

Rohde, G. (2026). Samarbeid gir resultater. I A. J. W. Andersen (Red.),  
*Mellom tradisjon og fornyelse: En professorrolle i endring* (s. 97–107).  
Fagbokforlaget. <https://doi.org/10.55669/oa810307>

## Kapittel 7

# Samarbeid gir resultater

Gudrun Rohde

Jeg har vokst opp i en familie der mange arbeidet i helsevesenet: sykepleiere, fysioterapeuter, fysiokjemikere (som det het den gang) og leger. Farfar var kommunelege i hjembygda, og søstre, kusiner og fettere ble sykepleiere. Det føltes naturlig for meg å følge denne akademiske retningen. Det var kanskje farfar som inspirerte meg og ga meg driv. Han viste hvordan man kunne bidra til å utgjøre en forskjell.

Jeg vil nok ikke si at jeg fikk «kallet» til å bli sykepleier i forrige årtusen, men med min familiebakgrunn var yrkesvalget kanskje ikke så overraskende. Da jeg begynte på utdanningen, hadde jeg et ønske om å bidra til pasientenes beste. Ønsket om å bidra til samfunnet og fellesskapet, og kanskje kunne gjøre en forskjell for noen, var viktige drivkrefter for meg. Denne bakgrunnen er et eksempel på hvordan profesjonsvalg formes i et samspill mellom familie, verdier og rollemodeller, noe vi ofte kan se i yrkesvalg.

Etter hvert ble jeg bevisst på at vi må se på evidensen for å kunne bidra til best mulig behandling og omsorg for pasientene. Nysgjerrighet og et ønske om å ta mer utdanning endte følgelig i en doktorgrad. Forskningsarbeidet var givende; det kom forskningsresultater, og jeg forsto at jeg selv var en del av dem som var med på å fremskaffe kunnskapsgrunnlaget for praksis.

Videre skjønte jeg at det var innenfor rekkevidde for meg å bli professor. For min del besto den reisen av jevn jobbing, og så har jeg jo masse energi. I dette essayet vil jeg vise hvordan min nysgjerrighet, godt samarbeid lokalt, nasjonalt og internasjonalt, studentveiledning, en god akademisk kultur og forhåpentligvis et bidrag til å skape et bedre samfunn har vært en del av reisen mot å bli professor. Samtidig er ambisjonen å vise hva disse erfaringene sier mer generelt om hvordan kunnskap utvikles og kan brukes i helsetjenesten.

## Nysgjerrighet

I mitt kliniske virke som sykepleier ved kirurgiske sengeposter har jeg sett hvordan sykdom, som beinbrudd eller kreft, kan endre menneskers liv. Eldre mennesker som kanskje klarte seg «så vidt» hjemme før lårhalsbruddet, klarte ikke dette etter bruddet. Hvordan opplever disse pasientene dette? Spørsmålet viser hvordan vi kan vurdere behandlingens effekt: Er klinisk behandling og

bedring tilstrekkelig dersom pasientens opplevelse av situasjonen forverres, og de opplever mindre livsglede? Nettopp pasientens egen opplevelse av symptomer, helse og livskvalitet (pasientrapporterte utkommemål) (Enden et al., 2018) er noe av det jeg har vært nysgjerrig på, forsket på, og som er en viktig del av mitt vitenskapelige arbeid.

Kirurgisk og medisinsk behandling av pasienter skal bidra til heling av brudd og fjerne kreftsvulster, men hvordan opplever pasienten tiden før, under og etter behandling? Og selv om pasienten overlever, hvordan opplever de egen helse og livskvalitet da (Rohde et al., 2008; 2010)? Pasientrapporterte utkommemål innebærer en forskyvning i hva som regnes som relevant kunnskap innen helse og omsorg, ved at subjektive erfaringer gis større vekt i vurderingen av behandlingsresultat og endringer over tid.

Forskning på pasientrapporterte utkommemål er et område hvor sykepleieforskningen har vært i front. Vi har drevet forskning på pasientoppfølging med vektlegging av pasienters opplevde helse og livskvalitet i forebygging, behandling og rehabilitering, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

I et samfunn med begrensede ressurser er det nødvendig med prioriteringer, også i velferdssamfunnet Norge. Ny og persontilpasset behandling og omsorg utvikles, men det koster penger. For å avgjøre behandlingsvalg er nettopp pasientens livskvalitet viktig. Forskningsresultater på symptombyrde og livskvalitet er med på å gi politiske føringer og prioriteringer (Nordic Co-operation, 2023; Regjeringen.no, 2021). Dette til tross for at forskningen utfordrer en tradisjonell forståelse av evidens, hvor objektive mål ofte har hatt forrang fremfor pasientens egne vurderinger.

