

Arbeidsnotat

Working Paper

2020:2

Helene Hoemsnes

Balansekunst å lede
tverrprofesjonelle team?



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING
MOLDE

Helene Hoemsnes

Balansekunst å lede tverrprofesjonelle team?

Fagessay

Arbeidsnotat / Working Paper 2020:2

Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2020

ISSN 1894-4078

ISBN 978-82-7962-289-5 (trykt)

ISBN 978-82-7962-290-1 (elektronisk)

BALANSEKUNST Å LEDE TVERRPROFESJONELLE TEAM?

Fagessay

Sammendrag:

Tverrprofesjonelle team synes som myndighetenes svar på komplekse utfordringer i helse og omsorgs sektoren. Lederen som har klare føringer fra forvaltningen både faglig og økonomisk, samtidig som det er klare nasjonale føringer på at pasientene skal få medvirke i sin behandling. Kan forvaltningens krav overstyre faglighet, autonomi og skjønn? I dette essayet blir noen historiske linjer belyst kort, systemteoretisk kunnskap blir brukt for å tydeliggjøre konteksten lederen av et team må manøvrere i for å kunne ivareta både pasientens behov og teamets behov. Kan leder skape balanse mellom styring og teammedlemmenes autonomi? Systemisk tenking kan legges til grunn for å forstå sammenhenger og mønster i konteksten teamet opptrer i. Lederens oppgave kan da være å holde kommunikasjonen åpen slik at teamet og organisasjonen kan diskutere og reflektere over handlingsrommet de til enhver tid har. Målet er at pasientene skal få koordinerte tjenester.

Helene Hoemsnes

Innledning

Er ledelse av tverrprofesjonelle team balansekunst? Smith, T, Fowler-Davis, Nancarrow, Ariss, Enderby (2018) så på lederskap som et viktig tema i forbindelse med opprettelse av tverrprofesjonelle team. Forfatterne hadde som formål å lage et begrepsmessig rammeverk for tverrprofesjonelt lederskap. Et element som kom opp var at teamlederen må balansere fokus mellom behovene til pasienten, organisasjonen og teamet. Jeg vil reflektere over hvordan leder av tverrprofesjonelt team kan bevege seg i spenningene mellom kontekstuelle vilkår og relasjonell profesjonsutøvelse.

Jeg kan allerede her utheve pasientens behov som et omdreiningspunkt for organisasjoner og team som jobber tverrprofesjonelt. Tverrprofesjonalitet og team finnes i kommunal kontekst, men også i spesialisthelsetjeneste og mellom de to nivåene nettopp fordi pasientene har behov for koordinerte tjenester.

I følge Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) er utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mange og av ulik karakter, blant annet knyttet til brukerorientering, ledelse, kompetanse, organisering og arbeidsformer, tilgjengelighet, finansieringsordninger, roller og ansvar gitt de ulike yrkesgruppene gjennom utdanning og regelverk. Helsetilsynet (2017) har gjentatte ganger beskrevet at deres tilsynsfunn tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. For å ivareta det lovpålagte ansvaret, de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, kreves kompetente ledere på alle nivåer. Helsetilsynet (2017) omtaler lav ledertetthet og lav lederkompetanse i sektoren.

Det er nærliggende å tenke at lederrollen kan bli tildelt en av de ansatte i organisasjonen, med eller uten ledererfaring eller kompetanse. Teammedlemmenes profesjonelle skjønn knyttes til fag og etikk og setter pasienten i sentrum. Michael Lipsky (1980) beskriver velferdsstatens profesjonsutøvere som bakkebyråkrater (street – level bureaucrats). Det er de som i sitt virke står i ansiktsnære relasjoner til de som trenger hjelp. Profesjonenes rolle beskrives av Lipsky som full av dilemmaer. Teammedlemmene står overfor mange krevende situasjoner og det gjør leder også. Jeg vil kort komme innom tverrprofesjonalitet i historisk lys, samt se systemteoretisk på det komplekse arbeidet leder av tverrprofesjonelle team må utføre. Men først litt om egne erfaringer knyttet til tverrprofesjonelle team.

Egen erfaring tidlig i yrkeslivet

Første gang jeg deltok i et tverrfaglig team var for 28 år siden. Det var i samarbeid med utflytting fra HVPU institusjoner og inn i kommunal bolig. Der jobbet mennesker med og uten formell utdanning og jeg fikk lære meg mye om det som kan omtales som personlig egnethet. Personer uten profesjonskompetanse viste seg å være svært egnet til arbeidet og lederen i vårt team verdsatte medarbeidere med og uten formell utdanning. Kravene til formell kompetanse har økt siden den tid. Den neste erfaringen vil jeg dvele litt mer med.

