



# **Interprofessionell tillit inom somatisk akutsjukvård**

– En kvalitativ studie om vaktledares och vaktläkares erfarenheter

Klara Friberg

30 Maj 2014

Masteroppgave i Helsevitenskap

Universitetet i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for helsefag

Stavanger

Hovedveileder: Sissel Eikeland Husebø

Biveileder: Britt Sætre Hansen

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

# MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

## MASTEROPPGAVE

---

**SEMESTER:** Fjärde semester

Våren 2014

---

**FORFATTER:**

Klara Friberg

---

**HOVEDVEILEDER:**

Sissel Eikeland Husebø

**Biveileder:**

Britt Sætre Hansen

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

“Interprofessionell tillit inom somatisk akutsjukvård - en kvalitativ studie om vaktledares och vaktläkares erfarenheter”.

**Emneord:** interprofessionell tillit, somatisk akutmottagning, vaktledare, vaktläkare, kvalitativ studie

---

**Engelsk tittel:** “Interprofessional trust in the context of somatic emergency department- as experienced by nurses in-charge and doctors on call”

**Keyword:** interprofessional trust, somatic emergency department, nurses in-charge, doctors on call, qualitative study

---

**ANTALL SIDER:** 87

**ANTALL ORD:** Artikel: 4988, Kappa: 9953

**STAVANGER:** 30 maj 2014

## Förord

Detta masterarbete är resultatet av två års studier inom hälsovetenskap. Ämnet som jag fördjupat mig i är spännande, inspirerande och har givit mig nya insikter och breddad kunskapshorisont. Att få möjlighet att öka förståelsen för fenomen inom hälso- och sjukvård, är en berikning som jag kommer att ta med mig vidare. Jag önskar att den kunskap som presenteras i detta masterarbete, kan vara till glädje och inspiration för andra i deras möten med människor, både patienter och kollegor.

Jag vill tacka er informanter som delat med er av tid, tankar, erfarenheter och upplevelser som gjort det möjligt för mig att samla kunskap om vad interprofessionell tillit kan vara. Jag vill också tacka min vägledare Sissel Eikeland Husebø för goda råd och diskussioner. Det är tack vare dig som mitt intresse för att lära mer har vidgats. Tack också till dig Britt Sætre Hansen som biväglett mig under resans gång. Tillsammans är ni två inspirerande pärlor.

Tack till mina fantastiska kollegor som visat intresse under dessa två år. Tack till min familj för alla goda middagar och motiverande stöd. Till sist, men absolut inte minst, vill jag tacka dig min allra egna Fredrik som lyssnat och deltagit i mina teoretiska monologer och upprepande kritiska tänkande. Det är tack vare dig som jag har kommit dit där jag är idag.

## Innehåll

Sammandrag.....	6
Del I .....	7
Artikel .....	7
<i>Table 1. Demographic data</i> .....	28
<i>Table 2. Example of steps in the data analysis</i> .....	29
<i>Table 3. Thematization of interprofessional trust</i> .....	30
<i>Figure 1. A sequential model for data collection</i> .....	31
<i>Figure 2. Model of interprofessional trust in between an individual and system domain</i> ..	32
<i>Bilaga 1. Instructions for authors-Journal of Interprofessional Care</i> .....	33
Del II .....	37
Kappa .....	37
1    Inledning .....	38
1.1    Syfte .....	39
1.2    Forskningsfråga.....	40
1.3    Somatisk akutmottagning- generella karaktäristika .....	40
1.4    Disposition .....	41
2    Tidigare forskning om interprofessionell tillit av relevans för studiens syfte.....	42
2.1    Litteratursökning.....	42
2.1.1    Tillit i studier om organisering av vård.....	43
2.1.2    Tillit i studier om ledarskap .....	43
2.1.3    Tillit med fokus på interprofessionellt samarbete .....	44
2.1.4    Sammanfattning av litteraturgenomgången .....	45
3    Teoretiska ramar .....	46
3.1    Begreppet tillit.....	46
3.2    Luhmann´s systemteori om tillit .....	47
3.3    Tillit på person och systemnivå- komplementära teorier .....	48
3.4    Interprofessionellt samarbete .....	49
4    Metod .....	51
4.1    Författarens förförståelse .....	51
4.2    Etiska överväganden .....	52
4.3    Deltagare och urval .....	52
4.4    Inklusionskriterier .....	52
4.5    Datainsamling .....	53

4.6	Transkribering .....	54
4.7	Dataanalys .....	55
4.8	Kvalitetskriterier .....	56
5	Presentation av empiri.....	58
5.1	Att ha relationell kunskap .....	59
5.1.1	Betydelsen av likvärdighet.....	59
5.1.2	Att förstå och bekräfta egen och andras profession .....	60
5.2	Att vara en del av ett sammanhang .....	60
5.2.1	Betydelsen av att ha ett fungerande arbetssystem.....	61
5.2.2	Betydelsen av att utvecklas .....	61
5.3	Sammanfattning av resultatet.....	62
5.4	Modell för interprofessionell tillit mellan individnivå och systemnivå .....	62
6	Diskussion.....	64
6.1	Resultatdiskussion relaterat till modell för interprofessionell tillit.....	64
6.2	Resultatdiskussion i relation till hur interprofessionell tillit kan stödjas .....	65
6.3	Metoddiskussion .....	68
6.4	Praktiska implikationer .....	69
6.5	Förslag på vidare forskning.....	69
7	Konklusion.....	70
	Referenser .....	71
	Bilagor.....	78
	<i>Bilaga 2. Svar från REK .....</i>	<i>79</i>
	<i>Bilaga 3. Svar från Forskningsavdelning, NSD.....</i>	<i>81</i>
	<i>Bilaga 4. Brev till deltagare.....</i>	<i>83</i>
	<i>Bilaga 5. Intervjuguide nr 1 .....</i>	<i>84</i>
	<i>Bilaga 6. Intervjuguide nr 2 .....</i>	<i>86</i>
	<i>Bilaga 7. Förfrågan om deltagelse i projekt.....</i>	<i>87</i>

