

**Kompetansevurdering i traumeteam:  
En triangulerende studie for å identifisere fokus  
for kompetanseutvikling i et traumeteam**



**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Selvvalgt fordypning**

**Masteroppgave (50 studiepoeng)**

**Victoria Lerbrekk Sellevold**

**Veileder: Stephen J.M. Sollid (Førsteamanuensis)**

**1.Juni 2017**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

**Vår - 2017**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Victoria Lerbrekk Sellevold**

**VEILEDER: Stephen J.M. Sollid**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel: Kompetansevurdering i traumeteam: En triangulerende studie for å identifisere fokus for kompetanseutvikling i et traumeteam**

**Engelsk tittel: Evaluation of competency in Trauma specialized teams: A triangulation study to help identify focus when improving competency within the team**

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Traumeteam, kompetanseutvikling, rollespesifikk kompetanse, formelle kompetansekrav

---

**ANTALL SIDER: 96**

**STAVANGER – 1.Juni 2017**

Forord:

Jeg har vært interessert i temaet Traumatologi siden jeg selv var involvert i en alvorlig ulykke for flere år siden. Jeg husker svært lite fra den dagen, men registrerte på et tidspunkt at jeg var på sykehus med flere mennesker rundt meg. Jeg skulle senere lære hva slags «team» denne gruppen av mennesker var. Jeg studerte på den tiden min grunnutdanning som sykepleier og tenkte etter hendelsen at ivaretagelse av alvorlig skadde pasienter måtte være en givende oppgave. Jeg rettet meg derfor inn mot en jobb der jeg etter hvert kunne få være en del av dette viktige arbeidet og bidra til forbedring av fagfeltet. Tusen takk til de av mine kollegaer som sa seg villige til å bruke sin private tid på å stille til intervju, slik at jeg fikk gjennomføre denne studien!

Jeg vil også rette en takk til min veileder fra Universitetet i Stavanger, Stephen J.M. Sollid som har stilt støttende opp på telefon, over mail og gjennom møter – også på kort varsel. Du har vært imøtekommende, hjelpsom og bidratt med refleksjoner og gode forslag på alle mine spørsmål.

Jeg vil også takke min ektefelle som alltid vet hva jeg trenger, som motiverer og oppfordrer meg til å bruke tid på oppgaveskriving når jeg kan, og som ber meg ta det rolig når jeg er i ferd med å gjøre for mye. Takk også til to tålmodige barn som har tatt hensyn på tross av at de synes jeg er for «gammel» til å gå på skole.

Til slutt vil jeg takke Eli og svigerbror Gunleiv for gjennomlesning, kommentarer og korrektur. Jeg er veldig takknemlig!

Stavanger, 22. Mai 2017

Victoria Lerbrekk Sellevold

## INNHOOLD

	<b>Side</b>
Forord.....	3
Sammendrag .....	8
Summary .....	9
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Tidligere forskning på området.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Studiens hensikt/formål.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Problemstilling .....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 Begrepsavklaring og kontekst.....</b>	<b>11</b>
<i>1.5.1 Traumeteam .....</i>	<i>11</i>
<i>1.5.2 Triage.....</i>	<i>13</i>
<i>1.5.3 Closed-loop.....</i>	<i>13</i>
<i>1.5.4 Debrief .....</i>	<i>13</i>
<b>1.6 Oppgavens struktur.....</b>	<b>13</b>
<b>2. TEORETISK FUNDAMENT .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Kompetanse .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Traumatologi i lys av kompetansebegrepet.....</b>	<b>16</b>
<b>3. METODE OG ANALYSE .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Litteratursøk .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Utvalg .....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 Innsamling av data.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4 Analyse.....</b>	<b>27</b>
<b>3.5 Validitet og reliabilitet.....</b>	<b>30</b>
<b>3.6 Forskningsetiske vurderinger .....</b>	<b>30</b>

<b>3.7 Nærhet til forskningsfeltet .....</b>	<b>31</b>
<b>4. RESULTATER .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Kompetansepunkter .....</b>	<b>32</b>
4.1.1 Kommunikasjon.....	32
4.1.2 Evne til empati .....	33
4.1.3 Samarbeidsevne .....	34
4.1.4 Imøtekommenhet .....	35
4.1.5 Besluttsomhet .....	35
4.1.6 Tekniske ferdigheter.....	36
4.1.7 Kjennskap til systemet.....	36
4.1.8 Utstyrsoversikt .....	37
4.1.9 Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang.....	38
4.1.10 Kjennskap til rollefunksjoner .....	39
<b>4.2 Kvantitative tendenser med kommentarer fra intervjuene .....</b>	<b>39</b>
4.2.1 Tendens 1: «Svært viktig» og «avgjørende» kompetanse .....	41
4.2.2 Tendens 2: Lavest rangert gjennomsnittscore .....	42
4.2.3 Tendens 3: Tre grunner til at teamet ikke fungerer optimalt.....	43
4.2.4 Tendens 4: Hva som ikke er vurdert som årsak til svikt .....	44
4.2.5 Tendens 5: Differanse mellom legers og sykepleieres vurdering .....	45
<b>4.3 Rolleavhengig kompetanse.....</b>	<b>47</b>
4.3.1 Lederrollen.....	48
4.3.2 Kjernepersonal og øvrig personal .....	49
4.3.3 Supplering .....	51
<b>4.4 Kollegial relasjon .....</b>	<b>51</b>
<b>4.5 Kompetanseutvikling.....</b>	<b>53</b>

<b>4.6 Kontekstuelle faktorer</b> .....	<b>54</b>
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>57</b>
<b>5.1 Kompetanseutvikling</b> .....	<b>57</b>
5.1.1 <i>Kommunikasjon</i> .....	57
5.1.2 <i>Evne til empati</i> .....	57
5.1.3 <i>Samarbeidsevne og imøtekommenhet</i> .....	58
5.1.4 <i>Besluttsomhet</i> .....	58
5.1.5 <i>Tekniske ferdigheter og kjennskap til systemet</i> .....	59
5.1.6 <i>Utstyrsoversikt</i> .....	59
5.1.7 <i>Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang</i> .....	59
5.1.8 <i>Kjennskap til rollefunksjon</i> .....	60
<b>5.2 Spørreundersøkelsen</b> .....	<b>60</b>
5.2.1 <i>Avgjørende kompetanse for alle i teamet</i> .....	60
5.2.2 <i>«Empatien er minst viktig»</i> .....	61
5.2.3 <i>Når teamet ikke fungerer optimalt</i> .....	62
5.2.4 <i>«Dette svikter vi aldri på»</i> .....	63
5.2.5 <i>Lav differanse</i> .....	64
<b>5.3 Rolleavhengig kompetanse</b> .....	<b>64</b>
5.3.1 <i>Teamleders besluttsomhet</i> .....	65
5.3.2 <i>Sykepleier og utstyrsoversikt</i> .....	66
5.3.3 <i>Kompetanse teamet «må», «bør» og «kan» ha</i> .....	66
5.3.4 <i>Operasjonssykepleier</i> .....	68
5.3.5 <i>Hensiktsmessig supplering</i> .....	69
<b>5.4 Kollegial relasjon</b> .....	<b>69</b>
<b>5.5 Kompetanseutvikling</b> .....	<b>71</b>

<b>5.6 Kontekstuelle faktorer .....</b>	<b>73</b>
<b>5.7 Alternative tilnærminger/bias .....</b>	<b>74</b>
<b>6. KONKLUSJON .....</b>	<b>77</b>
<b>6.1 Implikasjoner for praksis.....</b>	<b>77</b>
<b>6.2 Videre forskning .....</b>	<b>78</b>
Referanseliste.....	80
Vedlegg.....	83
Vedlegg 1: Informasjon- og samtykkeskjema .....	83
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	85
Vedlegg 3: Spørreskjema.....	90
Vedlegg 4: Tilbakemeldingsbrev fra NSD .....	92
Vedlegg 5: Tilbakemeldingsbrev fra forskningsavdelingen ved sykehuset .....	95

## **Sammendrag**

Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016) var ute til høring i perioden denne studien ble gjennomført. I planen blir det lagt nasjonale føringer blant annet for hvilke formelle kompetansekrav ulike faggrupper må oppfylle for å være en del av traumeteamet. Hvilke typer kompetanse teammedlemmene selv oppfatter som sentrale og hvorvidt de ulike aspektene av kompetansebegrepet samsvarer med formelle krav, er noe denne studien søker å finne svar på. Studien er utført med hjelp av metode-triangulering bestående av en pragmatisk litteraturgjennomgang, en spørreundersøkelse og semi-strukturerte dybdeintervjuer. Ti ulike spesifikke kompetansepunkter under tre ulike kompetansegrupperinger ble identifisert gjennom litteratur og ble rangert av et utvalg bestående av sykepleiere og leger tilknyttet traumeteam ved et sykehus på Vestlandet. Kompetansepunktene og tendensene fra spørreundersøkelsen ble diskutert med informantene i de semi-strukturerte intervjuene. Oppsummert viser materialet at alle faggruppene i et traumeteam må ha personlig, yrkesrettet og teoretisk kompetanse, men i ulik sammensetning og grad av de spesifiserte kompetansepunktene. For eksempel er kompetansepunktet «besluttsomhet» noe som i hovedsak tilhører teamlederen, mens det er en oppfatning at kompetansepunktet «utstyrsoversikt» overordnet bør tilhøre mottakssykepleier. Materialet viser også at det finnes et behov for spesifisert kompetanse for hver enkelt rolle ut over dagens formelle krav, da de formelle kravene ikke fullt ut sørger for kvalitetssikring av «avgjørende» kompetanse.



**Summary:**

At the time of this study, The National Plan for Trauma (NKT Traume, 2016) was going through an official critical review. This Trauma Plan outlines national guidelines for trauma teams, among which are the formal competence requirements for the different roles within a trauma team. This study seeks to investigate and answer which type of competence the members of such a team consider to be critical, and how these answers compare to the formal requirements outlined in the Trauma Plan. The study is performed using method triangulating research which consists of a pragmatic literature review, a questionnaire and semi-structured interviews. Ten different specific competence requirements were identified in literature, these were then ranked in a questionnaire by nurses and doctors working in a trauma teams in a western Norwegian hospital. The patterns found in this survey and the identified competence requirements in general were then discussed in interviews with nurses and team-leaders in trauma teams. Summed up, the findings of the study show that the combination and degree of competence which is considered important vary depending on the role within the team. For example, «determination» is mainly considered a competence requirement for the team leader, while «equipment overview» is considered a requirement mainly for the nurses. The findings also show that there is a need for specified competence requirements for each role in the trauma team beyond the formal competence requirements stipulated by the National Plan for Trauma. The reason being that the formal requirements were not found to provide satisfactory quality assurance of what was deemed «crucial» competence.

## **1. INNLEDNING**

I denne masteroppgaven skal jeg se nærmere på traumatologi som fagfelt i lys av kompetansebegrepet. Traumatisk skade er den fremste dødsårsaken blant mennesker under 40 i den vestlige verden (Gurney, 2014 og Hoyt, 2012). Traumeteamet har til hensikt å systematisk avdekke alvorlige skader og bestemme og iverksette rett behandling innen få minutter. Det sier seg derfor at det for denne pasientgruppen vil være av stor betydning at traumeteamet som møter innehar en rekke kvaliteter og egenskaper som samlet gir en mest mulig optimal utførelse.

Behandling av alvorlig skadde pasienter krever koordinert innsats fra alle faggruppene involvert, og høy faglig kompetanse både fra den prehospitale tjenesten og inne på sykehuset. Denne studien fokuserer utelukkende på den primære undersøkelsen som skjer inne på sykehuset. Kompetansebegrepet gjøres rede for under teorigrunnet, med utgangspunkt i relevant litteratur.

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

Bakgrunnen for valg av tema er egeninteresse og erfaring fra fagfeltet. Som del av et traumeteam ser jeg tydelige forskjeller i erfaringer og personlige egenskaper hos andre i teamet, og en jobber sjeldent med nøyaktig samme sammensetning av mennesker i teamet. Dette gjør det spesielt viktig at alle medlemmer av teamet har felles forståelse for målet og tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere situasjonen. Hvilke komponenter i kompetansebegrepet som av teamet oppleves som sentrale er interessant med tanke på videre fokus og prioriteringer i fagutviklingen.

### **1.2 Tidligere forskning på området**

Traumatologi er et fagfelt der det blir lagt stor vekt på å følge forskningsbasert og oppdatert kunnskap (Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Avdeling for Traumatologi, 2015). Jeg har likevel funnet lite litteratur som setter konkrete krav til hva kompetansebegrepet skal inneholde i traumesammenheng. De formelle krav som finnes til teamets faggrupper handler hovedsakelig om hvilken spesifikk kursing og fartstid de skal ha (NKT Traume, 2016). Ut over dette er det nevnt minimumskrav for prosedyrer for alle involverte leger og at de involverte faggruppene skal delta på teamtrening. De studiene som er inkluderte sier likevel en del om ferdigheter og egenskaper som må finnes i et team, eller hos spesifikke roller (Berg et.al, 2011; Canzian et.al ,2016; Cole & Crichton,

2006; Courtenay, Nancarrow & Dawson, 2013; Kelly, 2005; Mace-Vadjunec et.al, 2015; Walter & Curtis, 2015; Wisborg, Brattebø, Brattebø & Brinchmann-Hansen, 2006). Ingen av disse studiene har et direkte fokus på at sentrale personer i teamet selv skal evaluere de viktige momentene, slik denne masteroppgaven søker å gjøre.

### **1.3 Studiens hensikt eller formål**

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilken type kompetanse leger og sykepleiere i traumeteamet selv oppfatter som sentral. Dette kan brukes til å identifisere fokus for kvalitetsforbedring. Studien vil også kunne si noe om hvilke momenter ved kompetansen som eventuelt ikke oppleves som optimalt. Det er også interessant å se om oppfatningene avviker eller samstemmer på tvers av profesjoner. Funnene skal forhåpentligvis føre til at jeg får belyst momenter og behov som kan være med på å bedre praksis. Jeg ønsker å kunne bidra med kunnskap som spesielt vil kunne være nyttig med tanke på utvikling av traumeteam under Norske forhold, men det kan likevel tenkes at studien også avdekker momenter som er av betydning også internasjonalt.

### **1.4 Problemstilling**

Følgende problemstilling danner grunnlaget for studien:

*Hvilke typer kompetanse oppfattes som sentrale av leger og sykepleiere i traumeteam?*

### **1.5 Begrepsavklaring og kontekst**

#### *1.5.1 Traumeteam*

Traumeteamene i Norge er satt opp med noen lokale tilpasninger fra sykehus til sykehus, og det er andre krav til teamene ved «Traumesenter» sammenlignet med akutt sykehus som har «traumefunksjon». Forskjellen i disse kravene går blant annet på hvilke kirurgiske behandlingstilbud som skal finnes ved sykehuset:

*«Et akutt sykehus med traumefunksjon skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter. Et akutt sykehus med traumefunksjon skal også kunne gi riktig initial behandling til de hardest skadde pasientene, og de skal ha overflyttingsrutiner for de pasientene som overstiger sykehusets kompetanse og ressurser.» (NKT Traume, 2016).*

Informantene i denne studien er ansatt ved et akutt sykehus med traumefunksjon. Systemet og algoritmen man følger vil være det samme som ved et traumesenter. Standard algoritme for mottak av en traumepasient er basert på fokuspunkter og tiltak under hver sin systematisk gjennomgåtte bokstav: «A», «B», «C», «D», «E», i prioritert rekkefølge (Avdeling for Traumatologi, 2015; Gurney, 2012; Hoyt, 2015):

A = Airways and spine immobilization – Åpne luftveier og immobilisering/stabilisering av nakke

B = Breathing – Pust, oksygenering

C = Circulation - Blødningsfokus

D = Disability – Nevrologisk status, våkenhetsvurdering

E = Exposure/Ekstremities – Eksponering av hele pasienten

Teamet ved sykehuset som informantene i denne studien er en del av, er bygd opp av følgende personell:

- Teamleder (kirurg, tilbaketrasket)
- Kirurg (undersøkende)
- Anestesilege
- Anestesisykepleier
- Operasjonssykepleier
- Ortoped
- Radiolog
- Radiograf
- 2-3 sykepleiere fra akuttmottak (hvorav 1 har dokumentasjonsansvar når det er 3 tilgjengelige sykepleiere)
- Portør
- Medisinsk biokjemi

Hver av disse har sin særegne rolle/funksjon og spesifikke oppgaver i teamet som kommer inn under de forskjellige punktene i algoritmen.

### 1.5.2 Triage

Begrepet triage referer til et prioriteringsverktøy for pasienter, der de av et kvalifisert helsepersonell gis en «kode» som symboliserer hvor raskt de bør ha hjelp. Brukes i forbindelse med masseskader eller ved ordinær prioritering ved akuttmottak. Det finnes flere ulike triageringssystemer.

### 1.5.3 Closed-loop

Closed-loop er et kommunikasjonsverktøy. Prinsippet med closed-loop uttrykkes av Hoyt (2015, s.20-21) slik:

*«Requests and orders should not be stated in general terms, but instead should be directed to an individual, by name. That individual then repeats the request/order, and later confirms its completion and, if applicable, its outcome.»*

### 1.5.4 Debrief

En debrief er en muntlig gjennomgang av innsats i forbindelse med en hendelse eller øvelse. Løvik (2010, s.177) beskriver debrief som en «Kort teknisk gjennomgang» i etterkant av øvelser.

## 1.6 Oppgavens struktur

Jeg vil i denne oppgaven tilstrebe å holde en lettleselig struktur gjennom hele teksten. Jeg vil først gjøre rede for begrepet kompetanse og traumatologi i lys av det definerte kompetansebegrepet under kapittelet om teoretisk fundament. Dette kapittelet skal vise hvilke «briller» jeg har brukt når jeg videre har tolket materialet. Videre vil jeg under metodedelen gi en detaljert beskrivelse over hvordan jeg har gått frem for å skaffe materiale og hvordan jeg har håndtert dette materialet i mitt videre arbeid. Etter at jeg har tydeliggjort disse rammene vil jeg presentere funnene under resultater. Resultatene vil utelukkende vise konkrete utsagn og tallmateriale og vil ikke ha blitt fortolket ut over det som er gjort rede for i metodedelen. Under diskusjonen vil jeg se nærmere på resultatene i lys av teori. Jeg går systematisk i gjennom alle de presenterte funnene og redegjør underveis for når de ulike momentene tas opp dersom de glir over i hverandre. Hovedfunnene oppsummeres i konklusjonen for oppgaven.

## 2. TEORETISK FUNDAMENT

Herunder presenteres det teoretiske rammeverket som oppgaven bygger på. Først defineres kompetansebegrepet og deretter ser jeg på fagfeltet i lys av dette.

### 2.1 Kompetanse

Kompetansebegrepet kan inneholde flere momenter og det behøves derfor en konkretisering for hvordan det tolkes videre i oppgaven. Skau (2015, s.57) sier at kompetansebegrepet er kontekstuel. *«Det gir bare mening i en sammenheng, i forhold til noe – det være seg en oppgave, funksjon eller yrkesrolle»*. En klassisk oppfatning er at kompetanse omfatter personlige kunnskaper, ferdigheter og evner. Denne oppfatningen blir beskrevet av både Nordhaug (2002) og Orvik (2015), dog sistnevnte poengterer at begrepet på tross av gyldigheten av det nevnte, først kan utvikles i samhandling med andre. Orvik (2015, s.23) sier også at kompetanse starter med individet, men viser ut over individet fordi den kliniske kompetansen vil skje i en organisatorisk sammenheng der en må samhandle med andre. Det finnes altså flere rammeverk for å beskrive begrepet. I denne oppgaven vil jeg hovedsakelig basere meg på Skau (2015, s.58) sin modell for hvilke aspekter kompetansebegrepet inneholder. Dette er på bakgrunn av at jeg opplever at hennes aspekter i størst grad fange opp det fagområdet oppgaven fokuserer på. Modellen fremhever tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse:

*«De tre aspektene henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengige av hverandre. De kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde, i våre enkelte handlinger, og utgjør i den forstand en helhet»* (Skau 2015, s.58)

Hva de tre aspektene omfatter beskrives best av forfatteren selv:

*«Teoretisk kunnskap består av såkalte faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten. Her inngår både kunnskaper om det våre fag rammer, og kunnskaper som er relevante for utøvelsen av den»* (Skau 2015, s.58)

*«Våre yrkesspesifikke ferdigheter omfatter det profesjonsspesifikke «håndverket»: praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som særpreger bestemte yrker, og som vi bruker i utøvelsen av dem.»* (Skau 2015, s.59)

*«Personlig kompetanse handler om hvem vi er som personer, både overfor oss selv og i samspillet med andre. Personlig kompetanse handler dermed også om*

*hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan.» (Skau 2015, s.60)*

Skau (2015, s.62) poengterer at modellen kan benyttes for alle fag- og yrkesgrupper, men at innholdet i de tre aspektene vil variere. Forfatteren har videre i sin bok lagt hovedvekt på personlig kompetanse og poengterer at man ikke kan lese seg til denne typen kompetanse, men at det krever at man nyttiggjør seg andres tanker og tilbakemeldinger for å utvikle den. Det poengteres også i den sammenhengen at andres oppfatning ikke nødvendigvis er sannheten, men at «*allmennmenneskelige ferdigheter og evner*» vurderes og utvikles i møte med andre og at man benytter kommunikasjon som redskap for denne utviklingen av både samarbeid og selvutvikling. Hun sier også at det er viktig at man:

*«(...)balanserer yrkesstolthet og glede over godt utført arbeid mot en grunnleggende viten om at vi fortsatt har mye å lære, at også vi gjør feil, og at vi er avhengige av tilbakemeldinger fra andre for å sikre kvaliteten på vår profesjonsutøvelse» (Skau 2015, s.36)*

Imøtekommenhet, samarbeidsevne, besluttsomhet og evne til empati er blant de konkretiserte trekkene som inngår i personlig kompetanse (Skau 2015, s.73). Om egenskaper knyttet til helsesektoren sier Skau (2015, s.39):

*«Empati og omsorg for andre, sammen med evnen til å beskytte og ta vare på de svake, er nyttige egenskaper ved oss som mennesker og samfunn. I hjelp- og omsorgsrelatert arbeid er de helt nødvendige.»*

Orvik (2015, s.118) poengterer også viktigheten av omsorg og medmenneskelighet. Kommunikasjon som kompetanse og verktøy blir beskrevet av Skau (2015) i forhold til personlig utvikling, av Orvik (2015) i forbindelse til utvikling av system og av Løvik (2010) når han drøfter utvikling både på individ- og systemnivå. Nordhaug (2015, s.162) innlemmer det også i begrepet «*uformell læring*». Skau (2015, s.82) sier om kommunikasjon i møtet med andre at: «*Fordi våre kommunikative kompetanse er så betydningsfull for hva vi kan oppnå i slike møter, kan vi ikke tillate oss å ha et lettvent forhold til oss selv som kommuniserende vesener.*». I en øvelsessammenheng sier Løvik (2010) at øvelsen vil være bortkastet dersom man ikke evaluerer den sammen og debriefer hendelsen. Hensikten med øvelser skal være at man gjennom kommunikasjon utvikler kompetanse på flere punkter, herunder særlig de momenter som finnes i

personlig kompetanse. At kommunikasjonen ikke er en enveis-kompetanse, poengteres av Skau (2015, s.97): «Ofte er det like mye andres sosiale intelligens og velvilje som gjør at vi blir forstått, som vår egen kommunikative kompetanse». Hun sier også at kommunikasjon også kan være non-verbal, og ikke nødvendigvis behøver å inneholde så mange ord (Skau 2015, s.87), samt at man i samhandlingssituasjoner bør tilstrebe å opptre på en mellommenneskelig konstruktiv måte for ikke å skape konfliktsituasjoner (Skau, 2015, s.108). Samhandling og kommunikasjon blir av Orvik (2015, s.43 og 288) også beskrevet i et ledelsesperspektiv. Han sier at ledelse må ses på som en prosess der mennesker *sammen* kan finne retning og treffe gode beslutninger for videreutvikling. Han poengterer likevel at man i en akuttsituasjon kanskje er tjent med en mer styrende lederstil (Orvik, 2015, s.319). Generelt uttrykker Orvik (2015, s.217) om akuttsituasjoner at de:

*«...krever leger og sykepleiere som kan «snu seg» og handle raskt. I slike situasjoner blir personlige egenskaper som overblikk og hurtighet viktige, men også relasjonelle egenskaper som evne til å improvisere og vise fleksibilitet.»*

Kompetanse som inngår i Skau (2015) sin modell og er direkte relatert til traumatologi vil bli videre beskrevet i de to neste kapitlene.