Ofte tenker pasienter, og jeg også for den del, at dersom jeg får for mange plager eller har svært begrenset mobilitet, så kan vi tenke at da er det nok. Men når dagen er der, vil vi gjerne mer; vi vil leve lenger. Vi skifter mening, perspektiver og mål. Innen mitt forskningsfelt blir dette kalt responsskift. Responsskift kan defineres som en endring i betydningen av tidligere mål og verdisett som et resultat av (a) en endring i menneskets interne standarder (skala-rekalibrering), (b) en endring i menneskets verdier (reprioritering), eller (c) en omdefinering av mål (rekonseptualisering) (Schwartz et al., 2007; Schwartz et al., 2006). Forskning på responsskift viser på mange måter også pasienters opplevelse av sykdomsforløp, og er ofte målt ved rapportering av livskvalitet (Schwartz et al., 2022; Schwartz et al., 2022). Metodologisk kan responsskift medføre utfordringer: Dersom pasienters referanserammer endrer

seg, kan det bli vanskelig å tolke endringer i målt livskvalitet som direkte uttrykk for forbedring eller forverring. Dette innebærer at longitudinelle studier av livskvalitet må forstås i lys av at selve vurderingsgrunnlaget kan endres. Og dette er viktig informasjon (Schwartz et al., 2022).

Forskningssamarbeidet med internasjonale nestorer på responsskift ved for eksempel Johns Hopkins University og Tufts University i USA har gjort dette arbeidet enda mer givende. Vi tenker ofte norske forhold, men hvordan er det i USA og andre land med ulik organisering av helsevesenet? Kanskje er vi ikke så forskjellige likevel? Eller hva består forskjellene av? Internasjonalt forskningssamarbeid er med på å vise hvordan begreper som responsskift, livskvalitet og god behandling kan forstås ulikt i forskjellige helsevesen, noe som igjen påvirker tolkning av resultater.

Før alvorlig syke mennesker dør, er de ofte i en palliativ fase. Den palliative fasen er en fase i behandling og omsorg for pasienter med alvorlig, ofte livstruende sykdom, hvor hovedfokus er på å lindre symptomer og forbedre livskvaliteten, snarere enn å forsøke å kurere sykdommen. I denne fasen er målet å tilby støtte og omsorg som hjelper pasientene til å leve så godt som mulig i den tiden de har igjen.

I denne perioden av et menneskes liv stilles ofte eksistensielle spørsmål. Eksistensielt velvære er en viktig dimensjon av livskvalitet (Ferrans et al., 2005), og dette er et forskningsfokus jeg har brukt tid på. Igjen har forskningsinteressen og -fokus ført meg sammen med andre «likesinnede» i et internasjonalt nettverk. Vi har blant annet utviklet og validert et spørreskjema som måler eksistensielt velvære hos kreftpasienter i en palliativ fase av livet (Rohde et al., 2019; Vivat et al., 2017).

Forskning på palliativ omsorg gjorde det også mulig å tilbringe tid med kollegaer ved University College London (UCL), Marie Curie Palliative Research Unit våren 2017 og våren 2022. Det førte i sin tur til at jeg ble æresprofessor ved UCL, ett av Storbritannias høyst rangerte universiteter.

## Å jobbe sammen

Å samarbeide med kollegaer og delta i nasjonale og internasjonale forskningsnettverk er viktig. Å forske sammen med andre er også avgjørende for at jeg skal trives med det jeg holder på med. Sammen kan vi bidra mer og utgjøre en større forskjell. Forskningssamarbeid er noe av det som har vært avgjørende for at jeg nådde målet mitt om å bli professor. Samarbeid gir resultater, men også gode vennskap og dype bånd. Samarbeid har betydning for produktivitet, men også for hvordan kunnskap utvikles ved at ulike perspektiver utfordrer etablerte forståelser.

Jeg føler meg privilegert som har forskningspartnere og gode venner blant annet i England, Nederland, Østerrike, Italia, Spania, Frankrike, USA og Australia. Erfaringene fra disse samarbeidene har bidratt til å nyansere egne perspektiver og gjort det tydelig at kunnskap i helsevitenskap ofte er kontekstavhengig.