## **Sammandrag**

**Bakgrund:** Vaktledare och vaktläkare i somatisk akutmottagning samarbetar i en föränderlig arbetsmiljö som förutsätter tillit till professionell kompetens och handlingskraftighet. Interprofessionell tillit är ett ringa studerat fenomen inom somatisk akutmottagningskontext, men anses samtidigt ha en central del i interprofessionellt samarbete och dess resultat.

**Syfte:** Syftet var att beskriva vad som kännetecknar interprofessionell tillit så som uttryckt av vaktledare och vaktläkare inom somatisk akutmottagningskontext.

**Metod:** En kvalitativ, explorativ och induktiv design har använts. Data samlades in via fyra fokusgruppintervjuer (vaktledare och vaktläkare) och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Två teman, fyra subteman och nio kategorier identifierades. Temana var ”att ha relationell kunskap” och ”att vara en del av ett sammanhang”. En modell för interprofessionell tillit mellan individnivå och systemnivå har utvecklats med grund i resultatet.

**Konklusion:** Studien visar att interprofessionell tillit är ett föränderligt fenomen som troligen har stor inverkan på framtida utvecklingsmöjligheter mellan professionsutövare och arbetssystem. För att stödja stark tillit är det viktigt att finna tillitsbyggande strategier både på individnivå och systemnivå.

Mastergradsarbetet kommer att presenteras i två delar. I Del I presenteras en artikel avsedd för insändning till *Journal of Interprofessional Care*. I Del II presenteras en kappad där metodologisk redogörelse och teoretisk förståelse fördjupas. Delarna skall därför ses i relation till varandra. Artikeln har varit ett självständigt arbete.

# **Del I**

## **Artikel**

Journal of Interprofessional Care

**Original research article**

**Title:**

“Interprofessional trust in the context of somatic emergency department – as experienced by nurses in-charge and doctors on call”

Klara Friberg, RN, ICCN, MSstudent<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Department of Health Studies, Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, Norway*

Correspondence: [ks.friberg@stud.uis.no](mailto:ks.friberg@stud.uis.no).

**Keywords:** interprofessional trust, somatic emergency department, nurses in-charge, doctors on call, qualitative study



## **Abstract**

Nurses in-charge and doctors on call who collaborate in the context of somatic emergency department, do so under changing conditions in terms of staff composition and work load. This requires knowledge and skills in interprofessional collaboration. It also requires having trust in fellow collaborators, as well as the work environment and the more comprehensive system in which they work in. The aim of the study was to describe what characterizes interprofessional trust in a somatic emergency department, as expressed by nurses in-charge and doctors on call. Eleven nurses in-charge and nine doctors on call participated in the study. Data was collected from September – November 2013 through focus group interviews and analyzed by means of qualitative content analysis. Two themes were identified as characteristics for interprofessional trust: “Having relational knowledge” and “Being a part of a context”. Together they can be understood as equally important for such contextual collaboration. Supportive activities such as interprofessional education are suggested as valuable for developing and maintaining trust.

**Keywords:** interprofessional trust, somatic emergency department, nurses in-charge, doctors on call, qualitative study

## **Introduction**

Interprofessional trust is a phenomenon of emerging interest that has developed in recent decades. It is regarded as being of significance for collaborative outcome, for example, in terms of interprofessional care (McMurtry, 2010; Weller, Barrow, & Gasquoine, 2011). In the context of somatic emergency care, life-threatening situations are often characterized by time pressure and a great deal of uncertainty for the patient's condition (Hick, Hanfling, & Cantrill, 2012). This demands that multiple professions co-work to solve specific tasks (Kipnis, Rhodes, Burchill, & Datner, 2013) and optimize the patient's health. Trust has been identified as central in effective interprofessional collaboration, where shared goals, staff-stable and small teams are shown to increase interprofessional trust (Rydenfält, Johansson, Larsson, Åkerman, & Odenrick, 2011). Interprofessional collaboration is well studied (Ovretveit, Mathias, & Thompson, 1997; Reeves et al., 2011) but combined with trust in the context of the emergency department, little seems to be known.

### ***Review of the literature***

A literature search in the databases Cinahl and Medline with the search terms "interprofessional relations", "trust", "emergency ward/hospital units/care/department" in different combinations showed only one study that explored trust in the emergency departmental context (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe, & Doran, 2011). That study showed that trust between acute-care nursing practitioners and physicians in an acute care context was built over time and that distrust complicated interprofessional trust. Other studies focused on trust in relation to administrative/leadership (Burke, Sims, Lazzara, & Salas, 2007; Wong, Spence Laschinger, & Cummings, 2010), interprofessional collaboration (Jones & Jones, 2011; Rydenfält et al., 2011) and

organizational (Calnan & Rowe, 2008) issues in other settings but still relevant to the aim of the current study. The way the co-working professions cooperate and interact influences the cooperative outcome (Jones, Podila, & Powers, 2013; Lerner, Magrane, & Friedman, 2009) and the level of trust (Calnan & Rowe, 2008; Reina, Reina, & Rushton, 2007).