## **2.2 Traumatologi i lys av kompetansebegrepet**

Traumatologi er et fagfelt der det på generell basis beskrives stort behov for høy kompetanse for alle involverte i behandlingen. For detaljert beskrivelse av fagfeltet ut over det som er beskrevet innledningsvis, henvises det til litteraturliste for denne masteroppgaven. Kort beskrevet handler det om tverrfaglig samarbeid satt i system for å ivareta hardt skadde pasienter. Pirrung (2016, s.239) beskriver kompetansebegrepet i traumesammenheng på følgende måte: «*Competency is the ability to perform something effeciently and independently. It is a learned action, task or skill*». Jeg skal forsøke å utvide denne forståelsen ved å, basert på kompetansebeskrivelsen til Skau (2015), oppsummere hva litteraturen oppgir som viktig kompetanse i traumesammenheng. Jeg benyttet både tematisk litteratur og tidligere forskning i dette arbeidet. Fra litteraturen har jeg dratt ut sentrale ord og beskrivelser og laget samlebegreper som generaliserer alt som er beskrevet om viktige egenskaper i tilsynelatende samme kontekstuelle sammenheng. Denne generaliseringen er basert på skjønn. Målet var å skape relaterbare punkter som samlet flere momenter, men samtidig ikke var *for* generelle og ikke



innebar for stor grad av tolkning. Tabell 1 nedenfor viser hvilke ord og begreper i litteraturen som er sammenfattet til hvilke kompetansepunkter.

Ord/beskrivelse	Kompetansepunkt (generalisering)	Eksempel - sitat
<p>«Verbalizing», «speaking», «requests», «information», «communication», «articulate», «speak», «communication tool», «closed-loop», «kommunikasjon», «shared language».</p>	<p>Kommunikasjon</p>	<p>«Det er viktig, at alle bidrager med relevante opplysninger, meninger om plejen og behandlingsplanen. Kommunikationen er meddelelseskommunikation.» (Larsen, Roede &amp; Larsen 2008, s.455).</p>
<p>«Human connection», «soothing demeanor», «reassure patient», «compassionate», «tilstedeværelse», «sensitivity», «empathize»</p>	<p>Evne til empati</p>	<p>«Reassure the patient that hes safe and well-cared for.» (Gurney, 2014, s.296)</p>
<p>«Team sport», «perform together», «cooperate», «shared norms», «team performance», «teamwork», «samarbeid», «relationship», «working as a team»</p>	<p>Samarbeidsevne</p>	<p>«Teamwork is recognized as an essential component to ensure the most favorable outcomes in patient safety» (Berg, Acuna, Lee, Clark &amp; Lippoldt, 2011, s.213)</p>
<p>«Pay attention», «involving», «collective input», «empower», «adaptive», «respect», «encouraging», «motivating», «leadership support», «willingness»</p>	<p>Imøtekommenhet</p>	<p>«During the entire process, all team members are expected to make remarks, ask questions and make suggestions, when appropriate. In that case, all other team members should pay attention.» (Hoyt, 2012, s.21)</p>

«Kontrollere», «koordinere», «directs», «decisions», «beslutningstaker», «beslutninger», «valg»	Besluttosomhet	«Teams must have the power and authority necessary to develop and impement effective processes as well as enforce decisions» (Berg et.al, 2011, s.218)
«Teknikker», «prosedyre», «technical aspects», «prosedyrer», «ferdighet», «skills», «tasks»	Tekniske ferdigheter	«Gode prosedyrer som er innlært teoretisk og praktisk øvet i det daglige arbeid og ved spesielle opplæringstiltak, er helt nødvendige» (Avdeling for Traumatologi, 2015, s.6)
«Abc», «systematic approach», «common goals», «shared models», «fastlagt rutine», «system», «system theory knowledge», «integrated system», «defined process»	Kjennskap til systemet (abc)	«Hensikten med fastlagte rutiner er at systemet skal sikre adekvat behandling av pasientene, og ikke være avhengig av enkeltpersoners tilstedeværelse.» (Avdeling for Traumatologi, 2002, s.39)
«Equipment», «utstyr», «organized», «organisert»	Utstyrsoversikt	«The trauma nurse begins by preparing the room to assure resuscitation equipment is readily available and in working order» (Gurney, 2014, s.40)
«Kunnskaper», «skade», «injury», «shared understanding», «knowledge», «triage», «knowledge level», «skademekanikk». (Generell gjennomgang av de ulike momenter i faglitteratur)	Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang	(Om skriftlig testing av kunnskapsnivå en stund etter endt kursing): «The test covered aspects of trauma care including Initial assasment, head injury, airway management, pediatrics, physiology, muscloskeletal trauma, traige, secondary survey and shock» (Canzian et.al, 2016, s.204)

«Defined roles», «clear roles», «role competence», «actioncards», «kjenne egen/andres funksjon/opp-gave», «rollespesifikke krav», «expected obligations», «rolle», «knowledge of roles», «role clarity»	Kjennskap til rollefunksjoner	«Det er viktig for samarbeidet at man kjenner sin egen funksjon og oppgave, men også de andres ansvar og oppgaver også.» (Avdeling for Traumatologi, 2015, s.17)
---	-------------------------------	--

Tabell 1

Dersom vi oppsummerer kompetansepunktene inn under Skau (2015) sine tre aspekter ved begrepet, ser vi at de fleste punktene som i litteraturen er beskrevet som viktig, befinner seg inn under det man i modellen vil definere som personlig kompetanse.

Teoretisk kunnskap:

- Kjennskap til systemet (abc)
- Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang

Yrkesspesifikke ferdigheter:

- Kjennskap til rollefunksjon
- Tekniske ferdigheter
- Utstyrsoversikt

Personlig kompetanse:

- Kommunikasjon
- Evne til empati
- Samarbeidsevne
- Imøtekommenhet
- Besluttsomhet

Videre har jeg i tabell 2 listet opp hvilke av kompetansepunktene som dukker opp i hvilken litteratur, slik at det tydeliggjøres i hvilken grad de tilsynelatende vektlegges:

Litteratur/referanse	Kompetansepunkter									
	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Berg. et.al (2011)	X		X		X	X	X		X	X
Canzian et.al (2016)						X	X		X	
Cole & Crichton (2006).	X		X		X	X	X		X	X
Courtenay et.al (2013).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gurney (2014)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hoyt (2012)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avdeling for Traumatologi (2015)	X		X		X	X	X		X	X
Kelly (2005).	X		X	X			X			X
Larsen et.al (2008)	X	X				X	X		X	X
Lenquist (2007)					X	X	X	X	X	X
Mace-Vadjunec et.al (2015).	X		X	X			X			X
Pirrung (2016)		X				X	X		X	
Walter & Curtis (2015)	X					X				X
Wisborg et.al (2006)	X		X			X	X	X	X	

Kommunikasjon (K1), Evne til empati (K2), Samarbeidsevne (K3), Imøtekommenhet (K4), Besluttsomhet (K5), Tekniske ferdigheter (K6), Kjennskap til systemet (K7), Utstyrsoversikt (K8), Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang (K9), Kjennskap til rollefunksjon (K10)

Tabell 2

Alle referanser i tabellen drar i ulik grad frem karakteristika og ferdigheter ved teammedlemmene, enten på generelt grunnlag eller retter direkte mot leder/lege eller sykepleier i teamet. Walter & Curtis (2015) er en review studie som er rettet mot kompetanse hos sykepleiere i traumeteam og noe av konklusjonen av studien var at det var manglende spesifikasjoner eller krav i forhold til kompetanse, da kompetansekravet i stor grad ble uttrykt på en utydelig måte: «*The focus lies in the ambiguous terms of*

*«appropriate levels of experience» and «expertise» where formal qualifications were not specified» (Walter & Curtis, 2015, s.155).*

Nasjonalt traumeplan (NKT Traume, 2016) som er ute til høring er utformet av høyt kvalifisert fagpersonale og skal gi nasjonale føringer for blant annet hver enkelt teammedlems formelle kompetanse. Dette innebærer blant annet føringer for hvilken kursing som skal gis og hvilken fartstid de involverte parter skal ha. Gurney (2014) og Hoyt (2012) er omfattende kursmanualer for traumekurs anbefalt eller nevnt som krav i Nasjonalt traumeplan (2016) for henholdsvis sykepleierne og legene. Som vist i tabellen blir alle identifiserte kompetansepunkter nevnt som relevant i disse to manualene.

### 3. METODE OG ANALYSE

Under dette kapittelet gjør jeg rede for metode- og analyseprosessen i studien. Hva som er gjort, hvordan og hvorfor forklares og verktøy som er benyttet tydeliggjøres.

For å besvare hvilken type kompetanse som oppfattes som mest sentral i traumeteam, valgte jeg en metode-triangulerende studie, som innebærer bruk av mer enn en metode.

I denne studien en kombinasjon av en pragmatisk litteraturgjennomgang, en survey og dybdeintervjuer. Malterud (2013, s.191) sier om metode triangulering: *«De ulike tilnærmingene skal ikke besvare samme spørsmål, men gjøre det mulig å stille flere slags spørsmål om samme sak»*. I dette tilfellet *hvilke* typer kompetanse og for *hvem*.

Som sitatet viser, ville dette fokuset gjøre meg i stand til å kunne besvare problemstillingen min ved bruk av ulike tilnærminger. Jeg baserer meg dermed på både kvalitativ og kvantitativ data. Som del av et traumeteam hadde jeg forhåndskunnskaper om ulike aspekter i slike team, men for å finne frem til sider ved kompetansebegrepet som var forskningsbasert og ikke bare gitt fra egen oppfatning/erfaring ble det gjort en pragmatisk litteraturgjennomgang av både teori og forskning knyttet til traumeteam og kompetanse. Målet var å finne frem til ulike egenskaper som ble oppfattet som sentrale i denne sammenheng. Nøkkelbegreper ble som vist i teoretisk fundament, hentet ut fra materialet, og ble deretter satt punktvis opp som «kompetansepunkter».

Kompetansepunktene vil likevel i noen grad være preget av min forforståelse da de er definert ut fra skjønn. Punktene skulle dekke det mest sentrale av kompetanseaspekter i traumesammenheng. Videre var jeg interessert i hvilken grad kompetansepunktene ble ansett som sentrale av teammedlemmer.

En survey, spørreskjema, ble valgt som datainnsamlingsmetode for å fange opp kvantitativ vurdering av kompetansepunktene. Det ble her spurt etter en numerisk rangering av hvert av punktene. Spesialiserende kirurger og sykepleiere i akuttmottak ble bedt om å svare. Utvalget i både survey og dybdeintervjuer blir begrunnet senere i besvarelsen. Studien bygger imidlertid hovedsakelig på den kvalitative tilnærmingen og det ble utført semi-strukturelle dybdeintervjuer for å skaffe empirisk data. En oppsummering av svar fra spørreundersøkelsen og dens tendenser, dannet grunnlaget for hvordan deler av spørsmålene i dybdeintervjuene ble formulert. Kvale & Brinkmann (2004, s.135) uttaler om behovet for kvalitative intervjuer som metode: *«Når forskningsspørsmålet kan formuleres ved hjelp av det lille ordet «hvordan»; er det med*

*stor sannsynlighet relevant å foreta kvalitative intervjuer*». Min problemstilling var ikke formulert etter «hvordan», men essensen i oppgaven var at problemstillingen skulle kunne føre til kunnskaper om *hvordan* man skulle sørge for bedret pasientsikkerhet. Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne (2015, s.72) sier at:

*«Intervjuer egner seg når forskeren har behov for å gi informantene større frihet til å uttrykke seg enn det et strukturert spørreskjema tillater. Menneskers erfaringer og oppfatninger kommer best fram når informanten kan være med på å bestemme hva som tas opp i intervjuet».*

Denne påstanden dannet grunnlaget for min begrunnelse om å foreta semi-strukturelle intervjuer. Jeg ønsket å få frem detaljene, refleksjonene, erfaringen og historiene som formet informantenes oppfatning. Dette egnet den valgte metoden seg godt til. Jeg tok videre en avveining i forhold til hvorvidt disse intervjuene burde være organisert som gruppeintervjuer eller én til én intervjuer. På den ene siden kunne et fokusgruppeintervju være nyttig fordi informantene ville supplere hverandre med tilnærminger de ellers ikke ville tenkt på og Malterud (2013, s.133) skriver også at: *«Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler»*, som jo også var tilfellet i et traumeteam. På den andre siden var det vanskelig å forutse hvilke tanker informantene kunne ha om hverandre sin måte og jobbe på i disse teamene, og det kunne tenkes at kritikk over andres tilnærming og forståelse ville komme opp. For at verdifull informasjon ikke skulle gå tapt i at informantene ikke ville kritisere hverandre i gruppe, eller at det skulle skape vanskelige situasjoner for dem i etterkant – valgte jeg derfor å holde intervjuene én til én, med håp om at resultatene og tendensene fra spørreskjemaet skulle gi noen grad av den supplerende funksjon et fokusgruppeintervju ville hatt. Intervjuguiden ble holdt relativt åpen og fleksibel, men kompetansepunktene fra litteraturgjennomgangen og tendensene fra spørreundersøkelsen ble også brukt som utgangspunkt for samtalen (vedlegg 2). En slik fleksibilitet påpekes også som viktig av Malterud (2013, s.129). Informantene ble i tillegg holdt underrettet om hensikten i studien, slik at de hadde størst mulig forståelse for hvilket fokus jeg ønsket under intervjuet og ikke behøvde å spore av unødvendig. Kvale & Brinkman (2004, s.105) påpeker også den etiske verdien i og gi denne typen informasjon. Informantene ble også holdt underrettet i analyse-prosessen og ble forespurt angående eventuelle siteringer som ble gjort, og hvorvidt meningsinnholdet var oppfattet riktig.

### 3.1 Litteratursøk

Litteratursøket ble hovedsakelig gjennomført i perioden Mars – Mai i 2016. Jeg benyttet Universitetsbibliotekets søkebase «Oria» for å finne relevant litteratur og ulike fagdatabaser for å finne frem til relevante artikler og tidligere studier. Blant fagdatabasene var det til slutt bare i «Cinahl» at jeg fant artikler som jeg brukte videre i mitt materiale. «Medline» og den tverrfaglige databasen «Academic search premier» ble også benyttet i søkeprosessen. Søkekriterier ble spesifisert under alle søk. Blant annet ønsket jeg ny og oppdatert kunnskap ettersom fagfeltet i stor grad baserer seg på implementering av den nyeste forskningen – søkekriteriet her ble derfor å kun inkludere artikler nyere enn fra 2005. Den eldste fagboken jeg baserer meg på er fra 2007, og jeg ville ikke at studiene skulle være så mye eldre enn dette. 2005 ble derfor satt som grense. I tillegg ønsket jeg bare fagfellevurderte tekster, dette ble derfor også spesifisert i søkekriteriene. Eksempler på søkeord benyttet var «competence» og synonymer av dette, «quality improvement», «trauma» i ulike varianter: «trauma nurse», «trauma patients», «traumatology», «interprofessional teamwork», «patient safety» og «ICU» for å nevne noen. Begrepet «review» ble også benyttet som søkeord for å forsøke å finne denne typen artikler. Søkeordene ble benyttet i ulike kombinasjoner med «AND» og/eller «OR» i søkevinduet, alt etter kombinasjon og hva som i enkelttilfellet virket som et hensiktsmessig søk. Ved for mange søkeresultater ble kombinasjonene spisset ytterligere. Etter hvert som det ble funnet artikler for gjennomlesing, ble begreper fra disse også benyttet i videre søk. Inklusjonskriteriene for artikler jeg ville benytte videre i studien var at de direkte skulle omhandle en eller flere av teammedlemmene i et traumeteam, eller i en akuttsituasjon og at artikkelen i den sammenheng måtte si noe om hvilke kunnskaper eller ferdigheter som var viktige å inneha. I tillegg til de nevnte databasene har jeg funnet artikler gjennom annen litteratur, gjennom henvisninger. Jeg har også blitt anbefalt litteratur gjennom andre, som jeg har sjekket opp og inkludert der materialet har oppfylt inklusjonskriterier. Jeg foretok også et nytt søk gjennom fagdatabasen «Cinahl» i April 2017, slik at jeg skulle klare å fange opp ny relevant litteratur. Hovedfunnene fra materiale brukt fra litteratursøket presenteres under teoretisk grunnlag. Totalt ni vitenskapelige artikler, hvorav tre reviews, ble inkludert i studien.



### 3.2 Utvalg

Jeg valgte i oppgaven å fokusere utvalget mitt på to av gruppene i et team på langt flere: Sykepleiere tilknyttet akuttmottak og leger under spesialisering i kirurgi. I et traumeteam jobber det tverrfaglig og det er nødvendig at samtlige av deltakerne i teamet jobber godt sammen; ikke bare de to yrkesgruppene som er inkludert i utvalget. Det som likevel skiller de to valgte gruppene til utvalget i denne masteroppgaven og som er begrunnelse til at dette valget ble gjort, er at de i størst grad har eierskap og ansvar for pasienten så lenge pasienten er ivaretatt av traumeteamet. Sykepleieren har i stor grad ansvar for logistikk og samarbeid, samt de fleste grunnleggende undersøkelser som skal gjennomføres i forbindelse med den standardiserte algoritmen som mottaket av traumepasienten innebærer. Kirurgene foretar, eller har koordinerende ansvar for den faktiske systematiske gjennomgangen av algoritmen, og har ansvar for å beslutte tiltak underveis dersom dette er nødvendig. Begge gruppene har i tillegg en sentral rolle gjennom hele algoritmen, på alle traumepasienten – uten unntak. De andre rollene kan ha en mer passiv rolle, en rolle sentrert til enkelte deler av algoritmen eller ut fra et gitt behov/gitt problem. Jeg anså det som rimelig å anta at når oppgaven først måtte begrenses ut fra sitt omfang og tidsperspektiv, så var det mest hensiktsmessig å fokusere på de to gruppene som i størst grad vil kunne si noe om sin opplevelse med traumeteam med bidragsytelse i hele algoritmen. Inklusjonskriteriet for utvalget ble derfor at de måtte være enten kirurger i spesialisering eller sykepleiere med tilknytning akuttmottak. Et annet inklusjonskriterium var at de jobber i traumeteam. Til spørreundersøkelsen var det utelukkende disse to inklusjonskriteriene som ble brukt. Til dybdeintervjuet ble det i tillegg tatt hensyn til erfaring og interesse for faget. Dette innebar også at informantene har fått gjennomgått en del obligatorisk traumekursing beregnet på sitt nivå. For sykepleiere i akuttmottak ble inklusjonskriterium satt til en minimumserfaring ved avdelingen på 4 år og at man i tillegg hadde fått gjennomført de to traumekursene som tilbys lokalt ved sykehuset. Et annet inklusjonskriterium for kirurgene som skulle intervjues, var at de måtte ha lang nok erfaring og kursing til å fungere som teamleder. Tanken var at jeg på denne måten ville få dybdeintervjuer av folk med lang nok erfaring til å ha gjort opp en mening om hvilke ting som i størst grad har en stor betydning for pasientenes sikkerhet i denne sammenhengen. Jeg besluttet også å bruke lik andel menn som kvinner, basert på at kjønnsfordelingen er *relativt* lik generelt sett over de to rollene og fordi menn og kvinner gjerne kan tenkes å ha forskjellige fokus og oppfatning i slike

situasjoner. Det er likevel brukt kjønnsløs benevnning (h\*n) i oppgaveteksten for å opprettholde høyest mulig grad av anonymitet for informantene. Intervjuobjektene hadde også varierende alder, med hensyn til mulige ulike perspektiver.

Angående antall informanter, ble dette en todelt tilnærming. Spørreskjemaene hadde et potensial til å nå omtrent 130 respondenter, hvorav 27 svarte. Fordelingen var 21 sykepleiere og 6 leger. Av de 130 potensielle respondentene er omtrent 100 sykepleiere og 30 leger. Til dybdeintervjuene brukte jeg 6 informanter, hvorav 3 leger og 3 sykepleiere. Jeg syntes det var vanskelig å velge «riktig» antall informanter og leste i den forbindelse begrunnelser for ulike utvalgsmengder. Kvale & Brinkmann (2004), Christoffersen et.al (2015) og Malterud (2013) nevner alle begrepet metningspunkt i forhold til utvalg. At metningspunktet nås, innebærer at utvalget skal bestemmes ut fra når det ikke fremkommer ny kunnskap fra å benytte flere respondenter. I følge Malterud (2013, s.60) kan denne forståelsen være feilaktig, ved at man da også må mene at det finnes en «*endelig og overskuelig mengde fakta*» og at det kan være andre grunner enn metning til at forskeren ikke finner noe nytt i påfølgende data. Kvale & Brinkmann (2004), Christoffersen et.al (2015) og Malterud (2013) sier også at utvalget må stå til formålet og at utvalget ikke bør skje tilfeldig. Det blir nevnt at tidsaspektet og økonomiske hensyn ofte er det som setter begrensninger for antallet respondenter, men at relevansen for utvalget ofte er av større betydning enn kvantiteten. For stort utvalg kan også føre til uoversiktlig materiale og overfladisk analyse. Malterud (2013, s.56) bruker begrepet «*strategisk utvalg*» og sier i den forbindelse at «*Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp.*» Malterud (2013, s.61) sier også at «*En tommelfingerregel er at utvalget skal være passe stort til at vi kan belyse vår problemstilling*» og «*Kan du poengtere et rikt resultatavsnitt med troverdige historier som kan utgjøre en forskjell, har utvalget ditt vært tilfredsstillende, uansett N eller «metning»*». Etter gjennomgang av argumentasjon for utvalgsstørrelse satt jeg igjen med inntrykk av at jeg særlig hadde to hensyn: hvor mange informanter jeg minimum burde ha og hvor mye tid jeg hadde på meg. Antallet informanter til dybdeintervjuet ble altså bestemt etter å ha overveid tidsperspektiv og antall informanter nødvendig for å få frem kunnskap fra et mest mulig variert utvalg ut fra en relativt homogen gruppe. Utvalget ble heller ikke gjort tilfeldig, men direkte med tanke på hvilke personer jeg vurderte i stand til å svare uten å moderere sannheten med hensyn til noe/noen. Jeg anså til slutt 6 informanter til å være et stort nok utvalg til å få frem relevant og bred

kunnskap, da jeg selv har kjennskap til feltet og måten å jobbe på. Dette er en faktor som også Malterud (2013, s.60) påpeker som relevant:

*«Hvis forskeren har gjort godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse kan data fra et lavt antall informanter (fire til syv) være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale»*

### **3.3 Innsamling av data**

Innsamling av data skjedde i papirformat ved besvarelse av spørreskjemaer (vedlegg 3). Spørreskjemaets struktur og spørsmålsformulering ble inspirert av materiale fra Kvale & Brinkmann (2015) og ble i tillegg diskutert sammen med veileder. Spørreskjemaene ble besvart anonymt, men rollen i teamet ble bedt om å oppgis. Lydbånd ble benyttet under dybdeintervjuene og ble kodet av studenten. Også spørsmålsformuleringen i intervjuguiden ble inspirert av Kvale & Brinkmann (2015). Oppbevaringen av datamateriale og lydopptak skjedde på privat elektronisk fil med sikkerhetspassord kun kjent av meg, eller i papirformat. Materialet henholdsvis slettes eller makuleres ved prosjektets slutt.

