode

Funn fra studier bør være troverdige, og troverdighet starter med at datamaterialet og analyseprosess står i samsvar til studiens fokus. Man må altså ta utgangspunkt i problemstillingen og velge riktig metode for å belyse denne (Graneheim & Lundman, 2004). For å finne svar på problemstillingen med å undersøke helsepersonells erfaringer med kompetanseoverføring valgte jeg kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim & Lundman (2004; 2017). Jeg ønsket å se etter felles erfaringer fra intervjuene, som kunne gi mening på en oversiktlig og troverdig måte, med en målsetting om at funnene skulle kunne overføres til andre sykehus med ambulerende team, og kanskje også andre kontekster der spesialistteam samarbeider med generalister (Graneheim et al., 2017).

Ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse ser man i utgangspunktet omverdenen som kontekstavhengig, konstruert og subjektiv. Oppfatningen er at sannheten finnes i betrakterens øyne, teksten får mening gjennom leseren (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012; Graneheim & Lundman, 2004). Målsettingen med kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive variasjoner ved å identifisere likheter og ulikheter i teksten (Graneheim et al., 2017). Innholdsanalyse innebærer både beskrivelse av det manifeste og det latente innholdet i datamaterialet. Det manifeste innholdet er nært teksten, og det latente innholdet er fortolkning av den underliggende meningen og røde tråden i analysen. Latent innhold er distansert fra teksten, men fortsatt nært opplevelsene til informantene. Å tolke tekstens manifeste og latente innhold, fordrer bakgrunnskunnskaper om deltagerne som er relevant for studien. Man må også være klar over er at en enkelt del av

teksten kan ikke fristilles uten at man samtidig vurderer sammenhengen i helheten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012; Graneheim & Lundman, 2004).

Analyseprosessen var en tidkrevende om omstendelig prosess i flere faser, med fokus på helhet og deler, i tråd med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Se tabell 2 for oversikt over stegene i analyseprosessen. Jeg startet med å høre gjennom intervjuene, transkribere disse, og lese gjennom dem, slik at jeg ble godt kjent med materialet. Materialet fra de 8 intervjuene bestod av 80 sider med tekst. Videre identifiserte jeg meningsbærende enheter, som deretter ble kondensert. Videre fikk hver kondensert meningsenhet en kode. Målet var at ingen koder skulle passe inn i flere enn en kategori, ei heller falle mellom to kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Dette viste seg å være svært utfordrende da noen av informantenes utsagn passet inn i flere kategorier. Jeg måtte i disse tilfellene ta noen valg, som gjorde meg enda mer bevisst på forskerens innvirkning på kvalitative studier. Kategoriene ble deretter samlet i subtema, og til slutt identifiserte jeg overordnede tema.

Gjennomlesing av datamaterialet	Leste gjennom datamaterialet flere ganger for å få et inntrykk av hva som ble sagt
Identifisere meningsenheter	Identifiserte ord, setninger eller paragrafer som inneholdt aspekter relatert til hverandre gjennom innhold eller sammenheng
Kondensere meningsenheter	Forkortet teksten, men beholdt mening og innhold
Koding	Satte etikett på de kondenserte meningsenhetene som kort beskrev innholdet
Sortere i kategorier	Sorterte koder med liknende innhold i Kategorier. Kategoriene skulle være internt homogene, eksternt heterogene. 28 kategorier ble identifisert
Formulere sub-tema og tema	Det latente budskapet ble formulert som sub-tema og tema. 8 sub-tema og 3 tema ble identifisert.

Tabell 2: Analyseprosessen

For å øke kvaliteten på analysen diskuterte jeg denne med veileder, og vi kom sammen frem til rimelige beslutninger og fortolkninger. Tabell 3 viser et utdrag med eksempler fra analysen.

Arbeidet med å gå fra koder til tema var utfordrende da det latente innholdet skulle tolkes i denne delen av analysen. Her var det viktig å ikke miste det konkrete og erfaringsnære i teksten, samtidig som det latente innholdet skulle løftes frem, jamfør en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg fikk en opplevelse av at analyseprosessen

aldri ville ta slutt, og måtte på et tidspunkt godta at jeg, sammen med veileder, hadde gjort grundig nok arbeid og funnet rimelige fortolkninger. Likevel fortsatte analysen helt til slutt av prosjektet.

Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Subtema	Tema
Legene står i operasjoner og springer frem og tilbake til avdelingen.	Legene er til og fra	Lite tilgjengelig pasientansvarlig lege	Mangelfull organisering i avdelingen	Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring
Tid og ro gjør at det er lettere å lære enn når det er kaos rundt deg. Palliativt team har en ro når de kommer og vi må sette oss på et annet rom å gå gjennom saken.	Lettere å lære når det er tid og de har ro	Arbeidsro	God organisering i avdelingen	Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring
Av samarbeidet lærer jeg om legemidler, at de legger en god plan, måten de tilnærmer seg pasienten. Det er lærerikt å være med på samtalene å se hvordan de snakker.	Lærer flere ting av å være med	Modellæring Ved felles pasienttilsyn	Samarbeid som arbeidsmåte	Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring
Disse tilsynene blir jo satt opp helt uavhengig av vår hverdag. Dersom du ble kontaktet av de hadde det vært mulig å avtale tid for å være med.	Hadde vært mulig å avtale tid.	Behov for avtalt tidspunkt	Mangel på samarbeid som arbeidsmåte	Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring
Legene tar et steg tilbake når de har henvist til MPT og lar de fikse opp alt. Da kan det bli rolleforvirring.	Legene tar ett steg tilbake	Uklare ansvarsområder	Ulik forståelse av praksis	Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring

De hjelper oss til å se pasienten, de har en annen holdning med fokus på hva ønsker du. Våre leger snakker mye om pasienten over hodet, uten å høre på hva de vil.	Ulik tilnærming fra legene på Palliativt team og post	Ulik arbeidsmåte	Ulik tilnærming til situasjonen	Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring
De (Palliativt team) har en mer langsom innfallsvinkel enn vi har, det kan bli et samarbeidsproblem ofte. Vi jobber i forskjellig tempo.	MPT jobber langsommere	Ulik tidsbruk	Ulik tilnærming til situasjonen	Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring

Tabell 3: Eksempel på analyse

3.10. Metodiske overveielser

Det finnes ulike kriterier for hvordan forskningens kvalitet kan bedømmes (Malterud, 2002; Graneheim & Lundman, 2004) I kvantitativ forskning benyttes ofte validitet, reliabilitet og objektivitet. I denne studien har jeg lagt til grunn kriterier utviklet av Graneheim & Lundman (2004) for å vurdere studiens troverdighet. I tillegg vil jeg reflektere over det å forske på eget fagfelt og forforståelse.

3.10.1. Troverdighet

Troverdighet er ifølge Graneheim & Lundman (2017) å ha en rød tråd gjennom arbeidet, fra introduksjon og bakgrunn, via metode, til funn og konklusjon. I tillegg er det viktig å vise hvilken stemme som kommer frem til enhver tid, om det er forskerens- eller informantens stemme. Troverdighet viser til kvaliteten av studien som helhet. Det er leseren som skal vurdere kvaliteten, og forfatteren skal presentere arbeidet på en slik måte at leseren blir overbevist om studiens troverdighet (Graneheim & Lundman, 2017). Jeg vil beskrive studiens troverdighet nærmere ved bruk av begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

3.10.1.1. Gyldighet

For å oppnå gyldighet er tillit til at utvalg, datainnsamlingsmetode og analyseprosess ivaretar studiens problemstilling viktig (Graneheim & Lundman, 2017). Det er avgjørende å finne informanter som har varierte erfaringer med fenomenet som skal undersøkes, og at disse har

evnen til å fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Utvalget er også viktig for overførbarhet, som jeg kommer tilbake til i kapittel 3.10.1.3. Et annet viktig element for å øke studiens gyldighet er antall informanter (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim & Lundman, 2017). Valg av problemstilling, informanter og metode er gjort rede for i de foregående kapitlene, for gjennomsiktighet for å øke studiens gyldighet. Informantene tilfredsstilte inklusjonskriteriene, og utvalget innbefattet informanter fra to ulike avdelinger og profesjoner for å få frem variasjon i erfaringene. Avdelingssjefer og avdelingssykepleiere bistod i rekrutteringen av informanter, som sikret informanter som hadde erfaringer med problemstillingen og som kunne fortelle utfyllende om erfaringene. Det kan på en annen side ikke utelukkes at rekrutteringen ble påvirket av avdelingssjefer og avdelingssykepleieres syn på hvem som kunne være aktuelle deltagere i avdelingene.

Utfordringen i kvalitativ forskningsmetode ligger imidlertid ifølge Thorne (2020) i å utføre kvalitativ forskning grundig nok til å komme frem til ny kunnskap, og trekker fram kvalitativ innholdsanalyse spesielt. Hun påpeker at det ofte med kvalitativ innholdsanalyse presenteres tema som ikke kommer fra en grundig induktiv analyseprosess, men heller har kommet inn i studien fra teoretisk rammeverk. Temaene er da forhåndsbestemt, og man leter etter data som passer til temaene. Det kommer lite eller ingenting nytt og interessant ut av en studie der data organiseres mer enn å bli intellektuelt behandlet eller analysert (Thorne, 2020). Jeg har ventet til etter analysen med å bestemme teoretisk rammeverk, for å la funnene i studien være styrende for valg av teori. Jeg har på den måten forsøkt å redusere påvirkning fra teorien, og redusere faren for å tilpasse datamaterialet til teoretisk rammeverk. Sosiokulturell læringsteori og tankegods om lærende organisasjoner er store fagfelt, der jeg har måttet velge ut et fokus for denne oppgaven, et subjektivt valg som påvirker resultatet. Dette har for meg vært en nyttig erfaring, noe jeg må være enda mer observant på i videre arbeider.

3.10.1.2. Pålitelighet

En utfordring for påliteligheten til en studie er bruk av koding og sitater fra datamaterialet, og å vise til tydelige retningslinjer for valg av meningsbærende enheter, koder og kategorier (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim & Lundman, 2017). En annen utfordring er forskerens forforståelse som påvirker intervjuet og analysen. Forforståelsen kan påvirke hvilke spørsmål som stilles og hvordan informantenes

fortelling fortolkes og analyseres (utdypes i kapittel 3.10.3) Inkongruens i abstraksjonsnivå i analysen er en tredje utfordring for pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2017). Å inkludere en medforsker kan bidra til økt pålitelighet. Det er også viktig å huske at det ikke finnes kun en sannhet, men flere mulige tolkninger (Bengtson, 2016; Graneheim & Lundman, 2017; Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Ifølge Holloway & Galvin (2017) er det noen problemer med koding og kategorisering, med at det helhetlige bildet kan forsvinne, som er målet ved en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. I tillegg står man i fare for å miste viktig informasjon som ikke passer inn i kodene eller kategoriene. Å søke etter alternative ideer er dermed viktig i analyseprosessen (Holloway & Galvin, 2017). Jeg har lagt mye arbeid i analysen, og gått frem og tilbake i materialet for å hele tiden være tro mot det beskrevne innholdet. Ifølge Graneheim & Lundman (2004) skal kategoriene være internt homogene og eksternt heterogene. Dette viste seg å være vanskelig, da informantenes opplevelser og erfaringen kunne passe inn i flere kategorier. Det kan diskuteres om dette svekker studiens pålitelighet. Jeg har diskutert ulike abstraksjonsnivåer og tolkninger med veileder, og vi har sammen kommet frem til rimelige fortolkninger, noe som styrker studiens pålitelighet. Jeg har også beskrevet analyseprosessen og vist deler av analysen i tabell, for gjennomsiktighet, slik at leser selv kan vurdere pålitelighet.

Pålitelighet dreier seg også om endring av data over tid og fare for inkonsistens i datainnsamlingen (Bengtson, 2016; Graneheim & Lundman, 2004). Jeg benyttet semistrukturert intervjuguide, der oppfølgingsspørsmålene endret seg etter hvert som jeg ble tryggere i intervjusituasjonen og fikk erfaring med guiden. Jeg sikret likevel at alle emner i intervjuguiden var dekket i alle intervjuer, som en styrke for pålitelighet. I tillegg opplevde jeg å få et rikere innhold i intervjuene ved å tilpasses oppfølgingsspørsmålene.

3.10.1.3. Overførbarhet

I kvalitative studier er det urealistisk å snakke om generalisering. Likevel kan strategisk utvalg med god informasjonsstyrke bidra til et godt grunnlag for å utvikle kunnskap som kan være av nytte utover studiens kontekst. Man benytter gjerne begrepet overførbarhet, som handler om i hvilken grad resultatene kan overføres til andre grupper eller situasjoner. Forfatteren må gi en god nok beskrivelse av utvalg, deltagere, datainnsamling, analyse og kontekst for studien slik at leseren kan avgjøre om funn har

overføringsverdi (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim & Lundman, 2017; Malterud, 2017). Blant informantene var det både kvinner og menn, samt leger og sykepleiere, fra to ulike avdelinger, som er en styrke for overføring. Utvalget er likevel lite, og kun fra ett sykehus, som gir en begrensning på overførbarhet. Jeg har forsøkt å beskrive utvalg og setting på en måte som gir leseren mulighet til å vurdere om funnene i denne oppgaven har overføringsverdi til andre situasjoner i og utenfor sykehus.

3.10.2. Å forske på eget fagfelt

Å forske på eget fagfelt kan være en fordel i form av kunnskaper om temaet og kjennskap til feltet, men man må være bevist på hvordan dette påvirker informantene, datainnsamling og analyse (Bengtson, 2016). Faren er at tilknytning til miljøet kan føre til at forskeren overser det som kommer frem som er forskjellig fra egen forforståelse (Thagaard, 2013). Man kan heller ikke forsikre seg om at man får frem hele historien i intervjuene, om informantene påvirkes av intervjuer eller at de sier det de tror forventes av dem (Bengtson, 2016). Som forsker på eget fagfelt var jeg særlig oppmerksom på å påpeke at studiet ble gjennomført via universitetet, at kollegaer i Palliativt senter ikke var involvert og at det kun var veileder og jeg som hadde tilgang til materialet. Jeg forsøkte å etablere en trygg atmosfære, forsikre om konfidensialitet og ønske om ærlige svar. Jeg kan likevel ikke være sikker på at min rolle som forsker og samtidig ansatt i Palliativt team ikke påvirket informantenes svar og min analyse videre.