Trust is a well-studied concept in different disciplines, such as sociology (Luhmann, 1999; Misztal, 1996), philosophy (Grimen, 2009; Hawley, 2014), business/management relations (Bachmann & Zaheer, 2006; Dirks & Ferrin, 2002) and health and social sciences (Hsieh, Ju, & Kong, 2010; Hupcey, Penrod, Morse, & Mitcham, 2001). However, there is no superior and unambiguous definition that encapsulates its inner core meaning (Grimen, 2009; Rousseau, Sitkin, Burt, & Camerer, 1998). Giddens (2012) describes trust as a concept related to a foundational condition that is deeply connected with the human existence. Therefore, trust is equally important for all human beings as well as for human interaction in a social world. According to Luhmann (1999) the phenomenon of trust is to be seen as integrated on two levels: personal and system levels. It is in the field of tension between the different levels that trust emerges and demerges. Luhmann's (1999) reasoning on trust seems to be appropriate in exploring interprofessional trust in a complex setting such as the somatic emergency department. Emergency departmental work differs from other departments in terms of suddenly changing workload and variations in accessible resources (Hwang et al. 2011). The type of team may also be ad-hoc, which can influence the quality of interprofessional collaboration (Helsetilsynet, 2008). Thus, trust in interprofessional work in a complex environment such as the emergency department is an important aspect of study.

## ***Aim***

The aim of this study was to describe what characterizes interprofessional trust in a somatic emergency department as expressed by nurses in-charge and doctors on call. The following research question was formulated: “*What expressions of interprofessional trust are identified in talks between nurses in-charge and doctors on call in a somatic emergency department?*”

## **Method**

A qualitative, explorative design with an inductive approach was used (Polit & Beck, 2010) by means of capturing the interprofessional trust experiences of nurses in-charge (NC) and doctors on call (DC).

## ***Participants***

Strategic sampling was employed in finding possible participants (Polit & Beck, 2010), who were contacted by their managers and asked if they would be willing to participate. NC and DC professional groups were chosen because of their superior responsibility for prioritizing and organizing work assignments during work shifts. They have central positions as clinical leaders and as such, should have a lot to say about trust. To be included in the study, NC participants had to be registered nurses with wide experience of somatic emergency departmental work. DC participants had to be registered medical doctors with experience of somatic emergency departmental work. Eleven NC and nine DC agreed to participate (Table 1).

### ***Ethical issues***

The study was appraised as exempt from propounding by the Norwegian Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (no. 2013/616) and approved by Norwegian Social Science Data services and the Privacy Ombudsman for Research at the university hospital (no. 2011/4660 - 36998/2013).

### ***Setting***

A somatic emergency department in a up-to-date architectural environment at a university hospital in Norway was chosen where patients (approximately 600 patients per week) with different kinds of acute illnesses and traumas were treated by multiple professionals such as NC and DC.

### ***Data collection***

The study was conducted over three months in the autumn of 2013. Focus group interviews were chosen as appropriate for studying what characterizes interprofessional trust (Morgan, 1997). In total, 20 respondents (14 individuals) participated, where 6 individuals participated in more than one focus group interview (Table 1).

Insert *Table 1* here

A sequential model was developed to guide the data collection (Figure 1). The underpinning idea was that intra- and interprofessional discussions could raise important data about aspects of interprofessional trust.

Insert *Figure 1* here

After the first sequence, the data was deemed to be saturated with important data from each respective professional group. A new interview guide was therefore developed focused on thematic fields identified in the first sequence.

### ***Data analysis***

Data was transcribed verbatim and analyzed by means of qualitative content analysis (Graneheim & Lundman, 2004). All interviews were read several times in an attempt to grasp the text as a whole. The text was then divided into units of meaning which were subsequently condensed and coded to formulate categories. Finally, subthemes and themes were identified into fitting and stringent names that made sense (Table 2). Data was checked with itself by analyzing back and forth several times, before consistency appeared.

Insert *Table 2* here

## **Findings**

Two themes, four subthemes and nine categories were formulated (Table 3). The following text presents the themes and subthemes, with categories marked in *Italics*. Quotations are used to illustrate the results.

Insert *Table 3* here

### ***Having relational knowledge***

This theme describes the significance of being on equal terms. It also involves confirming oneself, one's own profession and that of others.

### ***Comprehending the significance of being on equal terms***

Trust can be seen as *a vulnerable confidence*, a changeable and fragile field that has to be protected and cared for. It involves choosing to take the first step, venturing to expose your faults and deficiencies to the other person and leaving something of yourself in their custody. The other person can either respond to this confidence or dismiss it, whereby a source of irritation can develop. There is subsequently a risk that trust decreases, with consequences for the potential relation and collaborative development. One NC talked about the nature of such confidence and where it is found:

1a-G: "You give something of yourself and then you get it back, and it goes no further."

Trusting the other person because of their specific profession can be a vulnerable experience if that person does not act in accordance with his or her professional responsibility. Confidence can also be destroyed if the person experiences that his or her professional judgment is toned down and deemed inadequate by a more experienced colleague. According to the participants, social competence is needed if trust is to be maintained.

The participants expressed that *knowing each other* is important for trust to be developed and maintained and talk about 'friendliness' in terms of knowing each other

and sharing history together at work. Trust develops while one recognizes the other person as a human being, with a different personality and biography. This presupposes engagement, self-commitment and time. Colleagues' personalities play a major role in how one feels and thinks about how the day will turn out, as one NC exemplifies:

1a-E: "Oh it's great he's on duty." Because we have good experiences with some – they have the skill to communicate. So it's a bit about personality and... your shoulders relax and you think "This is going well... even though it's a really tough job."