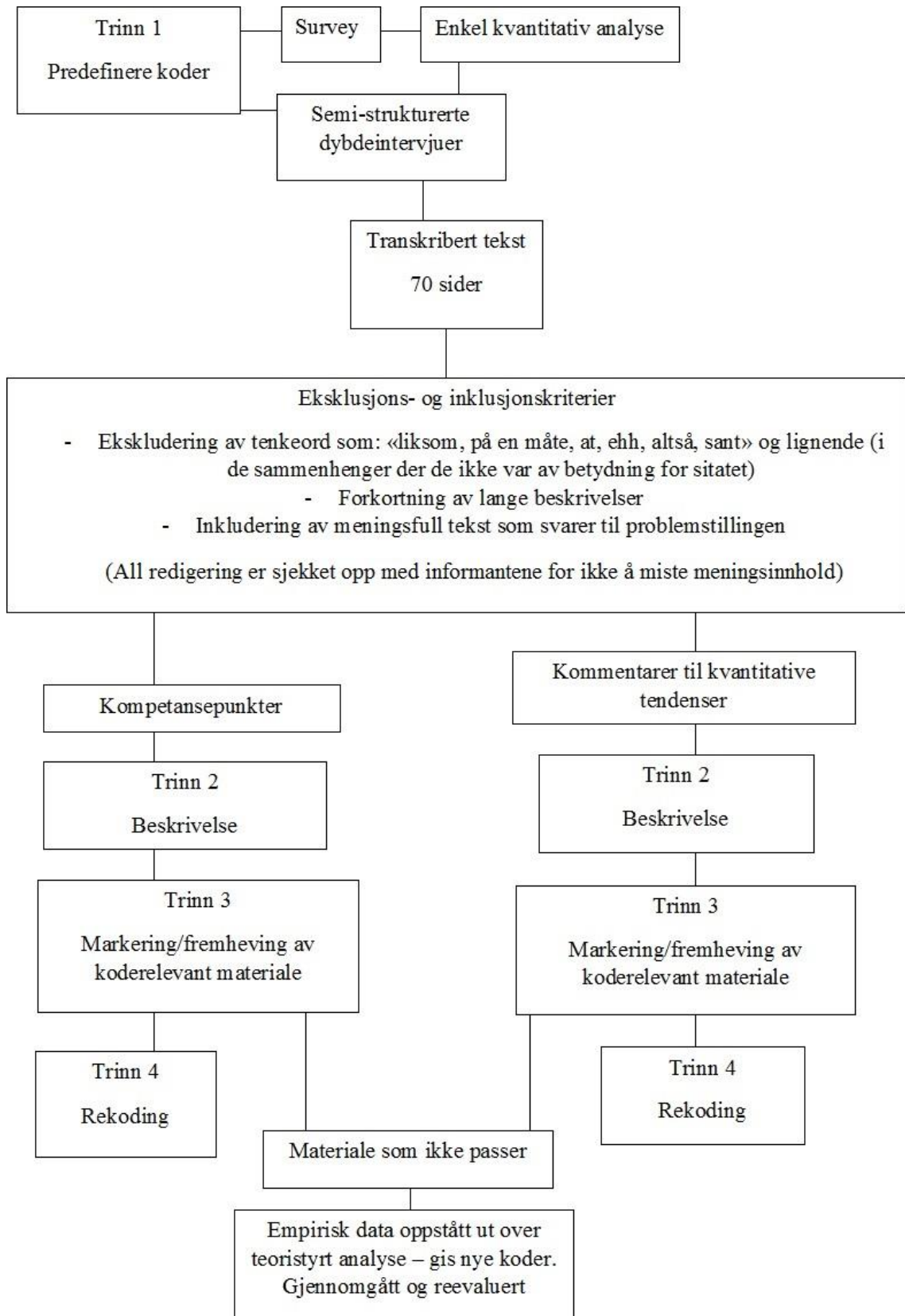
### **3.4 Analyse**

I analysen av materialet mitt har jeg brukt artikkelen til Hsieh & Shannon (2005) som veiledende analyseverktøy. Utgangspunktet var å bruke Malterud (2013) sitt analyseverktøy for systematisk tekstkondensering, siden jeg i metoddelen øvrig baserte meg mye på denne metodeboken. Det kom imidlertid frem etter hvert at Malterud (2013) sitt analyseverktøy ikke var optimalt for det materialet jeg hadde, da materialet i for stor grad ble teoristyr. Teoristyr analyse gir ifølge Malterud (2013, s.95) *«risiko for reproduksjon av allerede kjent kunnskap»*, men da en del av denne oppgaven allerede baserte seg på kjent kunnskap som skulle rangeres og vurderes, fremstod dette likevel mest hensiktsmessig i forhold til å besvare problemstillingen på en god måte når jeg ble gjort oppmerksom på den artikkelen jeg endte med å bruke som utgangspunkt. Hsieh & Shannon (2005, s.1283) poengterer fordelene ved en slik tilnærming:

*«The theory or prior research used will guide the discussion of findings. Newly identified categories either offer a contradictory view of the phenomenon or might further refine, extend, and enrich the theory»*

Som jeg har beskrevet innledningsvis er det å belyse en ny side av og å videreutvikle et allerede vel utforsket felt, det som er hensikten med denne studien. En teoristyrte tilnærming ville derfor være riktig analysemetode. Analysen vises skjematisk i figur 1. Den kvantitative delen av oppgaven ble analysert gjennom enkle statistiske mål. Det er viktig å få frem at jeg i den kvantitative delen kun var opptatt av å finne tendenser i tallmaterialet. Dette ble gjort gjennom å rangere svarene og finne gjennomsnitt og forskjeller mellom de to gruppenes svar. Analysen ble derfor kun deskriptiv og det ble ikke lagt vekt på signifikans. Tallmaterialets tendenser ble beskrevet i tekst og ble benyttet videre i intervjuene. Det totale transkriberte materialet ble forkortet etter ekskluderingskriterier gitt i figuren og deretter analysert etter de fire punktene som er beskrevet av Hsieh & Shannon (2005):

1. Predefinere å identifisere koder fra litteratur og tidligere forskning. (Dette punktet ble i stor grad gjennomført i denne studien i forkant av datainnsamlingsprosessen, da med tanke på kompetansepunktene)
2. Beskrivelser for hver kategori bestemmes gjennom bruk av teori
3. Markere/fremheve all tekst som ved første øyekast representerer de predefinerte kodene.
4. Koding av alt fremhevet materiale ved bruk av de allerede predefinerte kodene. Materiale som ikke passer får en ny kode.



Figur 1: Analyseprosessen

### **3.5 Validitet og reliabilitet**

Spørreskjemaet (vedlegg 3) ble gjennomgått med en testgruppe som oppfyller kriteriene jeg satte for utvalget. Jeg fikk i denne sammenheng tilbakemelding av testgruppen hvorvidt spørreskjemaet var forståelig, inneholdt forvirrende formuleringer eller hadde åpenbare mangler. At en gruppe lik utvalget vurderer spørreskjemaet og gir svar som samsvarer med senere besvarelser, gjør at intern validitet og reliabilitet oppnås.

Validitet er et begrep som sier noe om i hvilken grad man kan si at resultatene er gyldige. Reliabilitet er en forutsetning for validitet og beskriver stabilitet i forutsetningene for målingene. Siden svarene ble benyttet til å utføre videre dybdeintervjuer anses diskusjonsgrunnlaget og de videre svarene til å være i samsvar med den reliabiliteten som ble oppnådd i tidligere fase av prosjektet. At utvelgelsen av informanter ble gjort uten innblanding av en tredjepart gjør at man ikke står i fare for å få et utvalgt selektert ut fra en oppfatning om at de vil gi eller ikke gi en spesifikk type informasjon. Under analyseprosessen er også informantene holdt orientert om hvordan deres intervju er tolket og gitt mulighet til å korrigere dersom de føler seg mistolket eller meningsinnhold har forsvunnet. At ingen av informantene har korrigert innhold viser validitet for tolkningen.

### **3.6 Forskningsetiske vurderinger**

I studien ble det tatt noen forskningsetiske vurderinger. Rent juridisk innebar det å få formelle godkjenninger for gjennomføring av studien. Søknad til NSD ble sendt, og forespørsel til den lokale forskningsavdelingen ved sykehuset ble gjort med en kortfattet presentasjon av prosjektet. Svar fra begge instanser ligger som vedlegg til oppgaven (vedlegg 4 og 5).

Studien var meldepliktig til NSD av Personopplysningsloven (2001) § 31 a) fordi jeg lagrer elektroniske personopplysninger som er indirekte identifiserbare, herunder kombinasjonen av lydopptak og arbeidsrolle. Ingen direkte sensitive opplysninger lagres og ingen personopplysninger publiseres, hverken indirekte eller direkte. Alle data slettes permanent ved studiens slutt.

Studien var ikke meldepliktig til REK da ingen pasientopplysninger eller helseregisteropplysninger ble hentet ut. Studien var også å regnes som kvalitetssikring fordi det ble vurdert forhold relatert til gjeldende helsetilbud og ikke ny.

Informasjon- og samtykkeskjema (vedlegg 1) ble skrevet i et samlet dokument, basert på REK sitt standardiserte skjema: Infoskriv voksne (REK, 2015).

Deltakerne i spørreundersøkelsen fikk formidlet gjennom skjemaet hva hensikten med studien var og hvordan materialet ville håndteres (vedlegg 3). Samtykke ble skriftlig informert gitt av besvarelsen. I forhold til deltakelse til intervju ble hensikten skriftlig og muntlig gitt informasjon om, samt at samtykke kunne trekkes uten grunn. Ferdig transkribert og analysert materiale tilhørende hver enkelt ble sendt til den respektive informant for godkjenning, slik at det ikke skulle oppstå mistolking og feilsiteringer som den enkelte ikke gikk god for i etterkant. Alt materiale ble godkjent.

### **3.7 Nærhet til forskningsfeltet**

Min egen tilknytning til det sykehuset jeg studerer innebærer at jeg må ha et reflektert forhold til hvilke konsekvenser det kan ha hatt. Selv om materialet kan preges i negativ forstand ved at jeg har en nærhet til forskningsfeltet, kan det også tenkes at det gir en helt annen åpenhet og at man ikke forsøker å kamuflere ting som ikke er optimale – ettersom intervjueren «vet bedre». Jeg opplevde ikke under intervjuene at de som ble intervjuet vegret seg for å svare, det fremsto tvert imot som at det var enkelt å sette ord på utfordringer og oppfatninger vedrørende teamet. Malterud (2013, s.201) sier også at «*En skeptisk deltaker kan velge å holde tilbake informasjon*», noe det i større grad kan tenkes at jeg unngår som kollega. Den negative innvirkningen kan ifølge Malterud (2013, s.202) oppstå ved at forskeren lar seg rive med i historier og dermed ikke overveier «*alternative versjoner eller tolkninger*». Jeg har i prosessen ikke opplevd å bli følelsesmessig engasjert i den grad at jeg tror det har preget vegen videre. Analyseprosessen ble også validert av en tredjeperson uten nærhet til feltet, slik at reliabilitet til materialet fremdeles skal være ivaretatt.

## 4. RESULTATER

Resultatene for oppgaven blir presentert i dette kapitlet. Som nevnt i struktur for oppgaven, vil presentasjonen være mest mulig nøktern. Det innebærer at direkte gjengivelse/sitater, prevalensen av oppfatningene og kontekst vil være det som oppsummeres. Kompetansepunktene gjennomgås først, deretter spørreundersøkelsens tendenser med kommentarer og til slutt øvrige funn fordelt under sin respektive tematikk.

### 4.1 Kompetansepunkter

Det ble i spørreundersøkelsen og intervjuene ikke lagt føringer for hvordan utvalget skulle tolke de ulike kompetansepunktene. I dette underkapitlet gjennomgås derfor alle kompetansepunktene systematisk og oppsummerer den oppfatningen som intervjuobjektene har hatt både i forhold til definisjon og til relevans for traumemottaket som helhet og de som jobber i det.

#### 4.1.1 Kommunikasjon

Alle informantene sa at kommunikasjon er et av de aller viktigste kompetansepunktene og at det er viktig at alle i teamet, kanskje særlig teamleder er tydelig og klar i måten informasjon formidles på og at man evner å formidle relevant informasjon. Tre av informantene poengterte at det kan være gunstig med lite kommunikasjon, i form av at man veldig tydelig ikke sier mer enn det som er nødvendig for å opprettholde ro og ikke skape unødig støy. En av legene sa det slik:

*«Kommunikasjon er selvfølgelig veldig relevant. Også i form av mangel på sådan; jeg vil helst ikke ha så mye. Det som kommuniseres må være korrekt, rett på sak og veldig klart.»*

To av legene nevner lukket kommunikasjon eller «*closed loop*» som gunstig kommunikasjonsverktøy. En av dem beskrev dette slik:

*«Lukket kommunikasjon er viss jeg som traumeleder for eksempel ber noen hente varmeteppe. Hvis jeg stiller det som et helt åpent spørsmål, så tror jeg det fort kan bli litt mer forvirrende - selv om kanskje portøren i traumeteamet vet at det er de som ofte gjør den jobben. Men ideelt sett, så burde jeg jo være mye mer presis, at jeg helst sier navnet på portøren hvis jeg kan det eller eventuelt rolle da – altså «portør kan du hente flere varmeteppe?»; da blir det adressert mye*



*tydeligere. På samme måte bekrefter portør da: «ja jeg henter varmetepper» og da har jeg forstått at det ha blitt oppfattet. Og når de da har hentet varmeteppene og de da sier «her er varmeteppene», så vet jeg at den delen er utført»*

En av sykepleierne nevnte også i forbindelse med kommunikasjon at det er gunstig å ha en gjennomgang, de gangene det er tid til det, i forkant av at pasienten ankommer for å formidle felles til teamet hva som er situasjonen og hva man forventer av skader og fra hverandre. Informanten sa det slik:

*«Det er veldig greit de gangene teamlederen har en gjennomgang på forhånd og man får tatt en presentasjon. At det gjerne gis et par påminnelser og at det sies hva som forventes av teamet. Jeg tror det skaper trygghet, felles forståelse og godt samarbeid. Det setter gjerne standarden slik at man har et godt utgangspunkt.»*

En av legene kommenterte også at dårlig kommunikasjon kan gi stor negativ påvirkning for pasientsikkerheten: *«Hvis man ikke er tydelig i kommunikasjon så kan det oppstå misforståelser som kan sette pasientene i større fare.»* Informanten argumenterte for påstanden med å fortelle en historie han hadde hørt om en annen kirurg som under et traume måtte åpne opp for å klemme av hovedpulsåren. I denne prosedyren trengte han hjelp til å støtte pasientens arm og ba en av sykepleierne om å «støtte armen» hvorpå denne sykepleier forsvant på leting etter det hun oppfattet som et fysisk objekt som kirurgen trengte, på et svært kritisk tidspunkt.

#### *4.1.2 Evne til empati*

Fire av informantene var enige i at empati ikke bør være fokus i et traumeteam, selv om det anses som en grunnforutsetning at helsepersonell innehar en viss grad av empati. To av sykepleierne etterlyste det eller poengterte at empati er spesielt viktig i traumesammenheng. En av dem sa det slik:

*«Jeg synes jo det er veldig viktig at vi har evne til empati som medmennesker og i arbeidssammenheng. Dersom dette er det siste pasienten får oppleve, så er det jo ganske følt. At han ikke har blitt ivaretatt. Man må ta vare på pasienten oppi det hele.»*

En av sykepleierne ga uttrykk for at selv om empatibegrepet ikke er uklart, så vil det være litt diffust og udefinert i traumesammenheng. I tillegg sa samme informant at «evne til empati» ikke finnes som egen «bolk» i noe traumerelatert opplæring så vidt h\*n bekjent, og da får det ikke fokus. Dette blir uttrykt på følgende måte:

*«Det er ikke noe som er i fokus. ATLS kurset har ikke det som et eget tema eller bolk. Det er noe som alle kan gjøre. Så viss alle kan gjøre, hvem eier det? Hvem skal være ansvarlig for å gi empati? Det står du skal informere pasienten (traumemanualen), men jeg tror ikke det står at du skal gi empati til pasienten. Og du er sårbar når du ligger der. Informasjon og empati er jo ikke det samme, men. Det er vanskelig å si hva man rent praktisk skal gjøre, det er ikke som å bestille en blodprøve. Det handler om mellommenneskelige aspekter og sånn er det.»*

Videre sa tre av informantene at anestesipersonellet muligens er de som i et traumeteam i størst grad bør ha oppgaven med å ivareta den mellommenneskelige biten i forhold til pasienten. En av dem sier det slik:

*«Jeg tror at det er så mye bråk og så mye forstyrrelser i rommet, at faktisk anestesipersonellet er en nøkkel til empatien til pasienten i traumemottak. For de er geografisk bare noen centimeter unna øre og øyne og jeg tror at de klarer å få til det.»*

#### *4.1.3 Samarbeidsevne*

Tre av informantene definerte samarbeidsevne som en totalinnsats av teamarbeidet og hvor effektivt dette utføres. En av dem dro paralleller til formel 1 teamene i forbindelse med denne oppfatningen. To av informantene relaterte det å «komme overens» som en faktor. Den ene av informantene sier: «Det er lett å merke når noen ikke går helt overens, det blir litt mer halting med en gang. Det går stort sett på person at man ikke har den evnen til å samarbeide.» En av de andre informantene delte også oppfattelsen om at samarbeid nok er en individuell faktor, som kan jobbes med. En av legene mente at nøkkelen til at samarbeidet skal fungere er at det jobbes med også utenfor traumesammenheng:

*«Samarbeidsevne er noe jeg tror man også løser på forhånd. Jeg tror at hvis man etablerer gode prosedyrer og gode relasjoner til de du jobber*

*sammen med over tid, så fungerer samarbeidet bedre også i en akutt og stresset situasjon.»*

#### *4.1.4 Imøtekommenhet*

Fire av informantene sa at imøtekommenhet handler om velvillighet og å kunne søke råd eller i det minste være åpen for råd og andres meninger i teamet. En av dem sier det slik: *«Hvis en er imøtekommende i et traumeteam, så er en vel åpen for ideer og kommentarer. Selvfølgelig det må man jo være.»* Denne evnen verdsettes i størst grad om teamleder har. To av informantene mente at samarbeidsevne og imøtekommenhet er to sider av samme sak.

#### *4.1.5 Besluttsomhet*

Samtlige informanter så besluttsomhet som et svært viktig kompetansepunkt og var enige i at det i hovedsak tilhører lederen av teamet:

*«Det er spesielt anestesilegen og teamleder som må kunne være besluttsomme sammen, men til slutt så er det teamlederen som er nødt til å stå som en tydelig og besluttsom leder.»*

*«Besluttsomhet, det er jo kjempeviktig. I hvert fall for teamleder da, at man kan ta en avgjørelse og klare å formidle det videre sånn at alle skjønner hva som skal gjøres videre.»*

*«Jeg tenker at viss man klarer å være besluttsom som leder og kan lede teamet og være besluttsom, da vil det gjerne føles trygt for teamet. «*

*«Besluttsomhet er viktig for de som er ledere i team. Jeg føler jo at de har hovedansvaret.»*

Det ble sagt at manglende besluttsomhet for det første kan bli svært farlig for pasienten, men for det andre også kan skape veldig støy og usikkerhet innad i teamet. En av legene oppsummerte sin oppfatning av beslutningsevnen slik:

*«Man er mange ganger nødt til å ta avgjørelser under tidspress og manglende informasjon. Da er du nødt til å ta avgjørelser basert på det du klarer å tolke ut fra pasienten fysiologi eller den situasjonen du er i. Å være besluttsom da det tror jeg er viktig, men samtidig så må man ikke bli så besluttsom at man ikke evner å vurdere på nytt den avgjørelsen som er tatt.»*

Tre av informantene snakket om de andre rollenes besluttsomhet og kom fram til at man må kunne utføre sin egen oppgave med en viss besluttsomhet, at man må ha et «klinisk blikk» under traumemottaket og at det dessuten er et felles ansvar å ytre det man eventuelt føler at har blitt oversett.