Som professor, senior og mentor i miljøet og på arbeidsplassen ønsker jeg å bidra til at også nye generasjoner får ta del i dette fellesskapet: å invitere inn, dele, veilede og kanskje lede. Daniel Goleman presenterer 6 ulike lederstiler; den autoritære stilen, den visjonære stilen, den tilknyttende stilen, den demokratiske stilen, den temposettende stilen og den coachende stilen (Goleman, 1996). Forskjellige situasjoner krever forskjellige lederstiler for å være effektive. I rollen som forskningsgruppeleder og veileder er kanskje den coachende stilen mest fremtredende hos meg. Ifølge Goleman er en leder som bruker alle lederstiler og tilpasser valgene sine, en leder som utøver emosjonelt intelligent ledelse (Goleman, 1996).

Å bli professor fordrer mer enn samarbeid på arbeidsplassen, nasjonalt og internasjonalt. Også privat er det nødvendig å jobbe sammen. Til tider går det mye tid og fokus til forskning og oppfølging utenfor hjemmet. Da er det andre som «må ta støytten» i hjemmet og få hjulene til å gå rundt.

## **Studentene i sentrum – bidra i dannelsesprosessen**

En viktig del av professorrollen er samarbeid med studentene. Tidligere underviste og veiledet jeg mest bachelorstudenter i sykepleie. Det var fascinerende og givende å følge studentene fra ungdom til unge voksne og ferdig utdannede sykepleiere, og å følge og bidra i dannelsesprosessen.

Nå er undervisnings- og veiledningsoppgavene mer knyttet til master- og PhD-studenter, og bidraget til dannelsesprosessen er i stor grad knyttet til forskning og forskningsverdenen. Overgangen fra bachelor- til master- og Ph.d.-nivå innebærer også en forskyvning i undervisning og veiledning: fra å hjelpe studenten med å tilegne seg kunnskap til å bidra til kunnskapsutvikling.

Det er flott å se hvordan studentene begynner med små forskningsprosjekter som gjerne resulterer i en mastergrad, og hvordan de får erfaring og grep om forskning. Noen av masterstudentene starter senere et Ph.d.-løp og «foredler» forskningen, og deres dannelsesreise er forskerutdanningen.

Akademias og universitetenes overordnede mål er undervisning og forskning: å utdanne dyktige studenter og å produsere god forskning. Ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap, hvor jeg jobber, er hovedmålet å utdanne kompetente og dyktige sykepleiere og spesialsykepleiere.

Selv om sykepleie er et praktisk yrke, bygger sykepleieutøvelsen på kunnskapsbasert praksis. Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes kompetanse og preferanser i den gitte situasjonen, og på den måten bidra til å utgjøre en forskjell. Videre kan studentenes arbeid synliggjøre hvordan forskningskompetanse utvikles gjennom deltakelse, snarere enn kun gjennom undervisning.

## **Akademisk kultur**

Jeg ønsker å jobbe i og bidra til en akademisk kultur som jobber strukturert og målbevisst, men gjerne uten albuer. For å oppnå en slik kultur trengs støtte, respekt og stolthet. Som professorer og gruppe bør vi ha fokus på 2. orden (sekundære) oppgaver (Brodum & Wenneberg, 2001): oppgaver som felles

ambisjoner, felles kultur, felles kompetanseutvikling, gode felles fasiliteter og onboarding av nye.

Et sentralt spørsmål er for eksempel: Hvordan skaper vi en kultur med balanse mellom kritikk og støtte? Kritikk som utvikler faglig styrke. Støtte og anerkjennelse som utvikler mennesket. I praksis fungerer slike «sekundære» oppgaver som forutsetninger for forskningskvalitet, fordi de påvirker hvordan samarbeid, kritikk og kunnskapsdeling foregår.

Som professor er det viktig å kunne invitere inn studenter og yngre kollegaer som er interessert i samme forskningsfelt som meg. Det kan handle om å invitere dem inn i forskningsprosjekter, inn i nasjonale og internasjonale forskningsnettverk, og å introdusere dem for andre. Jeg pleier også å oppfordre til «å by på seg selv» i nasjonale og internasjonale sammenhenger.

Det er noe av det flotteste som finnes når Ph.d.-studenten kommer tilbake fra kongress eller forskningsopphold og det lyser av dem. Studenten har tatt initiativ, truffet nye forskningskollegaer og blitt med i internasjonal forskning og nettverk.

Ved norske og nordiske universiteter har vi vært så heldige å ha en relativt god offentlig basisfinansiering for forskningen vår (Sentralbyrå, 2023). De nordiske velferdssamfunnene er under press, og det offentlige er under press, med stagnering av ressurser og økende forventninger. Med knappere ressurser vil nok fremtidens forskning, og det vi som professorer bruker tiden vår på, i større grad være knyttet til «kunden» eller samfunnets behov.