However, previous working experiences and competence shines through, which speeds up the trust-building process. As the participants state, trust must be earned.

### ***Understanding and confirming one's own profession and that of others***

Having equal respect for one's own and others' professions involves a deeper understanding of intra- and interprofessional competence. It further involves the capability to prioritize, distribute assignments and make relevant decisions. Both parties must observe and reflect on their own and the *other person's professional level of knowledge*. This presupposes critical thinking that grows with experience. Experience is mentioned in all focus groups as a keyword for interprofessional trust. This follows an assumption that learning and education are important if one is to improve and avoid mistakes. For developing and maintaining trust, it is important to affirm one's own and others' different fields of responsibility. *Different professional responsibilities* are grounded on diverse professional knowledge but aim towards a mutual goal. If knowledge and responsibilities are not confirmed to other professionals, there is a risk of increasing uncertainty around and distrust in one's own competence. One NC explains:

2a-1: "You can work for many years, but you don't know where you are "on the tree". And then you think, "Oh well, as long no-one's saying anything, then I must be doing it right ... because you're relying on hearing about it – if



what you did was completely screwball ...It's those little bits of feedback in daily life that might push you forward or make you stop and think.”

The participants talked about *strategic communication* as important for developing and maintaining interprofessional trust. For example DCs can experience that nurses overestimate or underestimate the severity of patients' illnesses. Clear communication is important for understanding each other. Types of communicative strategies differ, depending on the situation, as a DC exemplifies:

2a-3: “At the same time as informing the patient, you also inform your colleague and ...you get a good picture together at the same time...”

Strategic communication also means creating a common platform where different professional perspectives and goals can meet. Such communication metaphorically involves a common language, which creates a *base for mutual understanding*. The patient's best interests is the superior goal, but there must be a mutual understanding of different professional goals as one NC indicate below:

1a-D: “The goal for surgeons is to operate, while the goal we have is to have fluidity in the emergency ward.”

### ***Being part of a context***

The theme describes the importance of a functioning working system. It also involves developmental possibilities within the system. Together they constitute the context where interprofessional work is assigned.

### ***The importance of having a functioning working system***

The participants expressed the importance of having supportive and functioning, administrative and organizational working systems to develop and maintain trust. These

form some of the frames for interprofessional work. From the perspective of the professionals, there is an expectation that the system's routines and procedures should function. The combination of short-term and long-term plans and goals contribute to *adjusting the working environment* to optimize possibilities for cooperation. Insufficient organization therefore impacts on both an individual and a systems level. One NC related what happened when the working system was not followed, with consequences for interprofessional trust:

1a-A: "Well, it's that it (things) [author's comment] doesn't work. Yeah, that's what often creates frustration – if you feel it isn't happening ... – expected actions ... in relation to what is observed. Then ... trust declines."

Within the working system there must be a metaphorical *place for the participants in the system*. All professionals have the responsibility to follow the rules and regulations required by the system. Everybody can be regarded as safety elements with responsibility to perform their assignments correctly, both in relation to the working system and for themselves as individual professionals. The participants stated that it might be easier to find a place in the working system, if it has a culture where it is not dangerous to make a fool of oneself or to display learning needs. This kind of culture can be provided by creating arenas in which all the team members' qualities are made visible. Without such a culture, frustration develops, affecting developmental possibilities and levels of trust in the working system.

Rapid staff turnover can put strain on professionals who are expected to introduce and teach new employees, also translating into uncertainty for group members as to who to work with. Enthusiasm for teaching new colleagues also drops when staff turnover is high, as one NC and one DC illustrate:

1a-G: "...that's some of the reason for it – when they're experienced and have been here for a while, they suddenly become senior physicians... So then we have to get to know new people that in a way ought to be taught by us and

other physicians... and that's like XX says ...'oh, it was good that you were on duty' and the next week they're wanting to become senior physicians."

The participants commented that not being professionally prepared for eventualities could be understood as balancing on the point of a knife – in other words, a risky way of working.

### ***The importance of developing***

The participants commented that there must be a long-term plan for professional development for developing and maintaining trust. Support from their managers for *intra- and interprofessional learning* is regarded as a necessary condition for trust to be developed and maintained.

Regular interprofessional learning activities traverse professional backgrounds and experiences. This was stated as important, if trust towards the system is to be strengthened. It prepares not only for life-threatening situations (for example cardiac arrests or traumas), but also for non-life-threatening, complex patient-related situations that commonly occur in the emergency department.

Interprofessional learning activities also prepare staff for what might happen and how human factors influence routine work. Another aspect of preparedness is to use experienced professionals' competence and skills in clinical situations. If not, these competencies in acting and reacting correctly in emergency situations might decline or change. One DC exemplifies this:

1b-B: "but there are cardiac arrests all the time, and there's no systematic training. You might take one... course once and then it's ten years until the next time... it's like, I don't know, there's much less of a focus for us (medical physicians) [authors comment] to train regularly, which I find somewhat strange."

Not receiving support from their managers when expressing frustrations or learning needs puts strain on the trust the professionals have in the system they work in.

Grounded in the findings and inspired by Luhmann (1999), a model (Figure 2) was developed to illustrate the results.

Insert *Figure 2* here

## **Discussion**

The aim of the current study was to explore what characterizes interprofessional trust as expressed by NC and DC in the context of a somatic emergency department. The findings revealed that having relational knowledge and being a part of a context were identified as significant for interprofessional trust. The results also imply that interprofessional trust has different nuances, which are all equally important for the quality of the interprofessional collaboration. Assumable it also influences how health is experienced by the professionals.