#### 4.1.6 Tekniske ferdigheter

Alle informantene var enige om at det er svært viktig at alle i teamet kan sine profesjonsspesifikke prosedyrer. En av legene sa det slik:

*«Alle må kunne utstyret og prosedyren de selv skal gjøre. Alle skal ikke kunne legge inn et thoraxdren, eller kunne intubere, men de som skal ha det som oppgave må kunne prosedyren på rams. Hvis noen ikke kan prosedyren sin og det er en pasient som er dårlig, så er det snakk om liv og død.»*

Mens en av sykepleierne ga uttrykk for det samme på følgende måte:

*«Tekniske ferdigheter er alfa og omega. Alle må ha kjennskap til sine egne spesialiteter. Og det er jo alt i fra portør til doktoren det. At de kan sin del av teamet. For alle er jo viktige brikker for at det skal bli et bra resultat.»*

En av de andre informantene poengterte også at teamet må kjenne til hva som er plan B dersom en spesifikk prosedyre ikke lar seg gjennomføre, slik at dette kommer raskt på plass. Det ble av to informanter understreket at det vil kunne være direkte farlig dersom noen ikke kan prosedyren sin og at det oppfattes som en forutsetning for at man i det hele tatt er der. En av sykepleierne oppfattet i denne forbindelse den lokale opplæringen for sykepleierne som mangelfull og en av legene ga uttrykk for frustrasjon overfor hendelser som har oppstått fordi kollegaer ikke har hatt god nok kontroll på sine prosedyrer og konsekvensen at dette. Det ble sagt slik:

*«Med en gang jeg som teamleder er nødt til å gjøre en prosedyre fordi undersøkende kirurg ikke kan det eller ikke er rask nok og jeg må ta over for at vi ikke skal bruke opp tid, så forsvinner kontrollen på mottaket.»*

#### 4.1.7 Kjennskap til systemet

Alle informantene var tydelige på at alle i teamet bør ha kjennskap til systemet og kunne algoritmen, for slik å kunne «time» sin funksjon eller ulike tiltak/prosedyrer. Det

ble poengtert at man kan avvike fra algoritmen unntaksvis, men at hovedregelen er å følge den. En av legene sa det slik:

*«Jeg tror kjennskap til systemet er helt avgjørende. Det er bygd opp veldig militært etter et veldig fast mønster og selvfølgelig av og til så kan man måtte avvike fra mønsteret, men sånn generelt så tror jeg at man må følge det systemet man har. Jeg husker en erfaren overlege som hadde jobbet mye med traume, han sa det er når vi avviker fra systemet at det går til helvete. Og det tror jeg han har et poeng i, at det finnes noen ganger der man kan improvisere, men hvis man begynner å improvisere veldig mye så kan det være at folk blir usikre og at totalutfallet kan bli dårligere. Så jeg tror det er viktig at alle som er i teamet, da hvert fall kjenner da gangen i det. Du har et stort team så veldig mye blir kanskje gjort parallelt, men likevel at man følger abc.»*

I dette sitatet ble det også sagt noe om at ting foregår parallelt i et team, noe som ble påpekt at er nødvendig av totalt tre av informantene. Det ble også sagt at man i de tilfellene likevel ikke må avvike fra systemet. En av sykepleierne ga et eksempel for en mulig konsekvens av manglende kunnskap om algoritmen:

*«Jeg tror at hvis man ikke har kjennskap til algoritmen, så vet man ikke hva man skal gjøre. Da tenker man ut fra goodwill, at man vil gjøre det beste. Har han da smerter i magen og gir tydelig uttrykk for det, så begynner man gjerne med det da. Det er gjerne ikke mest hensiktsmessig for pasienten.»*

#### 4.1.8 Utstyrsoversikt

Alle informantene så det som høyst vesentlig å vite hvor tilgjengelig utstyr befinner seg. Tre av informantene mente at man ideelt sett skal ha stålkontroll på hvor utstyr en selv kan komme til å måtte bruke befinner seg, men at det kan være noen som i tillegg har en overordnet oversikt. De tre andre informantene mente at sykepleierne i akuttmottak i hovedsak skal ha denne oversikten, men at det er gunstig om hver enkelt kan finne sitt eget. Informantene var med andre ord delt i forhold til om de prioriterte viktigheten av overordnet oversikt over rollespesifikk oversikt, eller omvendt. Førstnevnte oppfatning uttrykkes av en av sykepleierne slik: *«Akuttmottakssykepleierne bør vite hvor ting er. De eier det rommet»* og av en av legene slik: *«Utstyrsoversikt er det kanskje viktigst at de fra mottaket har kontroll på. Helst alt, i tilfelle noen andre ikke kan det.»*. Mens to andre informanter ga uttrykk for den omvendte oppfatning av prioriteringen slik: *«Det*

*er alltid huller i et system – og da er det greit at det er back-up. Og den back-up'en må jo vi (sykepleierne) nødvendigvis ha som er i mottaket.»*

*«Det er nok like viktig at jeg (sykepleier) vet det som at de (andre i teamet) vet det, siden jeg hører hjemme i akuttmottaket. Jeg må vite det, men det er også deres ansvar.. altså de har jo sitt domene og da mener jeg at de skal være drillet til det.»*

Samlet sett var det en enighet gjennom alle informantene om at alle i teamet optimalt sett bør kjenne sitt utstyr og hvor der er, samtidig som det bør finnes noen i teamet med overordnet oversikt – da kanskje spesielt akuttsykepleieren.

#### *4.1.9 Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang*

Fire av informantene poengterte at de føler det er underforstått eller gitt at noen i teamet kan dette, fordi det finnes i grunnutdannelsen eller kursing rettet mot traume og dermed er en forutsetning for at de som trenger å kunne det er i teamet. En av legene sa i den forbindelse: *«Hvis ingen hadde kunnet det, det hadde vært katastrofe. Men det er jo underforstått at noen har den forståelsen tenker jeg.»* De informantene som oppfattet kunnskapen som underforstått vektla det hovedsakelig som viktig for legene i teamet. Fire av informantene poengterte også at teamet likevel vil ha fordel av at flere skjønner hele sammenhengen gjennom prosessen. Særlig sykepleiere blir nevnt. En av legene sa:

*«Det er nok en veldig fordel om alle vet hva vi snakker om. Ikke bare hvordan systemet fungerer, men at alle sykepleierne har eksterne kurser som tilrettelegges for dem. Sånn at vi har den felles forståelsen av fysiologien og skademekanismen.»*

En annen av legene ga uttrykk for det samme - og poengterte samtidig en mulig gunstig effekt av at flere i teamet har forståelsen, slik:

*«Jeg tror de med sub-oppgaver i et traumeteam kanskje ikke trenger å ha full forståelse for det, men jo mer man har av det dess bedre er det jo. Men hvis du forstår mer hvorfor en ting er viktig – så er det kanskje lettere å gjøre de riktige tingene eller å komme med innspill for forbedringer. De som tar beslutninger for pasienten, de må definitivt ha forståelse for fysiologi og skadeomfang og alt det der.»*

En av sykepleierne mente at det militære og prehospitale muligens er flinkere på å utdanne personalet til å ha god kunnskap innenfor dette og føler ikke at personalet inhospitalt er flinke nok til å ta det i betraktning.

#### *4.1.10 Kjennskap til rollefunksjoner*

I forhold til å ha kjennskap til andre rollefunksjoner kom det frem som særs viktig å kjenne sin egen funksjon og holde seg til den, men samtidig kjenne godt til de andre rollene og funksjonene for andre roller slik at man er i stand til å bufre dersom det blir nødvendig. En av legene sier det slik:

*«Jeg tror det er viktig at man vet hvilke funksjoner som inngår i et team og hvilke oppgaver og roller de forskjellige har, slik at man sånn sett kan bufre eller erstatte en person om den mangler.»*

Og en annen lege sa om individuelt kjennskap til egen rolle:

*«Man må vite sin rolle og man må vite hvilke forventninger som eksisterer til den rollen man har.. Ikke bare å ha kjennskap til rollefunksjon, men også og holde seg til den rollen man har. Det er viktig og ikke gå så veldig mye ut over det.»*

To av sykepleierne poengterte at det er gunstig om noen tar initiativ til en presentasjonsrunde før pasienten kommer når det er tid til det, slik at alle får med seg hvilket navn og ansikt som spesifikt hører til hvilken rolle. En av dem sa det slik:

*«Kjennskap til rollefunksjon. I forhold til det å vite hvem som har ansvar for hva: Når vi har tid til en presentasjonsrunde, så er det spesielt gunstig i forhold til at man vet hvem man skal spørre om ting og gjerne spesifikt spørre med navn. For da er det ingen tvil. Det tror jeg gjør at det blir mye mer effektivt.»*

## **4.2 Kvantitative tendenser med kommentarer**

Spørreundersøkelsen bygger på de identifiserte kompetansepunkter fra litteratur som omhandler Traumatologi. Tendensene fra spørreundersøkelsen presenteres i denne delen av resultatene, hovedsakelig som ren beskrivende tekst i fet skrift. Dette er på grunn av at informantene under intervjuprosessen ble presentert for tendensene muntlig. Det ville vært mer utfordrende å transkribere og tolke materialet dersom intervjuene baserte seg på at informantene skulle tolke skjemaer/figurer under intervjuene. Et oversiktsskjema

over rangeringen (tabell 3 og 4) og en differansetabell (tabell 5) presenteres likevel i denne resultatdelen, slik at det er lettere for leseren og skape seg et oversiktsbilde for videre lesing. Tekstbeskrivelsen er den samme som ble presentert muntlig under intervjuene. Spørreskjemaet i sin helhet følger som vedlegg (vedlegg 3) til oppgaven, men er i grove trekk en numerisk rangering av kompetansepunktene fra 1-5 der 5 er høyeste score.

Rangert i prioritert rekkefølge for egen rolle:	
Sykepleiere:	Leger:
1. Kommunikasjon (4,8)	1. Kommunikasjon (5)
2. Kjennskap til systemet (4,79)	2. Kjennskap til systemet (4,87)
3. Samarbeidsevne (4,68)	3. Besluttsomhet (4,75)
4. Utstyrsoversikt (4,47)	4. Kunnskap/forståelse av fysiologi m.m. (4,62)
5. Tekniske ferdigheter (4,47)	4. Samarbeidsevne (4,62)
6. Besluttsomhet (4,31)	6. Kjennskap til rollefunksjon (4,17)
7. Kjennskap til rollefunksjon (4,17)	7. Tekniske ferdigheter (4,12)
8. Kunnskap/forståelse av fysiologi m.m. (4,0)	8. Utstyrsoversikt (3,62)
9. Imøtekommenhet (3,63)	9. Imøtekommenhet (3,5)
10. Evne til empati (2,89)	10. Evne til empati (2,75)

Tabell 3

Rangert i prioritert rekkefølge for den andre yrkesgruppens rolle:	
Sykepleiere (ifølge leger):	Leger (ifølge sykepleiere):
1. Utstyrsoversikt (4,87)	1. Besluttsomhet (4,94)
2. Kommunikasjon (4,75)	2. Kommunikasjon (4,89)
3. Samarbeidsevne (4,62)	2. Kjennskap til systemet (4,89)
4. Kjennskap til systemet (4,5)	4. Kunnskap/forståelse av fysiologi m.m. (4,83)
5. Tekniske ferdigheter (4,37)	5. Samarbeidsevne (4,72)
6. Kjennskap til rollefunksjoner (4,17)	6. Tekniske ferdigheter (4,44)
7. Imøtekommenhet (3,87)	7. Kjennskap til rollefunksjoner (4,17)
8. Kunnskap/forståelse av fysiologi m.m. (3,87)	8. Imøtekommenhet (3,61)



8. Besluttsomhet (3,62)	9. Utstyrsoversikt (3,5)
10. Evne til empati (3,12)	10. Evne til empati (3,05)

Tabell 4

#### 4.2.1 Tendens 1: «Svært viktig» og «avgjørende» kompetanse

**Kommunikasjon, samarbeid, tekniske ferdigheter, kjennskap til systemet: Både sykepleiere og leger vurderte disse punktene med score mellom 4-5, altså mellom score tilsvarende mellom «svært viktig» og «avgjørende» for begge rollene.**

**Besluttsomhet og kunnskap om fysiologi, skademekanisme og skadeomfang blir av begge rollene rangert mellom 4 og 5 for legene og utstyrsoversikt blir av begge rollene rangert så høyt for sykepleierne.**

Fire av informantene var helt enig i den rangeringen som var blitt gjort i besvarelsen av spørreskjemaet. En av sykepleierne sa at hun savnet empatien blant de høyest rangerte, mens en av legene sa spesifikt at empati var noe som var forståelig at ikke var det. Sykepleieren sa det slik: «Ja, jeg er enig. Men jeg føler også at empati er svært viktig. Men det er jo mye som er viktig.». En av legene kommenterte at det var gledelig at det var en tilsynelatende lik oppfatning over hva som var viktigst, men at legene i større grad kanskje burde ta sitt ansvar i forhold til utstyrsoversikt:

*«Sykepleierne er jo helt avgjørende fordi de har mye bedre kontroll og vet konkret hvor utstyr befinner seg, enten man skal hente det ene eller det andre. Samtidig så synes jeg egentlig at legene burde vite noe, i hvert fall om de tingene de har ansvar for. Og der tror jeg ikke legene er flinke nok, fordi man er så vant med å kunne spørre en sykepleier. Men jeg synes at anestesilege bør vite hvor man har utstyr som man trenger til å gjøre en intubering og en kirurg bør vite hvor man kan finne thoraxdren eller utstyr til å gjøre en nødthoracotomi. Du bør ha kjennskap til det utstyret du selv skal bruke, eller kan komme til å måtte bruke. Men en del leger lener seg til, eller stoler blindt på sykepleierne og det er kanskje det som kommer til uttrykk her da.»*

En annen av legene og en av sykepleierne kommenterte spesifikt at utstyrsoversikten i stor grad «tilhører» sykepleierne eller andre. Legen uttrykte det slik:

*«Ja, legene må jo vite hva man har og spille på og må vite hvilket utstyr man har tilgjengelig. Men akkurat å vite hvilket skap og hvilken skuff, det er kanskje ikke så viktig – for spør man om det, så får man det. Men det må være i et team at noen raskt kan få tak i det utstyret man trenger.»*

Mens sykepleieren sa følgende om det samme: *«Utstyrsoversikten tilhører mer sykepleier, hva skulle de gjort uten oss.»*

#### *4.2.2 Tendens 2: Lavest rangert gjennomsnittsscore*

**Det eneste punktet som fikk gjennomsnittscore under 3,5 var evne til empati. Det kom ut med desidert lavest score. Felles gjennomsnitt: 2,95**

Fire av informantene var enige i at dette kompetansepunktet havner på lavest rangert plass av de nevnte, der i blant alle legene. Det ble nevnt at det er viktig å *«skille hva som er avgjørende for pasientens overlevelse»* og ikke, men at helsepersonell bør ha en viss grunnleggende grad av empati. En av legene sa det slik:

*«Det er viktig å ha evne til empati, men der tror jeg man må skille mellom hva som er livstruende og hva som er viktig for hvordan man føler at behandlingen var. Når man da tenker at man skal få gjort en fysisk behandling av en skade og at pasienten skal overleve, så tror jeg at det å ha evne til empati nok ikke blir så viktig.»*

En av de andre legene ga uttrykk for samme oppfatning med følgende kommentar til resultatet:

*«Enig. Jeg tenker at det ikke er avgjørende for at et team skal fungere bra og at resultatet skal bli bra. Samtidig er det en grunnleggende ting. Alle som jobber i helsevesenet har jo en viss grad av empati. Bør ha.»*

Den ene sykepleieren sa at resultatet ikke var sjokkerende, men at hen *«savner det»* og føler det *«henger litt»* i traumesammenheng fordi det ikke får fokus. En annen sykepleier ble overrasket fordi h\*n anser det som svært viktig. Denne informanten resonerte seg frem til at det nok kan forklares ved at man verdsetter andre kompetansepunkter fremfor de mellommenneskelige og har delte meninger om hvorvidt det er bra eller ikke. Informanten ga uttrykk for dette slik:

*«Er det sant? Det var litt sjokkerende. Jeg ble litt overrasket over det faktisk. Jeg synes jo det er veldig viktig at vi har evne til empati som medmennesker og i arbeidssammenheng. Uten det går ikke teamet rundt. Neida, men jeg tenker kanskje at grunnen til at det er rangert lavest er fordi de andre temaene er mer vesentlige. For å redde pasienten kommer empatien lengst ned. Det er mer fokus på andre ferdigheter. De er mer verdsatt enn mellommenneskelige ferdigheter ... Jeg er jo veldig pasientvennlig, så jeg vil jo si at man skal ta godt vare på pasienten.»*

#### *4.2.3 Tendens 3: Tre grunner til at teamet ikke fungerer optimalt*

**Jeg ba folk nevnte de tre viktigste grunnene til at teamet ikke fungerer optimalt. 85% av utvalget satte kommunikasjon på første, 92% satte kommunikasjon blant de tre, og på 2. og 3 plass kom besluttsomhet og samarbeidsevne.**

Alle informantene var enige, eller sa i det minste at de ikke var overrasket over at kommunikasjon er det som oppfattes som den viktigste grunnen til at ting ikke fungerer optimalt i teamet. En av legene sa følgende:

*«Ja det tror jeg er riktig. For alt det andre kan du overvinne hvis du klarer å få til besluttsomheten og kommunikasjonen tydelig nok. Så det kan jeg være enig i. Når det ikke fungerer. Det er sjeldent at pasienten dør eller noe fordi det fungerer dårlig, det skjer i hvert fall ikke mye hos oss, men når det ikke fungerer er det fordi ting blir rotete og det tar tid. Da er det jo stort sett fordi man har ikke vært god nok til å kommunisere, man har ikke en tydelig leder og man har vært dårlig til å samarbeide.»*

Det kommer frem i dette sitatet at det ikke nødvendigvis er fatale utfall som regnes som målet på et dårlig fungerende team, men at det er andre faktorer som preger det. En av de andre legene vektla også andre konsekvenser fremfor det fatale i forhold til kommunikasjon som øverst rangerte grunn:

*«Ja, det er vel mitt inntrykk også. I hvert fall hvis det blir virkelig kaotisk eller ordentlig dårlig eller det blir en konfliktsituasjon etterpå i et traumemottak, så tror jeg det veldig ofte har med kommunikasjon å gjøre. Klart at en sånn enkelt prosedyre-ting kan skape mye uro og gjøre det vanskelig, men da tror jeg at man veldig ofte vil forstå. Teamet rundt vil ha forståelse for at det kan være*

*vanskelig, gitt at det ikke er opplagt at man gjør det helt galt. Det blir ikke noen stor konflikt utav det, men det kan jo være farlig for pasienten. I forhold til kommunikasjon tror jeg det kan være mye større potensial for misforståelser eller større konflikter som kan oppstå. Derfor tror jeg også at det er viktig.*

Fire av informantene var også enige i de to neste vurderingene, mens to av informantene (en lege og en sykepleier) ikke var enig i at besluttsomhet plasseres her. Det ble satt spørsmål med *hva* ved besluttsomheten og *når* i traumemottaks-prosessen dette henvises til, da de ikke kjente igjen at det er en av de viktigste årsakene. En av informantene ga følgende kommentar til resultatet:

*«Tenker man i løpet av de første minuttene, eller etter pasienten har kommet på rom? Nei, på de siste traumene jeg har vært med på så er det nok ikke der jeg har følt at skoen har trykket mest. Jeg er ikke enig i det.»*

#### *4.2.4 Tendens 4: Hva som ikke vurderes som årsak til svikt*

**Når jeg ba folk om å nevne de tre viktigste grunnene til at ting ikke fungerer optimalt, så var det kun ett av punktene som ikke ble nevnt en eneste gang. Det var kunnskap om fysiologi, skademekanisme og skadeomfang.**

Fire av informantene diskuterte hvorvidt det var tilstrekkelig kunnskap som kunne være grunnen til at dette ikke ble nevnt i spørreundersøkelsen. Det ble også nevnt at det for de personene som måtte ha denne kunnskapen, så var dette «innbakt» i utdannelsen og jobben. Eller sagt med andre ord; det ikke er mange i teamet som må ha denne kunnskapen og derfor er det nok sjelden årsaken til at ting svikter. To informanter poengterte det sistnevnte, mens en av informantene drøftet begge de nevnte grunnene til funnet:

*«Det kan jo bety to ting, eller kanskje det er mange ting, men for det første: For mange i teamet, så vil ikke det være helt avgjørende. Fordi en del arbeidsoppgaver kan løses fint uten at du har den biten, som vi har nevnt med portør eller blodprøver eller røntgenbilder. Så det kan være én årsak til at det ikke blir satt så høyt i den prioriteringen. For det andre så kan man jo tenke seg at det kanskje er noe som man er ganske god på. Hvis ikke du har det i bunn og har en minimumsforståelse, så kan du ikke fungere som lege i et traumeteam eller sykepleier. Så kanskje fordi vi opplever at vi har det på plass, så oppleves*

*det ikke som noe problem eller som årsak til konflikter eller årsak til dårlig utfall. Men dette blir jo bare synsing.»*

Det ble også nevnt at det ved dette sykehuset er flinke og erfarne folk på jobb, men at kompetansepunktet gjerne kunne manifestert seg som et problem ved mindre sykehus:

*«Nei, jeg føler jo at man har det ganske godt innarbeidet. Man har jo erfarne folk. Man har valgt å prioritere personer som er flinke på det. På et mindre sykehus så ville det kanskje ha kunnet vært et større problem. Hvis man kun har turnuslegen på vakt og kirurgen kun har hjemmevakt, så kunne jeg sagt at det er kanskje en av de viktigste tingene til at det ikke fungerer. Men jeg mener at det er kanskje det viktigste punktet og ha på plass sånn generelt.»*

En av sykepleierne mente at man nok ikke er bevisste nok relevansen av det som går på skademekanisme og det prehospitale forløpets betydning for det inhospitale og at man således har undervurdert punktet i forhold til når ting ikke går bra. Informanten ga eksempel med at det hender at pasienter kollaberer på CT og at det noen ganger i den forbindelse ikke fremstår som om det har blitt tatt høyde for forløpet og tidsaspektet før pasienten kom inn. Informanten oppsummerte det h\* n i løpet av intervjuet hadde sagt i den forbindelse:

*«Det har jo jeg drøftet litt om allerede, har jeg ikke det. Folk er ikke bevisst nok relevansen. Det er jo to ulike verdener med det prehospitale og det inhospitale og jeg tror på en måte at mange starter på nytt i mottak. Rett og slett.»*

#### *4.2.5 Tendens 5: Differanse mellom legers og sykepleieres vurdering*

**Når man skulle svare på spørreskjemaet, så ble man bedt om å rangere viktigheten for sin egen rolle og den andre rollen – altså leger besvarte for seg selv og sykepleierne og sykepleierne besvarte for seg og legene. Og det var veldig liten differanse om hva en mente om egen rolle og det den andre rollen mente om deg. Besluttsomhet ble vurdert litt høyere av sykepleierne enn det legene syntes det var for sykepleierne (0,69 i differanse), men bortsett fra det var den høyeste differansen 0,38.**

Kompetansepunkt	Differanse mellom egen vurdering og andres vurdering i teamet	
	Leges egen vs. sykepleier om lege	Sykepleiers egen vs. lege om sykepleier
Kommunikasjon	0,11	0,05
Evne til empati	-0,3	-0,23
Samarbeidsevne	-0,1	0,06
Imøtekommenhet	-0,11	-0,24
Besluttsomhet	-0,19	0,69
Tekniske ferdigheter	-0,32	0
Kjennskap til systemet	-0,02	0,29
Utstyrsoversikt	0,12	-0,4
Kunnskap/forståelse av fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m	-0,21	0,38
Kjennskap til rollefunksjon	0	0
Positivt resultat: Egen vurdering høyere enn andres vurdering. Negativt resultat: Andres vurdering høyere enn egen vurdering		

Tabell 5

Alle informantene pekte på at det var positivt at man tilsynelatende har en felles oppfattelse og forventning til hverandres arbeid. En av informantene kom med følgende kommentar:

*«Det er jo gledelig hvis vi har en felles oppfattelse mellom forskjellige yrkesgrupper i hvordan man oppfatter de forskjellige punktene. For da må det jo være slik at enten så tar alle veldig feil, eller så får man kanskje uttrykk for noe som er i nærheten av sant. Man har i hvert fall en felles oppfattelse. Det må jo være positivt tenker jeg.»*

Fire av informantene trodde man ville fått betydelig økt differanse i svarene dersom man utvidet spørreundersøkelsen til å gjelde alle i teamet. To av informantene trodde ikke det ville gi særlig stor endring ettersom man jobber etter et fastsatt system. Det ble også argumentert med at de fleste punktene kanskje ville rangeres høyt i utgangspunktet og at det derfor uansett ville gi utslag i lite differanse. En av informantene uttrykte den oppfatningen slik:

*«Nei, jeg tror at alle har en felles forståelse for de forskjellige punktene og hva som forventes altså. Jeg tror det til en viss grad gjelder alle. Men det er klart at de som er mindre involvert i traumearbeidet, vil nok kanskje svare annerledes.»*

*Men jeg tror det går mest på kjennskap til systemet. Problemet her er jo at du nok får høye tall uansett, for alle vil jo si at kommunikasjon er viktig for et bra traumeteam. Differansen vil ikke bli så stor.»*

### 4.3 Rolleavhengig kompetanse

Figuren under gir en oversikt over hvilke roller som i hvilken grad forventes og ha hvilken type kompetanse. Rolleoppsummeringen gjøres rede for videre i teksten og det samme gjør fremgangsmåten for å «bestemme» grad av forventning. Det beskrives til slutt hvordan rollene forventes å utfylle hverandre.