Som relativt ung spesialpedagog kom jeg til en spesialisthelsetjeneste, Avdeling for voksenhabilitering. Voksenhabiliteringstjenester utreder og behandler pasienter med komplekse og sammensatte funksjonshemninger som er medfødt eller tidlig ervervet. Habiliteringsprosesser ble omtalt som tverrfaglige fra opprettelsen av habiliteringstjenester tidlig på 1990 tallet. Tverrfaglighet ble betraktet som en forutsetning for å kunne tilby et helhetlig og samordnet tilbud til pasienter/ brukere. Jeg velger pasientbegrepet i teksten, men bruker kan leses inn. Min opplevelse var at lederen i den tjenesten jeg kom til overlot mye ansvar til profesjonene, samt tverrfaglige- og samtidig geografiske team. Jeg tenker nå at kontekstuelle forhold i voksenhabiliteringstjenesten har preget min faglige interesse for tverrprofesjonalitet siden og også min nåværende yrkesutøvelse som fagansvarlig for en tverrfaglig videreutdanning.

I dag vil jeg argumentere for at lederen hadde stor betydning for teamet jeg kom inn i. Min opplevelse var at det var god plass til ulike profesjoner i tjenesten og i teamet. I sentrum for teamets arbeid sto de menneskene vi hadde fått henvist, med medfødte og tidligervervede funksjonshemninger og deres nettverk. Min klare oppfatning er, og har vært, at det er de som har behov for hjelp som er i sentrum for det tverrprofesjonelle samarbeidet, teamets innsats. Dette ble svært tydelig for meg gjennom ambulant jobbing. Representanter fra teamene reiste rundt i fylket for å møte de som var henvist, deres pårørende og lokale fagpersoner på deres hjemmebane. Vi trådte rent faktisk inn i menneskenes livsverden.

Min opplevelse er at jeg ble en endret fagperson av å jobbe ambulant, det har preget hele min forståelse for det å være hjelper og profesjonell. Jeg opplevde gang på gang at jeg og kollegaer hadde forberedt oss godt ut fra henvisning, men i det vi trådte inn i brukerens leilighet eller foreldrehjem skjønte vi at vi at våre forberedelser måtte få ligge. Henvisningen var en del av kravene, henvisningen kom fra en lege som kunne ha varierende kjennskap til den som ble henvist. Dokumentasjon, effektivitet og sikring av kvalitet tilstede i styringen av

tjenestene, men på ingen måte slik jeg opplever det i dag. Hvilken dokumentasjon som trengs for effektiv tjenesteyting og tjenester av god kvalitet kan diskuteres.

Vi måtte bruke faglig skjønn i våre hjemmebesøk, lytte ut hva behovet var for de det angikk, vurdere og tenke på nytt. Ta hele konteksten inn i vår vurdering. Det vi hadde forberedt oss på passet noen ganger absolutt ikke inn. Vi kan tenke at forberedelsene var i et språk som passet systemet mer enn det vi sto overfor.

Møtet med klienten er alltid møtet med noe ukjent. Å formulere hypoteser og stille diagnoser er å forsøke å inkorporere den andre i din verden og dine kategorier. Dette er dømt til å mislykkes. Det unike andre mennesket kan bare erkjennes ved å lytte og se så åpent som mulig. Forståelsen vokser frem spontant. (Smedslund, 1998, s. 1092).

Pasienten sine behov for individuell tilpasning, mestring i sin kontekst og rett til å medvirke framstår som en kommunikativ rasjonalitet i kontrast til den mer teknisk – rasjonelle instrumentaliteten. Jeg erfarte at leder overlot et betydelig ansvar til teamets og teammedlemmenes skjønn.

For meg som fagperson gir teamarbeid i profesjonell sammenheng hovedsakelig positiv gjenklang, men jeg har også kjent på at team kan kjøre på «humpete veg». Jeg har beskjeftiget meg med teoretiske begreper og praksiser som inneholder ordene tverrfaglig, tverrprofesjonell, samarbeid, samhandling og samskaping m.fl. Jeg bruker ikke plass på begrepene her, men velger å bruke tverrprofesjonelle team nettopp for å understreke profesjonsutøvernes autonomi og skjønn.

«Best mulig service samtidig som ressursene blir utnyttet mest mulig effektivt»

For å sette tverrprofesjonelle team inn i kontekst vil jeg se litt på hvorfor behovet oppsto. Jeg velger å starte med Nyhus-utvalget i 1978. Utvalget, med Per Nyhus som leder, ble satt til å utrede finansierungsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten. Per Nyhus var overlege. Vetlesen (2011) skriver at årene 1978 – 1980 ble sett på som et revolusjonært vendepunkt i verdens sosiale og økonomiske historie av samfunnsgeografen David Harvey. Vetlesen (2011) skriver om nyliberalisme som en ny innretning av politikk og økonomi, kapitalismen blir sentral. Innføringen av New Public Management har fremmet styringslogikker basert på markedsliberalistiske idealer. De

grunnleggende prinsippene hentes fra en markedsliberalistisk ideologi knyttet til offentlig sektor gjennom New Public Management (Ekeland, 2001).