Luhmann's (1999) way of thinking may be a possible way of understanding what characterizes interprofessional trust. In the model (Figure 2) two domains are shown. One domain concerns the individual, where the theme "having relational knowledge" can be understood as a kind of experience that characterizes the relation. This presupposes a comprehension of what it means to be on equal terms with another. It also presupposes an understanding of one another as different professionals. Here, clear communication is important to create possibilities for mutual understanding. The other domain concerns different systems, where the theme "being part of a context" indicates

the context as important for interprofessional trust to be developed. This presupposes a functioning system which supports the professionals in performing their duties as optimally as possible. It also presupposes ambitions and plans for development for all professionals.

The place between these two domains can be seen as a field of tension, which is also a field of collaboration and interaction. The development and maintenance of interprofessional trust depends on both the individual and system domains. Thus, it is assumed that interprofessional trust is something that takes place when interactions occur. It is in the field of tension, the interactive collaborative space, that trust has its power. However, trust is also a changeable phenomenon that requires having its purpose equally valued by those it concerns (Coleman, 1994).

Consequently, low trust from one party can impact on the quality of the collaboration and put strain on achieving a successful outcome. Moreover, low trust in the working system can put strain how NC and DC engage themselves for the system to function better. This clearly indicates that interprofessional trust must be taken into account, and should be especially noted by management. Luhmann's (1999) reasoning seems to be transferable to the somatic emergency departmental context. Human-human; human-profession; human-working system in different variations are identified, as well as tensions between these. One can presume that knowledge about the dynamic field of trust is of significance to professionals, administrative and organizational systems and their leaders and managers. Equally, reflected activities from the perspective of system/leaders and managers to strengthen the foundation of and maintain interprofessional trust appear to be important, and may have consequences for patient treatment, patient safety and future-oriented staff development and health.

The fact that interprofessional collaboration in emergency departments takes place under special conditions (Hwang et al., 2011) where teams may be ad-hoc and unstable (Helsetilsynet, 2008) highlights the importance of building and maintaining a high level of trust. Acquiring knowledge about the field of tension described above is therefore important. There is also a need for structured professional and interprofessional support from hospital management – a suggestion being the structured activities of interprofessional education (Oandasan & Reeves, 2005a, 2005b), which is described as when two or more professionals learn interactively together (Reeves et al., 2008).

One example is to provide regular training where different professions learn from and by one another in order to perform together and be prepared for future situations. Another suggestion is to increase opportunities for interprofessional collaboration in basic nursing and physician education. Teamwork is seen as a core competence in health professions (IOM, 2003). Collaborative training in basic education can thus be seen as one way of developing critical thinking about one's own professional competence field and that of others.

Previous research has not addressed contextualized trust between NC and DC in emergency departments, although interprofessional relations in a hospital environment have been studied before (Jones & Jones, 2011; Kilpatrick et al., 2011; Lehmann-Willenbrock, Lei, & Kauffeld, 2012; Pullon, 2008; Rydenfält et al., 2011; Weller et al., 2011). This study contributes with knowledge about the characteristics of interprofessional trust, which presumably increases knowledge about influencing factors.

Management and leaders (for example NC or administrative leaders) have a special responsibility for providing opportunities for development in the working system (Dirks

& Ferrin, 2002; Mullarkey, Duffy, & Timmins, 2011; Wong et al., 2010). It is supposed that development activities not only widen the personal experiences but also contribute to increasing quality for organization. This means that organizational strategies with this aim in mind could impact on staffs' collaborative improvement. The level of support from management for the development of trust can therefore be seen as a long-term indicator of quality.

There are limitations to this study. Firstly, the study was conducted in only one setting, which could impact on possible differences in emergency departmental cultures if more settings were to be studied. Secondly, six of the respondents participated in more than one focus group interview, which might have had impact on the results variance. There are however strengths to this study in terms of study design, wherein both NC and DC could express what interprofessional trust meant for them as a collaborative team.

## **Conclusion**

This study contributes to new knowledge on what characterizes interprofessional trust in a somatic emergency context. The study results show that interprofessional trust is a changeable phenomenon affected by relational knowledge and contextual intelligibility. The results also imply that trust is unavoidable when humans interact and therefore constitute an essential part of collaboration success. If aspects that interfere with the building of trust are not considered in both the individual and system domains, there is an increased risk of future development opportunities failing.

## ***Declaration of interest***

The author has no declaration of interest or source of funding.

## References

- Bachmann, R., & Zaheer, A. (2006). *Handbook of trust research*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Inc.
- Burke, C. S., Sims, D. E., Lazzara, E. H., & Salas, E. (2007). Trust in leadership: A multi-level review and integration. *The Leadership Quarterly*, 18(6), 606-632.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2008). Trust relations in a changing health service. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13, 97-103.
- Coleman, J. S. (1994). *Foundations of social theory*. Massachusetts: The Belknap press of Harvard University press.
- Dirks, K. T., & Ferrin, D. L. (2002). Trust in Leadership: Meta-Analytic Findings and Implications for Research and Practice. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 611-628.
- Giddens, A. (2012). The consequences of modernity (1990). . In C. Calhoun, J. Gerteis, J. Moody, S. Pfaff & I. Virk (Eds.), *Contemporary sociological theory. 3rd edition*. (pp. 531-545). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hawley, K. (2014). Trust, distrust and commitment. *NOUS*, 48(1), 1-20.
- Helsetilsynet. (2008). "MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene ? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. (2). Oslo: Helsetilsynet. Retrieved from [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2\\_2008.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf)
- Hick, J. L., Hanfling, D., & Cantrill, S. V. (2012). Allocating scarce resources in disasters: emergency department principles. *Ann Emerg Med*, 59(3), 177-187.
- Hsieh, E., Ju, H., & Kong, H. (2010). Dimensions of trust: the tensions and challenges in provider--interpreter trust. *Qual Health Res*, 20(2), 170-181.



- Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M., & Mitcham, C. (2001). Nursing theory and concept development or analysis. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 282-293.
- Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., . . . Bernstein, S. L. (2011). Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*, 18(5), 527-538.
- IOM. (2003). Health Professions Education: A Bridge to Quality. *Institute of Medicine*.
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *J Interprof Care*, 25(3), 175-181.
- Jones, F., Podila, P., & Powers, C. (2013). Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. *J Nurs Adm*, 43(4), 194-200.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., & Doran, D. (2011). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs*, 68(7), 1504-1515.
- Kipnis, A., Rhodes, K. V., Burchill, C. N., & Datner, E. (2013). The relationship between patients' perceptions of team effectiveness and their care experience in the emergency department. *J Emerg Med*, 45(5), 731-738.
- Lehmann-Willenbrock, N., Lei, Z., & Kauffeld, S. (2012). Appreciating age diversity and German nurse well-being and commitment: Co-worker trust as the mediator. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 213-220.
- Lerner, S., Magrane, D., & Friedman, E. (2009). Teaching Teamwork in Medical Education. *MOUNT SINAI JOURNAL OF MEDICINE*, 76, 318-329.
- Luhmann, N. (1999). *Tillid: en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. København: Hans Reitzel Forlag A/S.
- McMurtry, A. (2010). Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams: insights from a university-level course. *J Interprof Care*, 24(3), 220-229.
- Misztal, B. A. (1996). *Trust in modern societies. The search for the bases of social order*. Cambridge: Blackwell Publishers Ltd.

- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. (Second ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Mullarkey, M., Duffy, A., & Timmins, F. (2011). Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review. *Nursing in critical care*, 16(2), 85-91.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005a). Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 21-38.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005b). Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 39-48.
- Ovretveit, J., Mathias, P., & Thompson, T. (1997). *Interprofessional Working for Health and Social Care*. London: Macmillan.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care*, 22(2), 133-147.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care*, 25(3), 167-174.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.: CD002213. (Issue 1).
- Reina, M. L., Reina, D. S., & Rushton, C. H. (2007). Trust: the foundation for team collaboration and healthy work environments. *AACN Advanced Critical Care*, 18(2), 103-108.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A crossdiscipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23(3), 393-404.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2011). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 783-795.

Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ*, 45(5), 478-487.

Wong, C. A., Spence Laschinger, H. K., & Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *J Nurs Manag*, 18(8), 889-900.

*Table 1. Demographic data*

	<b>Focus group 1a NC</b>	<b>Focus group 1b DC</b>	<b>Focus group 2a Mixed group</b>	<b>Focus group 2b Mixed group</b>
Sex F/M	7/0	3/2	2/1	4/1
Age (median)	36-59 (52)	32-42 (34)	38-58 (42)	33-53 (42)
Years in work (median)	15-36 (26)	3.5-12 (6)	12-27 (12)	6-26 (19)
Experience of emergency care (median)	4-32.5 (26)	3.5-12 (6)	12-27 (12)	6-26 (19)
Profession (nurse/physician)	7/0	0/5	2/1	2/3
Specialist background (yes/no)	7 <sup>a</sup> /1	5/0	3/0	5/0

<sup>a</sup> = one had more than two specializations

*Table 2. Example of steps in the data analysis*

<b>Meaning unit</b>	<b>Condensed meaning unit</b>	<b>Code</b>	<b>Category</b>	<b>Subtheme</b>	<b>Theme</b>
You give something of yourself and then you get it back, and it goes no further.	You give and get it back, and it stays between us.	Personal contract	Confidence	<b>Comprehending the significance of being on equal terms.</b>	<b>Having relational knowledge</b>
But, but it's, it's how long you've been here (E: yes), that has a lot to do with it (M:mm). And if they have worked with someone and they know each other, they know what people can do, right? ..//.. and then it's much easier to guide it (M:mm yes). I've also experienced that (M:yes).	How long you' worked, which people you've worked with in the past and if you know one another, are meaningful for the outcome and the trust between you.	Time, sphere of colleagues and friendship influence the result and trust.	Knowing each other		

*Table 3. Thematization of interprofessional trust*

<i>Category</i>	<b>Subtheme</b>	<b>Theme</b>
<i>Vulnerable confidence</i>	Comprehending the significance of being on equal terms.	<b>Having relational knowledge</b>
<i>Knowing each other</i>		
<i>Consideration of each other's knowledge</i>	Understanding and confirming one's own profession and that of others	
<i>Consideration of each other's responsibilities</i>		
<i>Communicating strategically</i>		
<i>Sharing mutual understanding</i>		
<i>Having an adjusted working environment</i>	The importance of having a functioning working system	<b>Being part of a context</b>
<i>Having a place</i>		
<i>Intra and interprofessional learning</i>	The importance of developing	