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Teamleder	MÅ	BØR	MÅ	BØR	MÅ	MÅ	MÅ	BØR	MÅ	MÅ
Kjerne- personal	MÅ	BØR	MÅ	BØR	KAN	MÅ	MÅ	MÅ/BØR	BØR	BØR
Øvrig personal	MÅ	KAN	BØR	KAN	KAN	MÅ	KAN	KAN	KAN	KAN

K1= Kommunikasjon, K2= Evne til empati, K3 = Samarbeidsevne, K4 = Imøtekommenhet, K5 = Besluttsomhet, K6 = Tekniske ferdigheter, K7 = Kjennskap til systemet, K8 = Utstyrsoversikt, K9 = Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m., K10 = Kjennskap til rollefunksjon

Tabell 6

Påstandene om «MÅ», «BØR» og «KAN» er basert på de kvantitative målene fra spørreundersøkelsen, samt fra informantenes utsagn. For teamlederen er de kvantitative målene naturlig nok basert direkte på teamleder, mens de kvantitative målene for kjernepersonalet baseres for de til mottakssykepleier. Dette blir et unøyaktig mål for grupperingen i sin helhet, men brukes likevel for å demonstrere/visualisere at det blir gitt uttrykk for at gruppene skal ha ulik kompetanse, og i ulik grad skal inneha kompetansepunktene som er nevnt i denne oppgaven. Kompetansen til øvrig personal er utelukkende basert på sitater fra informanter. For teamlederrollen og kjernepersonalet ble alle kompetansepunkter med samlet gjennomsnitt på over 4,5 regnet som «MÅ» kompetanse. Kompetansepunkter med gjennomsnitt på over 4 ble regnet som «MÅ» punkter kun dersom noen av informantene eksplisitt uttrykte at en rolle *måtte* inneha det spesifikke kompetanspunktet, viss ikke ble det regnet som et «BØR» punkt. Kompetansepunktet K8 (Utstyrsoversikt) for kjernepersonalet er satt som «MÅ/BØR» fordi det er et punkt som veldig tydelig skiller seg ut for sykepleierne i akuttmottak,

men ikke resten av kjernepersonalet. Det må derfor tolkes som «MÅ» for sykepleierne, og «BØR» for resten. Kompetansepunkter med gjennomsnitt under 4 regnes som «KAN» punkter, men mindre de eksplisitt ble beskrevet av informantene som noe som *burde* eller *måtte* være tilstede, noe punktene i de fleste tilfeller ble. Det øvrige personalet fikk som nevnt prioritet etter hva som eksplisitt ble sagt av informantene vedrørende de ulike kompetansepunktene, altså av *må*, *kan* eller *bør* utsagn.

#### 4.3.1 Lederrollen

Det blir gitt uttrykk for svært høye krav til lederen av teamet. De forventes å inneha en hel rekke kvaliteter og ha høy grad av forståelse for de fleste av kompetansepunktene som blir nevnt i denne oppgaven. I tilsynelatende større grad enn resten av teamet (tabell 6). Det blir gitt uttrykk for at den høye graden av forventning fra teamet ikke alltid er forståelig fra leder selv, da teamet forventes og kunne ivareta og kjenne til det som lederen i noen tilfeller blir ansvarlig for å gjøre oppmerksom på. Dette kan for eksempel være orientering om hvor i algoritmen teamet befinner seg. Det var en forventning blant sykepleierne at denne informasjonen gis fortløpende og tydelig. Lederen ble generelt forventet å være klar, tydelig og autoritær, men likevel være åpen for at det stilles spørsmål. Lederne forventes også å ta avgjørelser angående pasienten basert på det de klarer å tolke, samtidig som de skal ha kontroll på at teamet følger systemet og beholder kontroll og ro. Samtlige av informantene vektla at teamlederen må ha oversikt og kontroll i teamet. Herunder las det vekt på at vedkommende må kjenne systemet og algoritmen godt, samt klare å ha en autoritær rolle ovenfor de andre i teamet. Det ble i denne sammenhengen også nevnt at avgjørelser ofte skal basere seg på lite informasjon og det er da vesentlig at lederen får med seg alt av informasjon som traumemottaket gir, slik at de kan ta en avgjørelse deretter. Ved å vise tydelig kontroll over lederrollen ble det også nevnt at det formidles trygghet og skaper ro i resten av teamet. En av sykepleierne sa det slik: «*Jeg forventer på en måte at de klarer og ta en avgjørelse og klarer å styre teamet gjennom abc og det som er vesentlig for å fange opp pasientens skader.*». Alle sykepleierne vektla viktigheten av at teamlederen må være tydelig og klar. Det ble nevnt særlig i forhold til å formidle informasjon til teamet, både hva som formidles og hvordan. Sykepleierne ønsket at teamlederen formidler hvor man er i algoritmen og at dette gjøres med en høy og tydelig stemme. Et par av legene uttalte i forbindelse med informasjonsformidling at det er en del i forhold til algoritmen de



forutsetter kjent og finner unødvendig å utdype, selv om de er kjent med at dette er et ønske fra sykepleierne. En av dem sa dette slik:

*«Teamlederen skal følge med på ting, men ofte så synes jeg at man setter litt vel høye forventninger til at man hele tiden skal gi beskjed om hva som må gjøres. En skal jo hele tiden gjøre en vurdering om hvordan pasienten har det på bakgrunn av den informasjonen en får og du skal sørge for at ting blir gjort, men jeg føler kanskje ikke at det skal være nødvendig å gi beskjed om alt hva som skal gjøres – for det burde jo være kjent.»*

En av sykepleierne ga også et eksempel der lederen i traumemottaket valgte å avvike fra algoritmen fordi det var mest skånsomt og klarte å formidle dette tydelig til resten av teamet, slik at løsningen fungerte bra. Dette viser også evne til å tenke utover algoritmen der det er for det beste:

*«Vi hadde en god teamleder som gav klare beskjeder. Vi avvek fra systemet på grunn av praktiske årsaker med leiet, men det var egentlig helt greit. Vi hadde en god teamleder som var løsningsorientert og gjorde det mest skånsomt for pasienten. Hun klarte å formidle til teamet at nå er vi der, vi hopper over sånn og nå er vi tilbake igjen. Klart og tydelig.»*

En av sykepleierne oppsummerte sine forventninger i forhold til det å være klar og tydelig som leder slik: «Jeg forventer at de er klar og tydelig i tale og har en evne til god kommunikasjon.». To av sykepleierne og to av legene sa også at imøtekommenhet vil være viktig for teamlederen, i forhold til å kunne være åpen for at andre stiller spørsmål. Det blir i den sammenheng gjort tydelig at det er gunstig at lederen har en generell mottakelig holdning, dette samtidig som man ivaretar kontroll og autoritær rolle. Denne balansen ble uttrykt av en av legene: «Det er teamleder kanskje spesielt som må ha besluttomheten, men som i tillegg til det må kunne ha en imøtekommenhet og søke råd hos de som er tilstede.», og av en av sykepleierne: «Det er bra at de tar en systematisk gjennomgang av funn og tar en beslutning deretter og at det da gjerne er rom for at man kan stille spørsmål.»

#### 4.3.2 Kjernepersonal og øvrig personal

Sykepleiere og leger i traumemottaket inkluderes i det som av de fleste informantene ble oppfattet som de mest sentrale rollepersonene i teamet, nest etter traumeleder.

Begrepet «kjernepersonal» ble brukt i denne sammenhengen. Noen av de andre rollene er veldig oppgavespesifikke og havnet derfor litt ut forbi dette begrepet. Dette innebar også at informantene satte lavere krav til enkelte av kompetansepunktene for disse rollene. Det kommer frem at operasjonssykepleieren har en rolle som gjerne ikke følger sin hensikt og det var uenighet om hvorvidt rollen hadde en plass blant kjernepersonalet. En sykepleier oppsummerte kjernepersonalet slik:

*«Da snakker vi om denne kjernefamilien. Det vil jeg si at er anestesisykepleieren, anestesilegen, kirurgen, ortopedien og mottakssykepleieren – og så faller faktisk operasjonssykepleieren og medisinsk biokjemi og røntgen litt utav det der.»*

En annen sykepleier nevnte i forhold til operasjonssykepleiers rolle at de har «trukket seg ut av eierskapet i traumemottaket». En av legene ga eksempel fra en hendelse der spesifikt operasjonssykepleier ikke klarte å ivareta sin rolle ut fra det lederen forventet. Generelt ble kjernepersonalet oppfattet til å være alle sykepleiere og leger i traumeteamet, foruten den ene av seks informanter som ekskluderte røntgenpersonal (deriblant radiograf) og operasjonssykepleier, og en annen informant som var usikker på hvorvidt radiolog behøvdes utover sin spesifikke oppgave. De resterende rollene i teamet ut over «kjernepersonalet» ble sett på som oppgavespesifikke, men tre av informantene drøftet hvorvidt det kanskje kan være gunstig at også oppgavespesifikke roller har en større grad av forståelse for algoritmen, fysiologi og skademekanisme og forståelse for de andre rollefunksjonene. Dersom man etter informantenes drøfting likevel skal oppsummere rollene og hvilke kompetansepunkter som er viktige, ender vi opp med et resultat som er mer eller mindre som fremstilt i tabell 6, men som nevnt innebærer et par uenigheter vedrørende hvem som tilhører kjernepersonalet. Hvorvidt portøren er del av kjernepersonalet ble kun tatt stilling til av én informant, som ekskluderte rollen fra den grupperingen. En av legene la også vekt på at det arbeides nasjonalt med å definere rollespesifikke krav for traumeteamet og at man kan ha fordel av å utvide disse også lokalt:

*«Nasjonalt arbeides det jo med at det burde være krav til minimumskompetanse for den enkelte funksjon i et traumeteam. Nasjonal kompetanseplan for traumatologi har ganske konkrete krav til hvilke kurs man burde ha og hvor lang*

*fartstid man burde ha. Jeg tror jo sånn lokalt så burde man nok utvide det kanskje enda mer, at man har sånn konkrete ting til hva man burde kunne da.»*

#### *4.3.3 Supplering*

Det ble poengtert av informantene at det er svært gunstig om kjernepersonalet har kontroll på både egne og andres arbeidsoppgaver i et team, mye på grunn av at de skal ha evnen til å arbeide «proaktivt» og supplere de andre rollene hensiktsmessig ved ekstra kapasitet. Det ble sagt at teamet «redder seg inn» på at det samlet sett finnes en løsning, fordi man kan fylle inn andres mangler. Flere av informantene sier at samtidig som man skal supplere andre roller, bør man likevel ha et slikt samarbeid at man ikke skviser andre vekk fra sine arbeidsoppgaver. Denne tendensen sa et par av informantene at de noen ganger ser i traumemottaket, særlig mellom anestesisykepleier og mottakssykepleier. En av sykepleierne uttalte dette slik:

*«Det er interessant og se på samarbeidsevnen mellom anestesi og mottakssykepleier, dersom det er null problem med luftveiene. For da føler anestesisykepleier kanskje at den har ekstra kapasitet, og så prøver den å jobbe seg fysisk nedover på pasienten og ta målingen og legge venefloner og mottakssykepleier skvises litt vekk. Det synes jeg at jeg har sett tendenser til.»*

Evne til å supplere hverandre ble videre beskrevet som evnen til å kunne være litt «militær» eller «proaktiv» i tilnæringsmåten, slik at man ikke står uten noe å gjøre når det er åpenbare mangler ved det praktiske som kunne ha blitt gjort. En av sykepleierne ga eksempel på dette ovenfor mottakssykepleierne: «Særlig hos mottakssykepleierne som organiserer seg på hver sin side. Hvis det er mye å gjøre på den ene siden, men ikke den andre siden – så må de kunne bufre for hverandre.». En av legene tok for seg det samme poenget i forhold til det å kjenne til de andre rollenes spesifikke oppgaver:

*«Viktig å vite hvilke oppgaver og roller de forskjellige har, for det finnes sikkert ganger at du mangler en rolle eller et eller annet og at du da vet hvordan du kan bufre eller erstatte en person.»*

#### **4.4 Kollegial relasjon**

I dette kapittelet fremstiller jeg de resultatene som bygger opp under at det oppfattes som gunstig å kjenne hverandre litt personlig. Det ble gitt uttrykk for at grunnen til at det er gunstig, er fordi man opparbeider seg en viss forståelse av hvilke forventninger

motparten har til deg i daglig arbeid og at det etter hvert ikke nødvendigvis må uttrykkes verbalt. Det opplevdes også som gunstig i forhold til at man blir mer imøtekommende og strekker seg litt lenger for de en har en god kollegial relasjon til. Kjernepersonalet ble nevnt også i denne sammenheng, men i størst grad er nok sykepleierne i akuttmottaket og kirurgene de som ser hverandre mest. Treningene bidrar til en viss grad at en blir mer kjent og får en større grad av forståelse for hverandre.

En av legene oppsummerte fordelene ved å ha en kollegial god relasjon på følgende måte:

*«Leger og sykepleiere treffer jo hverandre på alle andre pasienter som kommer inn i akuttmottaket. Man treffer jo også de andre yrkesgruppene, men ikke på langt nær så ofte og regelmessig og det er klart det at å ha en god relasjon til de forskjellige yrkesgruppene som du jobber med eller forskjellige spesialitetene er viktig. Sånn generelt tror jeg at om man har en god relasjon så tror jeg man vil være mer imøtekommende, eller strekke seg lenger for å prøve å hjelpe hverandre. Jeg tenker også at de som er vant til å jobbe sammen og fungerer bra sammen i det daglige, også fungerer bra i en stresset situasjon eller med en traumepasient, i hvert fall oftere enn hvis det ikke fungerte bra i utgangspunktet.»*

Flere av de andre informantene poengterte også at den nære kollegiale relasjonen i størst grad er tilstede mellom sykepleiere i akuttmottak og kirurgene:

*«Vi (kirurger og sykepleiere i akuttmottak) trør jo i hverandres sko hver eneste dag. Vi kjenner hverandre godt.»*

*«Det har vel kanskje med at vi begge er nøkkelpersoner i teamet (kirurger og sykepleiere i akuttmottak). At vi verdsetter de samme tingene. Det er jo et godt utgangspunkt for teamet, at vi tenker likt.»*

*«Kirurgene ser vi jo i det daglige og de ser oss. Vi får en opplevelse av hverandres jobber og så kjenner vi dem på en annen måte. Det kjennes gjerne tryggere da, når du vet hvem du har å forholde deg til. Men de andre kommer kun til akuttmottak i den settingen og har oss på en annen avstand og kjenner oss ikke på den måten. Det er en forskjell.»*

Det siste sitatet ga også tydelig uttrykk for forskjellen mellom den nevnte relasjonen og relasjonen til andre faggrupper, noe de andre også ga eksempler på:

*«Nå er jo for eksempel medisinsk biokjemi sjeldnere her nede, fordi vi nå tar blodprøver selv og da merker jeg at det blir en distanse til dem i den face-to-face tilliten, for vi kjenner dem ikke lenger. Der de går inn i traumemottak med skylappene på.»*

*«Når jeg har hatt med meg nye ortopeder, som har jobbet som ortopeder – men ikke her. Så er de mer usikre, de kjenner ikke folk og vet ikke hvem som er hvem. Når man kjenner folk, da har vi klare forventninger til hverandre som man uttrykker muntlig men også gjennom forventning som skapes og ikke må uttrykkes.»*

Selv om arbeidshverdagen i all hovedsak var den arenaen informantene nevnte når det kom til å skape en god kollegial relasjon, nevnte én av informantene også at man under traumeøvelser kan oppnå noe av den samme effekten: *«Det gjør det veldig mye lettere å ha en kollegial relasjon i bunn. Treningene gjør jo at man ser hverandre og får en felles forståelse av hva et traumeteam er.»*

#### **4.5 Kompetanseutvikling**

Informantene poengterte at forbedringsarbeid skjer både på personlig plan og totalt som team. Jeg presenterer her det materialet fra intervjuene som støtter denne oppfatningen.

Det ble nevnt at ens egne personlige utvikling forutsetter at man får tilbakemeldinger og har egeninnsikt, ønske og vilje til endring. Da må en jobbe med seg selv for å bli bedre i de sammenhengende hvor en finner arbeidet utfordrende. Teamets forbedring baseres også på tilbakemeldinger, men i større skala. Begge deler sies av informantene at kan oppnås gjennom for eksempel debriefing og det ble gitt uttrykk for at det er ønskelig med mer fortløpende registrering av traumer, slik at de kan diskuteres og læres av kort tid etter selve hendelsen. Det ble også nevnt at umodne systemer kanskje kan ha opplagte feil som kan korrigeres og gi bedret utfall, mens i bedre systemer så vil forbedringsarbeidet innebære mye mer komplekse løsninger for totalt sett å komme bedre ut. En av sykepleierne ga følgende svar på spørsmål om hvorvidt hun følte at det var faktorer utover de nevnte kompetansepunktene som var viktig å ha fokus på for å videreutvikle kompetansen i teamet:

*«Utenom disse punktene så er debriefing veldig viktig. Både for å gi tilbakemeldinger, få økt sin forståelse på den måten og få korrigert seg selv.»*

*Men også for å diskutere hva man kan gjøre bedre som team, eller kunne gjort bedre som team. Ved å snakke om dette sammen får man bedret kompetanse og refleksjon, tror jeg.»*

Under samtale vedrørende forbedrende tiltak nevnte også en av legene at han etter hvert håper på en mer løpende registrering, slik at man kjapt kan få en felles gjennomgang og at dette kan være en god læringsarena:

*«Vi håper at vi etter hvert kanskje kan bli flinkere til å få en løpende oversikt over traumene våre, sånn at vi kanskje kan ha en månedlig gjennomgang av alle traumene vi har. Og da vil jo veldig mange av de være små traumer som man ikke trenger å følge noe spesielt, men så kan det være en del traumer hvor du opplagt vil kunne lære noe – enten fordi utfallet ble dårlig eller fordi det har skjedd noe underveis. Hvis vi i alle fall kunne fått til en gang i måneden, så tror jeg det ville vært veldig bra. Det kunne blitt et godt forum for å bedre en del av disse tingene her og forhåpentligvis ville det gitt en bedre pasientbehandling.»*

Selv om det kanskje er hensiktsmessige tiltak som kan gjøres i forhold til å bedre kompetanse i teamet og slik få bedret pasientsikkerhet, ble det uttalt fra den samme informanten en viss kritisk holdning til effekten av enkeltstående tiltak. Informanten vektla i større grad den totale forbedringsinnsatsen:

*«Hvis man har et veldig umodent system, så kan det være helt enkle ting – opplagte ting, som kan føre til store forbedringer for pasientsikkerhet eller utfall. Men etter hvert som man blir flinkere, så tror jeg at de store elefantene er borte. Og da er det mange ganger litt mer komplekse ting som skal til for å få det bedre. Så jeg tror at hvis man er ganske flink i kommunikasjon, så er det ikke nødvendigvis sånn at litt bedre kommunikasjon vil gi automatisk litt bedre traumemottak, men jeg tror at hvis man nettopp jobber med veldig mange små ting – så tror jeg at totalsummen kan gjøre at du kommer bedre ut.»*

#### **4.6 Kontekstuelle faktorer**

Tiltak for å øke pasientsikkerheten omfattet ifølge informantene også det som ikke har direkte med kompetanse å gjøre, men likevel kan ha indirekte innvirkning. Selve konteksten i hvert enkelt traumemottak ble uttalt å være av betydning. Tidspunktet, hver enkeltes forutinntatthet og personlige utfordringer kan være med på å skifte fokus og er

faktorer som ble nevnt. Materialet som sier noe om hvilke faktorer som ble nevnt til å være med på å endre fokus, blir fremstilt her.

To av legene nevnte at de best fungerende traumemottakene de er med på, ofte skjer på nattetid eller kveld. Dette relaterte begge til at man gjerne er trøtt og derfor ikke sier mer enn det som er nødvendig, samt at man ønsker å gjøre en rask og effektiv jobb. Et annet moment som ble nevnt i den samme kontekst, er at det sjelden er andre folk til stede enn teamet selv og dermed mindre forstyrrelser. Både forstyrrende momenter og det faktum at man må være ekstra skjerpet og ikke har overskudd til å gjøre mer enn det man må, har innvirkning på fokuset i teamet. Den ene informanten ga uttrykk for dette slik:

*«Traumemottakene er ofte bra når det er natt og kveld faktisk. Det er fordi da er det ikke ekstremt mye folk. Det er akkurat det du trenger. På dagtid står det plutselig fem anestesileger og snakker seg imellom og har utelukkende kommunikasjon i hodeenden og så står det gjerne to kirurger og diskuteres seg imellom et annet sted og observatører er gjerne også med. Det er greit å ha med noen observatører og sånn, men de må ikke bidra til bråk og de må ikke involvere seg i ting de ikke skal involvere seg i. De beste og raskeste traumemottakene har kanskje faktisk vært på morgenkvisten, når man har sovet og folk er trøtte – for da sier bare folk det som er nødvendig og relevant og man er innstilt på å gjøre mottaket på en fortest og best mulig måte.»*

Hver enkelt i teamet kan også ha personlige kontekstuelle faktorer som kan påvirke ens eget fokus, som beskrevet av den ene informanten:

*«Forutinntatthet og den menneskelige faktoren kan variere fra hver gang og i forhold til hvordan dagen din er. Dessverre så er det ikke alltid du klarer å nullstille deg når du går inn på et traumerom. Du tar med deg det du står i der ute også, dessverre. Selv om du skal være profesjonell, så er ikke alltid det så lett. Man kan trene på det. Du må jo være bevisst din rolle og din påvirkning på resten av teamet. Jeg har i hvert fall merket at jeg bevisst har måttet jobbet med meg selv i forhold til mine personlige ting.»*

En av legene poengterte også at disse personlige kontekstuelle faktorene kan ha innvirkning på resten av teamet:

*«Jeg merker selv de gangene man har en superstresset part involvert som gir veldig klart uttrykk for at han er stresset, så smitter det veldig over på alle andre og så blir det et høyere støynivå.»*



## 5. DISKUSJON

For hvert enkelt underkapittel i diskusjonsdelen vil jeg forklare hvilket materiale som skal tas opp fra resultatdelen og vil være i fokus. Den siste delen av diskusjonen vil omhandle refleksjon rundt utførelsen og alternative tilnærminger som kunne vært gjort. De viktigste momentene vil jeg til slutt oppsummere og presentere som konklusjon for masteroppgaven.