Tilbake til reformene i helse- og sosialsektoren i siste halvdel av 1970-åra og 1980-åra, de kom i kjølvannet av bl.a utredningene fra Nyhus-utvalget. Før 1977 var fylkeskommunene sett på som et samarbeidsorgan mellom kommuner og staten. Felles oppgave var å arbeide med saker av felles interesse. Fra 1977 ble fylkeskommunen et selvstendig forvaltningsnivå. Oppgaver innenfor helse- og sosial ble fordelt mellom kommuner og fylkeskommuner. De spesialiserte tjenestene og institusjoner ble fylkeskommunenes ansvar. Økonomisk ble det slik at de ulike forvaltningsnivåene skulle dekke sine tilbud. Her ser vi at økonomien blir sentral for tjenestene på ulike nivå. I tillegg var det jo snakk om en spesialisering på fylkeskommunalt nivå.

Hva så med de som trengte både kommunale og fylkeskommunale tjenester? Det ble gjennom årene fra 1978 snakket og skrevet om reformer knyttet til oppgave- og ansvarsfordeling, finansiering mm. Arbeidet førte fram til NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten. I NOU 1986:4 finner vi «*Reformene krever samordnede opplegg knyttet til styringssystemer og regelverk for at den enkelte bruker skal få best mulig service samtidig som ressursene blir utnyttet mest mulig effektivt.*» (NOU 1986: 4, 1986 s. 7). Slik jeg ser det nå tenker jeg at denne teksten inneholder spenning mellom en teknisk rasjonell instrumentalitet og en kommunikativ rasjonalitet. Styringssystemene og regelverk representerer systemverden og setter system og ressurser i sentrum. Pasientene skal få best mulig tjenester sett i lys av tilgjengelige ressurser. Det å lede profesjonsutøveres autonomi kan utfordre en leder. Ekeland, Aurdal, Skjelten (2014, s. 141) skriver «Autonomi, sett som selvbestemmelse og selvjustis, er en nødvendig forutsetning for utøving av skjønn. Autonomien er alltid relativ, og begrenset av lovverk, forskrifter, økonomiske og institusjonelle rammer samt faglige og etiske retningslinjer.»

Meld. St. 26 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet forteller også at Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Ingen beslutninger om pasient, uten involvering. At brukeren skal få best mulig service går inn på brukerens livsverden, men som vi ser skal det skje samtidig som styringssystemene og regelverket styrer ressursene. Vi kan da snakke om en tvetydig statlig stemme, frihet og mangfold sett opp mot styring og standardisering. Spenning mellom styring og tverrprofesjonell autonomi blir godt synlig. Er det mulig å lede et team som kan ha stort

fokus på pasienten eller er det slik at de økonomiske styringsmodellen griper inn i teamets praksisutøvelse og i fagpersoners autonomi på en grenseoverskridende måte?

Tverrprofesjonelle team

Begrepet tverrprofesjonell er valgt i denne sammenhengen. Hva skiller profesjon fra fag? Talcott Parson, amerikansk sosiolog, skriver om det profesjonelle komplekset; yrkesgrupper som utfører spesialiserte funksjoner på bakgrunn av spesialisert kompetanse for andre i samfunnet med tilhørende tillitt og ansvar (Grimen & Molander 2010). Profesjonen bygger på at det finnes vitenskap og forskning, utdanning og praksis. Profesjon og profesjonsutøving kan sies å ha nødvendige og tilstrekkelige betingelser. Grimen & Molander (2010) beskriver at profesjonskunnskap bygger på praktisk og teoretisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen er mer uavhengig enn den praktiske kunnskapen som henger tettere sammen med den som jobber praktisk i den spesielle konteksten. Nødvendige betingelser for en profesjon er utdanning med eller uten autorisasjon, kunnskap, stilling inn i arbeidslivet, rettigheter og plikter regulert blant annet av lovverk, veiledere og retningslinjer. Til sist, men ikke minst er det nødvendig med etikk i vid forstand, samt yrkesetikk. I det videre er det snakk om tilstrekkelige betingelser for at det kan være snakk om en profesjonsutøver. Her kommer autonomi og skjønn inn som konstituerende for at vi har med en profesjon å gjøre.