3.10.3. Forforståelse

Forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, som påvirker måten vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017). Forforståelsen handler om det bildet forskeren har om temaet som studeres, og innebærer teoretisk kunnskap, tidligere erfaringer, posisjon som forsker og forutinntatte meninger. Forforståelsen kan være viktig for motivasjon og bakgrunnskunnskap, men kan også være begrensende (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012; Malterud, 2017). Forforståelse er kanskje også direkte skadelig, dersom den overdøver budskapet slik at man kun bekrefter sine forutantagelser. Med aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse kan forskeren forebygge nettopp dette (Malterud, 2017).

Jeg har hatt en forforståelse om temaet jeg har undersøkt, både på grunnlag av egne erfaringer og litteratur. Denne forforståelsen har jeg forsøkt å legge til side, men dette har vært utfordrende. Jeg har flere års erfaring med arbeid i Palliativ team. Det er ut fra egne erfaringer inspirasjonen til å utføre denne studien har kommet, når jeg har reflektert over hvordan samarbeidet med helsepersonell ved sykehusavdelingene er organisert for å oppnå kompetanseoverføring. Min forforståelse, basert på erfaring, er at både organisering av samarbeidet og den gjensidige kompetanseoverføringen kunne vært bedre. Jeg har i tillegg lest ulike artikler om temaet i forkant, som også er med på å påvirke forforståelsen og dermed også forskningsprosessen. Ut fra min forforståelse skisserte jeg tre mulige teoretiske rammeverk i prosjektplanen, som alle ble lagt til side når jeg så hvilke funn jeg hadde. Dette kan tyde på at jeg klarte å legge bort en del av min forforståelse i analyse og bearbeiding av datamaterialet. Jeg skrev også en «selvangivelse» av min forforståelse i forkant av prosjektet, som jeg har brukt til å sjekke mot funnene. Jeg har fått innspill fra veileder på intervjuguiden, for å utforme tydelige og åpne spørsmål som kunne fange ulike erfaringer og opplevelser om problemstillingen. Jeg utførte også et prøveintervju for å teste spørsmålene i forkant. Jeg har vært bevisst på å lete etter nye funn i materialet utover mine forventninger. Selv om jeg har lagt stor vekt på å være åpen i prosessen og legge egen forforståelse til side, kan det ikke utelukkes at valg av teori, funn og diskusjon ble påvirket. Jeg har også diskutert materialet med veileder og vi har sammen kommet fram til rimelige fortolkninger. Dette har vært en viktig valideringsprosess for å øke studiens troverdighet. Jeg har forsøkt å synliggjøre analyseprosessen, og inkludert sitater fra informantene, slik at leser selv kan vurdere mine valg og fortolkning.

3.11. Forskningsetiske vurderinger

Studien er gjennomført etter Retningslinjer for behandling og oppbevaring av forskningsdata med personopplysninger i studentprosjekter. Denne studien faller ikke inn under helseforskningsloven og er dermed ikke søknadspliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studier som involverer persondata og som utføres ved gjeldende Universitetssjukehus søkes godkjent hos sykehusets personvernombud, og meldes til forskningsavdelingen. Svarbrev med godkjenning fra forskningsavdelingen og personvernombud ble mottatt 26.09.19 (vedlegg 1). I tillegg ble

klinikkdirektører ved de aktuelle avdelingene kontaktet for godkjenning til å intervju ansatte i deres avdeling, med positivt svar.

Informantene skal ifølge retningslinjene være godt informert om alle aspekter ved studien. Det ble derfor utlevert et informasjonsskriv (vedlegg 2) med forespørsel om deltakelse i studien til informantene, sammen med samtykkeskjema (vedlegg 3), som understreket at samtykket var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten konsekvenser for den enkelte.

I informasjonsskrivet ble hensikt med studien, fordeler og ulemper for deltaker, konfidensialitet, behandling av personopplysninger og frivillighet beskrevet. Det kom her tydelig frem at det kun var student og veileder som hadde tilgang til datamaterialet. Personopplysninger ble aidentifiserte og lagret på kryptert minnepinne adskilt fra nøkkelkode. Nøkkelkode ble lagret nedlåst på prosjektleders kontor. Lydopptak ble gjennomført med godkjent lydopptaker. Alle data slettes ved prosjektslutt, senest 01.09.2021 og sluttmelding sendes da til personvernombud.

Intervjuene ble transkribert på bokmål, og informantenes kjønn, alder og spesifikk arbeidserfaring ble utelatt for å sikre aidentifisering. Også sitatene ble utvalgt med tanke på at de ikke fører til identifisering av informantene. Dette ble viktig å understreke ved en studie i et relativt lite miljø som sykehuset er, der helsepersonell kan bli gjenkjent. Informantene brukte ulike benevnelse på Palliativt team. For å forhindre gjenkjennelse har jeg valgt å bruke benevnelsen «Palliativt team» gjennomgående, også i sitater.

Resultatene i studien kommer på bakgrunn av en fortolkning av informantenes fortelling, og man kan stille spørsmål til retten og makten til å tillegge andres uttalelser en bestemt mening (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var derfor viktig å være tydelig på hva som er informantenes stemme og hva som var forskerens stemme i oppgaven.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er forskerens moralske integritet av betydning for å ta etiske valg i forskningsprosessen. Dette innebærer blant annet at funn blir presentert så nøyaktig og representativt som mulig. Jeg har i denne oppgaven forsøkt å være tro mot informantenes utsagn og fortellingen, med det største ønske om å vise dem og datamaterialet respekt.

Som forsker på eget fagfelt ble det viktig for meg å klargjøre min forskerrolle for informantene. Jeg var nøye med å påpeke at studiet ble gjennomført via universitetet, og

at kollegaer i Palliativt senter ikke var involvert. Kun meg og min veileder hadde tilgang til materialet. For å skape trygghet informerte jeg om at det som ble sagt var konfidensielt. Jeg valgte også å gjennomføre intervjuene i lokaler nær informantenes arbeidssted, i god avstand til Palliativt senter, for å sikre konfidensialitet og bidra til minst mulig tidsbruk for informantene.

I følge Thagaard (2013) er det en asymmetri i relasjonen mellom forsker og informant, der forsker har kontrollen og informanten må oppleve fortrolighet for å fortelle om sine erfaringer og opplevelser uten at forsker må svare på tilsvarende spørsmål. Det er dermed viktig å skape tillit og fortrolighet (Thagaard, 2013). For å skape denne tilliten og en trygg atmosfære åpnet jeg intervjuene med uformell samtale. Jeg ønsket å lytte aktivt til deltakerne og håper jeg klarte å formidle min oppriktige interesse og respekt for hva de hadde å fortelle. Jeg var bevisst på at de første spørsmålene i intervjuguiden var enkle å svare på, og av nøytrale emner, som bakgrunnsinformasjon om arbeidssted og arbeidserfaring, samt å beskrive en vanlig arbeidsdag. Før informantene gikk fikk de mulighet til å føye til det de måtte sitte inne med av annen erfaring eller opplevelser de mente var viktige.

4. Funn

I dette kapitlet presenteres de funn som har kommet frem gjennom analysen av de 8 intervjuene. Analysen resulterte i subtema som ble abstrahert i 3 hovedtema:

- Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring*
- Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring*
- Bevisstgjøring av tiltak kan fremme kompetanseoverføring.*

Videre i kapitlet blir hovedfunnene presentert med utgangspunkt i disse tre hovedtemaene, med tilhørende subtema som underoverskrifter. Kategoriene kommer frem i teksten med understreking. Sitat fra intervjuene er satt i kursiv og anførselstegn. For oversikt over kategorier, subtema og tema, se tabell 4.

Kategorier	Subtema	Tema
Tilrettelegging i avdelingen Kontinuitet Arbeidsro	God organisering i avdelingen	Forhold ved organisering kan ha betydning for kompetanseoverføring
Uforutsette utfordringer Mangler tid Lite tilgjengelig pasientansvarlig lege Ikke kontinuitet Mangler arbeidsro	Mangelfull organisering i avdelingen	
Ta seg tid Snakke sammen Modellæring ved felles pasienttilsyn Veiledning Opplever trygghet	Godt samarbeid	
Opplever seg ikke imøtekommet Jobber parallelt Behov for avtalt tidspunkt Overlater behandlingen til Palliativt team	Mangelfullt samarbeid	
Uklare ansvarsområder Ulik prioritering	Ulike forståelse av praksis	Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring
Ulik tidsbruk Ulik arbeidsmåte Ulikt språk Læringskultur	Ulik tilnærming til situasjonen	
Gode notater Verktøy Oppskrift	Verktøy som fremmer kompetanseheving	Bevisstgjøring av tiltak kan fremme kompetanseoverføring
Undervisning Tavlemøte	Aktivitet som fremmer kompetanseoverføring	

Tabell 4: Oversikt over kategorier, subtema og tema

Det fremkom i funnene noen ulikheter og noen likheter mellom informantenes erfaringer. Den største forskjellen mellom sykepleiere og leger var tendensen til at sykepleierne mer enn legene beskrev at de opplevde kompetanseoverføring fra Palliativt team, og oppga også at de oftere deltok i felles pasienttilsyn med Palliativt team. Legene beskrev oftere utfordringer som hindret god kompetanseoverføring, og oppga at de oftere ikke hadde anledning til å delta i felles pasienttilsyn. En annen tendens i materialet var at legene på kirurgisk avdeling oftere gav uttrykk for en opplevelse av at det beste for pasientene var å bli ivaretatt ved Palliativt senter, mens legene i medisinsk avdeling gav mer uttrykk for at dette var pasienter som hørte til i deres avdeling. Et gjennomgående funn var utfordringen med at det ofte var for lite tid til felles pasienttilsyn, og at dette måtte prioriteres dersom det skulle gjennomføres. Det var også stort sett enighet i at felles samtaler og pasienttilsyn fremmet kompetanseoverføring og at det var behov for å avtale tidspunkt for tilsyn av Palliativt team for å kunne planlegge dette arbeidet. Det fremkom ingen ulikheter knyttet til antall år med praksis.

4.1. Forhold ved organiseringen kan ha betydning for kompetanseoverføring

Informantene pekte på flere sider ved organiseringen i avdelingen og samarbeid som kunne ha betydning for kompetanseoverføring. Flere eksempler på god organisering og godt samarbeid ble trukket frem som fremmende for kompetanseoverføring, mens mangelfull organisering og manglende samarbeid ble påpekt som hemmende. Subtemaene «God organisering i avdelingen» og «Mangelfull organisering i avdelingen» behandles samlet i underkapittel 4.1.1 Organisering i avdelingen. Subtemaene «Godt samarbeid» og «Mangelfullt samarbeid» behandles samlet i underkapittel 4.1.2 Samarbeid.

4.1.1. Organisering i avdelingen

Et sentralt funn i studien var betydningen av god organisering, som la til rette for samarbeid og som dermed ble opplevd som fremmende for kompetanseoverføring. Det fremkom av funnene at tilrettelegging i avdelingen var viktig. Gruppesykepleie gav mulighet for sykepleierne å ta seg tid til å ha felles pasienttilsyn med Palliativt team siden kollegaer da kunne ta over arbeidsoppgaver i avdelingen. Noen av informantene beskrev

viktigheten av aksept fra ledelse og kollegaer på at man må bruke den tiden som trengs i samarbeid med Palliativt team, også når det førte til overtidarbeid. En sykepleier beskrev det slik:

«Og når vi har gruppesykepleie så er vi alltid andre ute i avdelingen, og når en går bort så er det fortsatt kanskje to til tre andre ute, som kan ta over din jobb, og de forstår at du må jo gå inn å ta den samtalen, og gå gjennom det. Så derfor er det alltid en forståelse på avdelingen for at du må ta deg tid til det.» (Informant 1, sykepleier)

«... de (ledelsen) har aldri sagt noe på det (tidsbruk) altså, det har jeg aldri opplevd, aldri. Selv om du må gå overtid for å fikse ting etterpå så har de aldri sagt noe på det ... jeg opplever at det blir godt fulgt opp og at de også ser viktigheten på det da. Det er for å få best mulig pasientsikkerhet og pleie, så ja, jeg tror ikke de ser noe negativt på det altså.» (Informant 1, sykepleier)

Et annet moment som fremkom, var tilrettelegging i avdelingen for møtepunkter der kompetanseoverføring foregikk generelt, som previsitt sammen med mindre erfarne leger, gruppesykepleie som gav mulighet for læring av kolleger med videreutdanning og møter i avdelingen med fokus på refleksjon og fagutvikling. En informant (*Informant 5, lege*) påpekte også viktigheten av gjensidig læring når kolleger kunne jobbe sammen, eksempelvis når en overlege hadde previsitt sammen med en yngre lege: *«... Og du lærer fra de og, det er jo ikke bare ensidig.»*

På en annen side var det et gjennomgående funn at arbeidsdagene innebar uforutsatte utfordringer, med at det til tross for noen rutineoppgaver var store deler av dagen som var uforutsigbare, der man måtte ta oppgavene som de kom. Eksempelvis hadde informantene flere ulike faggrupper de samarbeidet med i løpet av en dag, sykepleierne beskrev uforutsette oppgaver som utskrivelser og samarbeid med kommunehelsetjenesten, og legene hadde ofte arbeidsoppgaver på ulike steder, som i avdelingen og poliklinikk samme dag. Dette gav utfordringer med å sette av tid til felles pasienttilsyn med Palliativt team.

«... medisinerne er jo faste og stell og er jo fast, også mat. Det er liksom måltidene det som egentlig er fast tidspunkt hos oss. Eller så er det veldig varierende. Så du må liksom bare gripe litt dagen som den kommer. Rett og slett.» (Informant 1, sykepleier)

«Det er egentlig ganske varierende, noen ganger er du kun satt opp på visitt den dagen, sånn at du har en del tid på posten og kan være med på litt sånn forskjellige ting som et møte med Palliativt team. Mens ofte er du satt opp på operasjon og sånn utenom slik at du springer litt fra og til og ja, er kanskje ikke sånn kjempetilgjengelig på en post.» (Informant 3, lege)

«Men ellers på det vanlige så begynner vi, vi har jo stille rapport ... Så begynner som regel helsefagarbeiderne å ta målinger, så da begynner vi ofte å legge medisiner ... Så begynner vi å servere frokost, vi begynner med litt morgenstell. Så har vi mye mye dokumentasjon ... Så er det mye fysio som kommer, ernæringsfysiolog er mye hos oss, de fleste pasientene er alltid henvist til en eller annen annen lege føler jeg ... så begynner de forskjellige undersøkelsene dersom de skal de, så er det jo antibiotika. Legevisitt har vi jo også ... om vi skal være med på visitten rundt til pasientene eller ikke, det har vi gjort valgfritt, for da merker vi at vi fikk frigjort mer tid til dokumentasjonen.» (Informant 8, sykepleier)

Det fremkom av funnene at kontinuitet blant leger og sykepleiere ble opplevd av informantene som betydningsfullt for kompetanseoverføring. Det var imidlertid ulik oppfatning av kontinuiteten i avdelingene og i Palliativt team. Flere informanter erfarte kontinuitet hos Palliativt team, med at de samme legene og sykepleierne fulgte pasientene opp.