### 5.1 Kompetansepunkter

Under dette kapittelet vil jeg diskutere hvorvidt det jeg selv har tolket av ord og begreper og definert kompetansepunkter, samsvarer med det informantene legger i de ulike begrepene. At det er en samstemthet her er viktig for den interne validiteten, da jeg ikke har forklart begrepsinnholdet i hverken spørreundersøkelsen eller under intervjuene. Jeg går derfor systematisk gjennom kompetansepunktene og sammenligner de ord og beskrivelser som jeg sammenfattet for å komme frem til hvert enkelt punkt, med de ord og beskrivelser som informantene bruker i sin forståelse av punktene og den kontekst de gir beskrivelsene sine i. *Hvorfor* eller *hvordan* punktene er viktige og *hvilke* roller de tilhører, diskuteres under de påfølgende kapitler.

#### 5.1.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon ble i teorien nevnt direkte, men også gjennom synonymer og «closed-loop»: (Avdeling for Traumatologi, 2015; Berg et.al, 2011; Cole & Crichton, 2006; Courtenay et al, 2013; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Kelly, 2005; Larsen et al, 2008; Mace-Vadjunec et.al, 2015; Walter & Curtis, 2015; Wisborg et.al, 2006). Alle disse begrepene blir nevnt flere ganger av informantene, inkludert “closed-loop” begrepet som vist i resultatdelen av oppgaven. Det virker til å være en felles forståelse om hva kommunikasjonsbegrepet inneholder i traumesammenheng. Også et par av informantenes ønske om å begrense verbal kommunikasjon er nevnt i litteraturen som gunstig (Skau, 2015 og Larsen et.al, 2008). Larsen et.al (2008, s.455) uttrykker spesifikt, som vist i teoretisk fundament, at kommunikasjonen skal være «*meddelelseskommunikation*», altså begrenset til rent informativ kommunikasjon.

#### 5.1.2 Evne til empati

Evne til empati er nevnt i teorien gjennom tiltak og væremåter under traumemottaket (Courtenay et.al, 2009; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Kelly, 2005; Larsen et.al, 2008;

Pirrung, 2016). I sammenheng med helsevesenet er det nevnt direkte av Skau (2015, s.39):

*«Empati og omsorg for andre, sammen med evnen til å beskytte og ta vare på de svake, er nyttige egenskaper ved oss som mennesker og samfunn. I hjelp- og omsorgsrelatert arbeid er de helt nødvendige.»*

Selv om et par av informantene var usikre på hva kompetansepunktets konkrete tiltak ville være og ingen av dem har nevnt spesifikke tiltak for ivaretagelse, fremstår det av materialet ikke som om informantene har en annen oppfatning av begrepet enn det som er beskrevet i litteratur.

### *5.1.3 Samarbeidsevne og imøtekommenhet*

Samarbeidsevne og imøtekommenhet blir, som nevnt i resultatene, av to av informantene slått litt sammen da de mener at begrepene vil gli over i hverandre. Et sitat fra Orvik (2015, s.211) viser også hvordan de to begrepene gjerne kan skli litt over i hverandre: *«Et typisk trekk ved samarbeid er en positiv innstilling som gir seg utslag i uformell og løpende kontakt mellom enkeltpersoner.»* da stikkordet *positiv innstilling* nok er nært knyttet til begrepene *«velvilje»* og *«vennlighet»* som er beskrevet av informantene om imøtekommenhet. De øvrige informantene setter likevel også noen tydelige skillepunkter mellom de to punktene, der imøtekommenhet blant annet oppleves som evnen til å være *«åpen for ideer og kommentarer»*. Det samme skillet ble gjort under generaliseringen av kompetansepunktene. Samarbeidsevne blir av informantene definert gjennom stikkord som *«effektivitet»* og *«samstemhet»*, noe som er en klar ulikhet fra begrepet imøtekommenhet. De to kompetansepunktene sammenfaller muligens likevel på enkelte områder og det kunne gjerne vært gunstig å skille mellom disse i større grad, eller alternativt ha slått dem sammen.

### *5.1.4 Besluttsomhet*

Besluttsomhet er i teorien nært knyttet opp mot lederrollen og generell lederevne (Courtenay et.al, 2013; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Lennquist, 2007; Orvik, 2015). Det kommer også tydelig frem at informantene også mener at besluttsomhet i hovedsak er en lederoppgave. Disse beskrivelsene inneholder de samme ord og begreper som vist i generaliseringen. Den besluttsomheten som av informantene blir beskrevet for resten av teamet, inneholder begreper som *«effektivitet»* og bruk av *«klinisk blikk»*, som også er

beskrevet av Skau (2015) og Orvik (2015). Gurney (2014, s.5) definerer effektivitet til å gjelde hvert enkelt medlem av teamet «*Effective team members are dynamic, interdependent and adaptive, moving toward the common goal of optimal trauma care*» og med en viss grad av selvstendighet i arbeidet. Disse begrepene er ikke identifisert ordrett i forbindelse med beslutsomhet i litteraturen, men synes likevel og passe kompetansepunktet ut av kontekst – noe henvisningene over viser.

#### *5.1.5 Tekniske ferdigheter og kjennskap til systemet*

Tekniske ferdigheter er i teorien enten beskrevet som viktig i tekst, eller gjort status som viktig gjennom prosedyregjennomgang i litteratur som omhandler algoritmen og dens innhold (Avdeling for traumatologi, 2015; Canzion et.al, 2016; Courtenay et.al, 2009; Cole & Crichton, 2006; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Larsen et.al, 2008; Lennquist, 2007; Pirrung, 2016; Walter & Curtis, 2015; Wisborg et.al, 2006). Det samme gjelder kjennskap til systemet (Avdeling for traumatologi, 2015; Canzion et.al, 2016; Courtenay et.al, 2009; Berg et.al, 2011; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Kelly, 2005; Larsen et.al, 2008; Lennquist, 2007; Pirrung, 2016; Wisborg et.al, 2006). Det er stor samstemthet mellom de ord og begreper som brukes i litteratur og de som brukes av informantene til å beskrive momenter som inngår i de tekniske ferdigheter for teamet og kjennskap til systemet.

#### *5.1.6 Utstyrsoversikt*

Utstyrsoversikten er i litteraturen nevnt enten på generell basis, eller i forhold til sykepleiers oppgaver. (Courtenay et.al, 2009; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Lennquist 2007; Wisborg et.al, 2006). Det blir likevel henvist til de samme begreper som i litteraturen, herunder «*organisert rom*» og «*riktig utstyr*», slik at man kan anta at informantene er orienterte om hvilken betydning kompetansepunktet har.

#### *5.1.7 Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang*

Dette kompetansepunktet er i teorien gitt som viktig der de ulike momentene får fokus i litteratur eller det er beskrevet behov for generell «*kunnskap*» (Avdeling for Traumatologi, 2015; Canzion et.al, 2016; Courtenay et.al, 2009; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Larsen et.al, 2008; Wisborg et.al, 2006). Kompetansepunktet ble laget som en oppsummering av teoretisk kunnskap utover kunnskap om algoritmen og dets innhold er

ikke uttrykt uklart for noen av informantene. Det er ikke av informantene gitt uttrykk for en forståelse ut over eller avvikende fra det som er nevnt i litteraturen.

#### *5.1.8 Kjennskap til rollefunksjon*

De ord og beskrivelser som kommer frem i forhold til kompetansepunktet i litteraturen (Avdeling for Traumatologi, 2015; Courtenay et.al, 2009; Berg et.al, 2011; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Kelly, 2005; Larsen, Roede & Larsen, 2008; Lennquist, 2007; Mace-Vadjunec et.al, 2015; Walter & Curtis, 2015), samsvarer med det informantene beskriver i forhold til punktets innhold – både i forhold til kjennskap til egen og andres funksjon.

### **5.2 Spørreundersøkelse**

Den generelle rangeringen fra spørreundersøkelsen er vanskelig å evaluere fordi alle kompetansepunktene på mange måter i litteraturen allerede er «vedtatt» som viktige eller svært viktige som vist gjennom de sammenfattede begreper/ord. Jeg har heller ikke funnet litteratur som rangerer en type kompetanse eller egenskap over en annen. At kompetansepunktene ifølge litteratur er viktige, er som sagt ut av det faktum at de har blitt identifisert. Under diskusjonen for denne delen av oppgaven vil jeg legge hovedvekt på de kvantitative tendensene, altså det tallmaterialet og de supplerende kommentarene fra informantene viser i retning av.

#### *5.2.1 Avgjørende kompetanse for alle i teamet*

De kompetansepunkter som ble rangert som «avgjørende» for begge roller i spørreundersøkelsen, var kommunikasjon, tekniske ferdigheter, kjennskap til systemet og samarbeidsevne. Resultatene fra intervjuene for øvrig viser at kommunikasjon er det punktet som vurderes og ha viktigst betydning for alle involverte i teamet og det får også stort fokus og fremheves i litteratur som omhandler traume (Avdeling for Traumatologi (2015); Berg et.al, 2011; Cole & Crichton, 2006; Courtenay et al, 2013; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Kelly, 2005; Larsen et.al, 2008; Mace-Vadjunec et.al, 2015; Walter & Curtis, 2015; Wisborg et.al, 2006). Closed-loop kommunikasjon blir også ansett som et nyttig verktøy både av informanter og i litteratur:

*«Requests and orders should not be stated in general terms, but instead should be directed to an individual, by name. That individual then repeats the*

*request/order, and later confirms its completion and, if applicable, its outcome.»*  
(Hoyt, 2012, s.20-21)

Tekniske ferdigheter og kjennskap til systemet ble som diskutert under de respektive kompetansepunktene i stor grad oppfattet av informantene slik de gjorde i litteratur. At disse to punktene skal være tilstede for hvert enkelt medlem av teamet oppfattes som en forutsetning. Den tekniske biten er for legene styrt gjennom prosedyrekrav gitt av Nasjonal traumeplan (2016). Samarbeid har som vist enkelte likhetstrekk med imøtekommenhet, men har også blitt definert med et tydelig skille. Der en informant i denne sammenhengen drar paralleller til «*formel 1 team*» sier også Gurney (2014:5) «*Trauma resuscitation has been referred to as a team sport – one that requires all team members to perform together for successful results*». Berg et.al (2011:213) sier i sin review at “*Teamwork is recognized as an essential component to ensure the most favorable outcomes in patient safety*” og viser dermed at en høyt plassert rangering av punktet er på sin plass. Rollespesifikk «avgjørende» kompetanse diskuteres senere under de respektive roller.

### 5.2.2 Empatien er minst viktig

Men er påstanden i overskriften riktig? Evne til empati er et annet kompetansepunkt som skiller seg fra de andre, fordi det for begge rollene har blitt rangert lavt ned sammenlignet med de andre kompetansepunktene. Dette er til tross for at litteraturen anser det som viktig kompetanse i traumesammenheng og helsesrelatert arbeid (Courtenay et.al, 2009; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Kelly, 2005; Larsen et.al, 2008; Orvik, 2015; Pirrung, 2016; Skau, 2015). Pirrung (2016, s.239) knytter empatien direkte til traumesykepleiers rolle: «*Sensitivity is your ability as a trauma nurse to empathize with those you are caring for at the bedside or those you are leading in your department*». Orvik (2015, s.118) uttrykker et generelt behov for omsorg og medmenneskelighet i forbindelse med kompetanse. Informantene nevner ord som «*ivaretagelse*» og «*medmenneskelighet*» i denne sammenheng, men to av dem sier som nevnt i resultatene også at det er vanskelig å sette konkrete tiltak i forhold til hvordan en skal opptre empatisk. Gurney (2014, s.296) gir noen konkrete føringer for medmenneskelig ivaretagelse som blant annet innebærer: «*Reassure the patient that hes safe and well-cared for.*». Oppfatningen blant flere av informantene er som vist i resultatene likevel at det å gi empati i traumesammenheng vil være mest hensiktsmessig

for anestesipersonell og ikke for sykepleier, slik som litteraturen legger opp til. Jeg finner ikke denne oppfatningen nevnt i annen litteratur, men synes informantenes resonnementer for dette virker rasjonelle. I forhold til dette kompetansepunktets «lave» vurdering, er det likevel noen momenter som er viktige å få med under videre diskusjon. For det første var «3» på spørreskjemaets skala en verdi som indikerte at kompetansepunktet var definert som «viktig», altså vil det som er felles gjennomsnitt på 2,95 – ligge svært tett opp til dette. Det er dermed på ingen måte merket som uviktig i hverken spørreundersøkelsen eller av informantene, men det er likevel rangert desidert lavest. Denne konkretiseringen gjorde jeg også informantene oppmerksom på under intervjuene i de to tilfellene hvor intervjuobjektet reagerte på «lav rangering», slik at deres utsagn ble moderert ut fra denne opplysningen. For det andre kan det tenkes at den generaliseringen jeg har valgt for å sammenfatte de ulike ord og beskrivelser i litteraturen, ikke fanger godt nok opp det som er kjernen i dette. Kanskje ville «medmenneskelighet» vært et mer dekkende begrep? Selv om, som jeg har nevnt under diskusjonen av kompetansepunktet, informantene beskrev fenomenet med mye av de samme begrepene som litteraturhenvisningene. For det tredje kan det tenkes at denne tendensen beskriver et lokalt fenomen, noe for øvrig alle funnene i teorien kan være. En skal være oppmerksom på at «nedprioriteringen» av kompetansepunktet kan være uttrykk for en holdning/kultur som befinner seg ved dekke sykehuset og ikke er representativt for et videre perspektiv. Med disse tre momentene i bakhånd står fremdeles mye ubesvart og det kjennes som at denne enkelt-tendensen fortjener mer fokus; særlig med tanke på at informantene var noe splittet i sin reaksjon over funnet.

### *5.2.3 Når teamet ikke fungerer optimalt*

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser med ganske stor prosentdel, at kommunikasjon er den fremste årsaken til at ting ikke fungerer optimalt i et traumeteam. Som vist i resultatdelen hadde ingen av informantene motsigelser på dette funnet. Courtenay et.al (2013, s.2) påstår at den viktigste årsaken til pasientskader er mangel på kommunikasjon helsepersonellet seg imellom. Mace-Vadjunec et.al (2015) oppgir at 70% av mulig unngåtte feil i helsesektoren er et resultat av dårlig kommunikasjon og det blir foreslått at det i komplekse situasjoner kanskje er kommunikasjon som er det mest viktige aspektet for at feil blir begått. At 92% av utvalget for spørreundersøkelsen i denne studien setter kommunikasjon blant de tre viktigste grunnene til at teamet ikke fungerer optimalt og 85% setter det som *viktigste*

grunn, er dermed noe som er i retning av det som også vises i annen forskning. Mace-Vadjunec et.al (2015, s.279) uttaler om kommunikasjonens betydning for pasientsikkerheten: «*When information is communicated properly, it improves the patient outcomes by reducing error and mortality and increasing safety*». Hvorvidt besluttsomhet og samarbeidsevne befant seg blant de tre viktigste grunnene for at ting ikke fungerer optimalt, var det større splittelse om – både i spørreundersøkelsen og blant informantene. For å si noe mer om dette trengs det derfor mer konkret statistisk data eller underbyggende litteratur. Courtenay et.al (2009, s.9) nevner at samarbeid og kommunikasjon er grunnen til at feil begås i et traumeteam langt oftere enn profesjonsspesifikke ferdigheter, men ut over det har jeg ikke funnet litteratur som underbygger funnet. Ei heller anser jeg det som et signifikant funn, da det ikke var en åpenbar og tydelig tendens slik som med kommunikasjon.

#### 5.2.4 Dette svikter vi «aldri» på

Overskriften her er noe misledende, men: det er likevel et interessant funn at kunnskap og forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang ikke blir nevnt av noen som grunn til at noe går galt. Årsakene til at det kvantitative materialet viser at dette oppsummeres av informantene på én av tre følgende måter:

1. «Man kan dette»
2. «Dette er ikke avgjørende for at teamet ikke fungerer»
3. «Man er ikke bevisst nok betydningen»

Førstnevnte innebærer at man må se på hvilket fokus dette får i motsetning til de andre kompetansepunktene. Hovedforskjellen er vel, som også et par av informantene er inne på, at det finnes i grunnutdanningen – i stor grad i hvert fall hos legene som i hovedsak forventes å ha denne fagkunnskapen. Det andre forklaringspunktet ser noe selvmotsigende ut, både fordi kompetansepunktet i spørreskjemaet blir rangert som «avgjørende» for legene og fordi informantene også har gitt direkte uttalelser om at det er avgjørende at det finnes i et team. Det som derimot er ment, er at teamet svikter på grunn av kompetansepunkter som er mer komplekse og forventes av flere. Som sagt av en av informantene får man seg gjennom prosessen på tross av at alle ikke kan dette, fordi systemet ellers fanger opp det som er nødvendig. Det ble likevel uttalt at det ville vært «*katastrofalt*» om *ingen* kunne det, noe som bringer oss tilbake til punkt 1. Punkt nummer 3 blir som resultatene viser nevnt av én enkelt informant, som mener at vi ikke

skjønner hvor viktig det er og hvilke konsekvenser det kan ha når vi ikke kan det godt nok. Fra tidligere studier klarer jeg ikke å finne argumentasjon hverken for eller imot noen av punktene, da det jeg har gjennomgått av litteratur sier ikke noe om hvorvidt en kan forvente å få dårligere pasientsikkerhet eller bedre pasientsikkerhet av at denne typen kunnskap er på plass, selv om det kanskje er det en uttalt selvfølgelighet. At materialet går i retning mot at vi har noe å lære av denne tendensen, enten fordi vi er så flinke at det ikke utgjør et problem, eller som én av informantene antyder; at vi *ikke* er bevisste nok betydningen – er begge likevel gode grunner til at det bør settes fokus på og undersøkes nærmere.

#### 5.2.5 Lav differanse

At spørreundersøkelsen gav liten differanse i de gitte svarene, blir i hovedsak forklart av en felles forståelse eller «kultur» mellom sykepleiere i akuttmottak og kirurgene. Dette fenomenet tar jeg for meg under diskusjon over «kollegial relasjon». En av informantene hadde i sammenheng med den lave differansen et poeng som jeg har dratt frem under resultatene og som jeg også synes det er viktig og dra frem her, da det generelt kan være en svakhet for spørreundersøkelsen og dens tendenser: «*Problemet her er jo at du nok får høye tall uansett, for alle vil jo si at kommunikasjon er viktig for et bra traumeteam. Differansen vil ikke bli så stor*». Dette er også noe jeg har forsøkt å få frem ved å poengtere at kompetansepunktene allerede før identifisering i litteraturen, er oppfattet og «vedtatt» viktige. Man vil kanskje dermed naturlig nok få en høy vurdering av samtlige. Jeg synes likevel at materialet har gitt viktige momenter for videre diskusjon.

### 5.3 Rolleavhengig kompetanse

I denne delen av diskusjonen skal jeg først legge vekt på de kompetansepunktene som synes å ha en vesentlig endret betydning alt etter *hvem* i teamet man fokuserer på. Særlig «besluttsomhet» for teamleder og «utstyrsoversikt» for sykepleierne skiller seg ut i denne studien. Deretter vil jeg se nærmere på den rolleavhengige kompetansen i lys av oppdelingen: leder, kjernepersonell og øvrig personell, og hvilke kompetansepunkter som tilsynelatende «må», «bør» og «kan» være tilstede for de respektive rollene. Hovedfokuset her vil være og se på formelle krav opp imot det faktum at det finnes høyt rangerte spesifikke kompetansepunkter for alle rollene. Til slutt tar jeg først opp



operasjonssykepleiers rolle i teamet og deretter hensiktsmessig supplering i et traumeteam.

### 5.3.1 Teamleders beslutsomhet

Beslutsomhet som kompetansepunkt er av informantene, som vist, prioritert tydelig høyere for legene enn for sykepleiere, noe også spørreundersøkelsen viser noe i retning av. Særlig rangerer legene i spørreundersøkelsen sykepleiernes behov for beslutsomhet som lav, sammenlignet med andre kompetansepunkter. I litteratur er også beslutningstaking noe som hovedsakelig nevnes i forbindelse med lederansvaret i traumeteamet, noe som anses som rimelig da de har overordnet pasientbehandling- og oppfølgingsansvar. Hoyt (2012, s.20) sier om teamlederens rolle:

*«In order to perform effectively, one team member should assume the role of team leader. The team leader supervises, checks, and directs the assessment; ideally he/she is not involved hands-on in the assessment itself»*

Ved sykehuset denne studien er utført ved, er denne rollen fylt av spesialisierende kirurg. Rollen er tilbaketrukket slik som sitatet anbefaler, slik at det er rom for vurdering og beslutningstaking. Det er også nevnt av informantene at en forventer en viss balanse mellom beslutsomhet og imøtekommenhet hos lederen. Dette anses også i litteratur som å være en god lederstil: *«Effective team leaders make decisions through collective input of other team members»* (Gurney, 2014, s.5) og:

*«During the entire process, all team members are expected to make remarks, ask questions and make suggestions, when appropriate. In that case, all other team members should pay attention and then act as directed by the team leader»*  
(Hoyt, 2012, s.21).

Resultatene viser også at lederen forventes å kommunisere ut tydelig hva som skal gjøres og hvor en befinner seg i algoritmen. Betydningen av førstnevnte blir også nevnt av en av legene i eksempelet med «støttearmen». Likevel er det en oppfatning at en del av det som forventes at kommuniseres ut burde vært kjent. Det er vanskelig å vurdere hva som skyldes hva i disse tilfellene, men det burde gjerne tas opp til drøfting lokalt.

### 5.3.2 Sykepleier og utstyrsoversikt

Resultatene fra både spørreundersøkelsen og intervjuene peker på at informantene ønsker en overordnet oversikt over utstyr og at denne oppgaven i stor grad tilfaller sykepleieren i akuttmottak. Det blir blant annet argumentert med at de «eier rommet». Det poengteres som vist likevel at hver enkelt bør ha kontroll på det utstyret de selv skal bruke og at legene i større grad burde tatt ansvar for å ha kontroll på hvor utstyret deres befinner seg. At ansvaret for utstyrsoversikten likevel ligger mest på sykepleier, vises også i sykepleierens kursmanual (TNCC): «*The trauma nurse begins by preparing the room to assure resuscitation equipment is readily available and in working order*» (Gurney, 2014, s.40).

### 5.3.3 Kompetanse teamet «må», «bør» og «kan» ha

I diskusjonen av den generelle rolleavhengige kompetansen vil jeg ta utgangspunkt i figur 5 som vist i resultatdelen, der jeg oppsummerte i grove trekk hvilken kompetanse hver gruppering i teamet burde ha.