Profesjonsutøvere forholde seg til politisk vedtak og skal forvalte samfunnsmandatet sitt i samsvar med kunnskap og etiske holdninger. Profesjoners faglige skjønn har betydning for hvordan samfunnsmandatet løses. Det å være sensitiv for mennesker, som i den gitte situasjonen er pasienter, og rammene de lever i er et ansvar og det innebærer en frihet. Menneskemøter mellom hjelper og pasient skal etter mitt syn være mer enn forhåndsbestemte tjenester, her kommer skjønnet inn. Profesjonsutøvelse bør slik jeg ser det ikke detaljstyres, men ha rammer. De rammene er det kanskje lederen som skaper gjennom å tolke forvaltningens krav opp mot pasientens behov. Den enkelte profesjonsutøver må i møte med pasient og pårørende søke å tone seg inn på deres livssituasjon og tilby hjelp som er tilpasset mottakeren. Samtidig må profesjonsutøveren og teamet gjøre det samfunnet forventer av produksjon, dokumentasjon og rapportering. Kontroll kan være en sentral del av ledelsesoppgaven, men tillitt kan også være tydelig i lederen sin tankegang. Tillitt til teamet eller kontroll som et uttrykk for mistillit kan prege lederen.

Samarbeidsfeltet i helse- og omsorgstjenestene har mange begreper og de blir brukt med varierende innhold. Et tverrprofesjonelt team kan være det samme som et tverrfaglig team. Jeg fortsetter med visshet om at begrepsbruken knyttet til profesjonell og faglig ikke er tydelig hverken nasjonalt eller internasjonalt (Forsetlund, L., Vist, GE., Hove, L., Aamland, AA. 2019). Begrepet team avgrenses i denne sammenhengen til et lite antall mennesker med komplementære ferdigheter som er forpliktet til et felles formål, felles mål og tilnærming til arbeidet som de holder hverandre gjensidig ansvarlig for (Katzenback & Smith, 1993).

Hvorfor er samhandling og teamorganisering aktuelt i 2019?

Helsetjenestens organisering skaper både utfordringer og behov for samhandling på tvers av profesjonelle (Abbott, 1988) og organisatoriske grenser (Axelsson og Axelsson 2006). Samhandlingsbegrepet var sentralt i St.meld. nr. 47 (Sosial- og helsedepartementet, 2009). Samhandlingsreformen har betydning både for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt samarbeid og samhandling mellom nivåene. Jeg skrev min masteroppgave knyttet til samhandling i 2009 – 2010. Jeg skulle innom biblioteket å finne en god definisjon på samhandling, jeg bruker å si at jeg rotet meg langt inn i sosiologien og har enda ikke funnet helt ut av innhold i begrepet. I Vik (2018) ser jeg at det nok stemmer, han skriver om at Samhandlingsreformen (2008–2009) er et politisk forsøk på å optimalisere og effektivisere samhandlingen mellom de mange aktørene i helsetjenesten.

..det er et behov for en nærmere avklaring av hvordan man skal forstå selve samhandlingsbegrepet. De ulike publikasjonene tar utgangspunkt i ulike definisjoner på samhandling. En slik ulikhet i bruk og forståelse av samhandlingsbegrepet er problematisk, ikke bare for forskningsfeltet, men også for de profesjonene som skal forholde seg til begrepet i praksis» (Vik, 2018, s.136).

Meld. St. 26 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015) er bare en av flere stortingsmeldinger som beskriver tiltak knyttet til at pasienter og brukere skal oppleve at tjenester er tilgjengelige, trygge, helhetlige og koordinerte. Ved å organisere tjenestene i team, kan det se ut som myndighetene forutsetter at de tverrfaglige teamene dekke de helhetlige behovene og den koordinerte innsatsen som disse pasientene har behov for.

Er det slik at teamorganisering er svaret på komplekse utfordringer innen helse og omsorg? Hvis team er svaret må kanskje ideen være at tverrprofesjonelle team ofte er et gode. Kan tverrprofesjonelle team redusere samordningsutfordringene som kjennetegner mange av helse- og omsorgstjenestene? Utfordringene krever kunnskap på tvers av disiplingrenser blir

det sagt og skrevet. Regjeringen vil legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste, og sier «at tjenestene er for fragmenterte, bl.a. som følge av siloorganisering» (Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, 2015, s 8). Myndighetene tror tydeligvis på teamorganisering, de vil lage pasientens helsetjeneste, de gir føringer og de fører kontroll og tilsyn. Hvor skal en leder ha lojaliteten sin? Hvordan klare å balansere mellom krav og forventninger fra forvaltningen og behovene til den som får teambasert hjelp?

Ledelse av tverrprofesjonalitet

Det er som nevnt tidligere mange tegn på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag ikke er god nok. For å ivareta det lovpålagte ansvaret og de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, kreves kompetente ledere på alle nivåer.

Lederne, som ofte selv er profesjonsutdannet, må forholde seg til diverse styringssystemer, systemverden settes i fokus. Kan styringssystemer få for stor betydning? Det kan i alle fall oppstå en spenning fordi lederen, sammen med teamet, står mellom krav i forvaltningen og faglig autonomi. Ledelse av tverrprofesjonalitet er ifølge Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein (2010) lite utforsket. Disse forskerne har vært opptatt av et konseptuelt rammeverk som tar utgangspunkt i fire faktorer de mener gir grunnlag for en mer helhetlig forståelse av tverrfaglige team. Disse faktorene betegner de som kontekstuelle, organisatoriske, prosessuelle og relasjonelle. Modellen spesifiserer så ulike elementer som hver av disse faktorene preges av.