«De (Palliativt team) er jo vanligvis de samme som følger pasienten opp, så det er jo veldig bra, men vi går jo veldig forskjellig turnus, så det er jo det med at det kan komme nye hele veien.» (Informant 7, sykepleier)

«Etter hvert når det nærmer seg (livets slutt), er det mange aspekter rundt pasienter med alvorlige sykdommer, og da er det greit at Palliativt team er inne i bildet for de har kontinuitet, det er de samme folkene som kommer, så da blir det en verdig og grei avslutning for pasienten og.» (Informant 5, lege)

Andre mente det var mangel på kontinuitet både i avdelingen og i Palliativt team, og at dette var utfordrende for kompetanseoverføring. På spørsmål om å oppsummere utfordringene i forhold til kompetanseoverføring når Palliativt team er i avdelingen svarte en informant;

«Kontinuitet på begge sider, altså personal-kontinuitet hos lege, ass-lege på post og Palliativt team. Og hos oss kan alle skifte fra en dag til en annen ikke sant. Noen overleger må være andre steder, og hvis da ass.legen dras vekk til en annen sengepost eller er syk eller noe sånt så er mye brutt i kontinuiteten. Og så kan en journalføre ting, men det er klart det er mye mellom linjene som forsvinner. Og

*sykepleierne skifter også fra dag til dag, de skal man ikke glemme, de og.»
(Informant 4, lege)*

Mens noen informanter hadde erfaring med at sykepleierne i avdelingen til dels hadde kontinuitet hos pasientene, opplevde de fleste at det var vanskelig med kontinuitet. Særlig legene erfarte utfordringer med å følge pasienter opp. Noen leger hadde sengepost to uker hver måned, som opplevdes både som en utfordring for kontinuiteten, men også som en fordel for kontinuitet de to ukene. Mens andre igjen hadde operasjon eller poliklinikk samtidig som pasientansvar, som vanskeliggjorde kontinuitet. En sykepleier opplevde at hun noen ganger hadde kontinuitet, uten at det ble verdsatt;

*«ja det er jo vi som ser de (pasientene) hele dagene, legene er inne et kvarter. Og jeg tror ofte at det ikke blir verdsatt så mye at vi har det overblikket som vi har. Det var vi ganske heldige med i den situasjonen, jeg og en helsefagarbeider hadde han i nesten to uker i strekk, og vi hadde de samme vaktene om igjen og om igjen og om igjen, og vi merket så ufattelig mye det hjelper. Du ser bittesmå endringer»
(informant 8, sykepleier)*

En lege hadde denne beskrivelsen av kontinuitet:

«... så vil det være, hvis en, i en optimal verden, hadde en såpass stabil bemanning at en hadde fulltidsjobbende som kunne følge opp sine pasienter, i stedet for at en springer på hele huset, og morgenen etter er det neste mann som springer på hele huset.» (informant 4, lege)

En videreføring av utfordringen med manglende kontinuitet var det gjennomgående funnet om lite tilgjengelig pasientansvarlig lege. Informantene erfarte at pasientansvarlig lege ofte hadde andre oppgaver i tillegg til å gå vitsett i avdelingen, og at de dermed var lite tilgjengelige for felles pasienttilsyn med Palliativt team i løpet av dagen.

«Det er ingen typisk dag ... Noen ganger har jeg operasjon i tillegg, noen ganger har jeg poliklinikk etter tolv. Hvis jeg går vitsett på formiddagen kan jeg ha poliklinikk på ettermiddagen, litt sånn. Og noen dager kan jeg ha vitsett hele dagen og ikke ha andre oppgaver, men oftest ikke, oftest har man andre oppgaver en kun vitsett.» (Informant 2, lege)

«Det er alltid overlegene våre som går bak på den ene siden på en måte. Men de har ofte poliklinikken i tillegg som de springer ned til, eller så er de på dagposten eller så skal de utføre undersøkelser, så det er veldig sjeldent overlegene er her hele dagen. Men assistentlegene er tilgjengelige på telefon, så det er mye de må klare seg selv på ting de ikke har helt kontroll på.» (Informant 8, sykepleier)

«Det er jo ofte problematisk at de ikke er til stede disse legene våre» (Informant 1, sykepleier)

«Og så hadde det jo vært sikkert lurt og deltatt på disse her møtene når de kom på avdelingen, hvis vi hadde fått beskjed da ... Det skal nok noe til for at det klaffer for alle, men hadde vi fått en telefon så hadde det gått an og prøvd og deltatt ... har du tid til det så hadde jo det vært optimalt, men, for da kunne du bare gjort det som en del av visitten av den pasienten. Men sånn i praksis, så har vi det ganske travelt i løpet av en dag, så jeg vet ikke om det hadde latt seg gjøre, men i noen tilfeller, på de dagene du kun har visitt, så går jo det kjempefint. Men, det er uheldigvis få av de dagene der du bare har visitt, det pleier å være andre oppgaver i tillegg.» (Informant 3, lege)

Det var også erfaringer på at arbeidsro var viktig for kompetanseoverføring. Noen informanter beskrev vanskelighet med å lære av andre når man satt på et lite kontor med mange andre mennesker samtidig, der det var mye støy og folk som gikk inn og ut. Noen informanter fremhevet det som positivt at Palliativt team hadde en ro når de kom, og at de sammen satte seg på et annet rom for å gå gjennom problemstillingen. På spørsmål om hva i samarbeidet med Palliativt team som fører til kompetanseoverføring svarte en sykepleier:

«Det tror jeg er litt roen til de som kommer. Du har jo en hektisk hverdag, men de har en ro over seg. Litt spesielt, men det er i alle fall slik jeg opplever det ... Normalt så har vi jo fullt kaos over alt, at det er telefoner som ringer, at du kan sette deg inn på et samtalerom, bare: ok vi må gå gjennom den pasienten nå. Ta deg tid faktisk til å gå gjennom saken. Og da når du da får tid og ro er det mye lettere å lære enn hvis det er masse kaos rundt deg.» (Informant 1, sykepleier)

En annen sykepleier sa:

«Av og til må man bare sitte midt på, hvis ikke noen rom er ledige, så sitter man midt i kaoset på vaktrommet liksom, og du får ikke den roen.» (Informant 7, sykepleier)

4.1.2. Samarbeid

Det fremkom av funnene at det å snakke sammen var av stor verdi for kompetanseoverføring. Flere av informantene opplevde at Palliativt team etterspurte dem i avdelingen ved tilsyn. De beskrev at de, sammen med Palliativt team, hadde en samtale på kontoret først, for å utveksle informasjon, et slags «formøte». Deretter beskrev de et felles tilsyn hos pasienten dersom det var tid til det. Dersom det ikke var

tid, tok Palliativt team dette tilsynet alene. Palliativt team tok kontakt for en oppsummering i etterkant for å legge en plan. Dette ble trukket frem som spesielt viktig dersom de selv ikke hadde hatt mulighet til å delta på felles pasienttilsyn. Som beskrevet tidligere poengterte flere av informantene at de deltok dersom det var tid til det. Noen informanter fremhevet viktigheten av å snakke sammen for kompetanseoverføring. Andre fremhevet viktigheten av å dele informasjon, og å bli hørt, siden leger og sykepleiere i avdelingen kjenner pasienten og hans/hennes historie og sykdomsbilde.

«de (Palliativt team) er veldig flinke til å komme, og egentlig sitter vi alltid og snakker først, og så sitter vi og tenker hva vi vil si og sånt, og så går vi inn og snakker med pasienten, og så har vi en sånn oppsummering etterpå ... Og så er det jo sånn at en går inn og snakker med pasientene, ofte så snakker de med de alene også, kommer litt an på hvor travle vi er. Ja, men så sitter vi jo og snakker om situasjonen etterpå da ... det gjør de alltid tror jeg. Ja. Det er sjeldent de kommer og går.» (Informant 6, sykepleier)

«I den grad jeg er på post snakker jeg med dem (Palliativt team). Vi kjenner pasienten fra før og kan informere om behandlingsmuligheter og hvordan vi tenker. Vi skriver notater, men det erstatter ikke kommunikasjon, det er mye mellom linjene. Så får jeg deres syn på saken. Det blir en slags avklaring.» (Informant 5, lege)

«Ofte snakker de litt med oss først hvis de har tid, og så går de og snakker med pasienten, og så snakker de litt mer med oss hvis det er tid. De får jo snakket mye med sykepleier for de har jo oftest tid, de tar seg i alle fall tid. Vi prøver jo å være med hvis vi har anledning.» (Informant 2, lege)

En sykepleier beskriver Palliativt teams arbeidsmåte i forhold til kompetanseoverføring slik:

«Det er jo det jeg har sagt tidligere, det med kommunikasjon, at de er veldig flinke på ja, å dele videre med oss. De gjør seg opp tanker før, etterpå ... de kommer kanskje med et forslag, hva tenker dere er best, dere kjenner pasienten ... Palliativt team er veldig innforstått med at de sitter på mye kompetanse som vi trenger, det er derfor vi har spurt om hjelp. Så det er ikke noen poeng i at de egentlig kun henvender seg til pasienten, for det er ofte vi som er rundt de som skal gi den behandlingen og skal hjelpe de til å bli så gode som de kan. Så jeg tror mye det også er derfor de er så gode til å gi beskjed i etterkant sånn at de forsikrer seg om at nå har hun forstått hva jeg mente eller hva som er planen, at vi er enige om en plan» (Informant 1, sykepleier)

Funnene kunne tyde på at sykepleierne ønsket at Palliativt team i større grad snakket med pasientansvarlig lege i avdelingen. De beskrev at det ofte var de som hadde direkte dialog og felles tilsyn med Palliativt team når legen ikke var til stede.

*«De (legene i avdelingen) er vant med å fikse folk ... og kommer da plutselig til noen som ikke kan fikses, altså de, ja, de skal få lov til å dø, det er det de skal. Ikke alle greier å slå seg til ro med det heller ... Og da synes jeg ofte det er veldig trygt at Palliativt team kommer inn i bildet og greier å snakke med legene, at det på en måte, det er ikke er så mye mer å gjøre, vi ser jo at pasienten er preterminal.»
(Informant 1, sykepleier)*

*«Det er jo om morgenen alt skjer i forhold til legene, så forsvinner de jo på operasjon ofte, så når Palliativt team kommer så er det jo gjerne ingen lege der... Kanskje de kunne kommet opp om morgenen, men da har de jo pasienter selv.»
(Informant 7, sykepleier)*

«Ofte er jo ikke legene til stede når Palliativt team kommer, eller mange ganger så blir du sittende alene, vi som sykepleiere da, sammen med teamet, og må svare litt på sånn, ja, legespørsmål som du tror de har snakket om det og det, som da kan blir litt sånn vanskelig sikkert for Palliativt team også, og forholde seg til når ikke legene våre er til stede, sånn sett.» (Informant 1, sykepleier)

Det fremkom av funnene at modelløring ved felles pasienttilsyn bidro til kompetanseoverføring. Flere informanter påpekte at de lærte mye av å være sammen med Palliativt team i diskusjon og i pasienttilsyn. Funnene tilsa at sykepleierne var de som oftest ble med Palliativt team på pasienttilsyn. Det kom også frem fra sykepleierne at de, i tillegg til å lære om ulike medikamenter og behandling, også lærte hvordan Palliativt team tilnærmet seg pasienten, deres holdninger og kommunikasjon når de var på felles tilsyn. Det kom frem beskrivelser om å lære hvilke spørsmål som bør stilles, å møte pasienten med ro, ta seg tid og se pasienten.

*«... de (Palliativt team) er veldig flinke til å gi konkrete tips i tillegg, og du merker bare holdningen de har når de kommer inn, det er liksom, de ser pasienten, du merker at de fokuserer ikke på så mye annet, det er; hvordan har du det? Hva vil du? Ofte der de starter samtalen, veldig flinke på å informere. Og det tenker jeg vi alle kunne gjort mer og lært av og. Så merker jeg, de er jo veldig flinke på akkurat det med kommunikasjon, er jo kanskje det aller beste verktøyet de har å tilby.»
(Informant 8, sykepleier)*

«... likevel er det perioder imellom der vi ikke er så mye borti de casene som kanskje trenger å ha Palliativt team, så det er veldig, ja veldig varierende, så da er

det alltid lærerikt når de kommer synes jeg. Og, bare høre hvordan de kommuniserer, bare måten de kommuniserer på, synes jeg er ganske annerledes enn måten kirurgene kommuniserer på igjen. Ja. Det er liksom, nei, det er liksom hvordan de bruker stemmen, det er bare en helt annen ro blant de møtene ...» (informant 1, sykepleier)

En lege var kritisk til at Palliativt team ikke konsekvent tok postlegen med i samtale, selv om de rapporterte etter tilsynet. Dette ble også beskrevet av en annen lege som ikke opplevde en forventning fra Palliativt team om at han skulle være med på pasienttilsynet.

«Jeg tror ikke Palliativt team tar med postlegen inn i de samtale sånn helt konsekvent, ikke sant, det er mer sånn at vi går inn der og så snakker vi og så kommer vi ut og så rapporterer vi ... men klart du lærer litt, kan lese og tenke ok. Men hvor det kommer fra, hvilke tanker en gjør, hvilke spørsmål som må stilles, nei. Så dette med modellering ... det tror jeg er veldig sjeldent.» (Informant 4, lege)

To informanter beskrev at de opplevde å lære å sette i gang smertepumpe ved hjelp av veiledning. En sykepleier beskrev følgende:

«... også kompetanse med smertepumpe. Sant, første gang jeg skulle sette i gang det hadde jeg aldri vært borti det og da var jo sykepleier fra Palliativt team med og viste hvordan jeg gjorde det, det har jeg brukt mange ganger i ettertid, det bruker vi jo veldig ofte.» (Informant 1, sykepleier)

Betydningen av å ta seg tid var et annet sentralt funn i studien, som lå til grunn for å snakke sammen, modellering ved felles pasienttilsyn og veiledning. Informantene erfarte at samarbeid med Palliativt team tok lang tid. Eksempler på beskrivelser om lang tidsbruk er: «Når Palliativt team kommer bruker vi kanskje ofte en time nesten» (Informant 1, sykepleier), «en bruker jo ofte ganske lang tid på disse møtene, synes jeg» (Informant 1, sykepleier) og «jeg har ofte ganske dårlig tid, ikke tid til å bruke lang tid akkurat når de føler de har tid til det» (Informant 2, lege). Noen informanter trakk imidlertid også frem viktigheten av å bruke tid på denne pasientgruppen, viktigheten av å bruke tid på samarbeid med Palliativt team, og at det også var lagt til rette for dette i avdelingen.