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
Teamleder	MÅ	BØR	MÅ	BØR	MÅ	MÅ	MÅ	BØR	MÅ	MÅ
Kjerne-personal	MÅ	BØR	MÅ	BØR	KAN	MÅ	MÅ	MÅ/BØR	BØR	BØR
Øvrig personal	MÅ	KAN	BØR	KAN	KAN	MÅ	KAN	KAN	KAN	KAN

K1= Kommunikasjon, K2= Evne til empati, K3 = Samarbeidsevne, K4 = Imøtekommenhet, K5 = Besluttsomhet, K6 = Tekniske ferdigheter, K7 = Kjennskap til systemet, K8 = Utstyrsoversikt, K9 = Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m., K10 = Kjennskap til rollefunksjon

Tabell 6

Man kan se at det tilsynelatende er større forventninger til teamlederens kompetanse, sammenlignet med resten av teamet, i tillegg til at det er forskjell mellom kjernepersonellet og øvrig personell. Selv om fremstillingen er gjort under lite validerte forhold, kan det etter min oppfatning visualisere det informantene gir uttrykk for, nemlig at kravene stiger med rette alt etter hvor essensiell din oppgave er – og av informantene er det lederrollen som blir sett på som mest essensiell, fulgt av kjernepersonell og øvrig personell. Dette vises også av informantenes utsagn og gjelder

tilsynelatende kompetanse som befinner seg i alle Skau (2015) sine aspekter; personlig, yrkesspesifikk og teoretisk. Enkelte punkter som befinner seg inn under det vi kaller personlig kompetanse havner likevel litt lenger nedprioritert enn resten, noe jeg diskuterer litt lenger ut i oppgaven. I litteraturen blir også lederrollen i traumeteamet/akuttsituasjoner satt i en særstilling, ettersom vedkommende har et overordnet koordinerende og/eller behandlingsrettet ansvar (Avdeling for Traumatologi (2015); Courtenay et.al, 2013; Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Mace-Vadjunec et.al, 2015; Orvik, 2015). Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016) legger føringer for hvilken kursing og fartstid som skal inngå i de forskjellige rollene. Det blir også presisert minimumskrav for involverte legers prosedyrekunnskaper. Kunnskap/forståelse for fysiologi, skademekanisme og skadeomfang er også et kompetansepunkt som blir rangert og uttalt som «avgjørende» for legene av spørreskjemaet og av informantene. Kompetansepunktene er i all hovedsak basert på at teorikunnskapen er nevnt konkret i kursmanualer og lærebøker (Avdeling for Traumatologi (2015); Gurney, 2014; Hoyt, 2012; Larsen et.al, 2008; Lennquist, 2007). Det nevnte faktum gjør at det virker rimelig å anta at dette er anerkjent avgjørende kompetanse, særlig for teamleder. Gurney (2014) som er en kursmanual for traumesykepleie tester også deltakerne i teoretisk kompetanse, men dette kurset er i akuttisykehus med traumefunksjon ikke et obligatorisk krav gitt av Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016). Det er verdt å merke seg at den de lokale tilpasningene ikke alltid vil være i overenstemmelse med de roller som nevnes i Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016), men at det i retningslinjene oppfordres til lokalt tilpassede løsninger og konkrete kompetansekrav tilpasset de rollene som finnes lokalt. Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016) spesifiserer likevel ikke kompetansen ut over hvilken type kursing eller fartstid som behøves for hver rolle i sin oppsummering av krav til personellgruppene, foruten om prosedyrer for involverte leger. Som vist i teoretisk fundament, tar kursmanualene i henholdsvis ATLS (Hoyt, 2015) og TNCC (Gurney, 2014) for seg samtlige av de kompetansepunkter som er identifisert i denne studien, men er det dermed gitt at alle disse punktene er oppfylt i tilfredsstillende grad før tiltredelse av sin respektive oppgave i teamet? Realiteten er at kompetansepunktene, særlig de som befinner seg inn under «personlig kompetanse» - tross at flere av dem er identifisert som avgjørende punkter i denne studien og i litteratur, hverken blir testet eller lagt fokus på i form av og være et eget tema under disse kursene. Man kan dermed være svak i kommunikative ferdigheter eller ha en lav evne til besluttsomhet, men likevel ha oppnådd de formelle krav som settes. Cole &

Crichton (2006) påpeker direkte at ATLS kurset ikke nødvendigvis gir gode teamledere, men at gode lederevner kan utvikles gjennom å observere andre erfarne ledere, som i en lærling rolle. Walter & Curtis (2015) konkluderte i sin review studie at de formelle kompetansekravene i alt for stor grad ble generalisert og at det var behov for mer spesifikke krav, som nevnt med sitat i teoridelen i oppgaven. Etter gjennomlesning av flere fagbøker og studier er dette en påstand jeg klarer å relatere til, ettersom de formelle kravene som settes i Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016) og i traumemanualen for Ullevål (Avdeling for Traumatologi, 2015) og som flere sykehus bruker veiledende, fremstår som mangelfulle i lys av denne oppgaven. I hvilken grad kompetansepunktene burde settes som formelle krav og på hvilken måte det kan gjøres kvalitetstesting i forhold til oppnåelse av disse, er noe som bør diskuteres med tanke på lokale tilpasninger og eventuelt nasjonale/internasjonale. Courtenay et.al (2009) konkluderte i sin review studie med at det fantes kompetanse verdt å utforske ut over det teoretiske og yrkesspesifikke:

*«Although it is vital that team members have the knowledge and skills to perform the role tasks, it is also important that research should focus on the interactions and processes rooted within these tasks»*

Dette støtter også Cole & Crichton (2006, s.1257):

*“team education should include human factor considerations such as leadership skills, team management, interprofessional teamwork, conflict resolution and communication strategies”.*

#### *5.3.4 Operasjonssykepleier*

Det er som nevnt i resultatene noen uenigheter blant informantene om hvilke roller som bør inngå i definisjonen «kjernepersonal». Særlig interessant er det faktum at operasjonssykepleierens rolle fremstår utydelig og det kommer frem litt diffuse problemområder, slik som vist med sitater. Materialet i denne studien er likevel for tynt til å si hva som skurrer i forhold til denne rollen og det kan for eksempel dreie seg om et lokalt fokuspunkt. At det er *noe* ved operasjonssykepleierens rolle som bør undersøkes videre, kommer i hvert fall frem.

### 5.3.5 Hensiktsmessig supplering

Forholdet mellom to roller, nærmere bestemt mellom anestesisykepleiers og sykepleier i akuttmottak, er også noe som kan ses nærmere på lokalt, da det virker til å være noen uklarheter i forhold til hvilke oppgaver som skal tilhøre hvem. Avdeling for Traumatologi (2015) beskriver klargjorte roller for de to faggruppene lokalt ved Ullevål, men disse kan nok neppe overføres direkte til det sykehuset som er studert på grunn av forskjeller i oppbygningen av teamet. At det er behov for mer klargjorte oppgaver er likevel noe som kanskje kommer til uttrykk i beskrivelsen av «*supplering og vekskvisning*» i den forbindelse mellom disse to faggruppene. «Hensiktsmessig supplering» mellom personalet generelt er noe som oppfattes som svært gunstig og som nevnt i resultatene til tider er med på å «*redde inn*» situasjonen. Gurney (2014, s.6) støtter opp om oppfatningen om at det er viktig med teammedlemmer som kan supplere og ha en støttende funksjon ovenfor hverandre: «*Each team member plays an important role and has responsibilities that compliment and support the other members of the team*». Orvik (2015, s.217) sier det i en akuttsituasjon er viktig med fagfolk som kan improvisere og «*snu seg*» etter hva situasjonen krever, noe man kan si passer godt med det som blir beskrevet som gunstig av informantene. Hensiktsmessig supplering har også blitt nevnt indirekte av informanten i forhold til å kjenne til egen og andres funksjon og i forhold til når teammedlemmer ikke kan de tekniske ferdigheter som de er forventet å kunne og andre må ta over uten egentlig å ha kapasitet til det. Sistnevnte beskrives som ugunstig for pasientsikkerheten og i og med at tekniske ferdigheter på eget felt i utgangspunktet skal være en forutsetning for å være i teamet, burde dette ikke oppstå.

### 5.4 Kollegial relasjon

Som vist i resultatdelen mener legene og sykepleierne at det å ha en kollegial relasjon i bunn, vil gi et bedre utgangspunkt når man står i en akuttsituasjon og skal samarbeide. Kultur/subkultur i traumemottaket var ikke noe jeg aktivt hadde som målsetting om å utforske nærmere, dog jeg retrospekt ser at det faller naturlig som del av funnene og vil være en faktor å ta i betraktning. Jeg har likevel valgt å ikke ta for meg fenomenet under teoretisk perspektiv, men å ta med teori her under diskusjonen. Dette fordi kulturen på tross av å være en viktig faktor, ikke dannet grunnlag for eller preget studiens

gjennomføring slik kompetansebegrepet gjorde. Informantenes oppfatning diskuteres altså i lys av noe aktuell teori her.

Orvik (2015) og Bang (2013) snakker om organisasjonskultur og de subkulturer som kan oppstå hos en gruppe mennesker i en organisasjon. Bang (2013, s.329) sier at:

*«hyppig og nær kontakt mellom en gruppe mennesker er grunnleggende for dannelsen av en subkultur, fordi mennesker har en tendens til å utvikle felles holdninger og forståelsesmåter når de er mye sammen»*

Og: *«Kulturen inneholder normer for hvordan man bør oppføre seg, og for hva som er akseptable handlinger og holdninger»* (Bang, 2013, s.332). Vi kan se likhetstrekk mellom det som blir beskrevet om organisasjonskultur og subkulturer i denne sammenheng og det informantene beskriver i traumesammenheng og da særlig i relasjonen mellom sykepleiere i akuttmottak og kirurgene – som sitatene fra informantene i resultatdelen viser. Stikkord som sammenfaller med den subkulturen som blir beskrevet er: *«trø i hverandres sko hver eneste dag», «kjenner hverandre», «verdsetter de samme tingene», «tenker likt»*. Denne masteroppgaven er basert på disse to faggruppens meninger og den store graden av enighet som kommer til uttrykk av liten differanse i spørreundersøkelsens resultater mellom disse to faggruppene, kan muligens forklares av en subkultur. Som sitatene over viser, er hyppig kontakt en forutsetning for at slike subkulturer dannes. I tillegg sier Bang (2013) at felles utfordringer og problemer i arbeidet er en annen forutsetning. Begge disse kriteriene kan sies å være tilstede mellom kirurger og sykepleiere i akuttmottak, dog noen av de andre rollene faller mer ut. Dette er også nevnt av informantene som vist i resultatene. Særlig noen roller står perifert og det er store faggrupper involvert der individene er sjelden innom traumemottakene. Berg et.al (2011) sier at felles tenkesett er en forutsetning for å kunne utveksle beskjeder og essensielt for samlet ytelse i kompleks sammenheng og støtter dermed opp om viktigheten ved å ha en kollegial relasjon eller subkultur. Mace-Vadjunec et.al (2015) anbefaler at kompetanse *og relasjoner* bygges gjennom tverrfaglige øvelser, trening, utdanning, samt aktiviteter som lunch, felles forelesninger og lignende. Dette viser at relasjonsbyggingen blir satt fokus på og anses som et viktig moment for samarbeidet mellom faggruppene. Som vist i resultatene foreslo også en av informantene at treninger kunne gi en viss grad av relasjonsbygging eller i hvert fall en felles forståelse. Orvik (2015, s.211) sier at *«Et typisk trekk ved*

*samarbeid er en positiv innstilling som gir seg utslag i uformell og løpende kontakt mellom enkeltpersoner.»* og viser slik at man kan gi kompetanseutvikling, i dette tilfellet i form av samarbeid og positiv innstilling, i forbindelse med den kontakten som man kanskje kan få i form av trening. Personlig utvikling og relasjonsbygging gjennom trening tas opp til videre diskusjon under «kompetanseutvikling». Den komplekse relasjonsbyggingen som skjer i det man legger i begrepet subkultur eller organisasjonskultur, krever nok en større grad av løpende kontakt mellom faggruppene enn det sporadisk trening gir:

*«Mennesker må samhandle med hverandre over en relativt lang periode, gjøre seg felles erfaringer, dele ulike typer av utfordringer og forskjellige måter å takle utfordringene på og dele følelsesmessige reaksjoner som følge av disse hendelsene, for at en subkultur skal oppstå»* (Schein, referert av Bang, 2013, s.329-330)

Jeg ser at en felles subkultur for alle involverte parter i et traumeteam ville vært svært gunstig. Spørsmålet er hvorvidt det er gjennomførbart og hvilke eventuelle tiltak som måtte blitt iverksatt for å oppnå dette. Dette må også ses på et lokalt funn, da jeg ikke har datagrunnlag til å si noe om kulturen og relasjonen personalet seg imellom ved traumeteamene ved andre sykehus.

## **5.5 Kompetanseutvikling**

Det er i resultatene nevnt ulike momenter i forhold til kompetanseutvikling. Under diskusjonen vedrørende dette temaet vil jeg holde fokus på både personlig utvikling og utvikling som team. Øvelser, trening og kommunikasjon i den forbindelsen fremstår særlig som sentralt og vektlegges derfor.

Det er i litteraturen stor enighet og evidens over betydningen av øvelser (Avdeling for Traumatologi, 2015; Larsen et.al 2008; Lennquist, 2007; Løvik, 2010; Mace-Vadjunec et.al, 2015; Skau, 2015; Wisborg et.al, 2006) for utvikling på personlig og/eller overordnet nivå:

*«Et systematisk oppbygd øvelsesmønster påvirker og øker personalets og ledernes kompetanse»* (Løvik, 2010, s.20)

*«Ju mer man haft tillfälle att förbereda sig i form av utbildning, övning og träning, desto bättre rustad är man när det verkligen gäller.»* (Lennquist, 2007, s.480)

*«Gode prosedyrer som er innlært teoretisk og praktisk øvet i det daglige arbeid og ved spesielle opplæringstiltak, er helt nødvendige» (Avdeling for Traumatologi, 2015, s.6)*

Løvik (2010) poengterer at læringen som skjer ikke henger sammen med størrelsen på øvelsen og at det derfor på ingen måte er nødvendig å sette i gang fullskalaøvelser for å få utbytte av treningen. Mindre øvelser vil derimot være hensiktsmessige sier Løvik (2010) fordi de kan gjennomføres med langt større hyppighet og med stort utbytte for de deltakende. Løvik (2010) gir også debriefing en stor rolle i forhold til læringsutbytte, og setter det som et minimumskrav til gjennomgang i etterkant av øvelse. Debrief nevnes også som viktig i litteratur: (Courtenay et.al ,2009; Kelly, 2005; Wisborg et.al, 2006). Noen av informantene i denne studien har også lagt vekt på at trening og debriefing er viktig i forhold til tilbakemeldingen og utvikling av kompetanse. Den ene sykepleieren har som vist i resultatdelen en oppfatning om at dette går på både individ- og teamnivå. Skau (2015) legger særlig vekt på at det er den personlige kompetansen som er avhengig av evaluering og tilbakemeldinger for å kunne utvikles:

*«Som sosiale vesener utvikler vi oss i et samspill med andre og verden rundt oss. De tilbakemeldingene vi får fra andre, er nødvendige for at vi skal kunne fortsette å utvikle oss som mennesker» (Skau 2015, s.147)*

*«Personlig kompetanse er ikke noe vi enten har eller ikke har – det er noe vi utvikler ved å innlemme bestemte allmennmenneskelige egenskaper og ferdigheter i et samlet kompetansebegrep og så gjøre dem til utgangspunkt for målrettet arbeid, analyse og kvalitetsvurdering.» (Skau 2015, s.79)*

En øvelse vil altså sette vår personlige kompetanse på prøve. Kommunikasjon, evne til empati, samarbeidsevne, imøtekommenhet og besluttsomhet er de identifiserte kompetansepunktene i denne studien som etter Skau (2015) sin modell dermed i størst grad vil være avhengig av andres tilbakemeldinger for å kunne utvikles. Det betyr ikke at den tekniske- eller yrkesspesifikke kompetansen ikke kan utvikles gjennom trening, øvelse og tilbakemelding – men at den kompetansen i større grad også vil kunne utvikles gjennom andre tiltak. Trening og tilbakemelding vil i utvikling av disse kompetansene selvfølgelig også være gunstig. Dokumentasjon er også nevnt som viktig av informantene, både med tanke på kvalitetssikring i traumeforløpet og i etterkant som læringsgrunnlag. Den ene legen håper, som vist i resultatene, på at denne dokumentasjonen etter hvert skal skje så fortløpende at det kan gjøres en gjennomgang



av noen av disse i et åpent fora, slik at det kan gi læringsutbytte for mange. Dokumentasjon som kvalitetssikring er også vektlagt i litteratur (Avdeling for Traumatologi, 2016; Larsen et.al, 2008; Lennquist, 2007; Løvik, 2010; Skau, 2015). Løvik (2010) mener at evalueringsrapporter er nødvendige og bør gjennomgås før hver ny øvelse for å sikre at man har en felles forståelse av hvor «feilene» lå sist, for slik å unngå samme feil igjen. Denne effekten kan gjerne i noen grad overføres til den man vil kunne få ved en løpende rutinemessig dokumentasjonsgjennomgang i plenum. En løpende oversikt vil kanskje også gjøre det lettere å fokusere på de «rette» tingene, i forhold til den ene informanten som sa at å jobbe «*med veldig mange små ting*» kan gjøre «*totalsummen*» bedre.

## **5.6 Kontekstuelle faktorer**

Kontekster som er med på å distrahere eller endre fokuset til teamet eller til det enkelte individ, tas opp under denne delen av diskusjonen.

I en så rutinepreget og krevende prosess som mottaket av en traumepasient er, sier det seg selv at fokus er av stor betydning. Informantene gir eksempler på kontekster der fokuset blir påvirket, som vist i resultatene. Tidspunktet på dagen spiller blant annet en rolle, da det gjerne finnes flere distraherende faktorer midt på dagen. Det faktum at man gjerne ikke har ressurser til annet enn å holde fullt fokus på utelukkende det man skal gjøre når man er trøtt på natten blir nevnt av to leger, og er beskrevet som gunstig. I denne sammenheng bør et av tiltakene være åpenbare: fjerne distraherende faktorer som ikke er nødvendige. For eksempel kommentarer og spørsmål fra observatører. Hva som er nødvendig vil jo være en diskusjonssak. Cole & Crichton (2006) sier at miljøet og hvordan det oppleves inne på traumerommet er av betydning for innsatsen. Rolig, lavt lydnivå er forbundet med mindre stress. De viser til studier som viser at desto mer stresset og alvorlig situasjonen er, dess mer bråk vil det være og teammedlemmene også mindre samstemte. De konkluderer derfor med at dersom det er for mye folk, så bør leder sende bort de som ikke har en rolle akkurat da. Larsen et.al (2008) poengterer også at en «*rolig atmosfære*» er av betydning, både for personalets og pasientens opplevelse. I tillegg er det jo en individuell sak hva som trigger en og gjør at man blir distrahert. Hvilket bringer oss til den neste kontekstuelle faktorer som er nevnt som skifter fokus, nemlig ens egne personlige forutsetninger og det man står i – gjerne bare den dagen. Menneskesinnet er av en slik kompleksitet at det vanskelig kan settes en standard for

hvordan en optimal tilnærming til problemet vil være, ei heller har denne studien hatt denne problemstillingen som fokus og teorier knyttet til temaet, for eksempel stressmestringsteori, er ikke gjennomgått – da det avviker i for stor grad fra den opprinnelige problemstillingen. Grunnlaget for diskusjonen er bare den av egen refleksjon over temaet og den har derfor en platonisk tilnærming. Grunnen til at det likevel er diskutert i den grad det blir, er fordi det er tydelig at denne problemstillingen behøver å komme frem i lyset, slik at man i traumesammenheng - gjerne særlig på lokalt nivå, skaper en anerkjent og godtatt tilnærming for håndtering av personlige kriser eller utfordringer i kombinasjon med å skulle bidra i et team. Disse utfordringene kan også fort skape stress som «*smitter over på resten av teamet*», som en av informantene nevnte. For noen faggrupper vil det kanskje være tilstrekkelig og informere en vaktleder om at man ikke er i stand til å ivareta den rollen på dette tidspunkt og dermed bli fritatt den funksjonen. For andre faggrupper vil vedkommende kanskje være den eneste på jobb som kan ivareta funksjonen, og alternativer for håndtering blir kanskje å velge sykemelding eller en åpen dialog med teammedlemmer om hva en spesifikt har behov for av teamet for å kunne håndtere situasjonen på en god måte. Gjerne finnes det lokale, fungerende praksiser for dette allerede; disse har jeg dog ikke klart å identifisere.

### **5.7 Alternative tilnærminger/bias**

Herunder diskuterer jeg de alternative tilnærminger som kunne blitt gjort som jeg ikke har tydeliggjort en reflektert holdning til tidligere i oppgaven.

I utgangspunktet skulle studien for denne masteroppgaven basere seg for data for to forskjellige sykehus: Et traumesenter og et sykehus med traumefunksjon. Dette lot seg til slutt ikke gjøre, og studien ble utført ved kun ett sykehus. Det ville absolutt ha styrket datagrunnlaget om det var basert på et videre perspektiv. Blant annet kan en lure på om den lave differansen blant de to faggruppene jeg har hatt fokus på skyldes en kultur de i mellom eller om det er uttrykk for et videre perspektiv for de som jobber i og med Traumatologi. Videre kunne jeg ha tenkt meg og intervjuet flere roller i teamet, da jeg tror at også dette ville gitt et videre perspektiv. Praktiske og tidsmessige hensyn gjorde at dette ikke ble prioritert i denne sammenheng. Skal man gå enda videre til verks, er det et helt prehospitalt nettverk forut for traumeteamets overtakelse som også skal inneha en rekke uidentifiserte kompetansepunkter og det samme finner man i den andre

enden, når man kommer til videre behandling og eventuelt rehabilitering. Disse faktorene innebærer helt andre problemstillinger, men er interessante vinklinger som jeg ville visst mer om.

I forhold til bias vedrørende den brukte analysemetoden sier Hsieh & Shannon (2005, s.1283):

*«Using theory has some inherent limitations in that researchers approach the data with an informed but, nonetheless, strong bias. Hence, researchers might be more likely to find evidence that is supportive rather than nonsupportive of a theory»*

Nærhet til forskningsfeltet har jeg allerede drøftet under metodedelen i oppgaven, men også analysemetoden min kan preges av min nærhet til forskningsfeltet da jeg i sterk grad vil ha en formening om hvilken type teori som jeg finner hensiktsmessig og søke opp. Hsieh & Shannon (2005, s.1283) sier også at: *«some participants might get cues to answer in a certain way or agree with the question to please researchers»*. I forhold til dette ble spørsmålsformuleringen holdt svært åpen i denne studien, foruten om ved presentasjon av tendensene. Tendensene var likevel basert på data utenfor min subjektive oppfatning, slik at den umulig kunne bli tatt hensyn til – ei heller hadde informantene problemer med å uttrykke uenighet i de tilfellene der de var det. Kvale & Brinkmann (2005, s.201) nevner i forhold til ledende spørsmål at de kan komme til uttrykk også gjennom «verbale og kroppslige responser» fra intervjueren. Jeg har vært oppmerksom på å følge intervjuprinsipper presentert i boken til Kvale & Brinkmann (2005) og jeg har hatt et bevisst forhold til min opptreden under intervjuprosessen og det å ikke legge føringer for svarene. Jeg har dog informert noe om hva andre jeg har intervjuet har sagt om samme fenomen som intervjuobjektene er inne på, som et supplement og kompensasjon til de styrkene et gruppeintervju ville hatt. Dette har for eksempel vært når intervjuobjektet oppsummerer at *«leger og sykepleiere i teamet må nok ha større kompetansekrav enn mer perifere roller»* og jeg som intervjuer supplerer med: *«Noen andre jeg intervjuet kalte det kjernepersonale»*. Da gir dette grunnlag for videre refleksjon hos den jeg intervjuer. En tredje utfordring med bruk av analysemetoden jeg brukte er som uttalt av Hsieh & Shannon (2005, s.1283) at *«an overemphasis on the theory can blind researchers to contextual aspects of the phenomenon»*. Jeg kan ikke forsikre meg helt fra at min forforståelse og mitt fokus på teori som utgangspunkt for oppgaven ikke vil påvirke hvordan jeg leser og tolker

materiale. Til en viss grad vil det også være nødvendig. Malterud (2013, s.40) kaller det «*bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet*». Jeg har hatt et bevisst forhold til min rolle og mine egne forutinntatte holdninger, der noen av dem har vist seg å være i lite samsvar med det resultatene viser. At mellommenneskelige ferdigheter, herunder særlig imøtekommenhet og evne til empati, ble rangert lavt var imidlertid et funn jeg på forhånd hadde sett som plausibelt. Dette kan ha sammenheng med at jeg er en del av den samme kulturen som de som besvarte spørreundersøkelsen, men i og med at denne ble besvart uten min påvirkning kan min forutinntatthet tvilsomt ha påvirket resultatene. I oppgaven for øvrig har jeg vært veldig nøye på å fremstille alle aspekter rundt de ulike resultatene på en nøytral måte, slik at det er mulig for leseren og vurdere og se sammenhengen mellom nøkterne funn og det jeg etter hvert vektlegger til diskusjon og setter som konklusjon for arbeidet. Malterud (2013, s.41) skriver at når forforståelsen «*overdøper kunnskapen*» man får fra det empiriske materialet, vil det ofte være «*vanskelig å skille innholdet i resultatpresentasjon og prosjektbeskrivelse*». Det oppfatter jeg ikke til å være tilfelle i denne oppgaven.