*Figure 1. A sequential model for data collection*

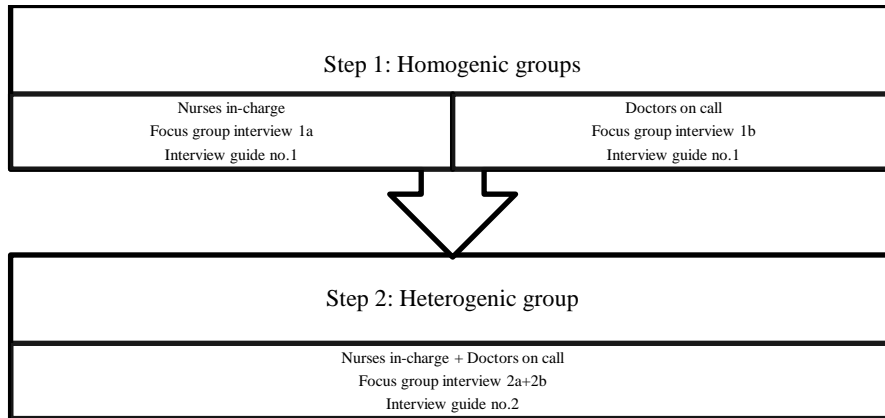
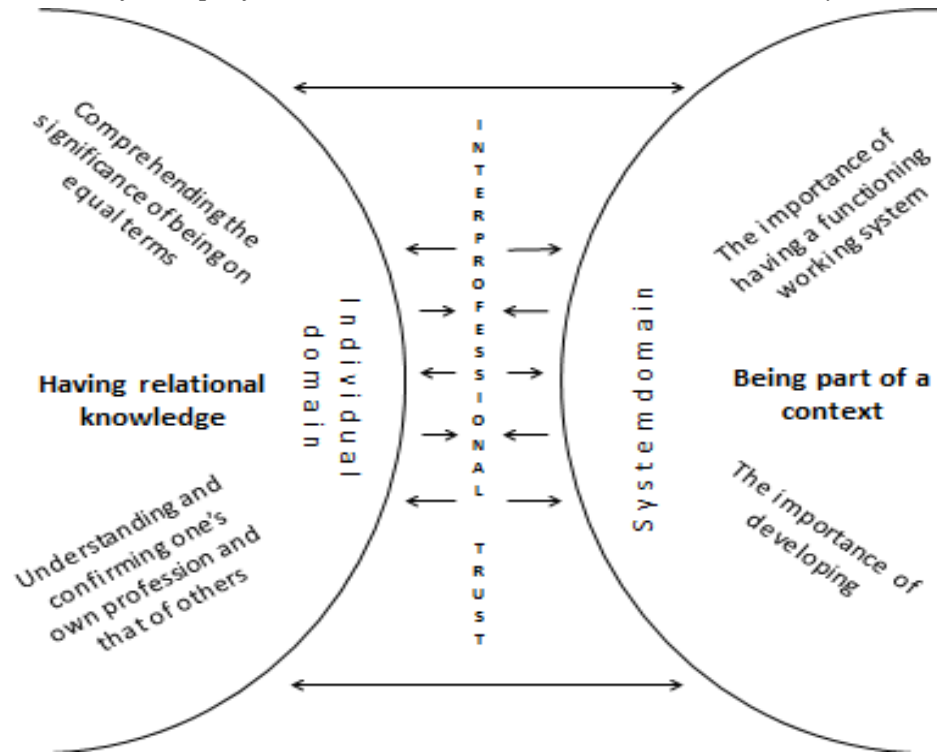


Figure 2. Model of interprofessional trust in between an individual and system domain



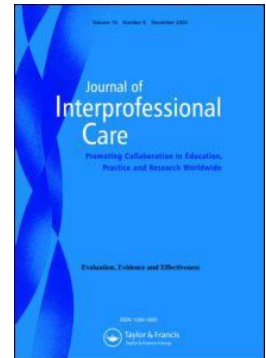


## Instructions for Authors

### Aims and Scope

The ***Journal of Interprofessional Care*** aims to disseminate research and new developments in the field of interprofessional education and practice. We

welcome contributions containing an explicit interprofessional focus, and involving a range of settings, professions, and fields. Areas of practice covered include primary, community and hospital care, health education and public health, and beyond health and social care into fields such as criminal justice and primary/elementary education. Papers introducing additional interprofessional views, for example, from a community development or environmental design perspective, are welcome. The Journal is disseminated internationally and encourages submissions from around the world.



### Electronic Submission

Manuscripts for consideration should be submitted online via the Journal's ScholarOne Manuscripts website: <http://mc.manuscriptcentral.com/cjic>

Manuscripts must be written in English and should be double spaced and use 12 pt font. The main document, title page, and any tables/figures should each be submitted as separate files. The main document that will be sent for review should contain no identifying information. The title page, submitted as a file not for review, should include the title of the paper, author names and affiliations, contact information, keywords, and running head. Manuscripts should be prepared in accordance with American Psychological Association's (APA) guidelines – see below for further details.

All submissions are initially assessed by the Editor-in-Chief and Managing Editor for their suitability for *Journal of Interprofessional Care*. A letter will be sent to the authors, usually within two to three weeks, if a manuscript is rejected at this stage. Manuscripts that are assessed as having potential for publication in *JIC* are sent, with no identifying author information, to two peer reviewers. Associate Editors oversee the process of assessing reviewer feedback, corresponding with authors, and making recommendations for publication. A manuscript may need to undergo a number of revisions prior to a final acceptance. Accepted articles may be edited to meet certain standards. Authors can track the progress of their manuscript on the [ScholarOne website](#).