«Tenker det er den pasientgruppen som trenger den tiden også, så jeg synes det er viktig. Ja.» (Informant 7, sykepleier)

«Jeg tror vi egentlig er flinke til å prioritere det (tilsyn med Palliativt team), fremfor ja alt annet. Hvis jeg kan si det sånn ... Du får jo ikke gjort en god jobb hvis

du ikke velger å prioritere det tenker jeg ... det er en del av arbeidet den dagen når jeg har den pasienten». (Informant 6, sykepleier)

På den andre siden påpekte de fleste informantene at det på grunn av travelhet i arbeidshverdagen var en utfordring å setta av tid til felles pasienttilsyn med Palliativt team. Særlig legene erfarte at det var vanskelig å sette av så mye tid, men også sykepleiere erfarte at det kunne bli for travelt i ettertids dersom man brukte opp mot en time på ett pasienttilsyn med Palliativt team.

«Det er veldig hektisk i ettertids, det er vanskelig. Av og til så er det sånn at hvis vi er inne på pasientrom så må du av og til bare gå ut; ok, nå må jeg gjøre andre ting. Men likevel så er det en forståelse for vi har en såpass respekt for Palliativt team sin jobb og det vi får ut av det, at vi ser viktigheten i det som gjør at alle legger til rette for det.» (Informant 1, sykepleier)

«... og da går vi med inn dersom vi har tid. De vil som oftest ha oss med inn da ... du vet at det kan fort gå en time, for de har alltid god tid, og det har ikke vi. Jeg hadde dagvakt og tre pasienter som skulle ha tilsyn av Palliativt team, så tenkte jeg «å nei, jeg må bare begynne», men det var travelt så da kunne jeg ikke være med.» (Informant 1, sykepleier)

Et annet moment som fremkom i funnene, var opplevelse av trygghet. Palliativt team ble beskrevet som et team som ble kontaktet når man hadde behov for mer spesialisert oppfølging av alvorlig syke pasienter. Palliativt team ble beskrevet som «kjempeflinke» og med at «de gjør en veldig god jobb», samt at de hadde en sentral rolle i behandling av alvorlig syke. Deres kompetanse gav dermed trygghet.

« ... det er jo så mange instanser som kan være med i dette her, både kommunalt og sykehuset, og jeg forstår det sånn at palliativt team og de som er involvert kjenner bedre til de kommunale hjelpetilbudene og sånn, og kan være med å koble opp mot de ... jeg synes egentlig de gjør en veldig god jobb. Vi har jo mer, eller det vi er flinke til er jo mer akutt smertelindring ... » (Informant 3, lege)

Informantene beskrev også viktigheten av tryggheten det gav å diskutere vanskelige problemstillinger med kolleger som så situasjonen med nye øyne. Som leger og sykepleiere kan det være store utfordringer i å møte mennesker med alvorlig sykdom. Pasienter kan ha mange plagsomme symptomer og problemer samtidig, og viktige avgjørelser angående behandling skal tas. Som en lege (informant 5) sa; «vi står oppi så mange vurderinger og ansvaret er jo ganske tungt ... det er menneskeliv». Det gav også en

trygghet for pasientene at problemstillingene var diskutert med andre kollegaer. Tunge beskjeder kunne være lettere å formidle til pasient og pårørende når man kunne si at dette har vært diskutert. Når Palliativt team kom inn i bildet ble det beskrevet som at man stoppet opp litt, og vurderte situasjonen på nytt. Også tryggheten i å få hjelp til å følge opp pasienter med store utfordringer ble beskrevet, at sykepleier fra Palliativt team stakk hodet innom for å høre hvordan det gikk. En sykepleier opplevde lettelse når Palliativt team kom og hjalp i situasjonen. I tillegg ble trygghet i å få støtte i nye og utfordrende situasjoner beskrevet.

«... da hadde vi et nettverksmøte der Palliativt team også var med på. Og det var jo litt sånn, det var jo jeg som måtte ha dette møtet, og lede det, når du aldri har vært med på et nettverksmøte. Litt skummelt, men likevel så var jo legen fra Palliativt team med på møtet og hadde mye godt å komme med, og var jo veldig betryggende på at dette gikk jo helt fint og, ja, var med og hjalp der da. Så en god støtte, på dette nettverksmøte, ja, du visste ikke helt hva du gikk til, men det gikk veldig fint.» (Informant 1, sykepleier)

«... Så når du kjenner pasienten og følger opp, er det greit å få andre sin mening ... Så er det lettere å formidle det til pasienten, at vi har diskutert sånn og sånn ... at det blir litt enklere for pasienten óg enkelte ganger, vanskelige ting å svelge. (Informant 5, lege)»

I tillegg ble trygghet i samarbeidet trukket frem, med å oppleve å få anerkjennelse for tiltak informantene hadde prøvd ut i forkant av at Palliativt team ble tilkalt, samt å få anerkjennelse for den kunnskapen de satt inne med om pasienten.

«... jeg føler ikke de trør inn på mitt område. Jeg føler egentlig bare at de deler informasjon og at de hjelper meg med å hjelpe min pasient. Så jeg blir ofte lettet når de kommer, for da får jeg litt hjelp, så det er sjeldent jeg føler jeg har blitt overtråkket av Palliativt team, det tror jeg aldri jeg har opplevd på en måte. Men det er som sagt, de er eksperter på kommunikasjon, vil jeg si. Og det merker jeg på oss, de er veldig behagelige, vi får ikke sånn; Herlighet hvorfor har dere gjort sånn og sånn, det er mer den vinklingen; Jeg ser at du har gjort sånn, men neste gang kan du kanskje prøve det, for vi har sett at ... Så jeg synes ikke på en måte hvis de sier at jeg har gjort noe som jeg kanskje ikke burde eller som det er bedre metoder, så er det sjeldent jeg føler de går på meg personlig da, at det er mer at jeg bare lærer da.» (Informant 8, sykepleier)

Også mangel på samarbeid ble trukket frem som en hindring for kompetanseoverføring. Et gjennomgående tema var det faktum at legene og sykepleierne ikke hadde et

klokkeslett å forholde seg til for når Palliativt team kom til avdelingen, altså behov for avtalt tidspunkt. Dette førte til utfordringer med å sette av tid til samtale og felles pasienttilsyn, da informantene ofte holdt på med andre viktige oppgaver i det Palliativt team dukket opp. Legene fortalte at de ofte ikke var til stede i avdelingen når Palliativt team kom «ad-hoc».

«... det er litt vanskelig med måten de planlegger på, de kommer når de har tid, og sannsynligheten for at den overlegen som har ansvaret for pasienten er til stede akkurat da, og sannsynligheten for at den har gått visitt, den har kanskje kun gått previsitt den dagen ... det letteste hadde nok vært hvis de ville passet på at legen som hadde ansvar for pasienten var til stede så burde de tatt kontakt med posten kl 08 på morgenen ... Men hvis du da ringer kvart over åtte så er vi allerede på røntgenmøte ... halv ni har vi sannsynligvis begynt å operere.» (Informant 2, lege)

En sykepleier trekker frem utfordringen med å ikke være forberedt når Palliativt team plutselig dukket opp før legevisitt var gått. Det førte til at hun ble stresset, og klarte å ta mindre inn enn hvis hun hadde vært forberedt. I tillegg ønsket flere at det var avtalt tidspunkt for tilsyn av Palliativt team slik at de kunne forberede pasienten, og også avtale med pårørende slik at de kunne være med på samtalen.

En erfaring med å ikke møtes på grunn av manglende avtalt tidspunkt for tilsyn ble beskrevet som en utfordring med at «vi er lite til stede og jobber parallelt med de, ikke sammen» (Informant 3, lege). Å jobbe parallelt ble av en annen beskrevet som et problem når legene på post bare så en brøkdel av arbeidet Palliativt team gjorde siden de ikke ble tatt med på tilsyn eller ikke var til stede i avdelingen.

To av informantene beskrev en opplevelse av å ikke bli imøtekommet ved at henvisninger var blitt avslått. Informantene beskrev situasjonen som vanskelig, og flere ønsket at Palliativt team hadde bedre kapasitet til oppfølging av en større gruppe pasienter. En sykepleier beskrev det slik:

«... det har vært litt vanskelig nå med samarbeid egentlig, for de har vært litt få folk i det siste virker det som. Så det er mange som ikke har fått tilsyn ... så innimellom har vi måtte pushe veldig på da, så vi har av og til fått til svar at dette kan dere selv ... men det er sånn nå i det siste eller sånn, men tidligere har samarbeidet vært veldig fint ... det er jo ikke så mye læring når de ikke kommer opp, eller kan ta et tilsyn eller en telefon eller. Ja.» (Informant 7, sykepleier)

Det fremkom ulike oppfatninger om Palliativt team bidro til styrket kompetanse i avdelingen eller om de bidro til en kompetansenedbygging. Selv om de fleste informantene opplevde å få styrket sin kompetanse i samarbeid med Palliativt team var det flere erfaringer på at legene i avdelingen overlot behandlingen til Palliativt team, som igjen kunne føre til en kompetansenedbygging. Meningene som kom frem fra legene var delte på dette punktet. Mens noen leger opplevde styrket kompetanse, var det også meninger om at Palliativt team bidro til en kompetansenedbygging. Dette foregikk enten med å ta over arbeidsoppgavene, og ikke involvere legene i avdelingen i stor nok grad, eller at lindrende behandling var en oppgave for Palliativt team, som spesialister på området, og at legene i avdelingen ikke ønsket eller hadde kapasitet til å utføre disse oppgavene. Også noen av sykepleierne opplevde at legene i avdelingen overlot arbeidet til Palliativt team. En lege beskrev det slik:

«... det skal nok antageligvis ikke være sånn, men det er oppfattet at her er Palliativt team så overlater vi den problemstillingen til de ... Da er vi tilbake til det med kompetanseheving eller kompetansesvekkelse av dette tilbudet ... altså det å dosere morfin og gi morfin og vite hvordan det virker og vite hvordan en kan gå fram, når man har gjort dette på egenhånd, måtte gjøre det på egenhånd, kontra det å ha et spesialisert team som kommer inn og styrer alt som har med smertepumper å gjøre, som gjør at de som er i den daglige driften nok føler seg mindre kompetente til å gjøre det selv, ikke sant ... det har jo vært situasjoner der pasienten hadde vondt og det var klart at han trengte økt smertestillende, og så, ja men Palliativt team har sagt de skal komme innom, så venter man på de». (Informant 4, lege)

4.2. Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring

Det fremkom av funnene at ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring. Funnene kunne tyde på at utfordringene med ulik forståelse av praksis og ulik tilnærming til situasjonen var størst mellom Palliativt team og den kirurgiske avdelingen, selv om det også var innslag av ulik tilnærming ved palliative problemstillinger mellom Palliativt team og informantene på den medisinske avdelingen. Funnene tydet også på at sykepleierne hadde mer lik forståelse av praksis og tilnærming til situasjonene som Palliativt team enn legene.

4.2.1. Ulik forståelse av praksis

Uklare ansvarsområder ble trukket fram, med at legene tok et steg tilbake når Palliativt team kom inn i bildet, og at det kunne bli en rolleforvirring på hvem som gjorde hva i den videre oppfølgingen. En sykepleier beskrev det som at legene ikke turte prøve noe selv når Palliativt team var koblet inn i situasjonen. Dette samsvarer også med det som ble beskrevet i kapittelet over, med at kompetansenedbygging kan skje når man overlater arbeidet til andre uten selv å ta en aktiv rolle.

«... Det synes jeg er vanskelig. Ofte opplever jeg at det blir litt forvirring blant rollene. At legene våre er sånn, ja men vi har henvist til Palliativt team, de tar seg av det. Så er det kanskje noe kirurgisk ... som legene tenker at det tar Palliativt team også, men de gjør jo ikke det. Altså, det virker som at med en gang de henviser til Palliativt team så tar vi et steg tilbake og lar de fikse opp i det. Men så kommer jo Palliativt team da, og sier at dette bør kirurgene avklare.» (Informant 1, sykepleier)

På den andre siden var det flere av informantene som opplevde at ansvarsfordelingen var grei.

Et annet moment som fremkom, var ulik prioritering. En sykepleier beskrev det som at

«Kirurgene er ofte inn og ut på 5 minutter kanskje og tenker; så og så ser det ut. Mens når Palliativt team kommer bruker vi kanskje ofte en time nesten».
(Informant 1, sykepleier)

Også en lege beskriver opplevelsen av å arbeide ulikt, og ha ulik prioritering:

«Nå hvis jeg skulle trengt og lært noe mer i forhold til palliasjon, så er det hvordan bruke smertelindring, hvordan tolke hvilken smertelindring han står på, hvordan legger jeg til videre ... Altså den type. Og jeg skjønner jo at det er snevert for Palliativt team, men det er det vi kommer til å gjøre, ja, eventuelt selv, ikke snakke om depresjon og angst for døden ... selv om vi snakker om det også for all del, vi får jo tak i det, men ja. ... jeg kommer aldri til å jobbe med det, for det kommer jeg aldri til å ha kapasitet til for å si det sånn, så det kommer jeg alltid til å trenge hjelp til uansett» (Informant 2, lege)

En annen lege beskriver behandlingen på en kirurgisk post som annerledes enn den behandlingen Palliativt team gir, og at denne legen alltid vil be om hjelp fra Palliativt team til pasienter med langtkommet kreft og smerter, uavhengig av om kompetansen på området blir styrket. Dette for å tilby pasientene den beste oppfølgingen.