## 6. KONKLUSJON

Under dette kapittelet samler jeg sammen trådene i oppgaven og oppsummerer de tilsynelatende viktigste funnene som er gjennomgått; deres betydning og eventuelle begrensning.

Oppsummert viser materialet at alle faggruppene i et traumeteam må ha personlig, yrkesrettet og teoretisk kompetanse, men i ulik sammensetning og grad spesifisert av kompetansepunktene og rollesammensetningene som er identifisert. For eksempel er kompetansepunktet «besluttsomhet» noe som i hovedsak tilhører teamlederen, mens det er en oppfatning at kompetansepunktet «utstyrsoversikt» overordnet bør tilhøre mottakssykepleier. Anestesipersonell oppfattes som å være den faggruppen som det vil være mest hensiktsmessig at ivaretar «empati» overfor pasienten i traumeteamene. At evne til empati er rangert lavest er også et interessant funn, men det er vanskelig å tyde hvorvidt det er uttrykk for noe lokalt eller om det har videre utstrekning. Materialet viser generelt at det finnes et behov for spesifiserte formelle kompetansekrav for hver enkelt rolle, ut over de kravene som er satt i dag av Nasjonal traumeplan (NKT Traume, 2016). Et eksempel som fremhever dette behovet i stor grad er at kompetansepunktet «kommunikasjon» både gis høyest gjennomsnittstrangering i studiens spørreundersøkelse og av 92% av utvalget blir vurdert blant topp 3 grunner til at teamet ikke fungerer optimalt (noe som synes å være i overenstemmelse med den betydningen kompetansepunktet får i faglitteratur og annen forskning), men likevel ikke vektlegges som eget «tema» i obligatorisk kurssammenheng og heller ikke testes eller kvalitetssikres. Sagt på en litt banal måte kan den tilsynelatende «viktigste» rollen ha bestått formelle krav for lederskap over et traumeteam, selv om han eller hun mangler den «viktigste» kompetansen. Dette gjelder også i stor grad de andre kompetansepunktene som er identifisert som personlig kompetanse. Materialet viser også at man må kunne utføre «hensiktsmessig supplerings» overfor hverandres kompetanse.

### 6.1 Implikasjoner for praksis

Som nevnt bør man vurdere formelle spesifikke kompetansekrav, gjerne i form av «*actioncards*» for hver enkelt rolle. Kompetansekravene bør også kvalitetssikres. Den praktiske og konkrete gjennomføringen er ikke noe som materialet i denne studien går inn på i den grad at jeg har forslag ut over subjektiv oppfatning. Men at behovet finnes

kommer tydelig frem og bør tas til etterretning. At det lokalt vurderes og ha samlinger og diskusjoner rundt løpende registrerte traumer, kan som diskutert være med på å identifisere de kompetansepunktene som i størst grad bør prioriteres fokus på under et gitt tidspunkt. Gjennomføring og evaluering av et slikt tiltak kan være en begynnelse i dette arbeidet og bør tilstrebes.

Videre kommer det frem flere momenter av lokal betydning. Materialet i forhold til disse punktene er såpass spisset, at jeg ikke vil ilegge dem betydning ut over det lokale uten større grunnlag. Disse er som følger:

- Operasjonssykepleiers rolle lokalt bør ses nærmere på, da det kommer frem at det er usikkerhet og utfordringer knyttet til denne.
- Det er behov for å lage fungerende rutiner for hvordan en skal håndtere personlige «distraksjoner» av betydning for ens egen prestasjonsevne.
- Man bør sjekke opp hvilke faktorer som spiller inn på at legene er under den oppfatning at de i for stor grad må informere om det de forutsetter kjent for de andre i teamet.
- Man bør tenke ut metoder og tiltak for å få et større samhold og felles holdninger mellom alle medlemmene i traumeteamene (subkultur).
- Man bør undersøke hvorvidt det kan være hold i påstanden om at man ikke «forstår betydningen» av kompetansepunktet «kunnskap/forståelse av fysiologi, skademekanisme og skadeomfang»

## **6.2 Videre forskning**

Med tanke på videre forskning hadde det vært svært interessant og sett på hvordan medlemmer av traumeteam ved andre sykehus vurderte de samme kompetansepunktene for de ulike rollene. Av særlig interesse hadde det vært og se på om det lavest rangerte punktet «evne til empati» hadde havnet lavest også nasjonalt, eller om det var et lokalt funn. Man kunne dermed videre begynt å drøfte og vurdere hvorfor det var det ene eller det andre og hvordan man skulle forhold seg til det. Generelt, med tanke på materiale i sin helhet, ville det å ha hatt flere sykehus – gjerne av ulik størrelse, gitt en helt annen dybde i materialet. I den sammenheng kunne det også vært av stor interesse og sett på hele teamet og ikke bare to sentrale roller. Disse momentene har jeg også drøftet under alternativ tilnærming Av de funnene jeg har som åpenbarer seg i størst grad, vil jeg

igjen påpeke at man trenger mer forskning som viser noe om hvilken konkret type kompetanse som trengs for de konkrete rollene i teamet.

## REFERANSELISTE

Avdeling for traumatologi. (2015). *Traumemanualen. Initialbehandling av den multitraumatiserte pasient ved Oslo universitetssykehus Ullevål*. Oslo: Oslo Universitetssykehus Ullevål

Avdeling for traumatologi. (2002). *Traumemanualen. Initialbehandling av den multitraumatiserte pasient ved Oslo universitetssykehus Ullevål*. Oslo: Oslo Universitetssykehus Ullevål

Bang, H. (2012). Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 50, 236-336. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=318400&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=318400&a=2)

Berg, G.M., Acuna, D., Lee, F., Clark, D., & Lippoldt, D. (2011). Trauma Performance Improvement and Patient Safety Committee. *Journal of Trauma Nursing, Vol 18, No.4*, 213-220.

Canzian, S., Nanni, J., McFarlan, A., Chalklin, K., Sorvani, A., Barratt, L.,... Topolovec-Vranic, J. (2016). Application and Evaluation of Knowledge Retention Related to Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) Course Content: A Preliminary Study. *Journal of Trauma Nursing, Vol 23, No.14*, 202-209

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag

Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health* 2013, 11:57

Cole, E., & Crichton, N. (2006). The culture of a trauma team in relation to human factors. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1257–1266.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, prosedyres and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.

Gurney, D. (Red). (2014). *TNCC. Trauma nursing core course*. (7. etd). USA: Emergency nurses association



- Hoyt, D.B. (Red). (2012). *Advanced trauma life support. ATLS. Student course manual*. (9.ett). Chicago: American College of Surgeons
- Hsieh, H-F., & Shannon, S.E (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. Vol. 15 No. 9, 1277-1288. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732305276687?journalCode=qhra>
- Kelly, A.E. (2005). Relationships in Emergency Care. Communication and Impact. *Top Emerg Med Vol. 27, No. 3*. 192-197
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.uttave). Oslo: Gyldendal Akademisk. – 353 sider.
- Larsen, C.F., Roede, J., & Larsen, J.F. (2008). *Traumatologi*. København: Munksgaard Danmark
- Lennquist, S. (Red). (2007). *Traumatologi*. Stockholm: Liber AB
- Løvik, K. (2010). *Øvelse gjør mester. Planlegging, kommunikasjon og gjennomføring av øvelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Mace-Vadjunec, D., Hileman, B.M., Melnykovich, B., Hanes, M.C., Chance, E.A., & Emerick, E.S. (2015). The Lack of Common Goals and Communication Within a Level 1 Trauma System. *Society of Trauma Nurses, Vol 22 No.5*, 274-281. DOI: 10.1097
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3.uttave). Oslo: Universitetsforlaget
- NKT Traume. (2016). Nasjonal traumeplan. Traumesystem i Norge - 2016. Oslo: Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi. Hentet fra <http://traumeplan.no/>
- Nordhaug, O. (2002). *LMR. Ledelse av menneskelige ressurser. Måltrettet personal- og kompetanseledelse*. (3.uttave). Oslo: Universitetsforlaget
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. (2.uttave). Oslo: Cappelen Damm
- Personopplysningsloven. (2001). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Pirrung, J.M. (2016). What Is Your Superpower As a Trauma Nurse? *Journal of Trauma Nursing, Vol 23, No.5*, 239

REK. (2015). *Infoskriv for voksne*. Hentet fra [https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p\\_dokument=34672&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p_dokument=34672&_ikbLanguageCode=n)

Skau, G.M. (2015). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4.utgave). Oslo: Cappelen Damm

Walter, E., & Curtis, K. (2015). The role and impact of the specialist trauma nurse. an integrative review. *Journal of trauma nursing, Vol 22, nr.3, 153-169*.

Wisborg, T., Brattebø, G., Brattebø, J., & Brinchmann-Hansen, Å. (2006). Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Education for Health, Vol 19, No.1, 85-95*

## VEDLEGG 1



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### [Kompetansevurdering i traumeteam]

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med prosjektet er å undersøke hvorvidt mellommenneskelige ferdigheter eller tekniske ferdigheter er det som anses som mest sentralt i et traumeteam. Prosjektet skal basere seg på oppfatningen til nøkkelpersoner i teamet og søke å finne svar på hvilken type kompetanse som er viktigst, hvilke ferdigheter som eventuelt ikke oppleves som optimale og ellers avdekke en generell oppfatning av kompetansebegrepet i denne sammenheng. Funnene skal forhåpentligvis føre til ny kunnskap som kan være med på å bedre praksis.

#### Hva innebærer PROSJEKTET?

For deg innebærer prosjektet at det settes av maksimalt 1 time sammen med masterstudenten, der det fortas et dybdeintervju med fokus på det som ble beskrevet innledningsvis. Intervjuene er individuelle og det vil bli gjort lydopptak under intervjuet. Disse lagres av studenten og merkes med nummer som kun kan gjenkjennes og identifiseres direkte til deg av studenten selv.

Din rolle i teamet og arbeidsplass er det som vil registreres av personlig informasjon.

#### Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Victoria Lerbrekk Sellevold, tlf: 986 26 736, [victoria89@hotmail.no](mailto:victoria89@hotmail.no) eller Stephen J.M Sollid, tlf: 93 22 79 96, [Stephen.j.sollid@uis.no](mailto:Stephen.j.sollid@uis.no)

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter din oppgave og arbeidsplass til dine opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Ved prosjektslutt slettes lydopptak og det øvrige datamaterialet aidentifiseres.

#### Godkjenning

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Prosjektnummer 48715.

Samtykke til deltagelse i PROSJEKTET

Jeg er villig til å delta i prosjektet

.....  
Sted og dato

.....  
Deltakers signatur

.....  
Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

.....  
Sted og dato

.....  
Signatur

.....  
Rolle i prosjektet

Dybdeintervju i forbindelse med Masterprosjekt 2016-2017

## **«Kompetansevurdering i traumeteam»**

**«Hvilke typer kompetanse oppfattes som sentrale av leger og sykepleiere i traumeteam?»**

En studie for å kartlegge mellommenneskelige og tekniske ferdigheter i traumesammenheng.

- Gjennomgå informasjonsskrivet.
- Informer om at det som diskuteres under intervjuet ikke skal tas opp av studenten i profesjonell/personlig relasjon, dersom ikke informanten selv tar det opp.

### **Presenter struktur**

Først: Gjennomgang av ulike kompetansepunkter som er hentet fra teori/tidligere forskning.

Deretter: Jeg spør 4 konkrete spørsmål vedrørende traumemottak.

Til slutt: Jeg presenterer funn fra spørreundersøkelsen og ber deg reflektere over betydningen av disse tendensene.

Temaoversikt:

Kompetansepunkter:
- Kommunikasjon
- Evne til empati
- Samarbeidsevne
- Imøtekommenhet
- Beslutsomhet
- Tekniske ferdigheter (Utstyr/Prosedyrer)
- Kjennskap til systemet (ABCDE)
- Utstyrsoversikt
- Kunnskap/forståelse av fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m
- Kjennskap til rollefunksjoner

- Med tanke på teamet i sin helhet, hvilken relevans har hvert av disse punktene?

1. Med overordnet oversikt, tenker du at det er forskjell på hvilken type kompetanse som er sentral fra rolle til rolle. Er det for eksempel stor forskjell på hva som er avgjørende at anestesilegen kan og det radiografen kan? (Kompetansepunktene er fremdeles tilhørende eget fagområde og oppgaver). Hvilke tanker gjør du deg om det?
2. Tenk tilbake på det siste traumet du tok imot. Beskriv hvordan selve mottaket av pasienten gikk. Hva fungerte bra, hva fungerte eventuelt ikke optimalt – og hvorfor tror du?
3. Hvis du ser over punktene, hvordan ser du for deg at det kan være en sammenheng mellom disse og pasientsikkerheten i traumesammenheng?
4. For forbedring av pasientsikkerheten i traumesammenheng, tror du at forbedring av disse punktene er «løsningen»/vegen å gå?

## Tendenser fra spørreskjemaet:

1. Sykepleiere vurderer følgende kvaliteter på gjennomsnitt mellom verdi for «svært viktig» (4) og «avgjørende» (5) for begge gruppene:
  - Kommunikasjon, samarbeidsevne, beslutsomhet, tekniske ferdigheter, kjennskap til abcde systemet, kjennskap til rollefunksjoner.
  - For sykepleiere vurderer sykepleierne i tillegg «utstyrsoversikt» med score i gitt viktighetsgrad
  - For leger vurderer sykepleierne i tillegg til «kunnskap/forståelse for fysiologi m.m» med score i gitt viktighetsgrad.
  
2. Legene vurderer følgende kvaliteter på gjennomsnitt mellom verdi for «svært viktig» (4) og «avgjørende» (5) for begge gruppene:
  - Kommunikasjon, samarbeidsevne, tekniske ferdigheter, kjennskap til abcde systemet, kjennskap til rollefunksjoner.
  - For sykepleiere vurderer legene i tillegg «utstyrsoversikt» med score i gitt viktighetsgrad.
  - For leger vurderer legene «beslutsomhet» og «kunnskap/forståelse for fysiologi m.m» med score i gitt viktighetsgrad.
  
3. Med unntak av «evne til empati», blir ingen av punktene vurdert med gjennomsnitt lavere enn 3,5 – dvs. mellom verdi for «viktig» og «svært viktig», for noen av gruppene.
  
4. Av kompetansepunkter/egenskaper som oftest gjør at traumeteamet ikke fungerer optimalt mener:
  - 85% av utvalget at «kommunikasjon» er den viktigste faktoren og 92% at det er blant de 3 viktigste årsakene.
  - 48% av utvalget at «beslutsomhet» er blant de 3 viktigste årsakene.
  - 37% av utvalget at «samarbeidsevne» er blant de 3 viktigste årsakene.
  
5. Av de kompetansepunktene/ferdighetene som ble rangert mellom score 4-5, har 0% av utvalget vurdert følgende blant de 3 viktigste faktorene til at teamet ikke fungerer optimalt:
  - Kunnskap/forståelse av fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m.Dette er det eneste punktet som ikke er blitt nevnt av noen som viktigste topp 3 årsak, men det er rangert mellom 4 og 5 i viktighetsgrad av begge gruppene.
  
6. Det er svært liten differanse mellom det sykepleierne vurderer som viktig for sin egen funksjon, og det legene vurderer for de tilsvarende punkter om sykepleiernes funksjon (mindre enn 0,38 scoringspoeng – foruten om



«beslutsomhet» som sykepleierne vurderer for sin egen del til å ha en viktighet 0,69 scoringspoeng høyere enn legene mener at det har for sykepleierne.)

7. Det er svært liten differanse mellom det legene vurderer som viktig for sin egen funksjon, og det sykepleierne vurderer for de tilsvarende punkter om legenes funksjon. (mindre enn 0,32 scoringspoeng på samtlige punkter).

## VEDLEGG 3

### Spørreskjema for Masteroppgave 2016/2017:

Du inviteres til å besvare dette spørreskjemaet om kompetanse i traumeteam og betydningen denne kompetansen har for pasientsikkerhet. Svarene dine vil bli brukt i en masteroppgave med tema «Kompetansevurdering i traumeteam».

Med dette spørreskjemaet ønsker vi å kartlegge din mening om hvilken type kompetanse som er viktigst for nøkkelpersoner i traumeteamet, for at de skal kunne gi best mulig behandling til alvorlig skadde pasienter. Vi ønsker også å vite hvilke ferdigheter du eventuelt opplever som ikke optimale. Dine svar vil bidra til ny kunnskap som kan være med på å forbedre praksis.

Vi har valgt å fokusere denne spørreundersøkelsen på kirurger med en rolle i traumemottak, samt sykepleiere i akuttmottak – begge disse yrkesgruppene inviteres derfor til å svare. Svarene fra undersøkelsen vil bli brukt som grunnlag for dybdeintervjuer av utvalgte teamledere og sykepleiere fra ditt sykehus.. Ved å besvare skjemaet gir du ditt samtykke til at disse dataene kan brukes så lenge prosjektet pågår. Besvarelsen er anonym, og bare din rolle i teamet skal komme frem. Skjemaet består av 5 spørsmål.

1. Hvilken rolle har du i traumeteamet? (Sett ring rundt)

Sykepleier

Lege

2. Med utgangspunkt i din rolle i traumeteamet:  
Rangér kompetansepunktene/egenskapene som er listet opp nedenfor etter hvor viktig du mener de er for at din rolle i traumeteamet skal bidra til høyest mulig pasientsikkerhet i mottak av en alvorlig skadet pasient.  
(1 = ikke viktig, 2 = litt viktig, 3= viktig, 4 = svært viktig, 5= avgjørende).  
Sett ring rundt ditt svar.

Kompetansepunkter:	Score: (1-5)				
- Kommunikasjon	1	2	3	4	5
- Evne til empati	1	2	3	4	5
- Samarbeidsevne	1	2	3	4	5
- Imøtekommenhet	1	2	3	4	5
- Beslutsomhet	1	2	3	4	5
- Tekniske ferdigheter (Utstyr/Prosedyrer)	1	2	3	4	5
- Kjennskap til systemet (ABCDE)	1	2	3	4	5
- Utstyrsoversikt	1	2	3	4	5
- Kunnskap/forståelse av fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m	1	2	3	4	5

- Kjennskap til rollefunksjoner	1	2	3	4	5
---------------------------------	---	---	---	---	---

3. Nedenfor finner du de samme punktene som under spørsmål 2. Nå skal du svare for hvor viktig du mener disse punktene er for den andre faggruppen som deltar i undersøkelsen. Er du lege, skal du svare for hvor viktig du mener de enkelte punktene er for at sykepleiere i akuttmottak skal bidra til høyest mulig pasientsikkerhet i mottak av en alvorlig skadet pasient. Er du sykepleier, skal du svare for hvor viktig du mener de enkelte punktene er for at legen som leder traumeteamet skal bidra til høyest mulig pasientsikkerhet i mottak av en alvorlig skadet pasient.

Kompetansepunkter:	Score: (1-5)				
- Kommunikasjon	1	2	3	4	5
- Evne til empati	1	2	3	4	5
- Samarbeidsevne	1	2	3	4	5
- Imøtekommenhet	1	2	3	4	5
- Beslutsomhet	1	2	3	4	5
- Tekniske ferdigheter (Utstyr/Prosedyrer)	1	2	3	4	5
- Kjennskap til systemet (ABCDE)	1	2	3	4	5
- Utstyrsoversikt	1	2	3	4	5
- Kunnskap/forståelse av fysiologi, skademekanisme, skadeomfang m.m	1	2	3	4	5
- Kjennskap til rollefunksjoner	1	2	3	4	5

4. Med utgangspunkt i din erfaring fra traumeteam, ranger de tre viktigste kompetansepunktene/egenskapene som du mener oftest er årsaken til at traumeteamet ikke fungerer optimalt?
- 1.
  - 2.
  - 3.
5. Er det noen egenskaper/kompetansepunkter som du mener er sentrale for at et traumeteam skal fungere optimalt, som ikke er presentert i dette skjemaet?

Takk for din deltakelse!

Stephen J.M. Sollid  
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER



Vår dato: 15.06.2016

Vår ref: 48715 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.05.2016.  
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48715</i>	<i>Kompetansevurdering i traumeteam</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Stephen J.M. Sollid</i>
<i>Student</i>	<i>Victoria Sellevold</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Victoria Sellevold victoria89@hotmail.no



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 48715

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er i all hovedsak godt utformet, men vi legger til grunn at følgende endres, jf. epost til student 13.06.2016:

-Følgende setning slettes: "Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt." og erstattes med: "Ved prosjektslutt slettes lydopptak og det øvrige datamaterialet anonymiseres."

-Følgende formulering tas bort: "Prosjektet er godkjent av NSD og lokalt Personvernombud, 2016." og erstattes med: "Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS."

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.09.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. arbeidssted/stillingstittel, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

## VEDLEGG 5

Victoria Lerbrekk Sellevold

**Deres ref:**

**Vår ref:**

2016/8511 - 93185/2016

**Saksbehandler:**

Inger Bleskestad 51513763

**Dato:**

01.11.2016

## Godkjent masterprosjekt - MA94

Masterprosjektet: «Kompetansevurdering i traumeteam»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA94.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vennlig hilsen

Inger Bleskestad (sign)  
Forskningsjef

**Postadresse:**  
Helse Stavanger HF  
Postboks 8100  
4068 Stavanger

**Elektronisk adresse:**  
[post@sus.no](mailto:post@sus.no)  
[www.helse-stavanger.no](http://www.helse-stavanger.no)

**Besøksadresse:**  
Armauer Hansensvei 2

**Generell informasjon:**  
Sentralbord: 0 51 51  
Org.nr: 983 974 678