Faktorene i dette rammeverket kan oppfattes slik at de synliggjør hva som kan påvirke de som jobber i tverrprofesjonelle team. Et system kan abstrakt sett defineres som et sett av elementer og relasjonene mellom dem (Hansson, 1995). Ved å ta en mer systemteoretisk inngang kunne faktorer som omhandlet at noen skal ha hjelp av det tverrprofesjonelle teamet blitt tydeligere. Ledelsesfilosofien vil trolig påvirkes av faglig forståelse som igjen er preget av lederens kunnskapssyn.

Lederens kunnskapssyn

Ekeland (2011) omtaler kunnskapsteori og begrepene ontologi og epistemologi og tar i bruk metaforene kart og terreng. Kart som en forståelse av epistemologi, som omhandler læren om

hvordan vi kan skaffe oss kunnskap om verden. Terreng som en forståelse av ontologi, hvordan virkeligheten er. Det er ikke lett å skape sikker kunnskap, derfor inngår forståelsen for kartet og terrenget inn i diskursen. «Diskurs forstås her som språk og handling, et meningssystem som fortolker og former et gjenstandsfelt, og peker mot visse handlinger og praksiser som legitime eller illegitime» (Ekeland, 2011, s.16). Gregory Bateson (2005) bruker begrepene kart og terreng som metaforer på vårt forhold til virkeligheten. Dette etter den polsk – amerikanske filosofen og semantikerens Alfred Korzybski.

Et hermed beslægtet problem i kommunikationsutviklingen har at gjøre med oprindelsen til det, Korzybski har kaldt relationen mellom kortet og territoriet: Det forhold, at et budskap av en eller annen art ikke består av de objekter, det betegner. Sproget har derimot en relation til de objekter, det betegner, der kan sammenlignes med kortets relation til et territorium. (Bateson 2005, s. 196.)

Kartet brukes som bilde på våre ideer om virkeligheten som kalles terreng. Det skillet er viktig å være bevisst hos den enkelte, men også kunne diskuteres i teamet. At det er den enkelte sin persepsjon og beskrivelse vi oppfatter som virkelig. Vi lager oss våre kart over det vi observerer og erfarer, og forholder oss så til dette kartet. Kartet er ikke terrenget, men en måte å prøve å beskrive det på. Dette er et viktig skille, selv om vi har mange eksempler på at kart som har levd lenge blir forvekslet med terrenget. Bateson (2005) benekter ikke at det finnes det som kan kalles objektiv virkelighet, men uttrykker at menneskers erfaringer aldri er objektive. Erfaringene til ansatte i det tverrprofesjonelle teamet er alltid gjort i relasjon til noe eller noen. Det kan synes selvsagt at vår opplevelse av verden er subjektiv. Ikke desto mindre kan en del utfordringer trolig komme av at den erkjennelsen uteblir. Vi kan komme i maktkamper der vi kjemper om hvem som har rett til å definere hva som er sant. Er krav og forventninger fra myndighetene mer sanne enn pasientens behov? Hvor skal lojaliteten til lederen ligge?