«det vi er flinke til er jo mer akutt smertelindring ... vi bruker ikke så mye langtidsvirkende smertestillende ... Det er jo selvfølgelig folk som har smerter over lenger tid og, men akkurat smertelindring over lenger tid er sånn vi setter litt lit til både, altså er det folk med kreft og sånn, så setter vi vår lit til Palliativt team ... jeg synes det er veldig greit å ha noen som driver mer med det til å komme inn å legge opp en plan ... jeg får jo et inntrykk av hvordan de jobber da, og hvilke medikamenter og sånn de bruker, men om jeg hadde gjort det samme selv i neste tilfelle, nei. Jeg hadde nok spurt de om hjelp til neste pasient også i stedet for å gjøre de tingene selv» (Informant 3, lege)

4.2.2. Ulik tilnærming til situasjonen

Funnene tyder på at ulik tidsbruk var en faktor for om det foregikk en kompetanseoverføring eller ikke. En informant påpekte at

«vi er ikke så gode til lange dvelinger i forhold til pasientenes psykiske tilstand ... vi opplever tiden annerledes, vi har ikke den samme tiden til å dvele.» (Informant 2, lege)

Palliativt teams tidsbruk kunne bli en frustrasjon som hemmet samarbeid, og dermed også kompetanseoverføring. Andre informanter påpekte utfordringer med travelhet i hverdagen, men fremholdt samtidig viktighet av å bruke tid på denne pasientgruppen, som nevnt tidligere. Beskrivelser som at Palliativt team hadde en mer langsom innfallsvinkel og opplevde tiden annerledes understreker utfordringer med å ha ulik praksis for bruk av tid. Likevel ble det også beskrevet en forståelse hos Palliativt team for at legen eller sykepleieren i avdelingen noen ganger ikke hadde tid til å være med på for eksempel felles pasienttilsyn. I kompetansehevende øyemed fremstod ulik tidsbruk som en hemmende faktor. En lege sa med et smil;

«Jeg ser bare at de har en mer langsom innfallsvinkel enn det vi er vant med og det kan bli et samarbeidsproblem ofte. Jeg har ofte ganske dårlig tid, ikke tid til å bruke lang tid akkurat når de føler de har tid til det, og det er ikke alltid like forståelig. De sier ja, vi skal skyndte oss, og så, min skyndte-meg og deres skyndte-seg er to forskjellige tempo, så det er av og til en utfordring. De skal bare skyte inn ett eller annet, og det å skyte inn tar 5 minutt, mens ja.» (Informant 2, lege)

Ulik arbeidsmåte og å snakke ulikt språk fremkom som hindring for kompetanseoverføring. En lege beskrev et ønske om å ha en tydeligere plan for arbeidet og en mer strukturert samtale med Palliativt team om pasientsituasjonen, uten for mye

dveling. Også mer strukturerte notater og tilbakemeldinger var ønsket, for å arbeide mer målrettet og effektivt. Ustrukturert samtale og mye tidsbruk på dveling ble opplevd som en irritasjon, som hemmet samarbeid, kommunikasjon og dermed også kompetanseoverføring. En annen lege beskrev det som at man ikke alltid snakket samme språk, og kom fra to forskjellige verdener, og at det dermed ikke alltid ble en kompetanseoverføring. Ulikt språk kunne være bruk av ulike verktøy, som for eksempel ECOG status som noen avdelinger ikke er kjent med.

«... det gjør jo at ofte når vi snakker sammen så snakker vi nok litt forbi hverandre, det kan man kanskje være klar over ... ja, og så kunne de vært litt mer strukturert hos oss ofte, ja. For jeg tror at da hadde kirurger responderer bedre på det i alle fall.» (Informant 2, lege)

En informant var opptatt av læringskultur, at det var en fordel å få inn andre faggrupper som får en til å tenke på en annen måte. Informanten opplevde at man kunne bli ensporet i en avdeling dersom man ikke fikk innspill fra andre som tenkte annerledes. Det ble beskrevet at alle har forskjellig kompetanse som er viktig å dele. I tillegg var det viktig for kompetanseoverføring at man er åpen for å lære, og innser at det ikke er flaut å ikke kunne alt.

«Jeg tror mye handler om at du må være åpen og faktisk innse at det ikke er flaut at du ikke kan alt, det er ikke krise, for det er umulig å kunne alt. Så jeg tror mye det at folk må være tilgjengelige for informasjon.» (Informant 8, sykepleier)

4.3. Bevisstgjøring av tiltak kan fremme kompetanseoverføring

Det fremkom av funnene at informantene opplevde ulike verktøy og aktiviteter som fremmende for kompetanseoverføring i avdelingen. Noe ble beskrevet av informantene som tiltak som allerede i dag virket fremmende, mens flere av informantene også kom med forslag om nye tiltak.

4.3.1. Verktøy som fremmer kompetanseoverføring

Gode notater i pasientjournalen ble ofte nevnt av informantene som en del av kompetanseoverføringen. Flere informanter opplevde at Palliativt team alltid skrev notat etter pasienttilsyn, og at disse notatene var gode og gav viktig informasjon. Det kom imidlertid frem at en plan for videre oppfølging burde kommet tydeligere frem i notatene,

slik at behandlende sykepleier og lege kunne fulgt behandlingen opp etter planen på egenhånd og på den måten tilegnet seg kompetanse. En del notater ble oppfattet som mye tekst der «det avgjørende nye» druknet. Samtidig ble det poengtert av flere informanter at det var mye som ikke kunne skrives i notater og at disse derfor ikke kunne erstatte samtale.

«Vi har veldig strukturerte notater, men det erstatter ikke den kommunikasjonen du har, ja, så det er veldig greit å snakke litt sammen ... ja du får et visst bilde av det, men det er litt annerledes for den som har behandlet pasienten lenge, og med den bakgrunn du da har, da får du mye mer, du vet mer tydelig begrensningene, alle disse tingene som plutselig ikke står i notater.» (Informant 5, lege)

En lege påpekte at det burde vært en mer tydelig plan for videre medisinerings, og flere ønsket at det også ble beskrevet hvordan eventuell opptrapping av medikamenter skulle gjøres, hvor ofte medisinerings kunne gjentas og hvorfor man valgte gjeldende medikament, i tillegg til hva man skulle gjøre dersom medikamentet ikke hadde effekt, som en oppskrift. På denne måten ville man fulgt opp tiltakene i større grad selv, og kunne da bedre lært hvordan man skulle tenke i liknende situasjoner senere. Dette kunne også ha hjulpet på Palliativt team sin arbeidsbelastning, dersom leger og sykepleiere i avdelingen kunne fulgt pasienten bedre opp etter en plan.

Jeg opplever ikke å ha fått økt kompetanse av å samarbeide med palliativt team ... vi er nok mer, jeg responderer, det er sikkert, om det er kirurg eller meg, jeg responderer bedre på en oppskrift, ja, ikke en syensing, ja, jeg responderer bedre på et sånn tydelig oppsett, det funker veldig bra for meg.» (Informant 2, lege)

Også verktøy, som ESAS-skjema (symptomkartleggingsskjema) og standarddosering i MEONA (elektronisk medikamentkurve) ble nevnt som tiltak som kunne bidra til styrket kompetanse. En lege påpeker at verktøy, som for eksempel ESAS-skjema, lærer helsepersonell at palliasjon er mangefasettert, mye mer enn bare smertebehandling, men at det må brukes hensiktsmessig.

« ... spørsmålet er gir det mer ut over en lyttende samtale? I utgangspunktet nei, men i en travel hverdag så sikrer du deg at du ikke overser en alvorlig depresjon, ikke sant ... Fordelen er jo at du lærer deg at palliasjon er mer enn smerter, altså det mangefasetterte.» (Informant 4, lege)

En annen informant påpekte at dersom det hadde vært mer standardiserte doseringer av smertepumpe i MEONA kunne legene på avdelingen dosere pumpene selv, og dermed lettere tilegnet seg kompetanse på dette.

4.3.2. Aktivitet som fremmer kompetanseoverføring

Det kom også frem synspunkter på at undervisning var bra for kompetanseoverføring. En lege på kirurgisk avdeling påpekte at undervisning kanskje var den enkleste måten å organisere kompetanseoverføring på. En annen lege beskrev viktigheten av å ha undervisning om palliasjon for å «løfte det opp» og få mer fokus på det i avdelingen.

«Vi har undervisning som bare er for LIS- legene, og undervisning der alle er tilgjengelige. Og så fått en ny omgang på sånne ting, om palliativ behandling, det hadde jo vært veldig fint.» (Informant 3, lege)

Et annet forslag for å øke kompetanseoverføring var at Palliativt team deltok på tavlemøte. Dette var et møte midt på dagen der overlegene var til stede, sammen med legene som hadde gått visitt, sykepleierne og avdelingssykepleier, for å diskutere behandling til hver enkelt pasient. Deltagelse i tavlemøte kunne i så måte bidratt til felles diskusjoner med alle aktuelle leger og sykepleiere, og på den måten bidratt til kompetanseoverføring.

«Nå er det jo leger som setter opp medisinene, vi sykepleiere kan jo komme med tips og sånn vi også, men kanskje de kunne hatt mer samtaler med legene ... Kanskje på tavlemøtene at de kunne kommet opp da, på noen pasienter.» (Informant 7, sykepleier)

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil funnene presentert i kapittel 4 bli diskutert i lys av relevant forskning og teori. Tematikken fra funnene tydeliggjøres i tre diskusjonsområder; «Betydning av organisering og samarbeid for kompetanseoverføring», «betydning av tillit og trygghet for kompetanseoverføring» og «ulike tradisjoner for praksis' betydning for kompetanseoverføring». Informantene pekte på ulike sider ved samarbeid som betydningsfulle for kompetanseoverføring, samt ulike sider ved organisering i avdelingen som ble opplevd som hemmende og fremmende på samarbeid, og som på den måten var

av betydning for kompetanseoverføring. Ut fra dette mener jeg at organisering og samarbeid henger så tett sammen at jeg har valgt å diskutere disse under ett.

5.1. Betydning av organisering og samarbeid for kompetanseoverføring

Informantene opplevde uforutsigbare arbeidsdager med mange uforutsatte utfordringer, og det var derfor behov for god organisering og tilrettelegging i avdelingen for møter og diskusjoner, for å kunne jobbe sammen og lære av hverandre. Behov for tilrettelegging slik at man kunne bruke tid på å snakke sammen og gjennomføre felles pasienttilsyn, i tillegg til arbeidsro, ble trukket frem som viktig. Kontinuitet blant personalet fremkom også i mitt materiale som et funn for å bedre kompetanseoverføring. Erfaring viste at legen ofte var opptatt når Palliativt team kom til avdelingen, slik at mye av den direkte kommunikasjonen gikk via sykepleier. Lite tilgjengelig pasientansvarlig lege ble dermed trukket frem som en hindring for kompetanseoverføring. Dette støttes opp om av Riege (2005) som påpeker i sin oversiktsartikkel at tilgjengelighet på formelle og uformelle møteplasser og fysiske omgivelser er viktig. Han utdyper det med at mangel på tid og sted for å dele kunnskap og møtes ansikt til ansikt ofte er en barriere for kompetanseoverføring. I et sosiokulturelt læringsperspektiv blir viktigheten av å jobbe sammen og møtes ansikt til ansikt forsterket, da dette læringsperspektivet tar utgangspunkt i at læring skjer i en sosial kontekst, gjennom bruk av språk og deltakelse i sosial praksis (Bråten, 2002). Kunnskaper og ferdigheter blir ført videre, og innsikt som er oppnådd går dermed ikke tapt (Säljød, 2002). Også Filstad (2010) og Wadel (2008) viser til at organisasjonslæring skjer ved at medarbeideren er i stand til å løse problemer og utfordringer gjennom deltagelse i læringsprosesser i sosial praksis på arbeid. Lave & Wenger (2003) forklarer dette med situert læringsteori, der læring foregår gjennom deltakelse i et praksisfelleskap i stedet for i et klasserom. Wadel (2008) peker også på praksisfelleskap i organisasjoner, og at man kan lære på tvers av disse felleskapene. Mellom praksisfelleskap kan det være gråsoner, der læring ofte skjer. Han påpeker videre at man noen steder imidlertid ikke er opptatt av å lære av andre praksisfelleskap, man er opptatt av sitt eget, og er seg-selv-nok. Vygotskij (2001) la vekt på at nye strukturer ble tilegnet ved samarbeid, og at løsninger på problemer blir internalisert og integrert i den lærendes egen tenkning. Dette skjer når en mindre erfaren person samarbeider eller får veiledning av en mer erfaren og mer dyktig person (Vygotskij, 2001). Ut fra et

kompetansesynspunkt ser jeg det på bakgrunn av dette som fordelaktig at samarbeidet mellom leger og sykepleiere i avdelingene og Palliativt team foregår som dagens praksis, der man har en samtale med informasjonsutveksling først, deretter felles pasienttilsyn, før oppsummerende samtale til slutt. Det må imidlertid settes av tid til dette, som kan være en utfordring ved dagens organisering i avdelingene. Jeg mener at samarbeid mellom Palliativt team og leger og sykepleiere i ulike avdelinger gir mulighet for gjensidig kompetanseoverføring der det veksler på hvem som er den mer erfarne og hvem som har potensiale til å tilegne seg kunnskap, alt etter hvilke problemstillinger som adresseres.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 viser til at de ansatte i sykehus må utvikle sin kompetanse gjennom hele yrkeskarriæren, blant annet i den daglige samhandlingen med kollegaer (Helse og omsorgsdepartementet, 2019), som etter min forståelse støttes opp om av sosiokulturelt læringssyn og situert læring (Lave & Wenger, 2003). Sykehusene har i tillegg en strategi for utdanning, undervisning og kompetansebygging, der kompetansen blant annet skal bygges på tverrfaglig samarbeid, kommunikasjon og teamarbeid. Både Yang & Maxwell (2011), Filstad (2010), Wadel (2008) og Riege (2005) fremhever at det er viktig at organisasjoners ledelse er tydelige på viktigheten av kunnskapsdeling, inkludert den tause kunnskapen, slik at det blir en kultur for informasjons- og kunnskapsdeling. Ledelsen må skape både tid og rom til å praktisere sammen, i tillegg til å oppmuntre medarbeidere til arbeidet med å dele kunnskap og kompetanse. Nilsen (2010) viser til et gap mellom sykehusets strategi for læring og kunnskapsutvikling og det som faktisk skjer i praksis. Hun hevder ut fra sin studie at både det fysiske arbeidsmiljøet og måten arbeidet utføres på bidrar til at ansatte har liten kontakt med hverandre i løpet av arbeidsdagen og at læring dermed ikke foregår i ønsket grad. Hun er kritisk til at krav om effektivitet og kostnadskutt, som gir kortsiktig innsparing, går på bekostning av organisasjonens evne til læring. Betydningen av tid og rom for samarbeid og kompetanseoverføring kom også frem i mine funn, i tillegg til betydningen av å oppleve annerkjennelse av ledelsen for å bruke tid på samarbeid og kompetanseoverføring. Informantene beskrev varierende opplevelser av tilrettelagt arbeidshverdag for samarbeid og kompetanseoverføring. Mens sykepleierne opplevde at de ofte klarte å sette av tid til samtale og felles pasienttilsyn med palliativt team fortalte legene om en arbeidshverdag og organisering som vanskeliggjorde dette. Imellom var det også utfordrende for sykepleierne å sette av

tilstrekkelig tid. Slik jeg ser det, er det gode intensjoner om å skape en kultur for kompetanseoverføring i sykehus, men at det i den praktiske hverdagen er utfordrende å gjennomføre, da det i praksis er tidkrevende. Et gjennomgående funn i studien min var behov for avtalt tidspunkt for samarbeid med Palliativt team i løpet av dagen, slik at samarbeidet kunne planlegges. Dette kan dermed være et viktig bidrag til organisering og samarbeid som fremmer kompetanseoverføring, selv i en travel arbeidshverdag.