Retningen for forskningssatsningene endrer seg fra et teknologisk «push» (anbud) til et samfunnsmessig «pull» (etterspørsel): fra tankegangen forskning-innovasjon-produkt/tjeneste til teknologisk og sosial innovasjon, og fra «vi vet hva vi har» (en god idé) til en «koalisjon av de villige» i økosystemet som samarbeider om oppdrag, rundt «the job that needs to be done» (Christensen et al., 2016).

En slik tilnærming kalles en misjonsorientering. Det handler ikke om ressurser, men om behov. Man skaper misjoner ut fra samfunnsbehov, lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Vi har vel alle lest EU-utlysninger hvor «Missions» er tydelig uthevet. Videre er det mer og mer fokus på «impact». Det er ikke nok med «outputs» og «outcomes», men langtidskonsekvensene av intervensjonene, er det viktige? (SEI, 2020).

Vi er på vei bort fra et anbudsmarked (push) til ett etterspørselsmarked (pull). Denne utviklingen kan styrke forskningens relevans, men reiser også

spørsmål om hvordan den akademiske friheten påvirkes når forskningsagendaen i større grad styres av eksterne behov.

I helsevesenet er det også mer og mer fokus på «impact» i forskningen (SEI, 2020), og nettopp god helse og livskvalitet er viktige mål, gjerne viktigere enn overlevelse. God helse og livskvalitet er tydelige mål i mange sammenhenger, det være seg FNs bærekraftsmål (FN-sambandet, 2024), internasjonale retningslinjer og offentlige dokumenter, eller måling av livskvalitet som en indikasjon på hvordan vi har det i landet vårt. Her kan nevnes Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Helsedirektoratets «Livskvalitet – Anbefalinger for bedre målesystem» (Bang Nes, 2018) eller resultatene av de nasjonale målingene «Livskvalitet i Norge 2021» (Støren & Rønning, 2021).

## **Forskningens bidrag til å skape et bedre samfunn**

Forskning på livskvalitet kan bidra til et bedre samfunn. Livskvalitet er et begrep som uttrykker en subjektiv opplevelse: Livskvalitet dreier seg om personens egen oppfatning av sin situasjon. Denne opplevelsen er individuell. Livskvalitet er et multidimensjonalt begrep: Livskvalitet dreier seg om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Livskvalitet er et normativt ladet begrep: Livskvalitet dreier seg om hvilke verdier og mening man har i livet. Den enkeltes forventninger og mål står sentralt her (Wahl, 2004).

Som forskere (medborgere eller politikere) kan vi ikke alltid gjøre noe for å øke selve livskvaliteten hos pasientene våre eller for andre grupper. Men vi kan kanskje bidra til å styrke forutsetningene for livskvalitet. Vi kan legge til rette, gi anbefalinger og påvirke politikere ved å vise til våre forskningsresultater.

Forskningen kan vise hva som gjør at vi opplever dårligere livskvalitet, slik som sykdom, nedsatt funksjon, smerte, angst og dårlige boforhold. Men forskningen kan også vise hvilke faktorer som gjør at vi klarer oss godt og opplever god livskvalitet, og det er minst like viktig og nyttig.

Videre viser forskningsfeltet mitt at vi mennesker heldigvis er skrudd sammen slik at vi søker best mulig livskvalitet (Sirgy, 2002). Vi gjør grep slik at vi har det best mulig. Og at vi ikke har det så godt på én dimensjon av livskvaliteten, kan kompenseres ved at vi har det veldig godt på en av de

andre (Sirgy, 2002). At mennesker tilpasser seg, utfordrer enkle forestillinger om sammenhengen mellom sykdom og livskvalitet, og viser behovet for mer nyanserte vurderinger i både forskning og praksis. Som helsepersonell og forskere kan vi ikke hjelpe til å bidra eller endre på alt, men vi kan bidra innen noen dimensjoner av helse og livskvalitet. Og høy tilfredshet innen en dimensjon «smitter» ofte over på de andre dimensjonene, så summen blir bedre.

I tråd med FNs bærekraftsmål nummer 3 «God helse og livskvalitet – Sikre god helse og livskvalitet for alle» (FN-sambandet, 2024) er forskningen min med på å vise hvordan vi alle kan få bedre helse, livskvalitet, et godt liv eller en verdig avslutning på livet. Forskningen kan være et bidrag til fellesskapet og samfunnet, bidra med evidens og kanskje utgjøre en forskjell.