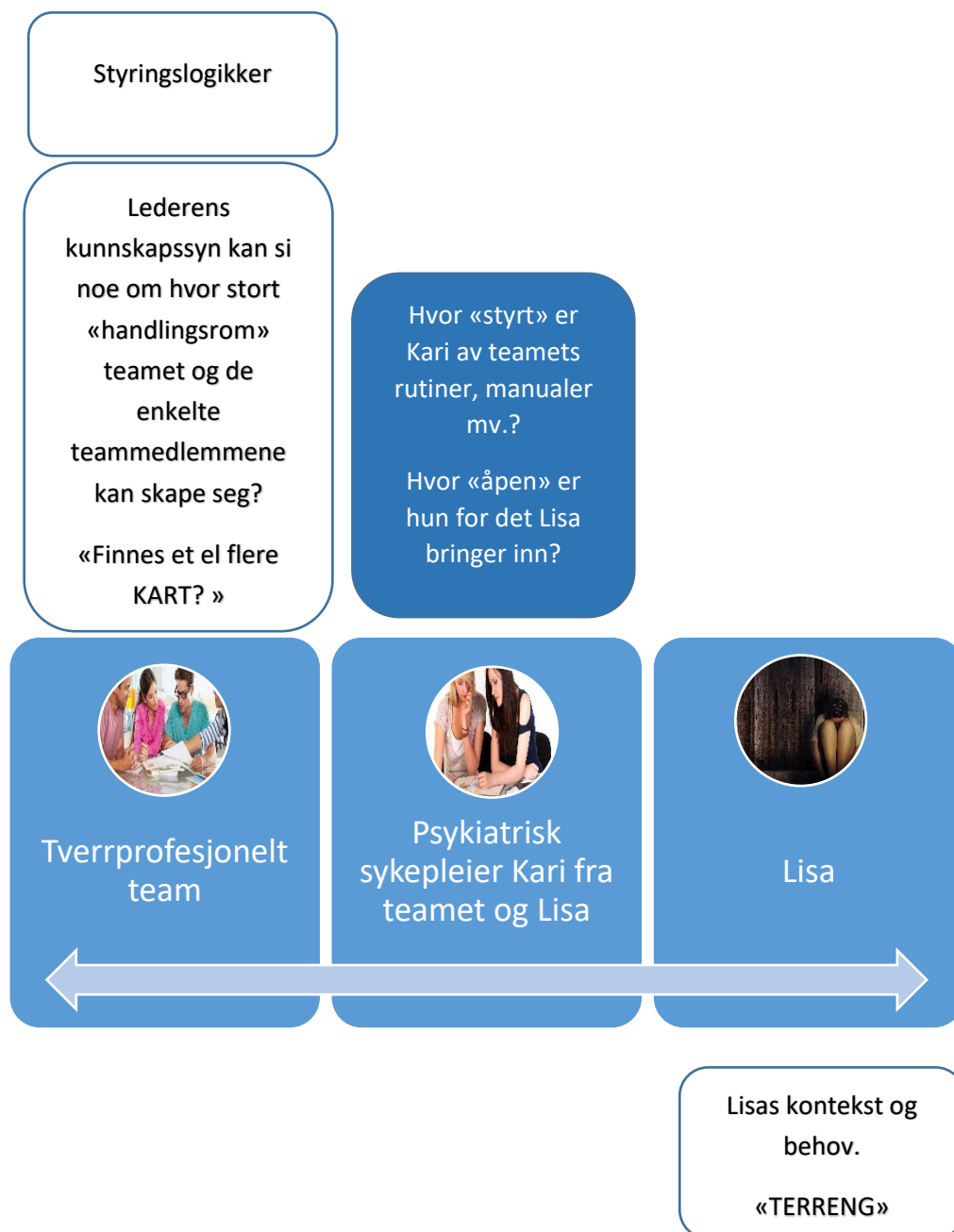
Det er en utfordring å avdekke terrenget og etablere kunnskap som korresponderer. I følge Ulleberg (2004) skal Bateson ha uttrykt at de fleste feiler gjennom ustanselig å forveksle ideene om virkeligheten med virkeligheten. Først når vi innser at ideene våre ikke er virkeligheten, at kartet ikke er terrenget, kan vi begynne å undersøke vår egen forståelse (Ulleberg 2004, s 56). Som nevnt tror jeg kunnskapssynet til leder er sentral fordi kunnskap inngår i språk, diskurser og handlinger som påvirker teamet.

Informasjonsbegrepet er sentralt begrep i kommunikasjonsteorien. Når man betrakter fenomener eller hendelser ut fra en kommunikasjonsteoretisk synsvinkel ligger informasjonsaspektet imlesitt. Bateson definerer informasjon som

En informations "bit" kan defineres som en forskel, der gjør en forskel. Når en sådan forskel bevæger sig og gennemgår successiv forvandling i et kredsløb, er den en elementær ide (Bateson, 2005, s. 314).

Med å bruke ide understreker han at informasjonen ikke er å finne i den materielle, fysiske verden. Informasjonen eller budskapene er ikke lokaliserbare, de er å finne i relasjonen mellom forskjellene. For at noen skal oppfatte noe som informasjon, må de oppfatte en forskjell. Det avhenger av at minst to *noe* virker sammen for å synliggjøre forskjellen.

Hos Bateson er informasjonsbegrepet *levende*. En forskjell som er for liten eller hvis forandringen inntreffer for sakte, greier man ikke å oppfatte budskapet. Informasjonstilfanget i en samspillssekvens mellom mennesker er uendelig. Hva som framstår som informasjon av alle de potensielle forskjellene, avhenger av den som oppfatter. Noe som ikke skjer kan også være informasjon i denne forståelsen. Jeg har laget en liten illustrasjon som synliggjør spenningene som både lederen og bakkebyråkraten, i dette tilfellet Kari står i.



Ekeland (2004) uttrykker at relasjonen mellom profesjonsutøver og den som trenger hjelp må være i sentrum. Pasienten, Lisa i dette tilfellet, må oppleve at fagpersonen er der for henne og ikke er styrt i for stor grad av andre interesser. Kjernen i samarbeidsrelasjonen er at fagpersonens autonomi er en forutsetning for pasientens autonomi. Terrenget bør styre teamets arbeid og det vil være et spørsmål om lederen opplever at terrenget er for langt unna kartet slik at vedkommende ikke kan opprettholde lojalitet både mot faglig skjønn i teamet og overordnet organisasjon sine forventninger i form av kartet. I slike tilfeller kan grenseoverskridelser skje.