Et annet funn var å overlate behandlingen til Palliativt team som mulig kompetansenedbyggende. Det fremkom beskrivelser både av at Palliativt team overtok arbeidsoppgavene og ikke involverte legene i avdelingen i stor nok grad, og at oppgaver ble overlatt til Palliativt team som spesialister på området. Dette bygges opp om av Firn et al. (2016) som beskriver en bekymring for kompetansenedbygging i avdelingen ved at avdelingspersonell blir hindret fra å lære selv, eller at det som blir lært blir glemt igjen på grunn av lang tid mellom hver gang de får praktisert det de har lært. I min studie var det imidlertid flere av informantene som opplevde at ansvarsfordelingen mellom leger og sykepleiere i avdelingen og Palliativt team var grei. Men her kan det stilles spørsmål til om ansvarsfordelingen var grei fordi det passet inn i en travel hverdag å overlate arbeidet til Palliativt team, mens det fra et kompetanse-synspunkt ville vært bedre med mer felles arbeid i situasjonene. Ut fra dette mener jeg at det blir riktig å påpeke viktigheten av at personell i avdelingen får brukt sin kompetanse i samarbeid med Palliativt team. I tillegg vil kontinuitet kunne øke praktisering av det som blir lært. Kontinuitet blant helsepersonell for oppfølging av pasienter ble trukket frem av flere informanter som en utfordring. Det er behov for legenes kompetanse på ulike avdelinger og sykepleierne går i turnus, som fører til at det ofte er nye personer som skal følge opp pasientene. Dette kan ifølge informantene redusere muligheten til å følge opp tiltak selv og få den erfaringen som er ønskelig for å tilegne seg kompetanse.

I funnene fremkom beskrivelse av at man jobbet parallelt i stedet for sammen. Firn et al. (2016) beskriver to modeller for behandling av pasienter. Den ene modellen er en multiprofesjonell tilnærming med integrert spesialisert og generell palliativ behandling. Den andre modellen er en lineær modell der pasientene blir overført til palliativt team etter endt behandling i egen avdeling. I den siste modellen beskriver Firn et al. (2016) en invasjon av ansvarsområdet dersom palliativt team ble tidlig involvert, og en opplevelse

av å ha mislyktes eller gitt opp pasienten dersom de måtte henvise til Palliativt team. Mine funn viser ikke opplevelse av invasjon av ansvarsområde, og heller ikke en opplevelse av å gi opp pasienten eller å ha mislyktes. Derimot kom det frem en tendens til ulik tilnærming fra legene på kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling. Legene på kirurgisk avdeling beskrev mer at det i enkelte situasjoner der pasienten ikke var tjent med mer kirurgisk behandling, hadde vært ønskelig at Palliativt team hadde økt kapasitet til å behandle pasientene, som jeg forstår mer i tråd med lineær modell. Dette begrunnes langt på vei med manglende kapasitet i egen avdeling, samt at pasientene vil få et bedre tilbud på Palliativ avdeling. Legene på medisinsk avdeling beskriver mer et ønske om samarbeid i behandlingen av pasienter med palliative behov, der kunnskap og kompetanse både fra egen avdeling og fra Palliativt team er viktig. Helsedirektoratet (2015) påpeker at alle sykehusavdelinger som har pasienter med palliative behov skal gi god symptomlindring og god terminalpleie og omsorg. Integrasjon av palliasjon og tradisjonell somatisk medisin er derfor anbefalt og ønskelig. Sosiokulturell læringsteori støtter slik jeg forstår det, opp om en multiprofesjonell tilnærming, der samtale og samarbeid blir det naturlige miljøet for utvikling og overføring av kunnskap, men at det er viktig at den mer erfarne ikke overtar arbeidet, dog heller støtter og veileder den som skal lære (Säljød, 2002). I følge Vygotskij er det ved samarbeid man tilegner seg nye strukturer, løsninger på problemer, som blir internalisert og integrert i den lærendes egen tenking (Imsen, 2011). Også Filstad (2010) bygger opp om at man selv må ha mulighet til å prøve, for å utvikle egen kunnskap, som er erfaringsbasert. Hun understreker at kolleger må ha mulighet til å observere hverandre, praktisere sammen og reflektere over erfaringer.

Også ut fra et fenomenologisk perspektiv er det å praktisere sammen viktig, da vi tar del i hverandres erfaringsverden, der vi er tilgjengelige for hverandre gjennom kroppslig og språklig interaksjon. Norberg-Schulz la vekt på sosialisering der vi lærer gjennom å utveksle og dele erfaringer og tanker om erfaring, ved å være i samme situasjon samtidig, delta i samme aktivitet, observere og snakke sammen (Norberg-Schulz, 1996).

Fenomenologien baserer seg på at erkjennelse har sin rot i vår omgang med verden og andre mennesker. Vi tar del i hverandres erfaringsverden, med aktiv kommunikasjon (Thornquist, 2018). Fenomenologien har her et møtepunkt med det sosiokulturelle læringssynet som gjelder kompetanseoverføring ved å samarbeide, og påpeker, som også

det sosiokulturelle læringssynet gjør, at man ved å løse oppgaver sammen oppnår tilegning av kunnskap. I denne studien styrker dette viktigheten av at leger og sykepleiere kan sette av tid til å være med på felles samtaler og pasienttilsyn med Palliativt team, slik at de opplever situasjonen selv, og får sine egne erkjennelser. Merleau-Ponty hevder på sin side at vi blir kjent med våre handlinger via kroppen, og at vi tilegner oss kunnskap som lagres i kroppsmindet. Å opparbeide seg praktisk kunnskap blir ut fra et fenomenologisk syn dermed mulig ved å være kroppslig til stede i situasjonen (Merleau-Ponty, 2012; Thornquist, 2018). Når *stedet* tas i bruk som ramme for opplæring, og man lærer ved å utføre selv, blir dette også en motvirkning av det som Norberg-Schulz kaller en «oppløsningen av det konkrete» (Norberg-Schulz, 1996).

Et funn var at sykepleierne som hadde erfaring med å være sammen med Palliativt team i diskusjoner og pasienttilsyn, i tillegg til å lære om medikamenter og behandling, også lærte hvordan Palliativt team tilnærmet seg pasienten, deres holdninger og kommunikasjon. Sykepleierne trakk frem eksempler som det å lære hvilke spørsmål som bør stilles, å møte pasientene med ro, ta seg tid og se pasienten, som noe av den kompetansen de tilegnet seg. Dette betegner hva Riege (2005) beskriver som den tause kunnskapen, som er viktig i kunnskapsdelingen i organisasjoner. Taus kunnskap er en del av den læringen som skjer i en sosial kontekst der menneskelig kunnskap anvendes og føres videre (Säljøl, 2002). Også Filstad (2010) trekker frem viktighet av å praktisere sammen for å overføre kompetansen som ikke uttrykkes gjennom språk, men som vises ved kroppsspråk og handling. Den som tilegner seg kunnskap må selv få mulighet til å prøve, og på den måten utvikle egen tause kunnskap, fordi tause kunnskap er erfaringsbasert (Filstad, 2010). Taus kunnskap kommer således fra å få erfaring med fenomenet.

Informantene opplevde ulike verktøy og aktiviteter, som ved tilrettelegging og god organisering kunne fremme kompetanseoverføring og styrke kompetansen i avdelingen. Gode notater i pasientjournalen, med en plan for videre oppfølging og på hvordan tiltak kunne utføres, ble fremhevet av informantene. Også standardisering og oppskrift på tiltak og behandling ble etterspurt. Slik jeg ser det, handler dette om å organisere arbeidet slik at leger og sykepleiere i avdelingene i avdelingene selv kan utføre tiltakene og pasientoppfølgingen etter tilsyn av Palliativt team, som fører til at man får en egen

erfaring med oppfølgingen og på den måten styrker egen kompetanse. Merleau-Ponty (2012) hevder at vi blir kjent med omverdenen gjennom våre handlinger, og vi tilegner oss kunnskap gjennom kroppslighet og omgang med omverdenen. Dette er slik jeg ser det, et tiltak for at avdelingspersonell får lære selv, som nevnt tidligere, i tillegg til å vise respekt for avdelingspersonells kompetanse (Firn et al., 2016).

Flere av informantene trakk frem undervisning som den enkleste måten å organisere kompetanseoverføring. Sosiokulturelt læringssyn og situert læringsteori fremhever imidlertid at læring skjer i sosial kontekst, som deltagende i sosial praksis. Kan det da tenkes at undervisning kan ha en plass i kompetanseoverføring i sykehusavdelingene? Språket er den viktigste faktoren i læring, som byggestein for tenkning (Vygotskij, 2001). Ut fra dette mener jeg at undervisning kan fungere som et ledd i kompetanseoverføring, men at tilhørerne ikke kun må være passive tilhørere, de må aktivt delta i undervisningen, for eksempel via diskusjoner og problemløsning. Det å være til stede og diskutere problemstillinger er å være kroppslig til stede i en lærende situasjon, der man bruker sin kropp, sin hjerne og sitt intellekt. Videre blir det viktig å praktisere det man har lært. I følge Filstad (2010) er kunnskap bare kunnskap og kompetanse dersom den anvendes gjennom handling. Det blir dermed viktig at de som deltar i undervisning får brukt sin kunnskap i nær fremtid. Et annet tiltak som ble beskrevet var at Palliativt team kunne delta i tavlemøte, der overlege, leger som hadde gått visitt, sykepleiere og avdelingssykepleier var til stede. Dette er dermed også et fora for felles diskusjoner. I følge Vygotskij (2001) er det ved samarbeid nye strukturer, løsninger på problemer, tilegnes, som blir internalisert og integrert i den lærendes egen tenkning.

5.2. Betydning av tillit og trygghet for kompetanseoverføring

Palliativt team ble av informanter beskrevet som flinke i jobben, som gav tillit til teamets kompetanse og deres ønske om å dele denne. Informantene gav uttrykk for at samarbeid med Palliativt team gav trygghet ved at de fikk hjelp til vanskelige problemstillinger og til oppfølging av pasienten, samt trygghet og støtte ved utfordringer i sitt arbeid. Å ha tillit til de du skal samarbeide med anses som viktig for godt samarbeid og dermed også for kompetanseoverføring (Firn et al., 2016; Yang & Maxwell, 2011; Riege, 2005; Filstad, 2010). I følge Yang & Maxwell (2011) ligger det i tillit at man stoler på at kollegaer har tilstrekkelige kunnskaper, velvilje og ønske om det beste for sine kollegaer. Tillit fremmer

kommunikasjon og skaper på denne måten trygghet i samarbeidet. Riege (2005) påpeker også at nødvendig tillit er vanskeligere å oppnå dersom man ikke møtes ansikt til ansikt.

Trygghet, anerkjennelse og imøtekommenhet er noen eksempler på sider av samarbeidet som ble trukket frem av informantene i denne studien. Flere informanter beskrev å bli møtt med anerkjennelse av deres kompetanse, blant annet ved å bli etterspurt i avdelingen for utveksling av informasjon før pasienttilsyn. Trygghet i å få den hjelpen og støtten som trengs i situasjonen, samt anerkjennelse for egen jobb og eget ståsted fremkom for meg som avgjørende for et godt samarbeid og kompetanseoverføring. Lave & Wenger (2003) hevder at læring ikke bare er situert i praksis, men er også en del av den sosiale praksis i den levde verden. Læring, tenking og innsikt er relasjoner mellom mennesker i aktivitet, der aktiviteten er i, med og utsprunget fra den sosiale og kulturelt strukturerte verden (Lave & Wenger, 2003). Slik jeg ser det, er dermed ikke bare lærings situasjonen viktig, men også andre sosiale faktorer blir viktige, som for eksempel hvordan man møter hverandre for å skape tillit og trygghet i samarbeidet. Det kom også frem erfaringer med å ikke bli imøtekommet ved at henvisninger ble avslått, som kan redusere tillit og trygghet i samarbeidet. Dette underbygges av Riege (2005) som påpeker viktigheten av at Palliativt team er lett tilgjengelige samme dag som behovet oppstår, også utenom dagtid og hverdager.

Informasjon og kunnskap kan ifølge Yang & Maxwell (2011) beskrives som en viktig kilde til makt i organisasjoner, som slik jeg forstår det, kan skape både utrygghet og redusert tillit. Ifølge Yang & Maxwell (2011) kan man se på kunnskap som en «eiendel» som hever ens egen posisjon. Dette kan føre til redusert ønske om å dele kunnskap og kompetanse (Yang & Maxwell, 2011). Mitchell et al. (2010) og Riege (2005) støtter også dette synet med å trekke frem at kunnskap kan gi makt og status, som kan hemme kunnskapsoverføring. Ofte kategoriseres medlemmer av et team, for eksempel som sykepleiere, kirurger og leger, og det kan føre til at informasjon tilbakeholdes i frykt for å bli latterliggjort eller fordi det er konkurranse mellom grupperingene (Mitchell et al., 2010). Firn et al. (2016) beskriver imidlertid at respekt for den andres kompetanse er avgjørende for å oppnå nødvendig tillit i samarbeidet. Manglende respekt og forståelse for de andres fagfelt kan være hemmende for samarbeidet og kompetanseoverføringen begge veier.