Jeg håper at dette essayet har vært med på å peke på at samarbeid ikke bare gir flere resultater, men også former selve kunnskapen som utvikles. Pasientperspektivet utfordrer hva som regnes som evidens, internasjonalt samarbeid synliggjør kontekstens betydning, og studentinvolvering og akademisk kultur påvirker hvordan kunnskap skapes og deles. Det avgjørende er dermed ikke samarbeid i seg selv, men hvordan samarbeid bidrar til å utvikle mer nyanserte forståelser av helse, behandling og livskvalitet.

## Referanser

- Bang Nes, R. H., T., & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (Helsedirektoratet, Issue). <https://www.fhi.no/publ/2018/livskvalitet.-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/>
- Bordum, A. & Wenneberg, S. B. (2001). *Det handler om tillid*. Samfundslitteratur.
- Christensen, C. M., Hall, T., Dillon, K., & Duncan, D. S. (2016). Know Your Customers' «Jobs to Be Done». *Harvard Business Review*, 94(9), 54.
- Enden, T., Bernklev, T., Jelsness-Jørgensen, L. P., & Amdal, C. D. (2018). Pasientene kjenner best egen helse. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 138(8). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.1054>
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- FN-sambandet. (2024). *FNs bærekraftsmål*. <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- Goleman, D. (1996). *Emotional intelligence: why it can matter more than IQ*. Bloomsbury.
- Nordic Co-operation. (2023). Social policy and welfare. <https://www.norden.org/en/information/social-policy-and-welfare>
- Regjeringen.no. (2021). *Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=1>
- Rohde, G., Haugeberg, G., Mengshoel, A. M., Moum, T., & Wahl, A. K. (2008). Is global quality of life reduced before fracture in patients with low-energy wrist or hip fracture: a comparison with matched controls. *Health Qual.Life Outcomes.*, 6(1), 90. PM:18980668 (IN FILE)
- Rohde, G., Haugeberg, G., Mengshoel, A. M., Moum, T., & Wahl, A. K. (2010). Two-year changes in quality of life in elderly patients with low-energy hip fractures. A case-control study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 226. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-226> (NOT IN FILE)
- Rohde, G. E., Young, T., Winstanley, J., Arraras, J. I., Black, K., Boyle, F., Bredart, A., Costantini, A., Guo, J., Irarrazaval, M. E., Kobayashi, K., Kruizinga, R., Navarro, M., Omidvari, S., Serpentine, S., Spry, N., van Laarhoven, H., Yang, G., & Vivat, B. (2019). Associations between sex, age and spiritual well-being scores on the EORTC QLQ-SWB32 for patients receiving palliative care for cancer: A further analysis of data from an international validation study. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 28(6), e13145. <https://doi.org/10.1111/ecc.13145>
- Schwartz, C. E., Andresen, E. M., Nosek, M. A., Krahn, G. L., & RRTC Expert Panel on Health Status Measurement (2007). Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(4), 529–536. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.12.032>
- Schwartz, C. E., Bode, R., Repucci, N., Becker, J., Sprangers, M. A., & Fayers, P. M. (2006). The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift. *Quality of Life Research*, 15(9), 1533–1550. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0025-9>

- Schwartz, C. E., Huang, I. C., Rohde, G., & Skolasky, R. L. (2022). Listening to the elephant in the room: response-shift effects in clinical trials research. *J Patient Rep Outcomes*, 6(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00510-6>
- Schwartz, C. E., Rohde, G., Bilech, E., Stuart, R. B. B., Huang, I. C., Lipscomb, J., Stark, R. B., & Skolasky, R. L. (2022). If it's information, it's not «bias»: a scoping review and proposed nomenclature for future response-shift research. *Quality of Life Research*, 31(8), 2247–2257. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03023-9>
- SEI, S. E. I. (2020). *Knowledge for action*. <https://www.sei.org/strategy/2020-24/>
- Sentralbyrå, S. (2023). *Forskning og innovasjon*. <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/forskning-og-innovasjon-i-naeringslivet>
- Sirgy, M. J. (2002). *The psychology of quality of life*. Kluwer Academic Publishers.
- Støren, K. S., & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*.
- Vivat, B., Young, T. E., Winstanley, J., Arraras, J. I., Black, K., Boyle, F., Bredart, A., Costantini, A., Guo, J., Irarrazaval, M. E., Kobayashi, K., Kruizinga, R., Navarro, M., Omidvari, S., Rohde, G. E., Serpentine, S., Spry, N., Van Laarhoven, H. W. M., Yang, G. M., & Group, E. Q. o. L. (2017). The international phase 4 validation study of the EORTC QLQ-SWB32: A stand-alone measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 26(6). <https://doi.org/10.1111/ecc.12697>
- Wahl, A. K. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Fagbokforlaget.