Hva sier forskningen om tverrprofesjonelle team og om ledelse?

Som beskrevet ble det i Stortingsmelding 26 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015) foreslått å opprette tverrfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet mottok i denne forbindelse et forslag fra Trondheim kommune og Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen ved NORCE Norwegian Research Centre AS om å utarbeide en oversikt over forskningslitteratur om tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. De undret seg over om hva forskningen kunne besvare knyttet til regjeringens styring mot teamorganisering. De sendte et forslag til Folkehelseinstituttet om å utarbeide en oversikt over forskningslitteratur om tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Det gjorde Folkehelseinstituttet og kom med en rapport i 2019 (Forsetlund, Vist, Hove, Aamland 2019).

Konklusjonen viste at forskningsområdet er preget av upresis begrepsbruk. Dette illustrere det jeg nevnte tidligere om de norske begrepene tverrprofesjonell og tverrfaglig. Påvirkningsfaktorer som ble rapportert som viktige for et godt teamsamarbeid var god ledelse, tilstrekkelig finansiering, fysisk samlokalisering, felles informasjonssystem og kommunikasjonsrutiner, god uformell kommunikasjon, tilstrekkelig opplæring – også i teamsamarbeid -, fokus på felles visjoner og mål, samt at det gjøres evalueringer underveis, med tilbakemelding. God ledelse av tverrprofesjonelle team kommer altså fram som en viktig faktor, sammen med blant andre økonomi, lokalitet, kompetanse og god uformell kommunikasjon.

En tanke kan være at leder ved hjelp av systemteoretisk kommunikasjonsteori kan få teamets hjelp til å belyse kompleksiteten i situasjonen som pasienten er i og kan gi hjelp til å reflektere over hvilken informasjon teamet har og minner dem på at informasjon de ikke har også er informasjon i denne sammenheng.

Smith, Fowler-Davis, Nancarrow, Ariss, Enderby (2018) var spesielt opptatt av lederskap som et viktig tema i forbindelse med oppretting av tverrprofesjonelle team. Forfatterne hadde som formål å lage et begrepsmessig rammeverk for tverrprofesjonelt lederskap. Oversikten inkluderte 28 studier som ble analysert. Rammeverket presenteres som en liste over spesifikke ferdigheter som lederen bør inneha. Den formelle lederen bør:

- Kunne fasilitere eventuelt delt lederskap, skape et miljø der teammedlemmene er motiverte, blir utfordret, støttet og belønnet.
- Ha personlige egenskaper som entusiasme, engasjement og empati.

- Ha fokus på mål og produktivitet, fastsette faste møter for å vurdere egen praksis og sørge for at det gis tilbakemeldinger (feedback) på viktige tema.

- Fremme kreativitet og innovasjon.

- Kunne bygge opp gode kanaler og rutiner for kommunikasjon, fremme konstruktive debatter, lytte til og vise medarbeidere tillit.

- Investere tid i teambygging, fremme og oppmuntre til tverrprofesjonelt samarbeid gjennom for eksempel diskusjon og refleksjon, sikre riktig sammensetning av profesjoner.

- Kunne balansere hensynet til pasientens, teamets og organisasjonens behov

(Forsetlund, Vist, Hove, Aamland, 2019, s. 52).

Ikke noen enkel rolle å fylle tenker jeg. Flere av disse faktorene henger godt sammen med å møte kompleksitet med kreativitet og at alle gode krefter må jobbe sammen. I det øyeblikket noen oppfatter en forskjell, er relasjonen der samtidig ifølge den systemiske kommunikasjonsteorien til Bateson. Den kan ikke lokaliseres, den er tilstede mellom forskjellen som gjør en forskjell og den er tilstede mellom sanseapparat og informasjonen, budskapet. At tenke relationelt vil altså for Bateson si, at der vendes op og ned på rekkefølgen af relation og relata (dvs. det, der er relateret). Vi bør begynne med at tenke relationen og betrakte relata som definert ud fra relationen. (Ølgaard 2004 s. 46)

En teamleder må trolig være opptatt av involvering og lede etter en tillitsbasert ledelsesmodell for å få teamet med på en konstruktiv måte. Det er helt sentralt at pasienten skal stå i sentrum, det er nettopp for dem slike tverrprofesjonelle team opprettes. Ved å tenke i relasjoner, når vi sammenligner et fenomen med et annet eller et perspektiv med et annet, får vi mer kunnskap om begge sider enn om vi ser på dem hver for seg. Dette synes for meg å henge godt sammen med det å investere tid i teambygging, diskusjoner, refleksjoner og sikre riktig sammensetning av profesjoner i teamet.