Makt og maktesløshet kan også ifølge Lave & Wenger (2003) ha innvirkning på samarbeid og kompetanseoverføring, knyttet til deltakelse i praksisfelleskap. De trekker frem at læringen forstås som en dynamisk bevegelse fra perifer til fullt deltakende i et praksisfelleskap. Perifer deltagelse handler om å være plassert i den sosiale verden, og som nyansatt eller som lærling er man perifert deltakende frem til man har lært tilstrekkelig til å være fullt deltakende i praksisfelleskapet (Lave & Wenger, 2003). For meg løfter dette frem spørsmålet om hvordan det oppleves å være erfaren sykepleier og lege, men samtidig være den lærende legen eller sykepleieren, den med minst kunnskap og kompetanse i en situasjon der man skal samarbeide med et spesialistteam. Maktubalansen som kan oppstå fremstår for meg som en utfordring man må være seg bevisst, for å møte den andre med respekt og for å etablere tillit i samarbeidet. Fra et kroppsfenomenologisk ståsted beskriver Merleau-Ponty (2012) forholdet mellom mennesket og omverdenen som noe som erfares gjennom kroppen. Dette gir slik jeg ser det, grunnlag til å se på hvordan omgivelsene påvirker den enkelte, også i en situasjon der man skal tilegne seg kunnskap på en arbeidsplass, altså det kontekstuelle. Også det at læring foregår i sosialt samspill, er ut fra min forståelse gjenstand for persepsjon. Merleau-Ponty fremhever at vi ikke er i rommet med kroppene våre, men at vi bebor rommet. Slik jeg ser det, kan man da også oppleve at rommet er «opptatt» og at man ikke «får plass» dersom man ikke møtes med respekt og blir sett og hørt.

5.3. Ulike tradisjoner for praksis' betydning for kompetanseoverføring

Det fremkom av funnene at ulik forståelse av praksis kunne være hemmende for kompetanseoverføring. Noen informanter beskrev til dels uklare ansvarsområder, med at legene tok et steg tilbake når Palliativt team kom inn i bildet og at det kunne oppstå rolleforvirring på hvem som skulle gjøre hva i den videre oppfølgingen av pasienten. Funnene peker dermed på flere årsaker til at legene kunne ta et skritt tilbake når Palliativt team ble involvert. Det ene er dersom man ser sin jobb som avsluttet ved at Palliativt team tar over. Det andre er at palliativt team ikke involverer avdelingslegen tilstrekkelig. Begge disse årsakene er diskutert i forrige kapittel. En tredje mulighet er altså rolleforvirring og usikkerhet rundt oppfølging. Dette støttes av Firn et al. (2016) som beskriver at rolleforvirring, der helsepersonell er usikre på egen rolle i samarbeid med Palliativt team, kan være en ulempe for samarbeid og kompetanseoverføring.

Videre ble ulik prioritering trukket fram av informantene, der det ble påpekt ulikhet i bruk av tid og hvilke oppgaver som ble prioritert. Spesielt på kirurgisk avdeling ble det normalt brukt mye mindre tid på visitt enn Palliativt team brukte, og legene på kirurgisk avdeling gav uttrykk for at kirurgiske problemstillinger ble prioritert i arbeidshverdagen, med ønske om at Palliativt team bidro til palliative tiltak. Informantene trakk også frem ulik tilnærming til situasjonen som utfordrende med tanke på kompetanseoverføring. Arbeidsmåten til Palliativt team ble beskrevet som mer langsom og dvelende, og behov for mer tydelig plan for arbeidet, mer strukturerte samtaler og felles språk kom frem. Manglende forståelse for den andres arbeid og prioritering ble beskrevet av enkelte informanter. Dette synes for meg å peke på at ulike tradisjoner for praksis kan være hemmende for kompetanseoverføring, der ulike praksisfelleskap, kultur og identitet er av betydning. Wadel (2008) peker på praksisfelleskap som en gruppe mennesker som deler en interesse eller problemstillinger og fordyper sin kunnskap ved regelmessig samhandling. Wadel sier videre at det ofte finnes flere praksisfelleskap i organisasjoner, og man kan lære på tvers av disse, men noen steder er man ikke opptatt av å lære, man er opptatt av sitt eget. Også Lave & Wenger (2003) snakker om praksisfelleskap som arena for læring. Slik jeg forstår det, er det praksisfelleskap i Palliativt senter og i hver avdeling. Vi kan også snakke om praksisfelleskap når Palliativt team og helsepersonell i avdelinger arbeider sammen for på best mulig måte hjelpe pasient og pårørende. Filstad (2010) påpeker at sosial identitet er viktig for forståelse av situert læring, da denne identiteten og hvem vi ønsker å være vil være styrende for om vi identifiserer oss med praksisfelleskapets identitet. Sosial identitet utvikles gjennom relasjoner som skapes via felles arbeidsoppgaver, og kompetanse utvikles i konkrete kontekster. For å utvikle kompetanse kreves felles forståelse av hva som skal gjøres, hva som skjer og hva den enkelte foretar seg (Filstad, 2010). Min forståelse er ut fra dette at det i avdelinger med ulik praksis kan ha ulike tilnærminger, med ulik kultur og identitet, som kan være mer utfordrende for kompetanseoverføring. I følge Filstad (2010) må det være et gjensidig engasjement, en følelse av felles foretakende og felles repertoar av språk, rutiner, verktøy ol. for å utvikle kompetanse. Sykepleierne i min studie beskriver mer at de opplever kompetanseoverføring enn legene. Dette åpner for spørsmål om sykepleiernes identifiserer seg mer med praksisfelleskapet i samarbeid med Palliativt team, med følelse av felles foretakende, og at det da lettere foregår en kompetanseoverføring.

I likhet med Filstad viser Albers et al. (2016) til at å ha felles pasientgruppe, lik tilnærming til behandling og pleie, samt felles mål øker mulighet for samarbeid og dermed også for kompetanseoverføring. Barrierer for kompetanseoverføring beskrives av Albers et al. som mangel på delt forståelse av den andres fagfelt og mangel på kommunikasjon. Mine funn indikerer at ulik tilnærming til behandling og ulike mål kan tenkes å være mer fremtredende mellom kirurgisk avdeling og Palliativt team enn mellom medisinsk avdeling og Palliativt team, som kan virke hemmende på kompetanseoverføring i kirurgisk avdeling. Lyngsnes & Rismark (2007) beskriver sosiokulturell læringsteori som at læring foregår i sosial sammenheng. Dersom en mindre erfaren person skal tilegne seg kunnskap av en mer erfaren kollega må de ha en felles forståelse av situasjonen, felles fokus for arbeidet og en felles målsetting slik at kunnskapsoverføring kan foregå og man unngår misforståelser (Lyngsnes & Rismark, 2007).

Yang & Maxwell (2011) peker på flere ulike barrierer for kunnskapsoverføring i offentlige organisasjoner, med at organisatoriske verdier, normer og kulturer spiller inn. De påpeker at dersom organisasjonskulturen er fokusert på solidaritet, gjensidige interesser og felles målsetting fører det til økt kunnskaps- og informasjonsdeling. De viser blant annet også til at teamarbeid som ikke er definert av hierarki kan resultere i mer effektiv informasjonsdeling mellom avdelinger. På den andre siden må oppgaven også ses på som en del av organisasjonskulturen for å bli løst på en aktiv og god måte. Dermed er det viktig at verdien av kunnskapsoverføring står sentralt i avdelingenes kultur, og at det utvikles en læringskultur (Yang & Maxwell, 2011). Det støtter opp om funnet i denne studien om læringskultur, der viktighet av å dele kompetanse og at man er åpen for å lære ble trukket frem av informantene. Mitchell et al. (2010) bygger opp under dette ved å vise til at den kunnskapen man allerede har kan være et hinder for å lære noe nytt. Ny kunnskap kan virke truende på det man tror på, og noen kan da være mindre åpne for å lære noe nytt. Kunnskap kan også gi makt og status, som kan virke hemmende på kompetanseoverføring (Mitchell et al., 2010). Yang & Maxwell (2011) peker videre på at det må være en evne til å ta til seg ny kunnskap til stede, og at individer, grupper og organisasjoner må verdsette verdien av ny kunnskap, samt ta ny kunnskap i bruk. Ny kunnskap kan også oppfattes som et krav om mer arbeid i tillegg til tidligere oppgaver, som igjen kan være en barriere på grunn av manglende tid og ressurser. Filstad (2010)

hevder at man må tørre å være sårbar for å be om hjelp, som krever gjensidig tillit. Selv om det ikke kommer eksplisitt frem i min studie kan det etter min mening stilles spørsmål til om hierarki og faglig identitet kan være hemmende for tillit, og dermed for samarbeid og kompetanseoverføring på tvers av avdelinger med sterke tradisjoner for praksis i sykehus.

To av informantene trakk fram opplevelsen av å være fra «to forskjellige verdener», med ulike prioriteringer og arbeidsmetode, og ulikt språk. Mitchell et al. (2010) underbygger dette når de skriver at kunnskapsoverføring fordrer at kunnskapen må tilpasses der den skal benyttes, både i praksis og sosialt. Sosiale relasjoner, verdier, språk og praksis er dermed viktige faktorer for kommunikasjon og kunnskapsdeling. Dersom praksis og sosiale normer er svært forskjellige er det større sjanser for misforståelser (Mitchell et al., 2010). Dette understreker etter min mening viktigheten av å vise forståelse for den andres arbeidssituasjon og tilpasse både språk og arbeidsmetode i samarbeidet. Slik jeg ser det, kan det imidlertid oppleves som et paradoks å ta hensyn til at den andres travle arbeidshverdag, samtidig som man skal ta hensyn til kompetanseoverføring som krever tid ved felles pasienttilsyn.

6. Konklusjon og implikasjoner for praksis

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke forhold som er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare kompetanseoverføring som følge av samarbeid med Palliativt team, for å få styrket egen kompetanse. Flere forhold av betydning for å oppnå mest mulig kompetanseoverføring fremkom i funnene. Forholdene ble belyst av sosiokulturell læringsteori, tankegods om lærende organisasjoner og fenomenologi.

Organiseringen i avdelingen påvirker samarbeidet mellom Palliativt team og leger/sykepleiere, og har dermed også innvirkning på kompetanseoverføring. Det må være tid og rom for å dele kunnskap og for å møtes ansikt til ansikt. I tillegg skjer læring i en sosial kontekst, gjennom diskusjon og deltakelse i praksis, under veiledning av en mer erfaren person. Det må derfor også være tilrettelagt for felles pasienttilsyn, i tillegg til

samtale og diskusjon. Å praktisere sammen er viktig for også å overføre den tause kunnskapen. Dagens arbeidsmetode med å ha en samtale først, deretter felles pasienttilsyn, før oppsummerende samtale til slutt, kan dermed virke fordelaktig for kompetanseoverføring. Det krever imidlertid tid, tilstedeværelse av pasientansvarlig lege og sykepleier og fortrinnsvis kontinuitet i oppfølgingen av pasienten. For å få dette til i en travel arbeidshverdag er det behov for avtalt tidspunkt for samarbeid med Palliativt team i løpet av dagen.

For å utvikle ny kompetanse må helsepersonell i avdelingen få brukt sin kompetanse i samarbeid med Palliativt team. Palliativt team må inkludere leger og sykepleiere i avdelingen i arbeidet, og legge til rette for at de selv kan følge opp tiltak i ettertid. Dette kan gjøres ved en oppsummerende samtale etter pasienttilsyn, der mål og videre plan diskuteres, i tillegg til gode notater i pasientjournal, der en tydelig plan med god oppskrift på videre behandling kommer frem. Også oppskrifter på behandling og tiltak der det er mulig kan være til hjelp. Kontinuitet i helsepersonells oppfølging av pasienten vil kunne øke praktisering, som igjen kan føre til styrket kompetanse.

Samarbeidet bør kjennetegnes ved trygghet og tillit, blant annet ved anerkjennelse og imøtekommenhet. Man må også være bevisst på den maktubalansen som oppstår i et samarbeid der en part har mer kunnskap og kompetanse enn den andre. Tillit er viktig, ved at man stoler på at kollegaer har tilstrekkelig med kunnskaper, velvilje og ønske om det beste for sine kollegaer.

Ulike tradisjoner for praksis kan ha betydning for kompetanseoverføring. En praksis som legger opp til en lineær modell fører til at man jobber parallelt i stedet for sammen, og palliative tiltak overlates gjerne til Palliativt team. En multiprofesjonell tilnærming derimot, der spesialisert og generell palliativ behandling er integrert i oppfølgingen av pasienten, kan føre til økt samarbeid og kompetanseoverføring. Palliativt team må være tydelig på rolleavklaring og involvere helsepersonell i avdelingen i oppfølging av pasientene. En konstruktiv læringskultur der man har god kommunikasjon og forståelse for den andres arbeidssituasjon er viktig.

Flere områder for videre forskning synes å fremtre. Eksempler på forskningsområder er;

Hvordan kan avdelingen organiseres for å sikre mer kontinuitet i oppfølgingen av pasientene og hvordan kan avdelingen organiseres for å være tilrettelagt for kompetanseoverføring.

Referanser

Albers, G., Froggatt, K., Van den Block, L., Gambassi, G., Vanden Berghe, P., Pautex, S., Van Den Noortgate, N. (2016) A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. *BMC Palliative Care* 15:47

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2(C), 8-14

Bråten, I (2002) Ulike perspektiver på læring. I I. Bråten (red.) *Læring- I sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Bærum kommune (2020) *Digital didaktikk. Refleksjon*. Hentet 20.03.20 fra <http://digitaldidaktikk.no/refleksjon/detalj/laeringsteorier>

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008) "The Qualitative Content Analysis Process." *Journal of Advanced Nursing* 62.1: 107-15.

Firn, J., Preston, N., Walshe, C. (2016) What are the views of hospital-based generalist palliative care professionals on what facilitates or hinders collaboration with in-patient specialist palliative care teams? A systematically constructed narrative synthesis. *Palliative medicine*; Vol 30 (3) 240-256

Filstad, C. (2010) *Organisasjonslæring- fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget

Graneheim, U.H., Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105 til 112

Granheim, U. H., Lindgren, B-M., Lundman, B. (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussionpaper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Haugen, D. F., Jordhøy, M. S., Engstrand, P., Hessling S. E., Garåsen, H (2006). Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3*, 2006; 126: 329–32

Helsedirektoratet (2015) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. (Rapport IS 2278) Hentet 10.03.20 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt--a-skape-liv-til-dagene/id2400892/>

Helsedirektoratet (2019) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. (IS-2800). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30.03.20 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)) Oslo. Hentet 10.03.20 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse og omsorgsdepartementet (2018, april) *Leve med kreft, Nasjonal kreftstrategi 2018-2020*. Hentet 14.06.19 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>

Helse og omsorgsdepartementet (2019) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) Oslo. Hentet 10.03.20 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf

Holloway, I. & Galvin, K (2017) *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Fourth edition. John Wiley & sons, Ltd.

Husserl, E. (2013) *Ideas : General Introduction to Pure Phenomenology*. Oxfordshire, England: Routledge

Imsen, G (2011) *Hva er pedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S., (2003) Forord. I Lave, J & Wenger, E (2003) *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels forlag

Kvale S., og Brinkmann S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lave, J & Wenger, E (2003) *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels forlag

Lyngsnes, K. M. & Rismark M. (2007). *Didaktisk Arbeid*. 2. Utg. ed. Oslo: Gyldendal

Lyngstad, I (2013) *Profesjonell kunnskap i skolens kroppsøvingfag Teoretisk og empirisk belysning i et fenomenologisk og praksisrelatert perspektiv* (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 25; 122: 2468–72

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K, Siersma, V., D., Guassora, A. D. (2016) Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. Vol. 26(13) 1753-1760.