Forståelse for systemisk kommunikasjonsteori, samt forståelse for kompleksiteten kan kanskje hjelpe ledere av tverrprofesjonelle team i sin ledergjerning. Det vil ikke være enkelt å se bare på standardisering av tjenester eller bare på pasientens individuelle behov hvis lederens grunnleggende forståelse er at «alt henger sammen med alt». Ved å involvere teamet i samfunnsoppdrag, organisasjonens rammer og pasientenes behov vil teamet kunne bevege

seg i ønsket retning uten at profesjonene opplever seg deprofesjonalisert. Profesjonenes autonomi kan bli så synlig at pasienten opplever reell medvirkning i egen prosess. For sterk styring kan gi regelstyrt profesjonsutøving og for mye autonomi kan gi vilkårlig profesjonsutøving. Dette er et farvann med moderne dilemma som ledere må manøvrere i.

Avslutning

Spenningene leder og team står imellom når det gjelder hensyn til forvaltning og pasient tyder på at leder må kunne balansere. Noen ganger kan grenseoverskridelser finne sted. Lederen oppgave kan da være å holde kommunikasjonen åpen slik at teamet og organisasjonen kan diskutere og reflektere over handlingsrommet de til enhver tid har. Systemisk tenking er en helhetlige tilnærming som kan legges til grunn for å forstå sammenhenger og mønster i konteksten teamet opptrer i. Helhetsforståelse kan oppnås ved å se framover og utover samtidig som teamet og organisasjonen har med seg historien.

Til sist må jeg uttrykke at til tross for at jeg har gode erfaringer fra tverrfaglige team, og vil være positiv til ideen, er jeg ikke beroliget på pasientenes vegne når jeg ser på det som har skjedd siden statlige myndigheter begynte å snakke om tverrprofesjonalitet på 1970 tallet. Siloorganisering og manglende koordinerte tjenester er fortsatt svært vanlig.

Litteratur:

- Abbott, A. (1988). *The system of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Axelsson, S. & Axelsson, R. (2009). i Berlin, J., Carlstrøm, E. & Sandberg, H. (Red.), Team i vård, behandling och omsorg. *Multidisciplinera team och ledarskap – från revirtänkande til altruism*. (s. 149–169). Lund: Studentlitteratur.
- Bateson, G. (2005). *Mentale systemers økologi*. København: Akademisk forlag
- Ekeland, T.-J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på Familien*, 29, 308 -323.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Senter for profesjonsstudier – arbeidsnotat nr. 6/2004. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis? Et nytt psykisk helsevern*. Skien: Erfaringskompetanse.no 2011:1
- Ekeland, T.-J., Aurdal, Å., Skjelten, I.M. (2014). Når staten vil være terapeut. En diskursanalyse av prosjektet «Brukerrettet kvalitetsikring» i familievernet. *Fokus på Familien*, 2, 139-157)
- Forsetlund, L., Vist, GE., Hove, L., Aamland, AA. (2019). *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt*. (Rapport Folkehelseinstituttet). Hentet 10.01.20 fra <https://www.fhi.no/publ/2019/tverrfaglige-team-i-primarhelsetjenesten/>
- Grimen, H. & Molander, A. (2010). Kapittel i Profesjonstudier. Molander, A. & Terum L.I. (Red) *Profesjon og skjønn* Oslo: Universitetsforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld.St. 47(2008 – 2009)). Utgiversted: Departementet. Hentet 10.01.20 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Utgiversted: Departementet. Hentet 10.01.20 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helsetilsynet. (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*. Hentet 10.01.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Innstilling til Stortinget, 40 S, (2015–2016) fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Hentet 10.01.20 fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-040.pdf>

Katzenbach, J.R.&, Smith, D.K.(1993). *The Wisdoms of Teams – Creating the High Performance Organization*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press

Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucrasy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

NOU 1986:4. (1986). *Samordning i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Sosialdepartementet

Smedslund, J. (1998). Social Representations and Psychologic. *Culture & Psychology* Volume: 4: 435-454

Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, SMB., Enderby, P., (2018). Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services*, 31, 452-467. <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2016-0026>.

Ulleberg, I. (2004). *Kommunikasjon og veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vetlesen, AJ. (2011). *Nyliberalisme – en revolusjon for å konsolidere kapitalismen*. I Agora nr.1,11 (Red. Rønningen G,O) Temanummer om nyliberalisme 5 – 53.

Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 02, 119 – 147.

Ølgaard, B. 2004. *Kommunikation og økomentale systemer – en introduktion til Gregory Batesons forfatterskab*. 3. Reviderte utgave. København: Akademisk Forlag.



Høgskolen i Molde
PO.Box 2110
N-6402 Molde
Norway
Tel.: +47 71 21 40 00
Fax: +47 71 21 41 00
post@himolde.no
www.himolde.no



Møreforskning Molde AS
Britvegen 4
N-6410 MOLDE
Norway
Tel.: +47 71 21 42 90
Fax: +47 71 21 42 99
mfm@himolde.no
www.mfm.no