Merleau-Ponty, M. (2012) *Phenomenology of Perception*, London: Routledge

- Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., White, N. (2010) Toward Realizing the Potential of Diversity in Composition of Interprofessional Health Care Teams. *Medical Care Research and Review*. Volume 67 Number 1. 3-26.
- Mitchell G (2015) Use of interviews in nursing research. *Nursing Standard*. 29, 43, 44-48.
- Nilsen, E. R. (2010) *Opportunities for learning and knowledge creation in practice*. (Doktoravhandling) Oslo: BI Norwegian School of Management. Hentet 05.04.20 [http://web.bi.no/forskning/papers.nsf/349b2672a809db42c1256e620044a25f/fca09fc639e15b30c12576b70046df97/\\$FILE/2010-01-nielsen.pdf](http://web.bi.no/forskning/papers.nsf/349b2672a809db42c1256e620044a25f/fca09fc639e15b30c12576b70046df97/$FILE/2010-01-nielsen.pdf)
- Norberg-Schulz, C. (1996) *Stedskunst*. Oslo: Gyldendal
- NOU 1997: 25 (1997). *Ny kompetanse — Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk*. Hentet 14.06.19 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-25/id141157/>
- NOU 2017:16 (2017). *På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet 14.06.19 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec1>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins s
- Riege, A (2005) Three-dozen knowledge-sharing barriers managers must consider. *Journal of Knowledge management*. VOL. 9 NO. 3, pp. 18-35.
- Senge, P. M. (1999) *Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2017112348566
- Säljö, R. (2002) Læring, kunnskap og sosiokulturell utvikling: mennesket og dets redskaper. I I. Bråten (red.) *Læring- I sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorne, S (2020) Beyond theming: Making qualitative studies matter. *Nursing Inquiry*; 27; e12343
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Utdanningsdirektoratet (2017) Overordnet del av læreplanverket. Hentet 14.06.19 fra: <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/>
- Vygotskij, L (2001) *Tenkning og tale*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wadel, C (2008) *En lærende organisasjon: et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Yang, T-M., Maxwell, T. A. (2011). Information-sharing in public organizations: A literature review of interpersonal, intra-organizational and inter-organizational success factors. *Government Information Quarterly*, 28(2), 164-175.

Vedlegg 1 Svarbrev fra Personvernombud



Til
Janet Bakken

Intern ID	Elements	Saksbehandler:	Dato:
Til dels av forskningsavdeling		Personvernombud: Rafal Yeisen	26.09.19

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med prosjektet: "Hvilke forhold er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare styrket kompetanse som følge av samarbeid med Palliativt team".

Viser til innsendt meldingskjema med vedlegg om behandling av personopplysninger vedrørende ovennevnte prosjektet.

Formålet med prosjektet

Palliativt senter på sykehus skal ha et tverrfaglig palliativt team med ambulant funksjon til hjemmebesøk, samt til konsulentvirksomhet i sykehusets avdelinger. Det palliative teamet vil ha en veiledende og rådgivende funksjon overfor behandlingsansvarlig lege og det øvrige behandlingsteamet i eller utenfor sykehus, og har dermed en viktig rolle i forbindelse med kompetanseheving. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke forhold som er av betydning for at sykepleiere og leger skal erfare styrket kompetanse som følge av samarbeid med Palliativt team, og hvordan Palliativt team kan jobbe forbedret for å få til en god kompetanseoverføring. Dette kan ha betydning både med tanke på kompetanseoverføring og ressursutnyttelse.

Behandlingsgrunnlag

Prosjektet er basert på samtykke, og har behandlingsgrunnlag i personvernforordning artikkel 6 nr.1 bokstav a.

Personvernombud tilrår at prosjektet kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
2. Hvis det benyttes frittstående enhet(minnepinne) skal innsamlede data krypteres, eller lagres på kvalitetsserver.
3. Innsamlede data skal aidentifiseres og lagres adskilt fra nøkkelkode.
4. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlast på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 01.09.2021.
5. Informasjonsskiv/ samtykke som skal benyttes må inneholde tilstrekkelig informasjon tilknyttet til de registrerte rettigheter jmf personopplysningsloven, kapittel III Den registrertes rettigheter. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon

(art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

6. Informasjonsskriv/ samtykke som skal benyttes må inneholde PVO kontaktinformasjon, tlf. nr. [REDACTED]
7. Alle dataene skal slettes ved prosjekt slutt 01.09.21 og sluttmelding skal sendes til PVO.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordningen samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med vennlig hilsen



Rafal Yeisen
Personvernombud

Vedlegg 2 Informasjon til informantene

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet/masterprosjektet

"Hvilke forhold er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare styrket kompetanse som følge av samarbeid med Palliativt team"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva leger og sykepleiere i sykehusavdelinger opplever som viktig i samarbeidet med Palliativt team for å øke egen kompetanse innen palliasjon, samt hvordan Palliativt team kan arbeide for å bidra til økt kompetanseoverføring. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

Jeg er masterstudent i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Jeg er utdannet sykepleier og er ansatt som fagsykepleier ved Palliativt senter [REDACTED]

Bakgrunn og hensikt

Palliativt senter på sykehus skal ha et tverrfaglig palliativt team med ambulant funksjon til hjemmebesøk, samt til konsulentvirksomhet i sykehusets avdelinger. Det palliative teamet vil ha en veiledende og rådgivende funksjon overfor behandlingsansvarlig lege og det øvrige behandlingsteamet i eller utenfor sykehus, og har dermed en viktig rolle i forbindelse med kompetanseheving. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke forhold som er av betydning for at sykepleiere og leger skal erfare styrket kompetanse som følge av samarbeid med Palliativt team, og hvordan Palliativt team kan jobbe forbedret for å få til en god kompetanseoverføring.

Hva innebærer studien?

Studien medfører at inntil 10 leger og sykepleiere, som har samarbeidet med Palliativt team 3 ganger eller mer, vil bli intervjuet av undertegnede. Som deltager vil du delta i et individuelt intervju som anslagsvis vil vare opptil 1 time. Vi blir enige om når vi skal møtes og gjennomfører intervjuet på SUS eller et annet sted dersom du ønsker det. Intervjuet omfatter spørsmål om dine erfaringer og opplevelser med samarbeidet med Palliativt team. Det vil gjøres lydopptak av intervjuet. Dette oppbevares på en trygg måte slik at ingen uvedkommende kan få tilgang til det.

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil kreve at du setter av tid til et individuelt intervju. Vi forventer ikke at studien medfører ulemper for deg. En fordel med å delta i studien vil være at du får muligheten til å dele dine erfaringer fra samarbeid med Palliativt team som vil bidra til økt kunnskap om hvordan Palliativt team kan arbeide for å oppnå kompetanseoverføring.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Informasjonen som vi får fra deg, skal kun brukes i denne studien. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,

- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og uten navn eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Lydopptakene blir overført til en kryptert minnepenn som oppbevares slik at ingen andre enn undertegnede og veileder kan få tilgang til informasjonen. Alt materiale oppbevares trygt/sikkert, i låst skap på låst kontor, og er utilgjengelig for utenforstående. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i resultatene i den endelige mastergradsoppgaven og artikkelen. Opplysningene slettes senest 1 år etter publisering av masteroppgave og artikkel (senest 01.09.2021).

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien uten at dette får noen konsekvenser. All din informasjon vil da bli makulert. Samtykkeskjema undertegnes før intervjuet.

Personvernombudet ved Stavanger Universitetssjkehus har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Dersom du har spørsmål, ta kontakt med:

Janet Bakken

Masterstudent Helsevitenskap

Universitetet i Stavanger

Tlf: 47855854

E-post: k-hela@online.no

Bodil Furnes (veileder)

Professor

Universitetet i Stavanger

Tlf: 51834279

E-post: bodil.furnes@uis.no

Personvernombud

[Redacted]

Tlf: [Redacted]

E-post: personvernombudet@[Redacted].no

Vedlegg 3 Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i studien

"Hvilke forhold er av betydning for at leger og sykepleiere i sykehusavdeling skal erfare styrket kompetanse som følge av samarbeid med Palliativt team"

Jeg har mottatt og gjort meg kjent med informasjonsskrivet om studien, er villig til å delta og er innforstått med at jeg kan trekke meg når som helst

Signatur_____

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg, Janet Bakken, bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signatur_____

(Signert av masterstudent/forsker i studien, dato)

Vedlegg 4 Intervjuguide

Intervju nr.	
--------------	--

Bakgrunnsinformasjon			
Yrke (lege/sykepleier)			
Avdeling (Medisinsk/kirurgisk)			
Erfaring (Antall år)		Fra hvilke(n) avdeling(er)	

Sted og dato for intervju	
---------------------------	--

Semistrukturert intervju

Innledning:

- Uformell innledende samtale, presentere meg selv
- Informasjon om prosjekt og problemstilling
- Formålet med intervjuet
- Forklare hvordan og hvorfor han/hun ble valgt
- Informere om frivillighet, aidentifisering, konfidensialitet, lydopptaker, oppbevaring, sletting av materiale og rett til å trekke seg fra prosjektet frem til data har blitt analysert.
- Høre om det er noen spørsmål
- Signering av samtykkeskjema

Intervjuguide:

Innledende spørsmål

1. Jeg bruker her begrepet «kompetanse», kan du aller først si helt kort hva du legger i dette?
2. Kan du kort gi en beskrivelse av en vanlig arbeidsdag for deg?
3. Kan du beskrive hvordan du forstår Palliativt team sin rolle på SUS?
-Hvordan opplever du rollefordelingen i praksis?
4. Kan du fortelle om en gang du samarbeidet med Palliativt team?

Forhold for kompetanseheving:

5. Når det gjelder overføring av kompetanse, kan du fortelle hvilke erfaringer du har gjort i ditt samarbeid med Palliativt team?
6. Kan du si litt om det er noe fra samarbeidet med Palliativt team som du har brukt selv ved en senere anledning?
7. Hva vil du si er av betydning for god kompetanseoverføring i samarbeidet med Palliativt team?
 - Kan du si litt om noe av dette har kommet frem i samarbeidet du har hatt med Palliativt team?
 - Kan du fortelle om hvordan du opplever Palliativt teams arbeidsmåte?
 - Kan du utdype dersom det er noe spesielt i måten Palliativt team arbeider på som du opplever som bra for at du øker din kompetanse?
8. Hvis jeg kan få lov til å spørre, kan du si noe om din leder eller kollegaer har formidlet noe ang. samarbeid med Palliativt team?

Hindringer for kompetanseoverføring:

9. Hvilke utfordringer vil du beskrive i forhold til dette med kompetanseoverføring?

Forslag til forbedringer:

10. Det finnes flere verktøy i palliativ behandling, som for eksempel ESAS skjema og Individuell plan. Kan du fortelle om dine erfaringer med bruk av verktøy i samarbeid med Palliativt team?
11. Hva vil du si kunne vært gjort annerledes for å få en bedre kompetanseoverføring når Palliativt team følger opp pasienter i din avdeling?

Avslutning:

- Er det noe jeg ikke har spurt om som du har lyst til å fortelle før vi avslutter?
- Dersom det skulle være noe i ettertid er det bare å ta kontakt
- Avslutte med å takke for hjelpen

Vedlegg 5 Litteratursøk

Søkene er basert på fire forskjellige «elementer», pluss søkefilter for reviewartikler. Tre av elementene var P, I og O fra PICO-skjemaet, P=helsepersonell (leger og sykepleiere i sykehusavdeling), I=spesialistteam/tverrfaglige team og O=kompetanseoverføring. Det fjerde var palliasjon/terminal sykdom. Jeg ville se både på palliative team og på spesialistteam generelt, og søkte dermed både med og uten palliasjon.

Spesialistteam generelt gav mange treff (1.362 treff i Cinahl og 1.806 treff i Medline), og dermed kombinerte jeg søket med palliasjon/terminal sykdom, og jeg la på ett filter for å avgrense til reviewartikler. Dette ble gjort i samme søk, og gav en treffliste på reviewartikler med 114 treff i Cinahl og 213 treff i Medline og en treffliste på palliasjon/terminal sykdom med 109 treff i Medline og 91 treff i Cinahl.

Cinahl	P - helsepersonell	På sykehusavdeling (i forbindelse med P)	I – spesialistteam / tverrfaglig team	Palliasjon / terminal sykdom (i forbindelse med I)	O – kunnskaps-overføring
Tekstord-søk	professional* or nurse* or staff or physician* or doctor* or "health care worker*" or personnel	hospital* or ward* or inpatient* or unit*	(multidisciplinary or "patient care" or "health care" or "medical care" or specialist or palliative or interdisciplinary or transdisciplinary or ambulatory) W0 team*	palliat* or "terminal care" or "terminally ill" or end-of-life or dying	(transfer* or improv* or increas* or develop*) N2 (skills or competenc* or knowledge)
Emneord (+ noen tekstord på O)	(MH "Physicians+") OR (MH "Personnel, Health Facility+") OR (MH "Nurses+")		(MH "Multidisciplinary Care Team+")		(MH "Clinical Supervision") or ((MH "Clinical Competence") OR (MH "Nursing Skills")) AND (transfer* or improv* or increas* or develop*)

Litteratursøk i Cinahl

Medline	P - helsepersonell	På sykehuasavdeling (i forbindelse med P)	I – spesialistteam / tverrfaglig team	Palliasjon / terminal sykdom (i forbindelse med I)	O - kunnskapsoverføring
Tekstord-søk	professional* or nurse* or staff or physician* or doctor* or "health care worker*" or personnel	hospital* or ward* or inpatient* or unit*	(multidisciplinary or "patient care" or "health care" or "medical care" or specialist or palliative or interdisciplinary or transdisciplinary or ambulatory) W0 team*	palliat* or "terminal care" or "terminally ill" or end-of-life or dying	(transfer* or improv* or increas* or develop*) N2 (skills or competenc* or knowledge)
Emneord (+ noen tekstord på O)	(MH "Physician Assistants") OR (MH "Medical Staff, Hospital") OR (MH "Nurse Clinicians")		"multi-disciplinary team" OR (MH "Inter-disciplinary Communication")		("Clinical Supervision") or (MH "Clinical Competence") AND (transfer* or improv* or increas* or develop*)

Litteratursøk i Medline