The following issues must be addressed by authors submitting manuscripts to *Journal of Interprofessional Care*:

- All submissions to the Journal must include full disclosure of all relationships that could be viewed as presenting potential conflicts of interest. If there are no conflicts of interest, authors

should state that there are none. The information must be stated in the manuscript, after the main text under a subheading "Declaration of Interest". If there is a conflict of interest, this must be indicated in the appropriate field during the submission process.

- All research submissions should include information about approval by the relevant research ethics board.
- All authors must comply with the following policies: [Authorship, submissions, Plagiarism and Peer Review](#); [Clinical Trials Registry](#); and [Copyright and Submissions](#).

For further details please see the Acknowledgements section below.

### **Types of Papers Accepted**

The **Journal of Interprofessional Care** publishes the following types of articles:

1. Peer-reviewed Original Research Articles, systematic/ analytical reviews, and theoretical papers that focus on an element of interprofessional education or practice.
2. Peer-reviewed short reports that describe research in progress or completed, or an innovation in the field of interprofessional care.

1 Original Research Articles, systematic/ analytical reviews, and theoretical papers  
These papers have a maximum of 5,000 words including abstract, main text, tables and figures, and references. This total number of words should be indicated in the appropriate space during the online submission process.

**Abstract:** The abstract should be written in paragraph form (not structured with sub-headings), and describe the main elements of the manuscript using no more than 200 words.

**Keywords:** 4-6 keywords, that address both methodological and content areas, should be selected. Keywords should be listed both in ScholarOne Manuscripts during the submission process, as well as on the title page.

**Text:** The text should in general, but not necessarily, be divided into sections with the headings: Introduction, Methods, Results, Discussion, and Conclusion. Main headings should be in bold; subheadings in italics.

**Tables and Figures:** Tables and figures should be referred to in text as follows: Figure 1, Figure 2; Table 1, Table 2, etc. The place at which a table or figure is to be inserted in the printed text should be indicated clearly on the manuscript. Each table and/or figure must have a legend that explains its purpose without reference to the text. Each table and/or figure must be uploaded separately from the main document. Charts and tables are considered textual and should also be supplied in a format compatible with MS Word.

**Footnotes:** Number all text footnotes consecutively throughout the manuscript and compile them on a separate page at the end of the manuscript

#### **Short Reports**

The Short Reports section is for papers that describe research plans, either in progress or completed, or an innovation in the field of interprofessional care. These papers have a maximum of 1,000 words and six references, and may contain one table or figure. Short reports should also have an abstract no more than 150 words written in paragraph form (not structured with sub-headings). Authors should include between 4-6 keywords. The text should in general, but not necessarily, be divided into sections with the headings: Introduction, Methods, Results, Discussion, and Conclusion. Main headings should be in bold; subheadings

in italics. References should be APA style as noted above.

### Editorials and Book Reviews

In addition, each issue of the Journal contains editorials and book reviews. Suggestions for editorials and book reviews need to be discussed with the Editor-in-Chief and Book Reviews Editors respectively, before submission

### References

References should be in APA (American Psychological Association) 6th Edition referencing style. The instructions below are taken from: <http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/03/>. Please refer to this site for more specific guidelines when preparing your manuscript.

All references cited in the text should be listed in alphabetical order in the reference section at the end of the manuscript text. All citations in the text should include the author last name and the year of publication e.g. (Smith, 2008) or “Smith (2008) demonstrated the importance of...” For a work by two authors, both authors are listed in the signal phrase or in the parentheses each time the work is cited. Use the word “and” between the authors’ names within the text and use “&” in the parentheses. For a work by three to five authors, list all the authors the first time the source is cited, and use only the first author’s last name followed by “et al.” in subsequent citations. For a work by six or more authors, use the first author’s name followed by et al. for all citations. Below are some examples; please refer to the website listed above for further instructions.

#### Journal Papers:

Farrell, B., Pottie, K., Woodend, K., Yao, V., Dolovich, L., Kennie, N., & Sellors, C. (2010). Shifts in expectations: Evaluating physicians' perceptions as pharmacists become integrated into family practice. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), 80-89.

#### Books:

Jelphs, K., & Dickinson, H. (2008). *Working in Teams*. Bristol: Policy Press.

#### Book Chapters:

Wee, B. & Goldsmith, J. (2008). Preparing facilitators for interprofessional learning. In E. Howkins & J. Bray (Eds.), *Preparing for Interprofessional Teaching: Theory and Practice* (pp. 55-68). Abingdon:

Radcliffe Publishing.

#### Websites:

Health Canada. (2009). *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice*. Retrieved from [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index_e.html).

### Acknowledgments and Declaration of Interest sections

Acknowledgments and Declaration of interest sections are different, and each has a specific purpose. The Acknowledgments section details special thanks, personal assistance, and dedications. Contributions from individuals who do not qualify for authorship should also be acknowledged here. Declarations of interest, however, refer to statements of financial support

and/or statements of potential conflict of interest. Within this section also belongs disclosure of scientific writing assistance (use of an agency or agency/ freelance writer), grant support and numbers, and statements of employment, if applicable.

Acknowledgments section

Any acknowledgments authors wish to make should be included in a separate headed section at the end of the manuscript preceding any appendices, and before the references section. Please do not incorporate acknowledgments into notes or biographical notes.

Declaration of Interest section

All declarations of interest must be outlined under the subheading "Declaration of interest". If authors have no declarations of interest to report, this must be explicitly stated. The suggested, but not mandatory, wording in such an instance is: *The authors report no declarations of interest*. When submitting a paper via ScholarOne Manuscripts, the "Declaration of interest" field is compulsory (authors must either state the disclosures or report that there are none). If this section is left empty authors will not be able to progress with the submission.

Please note: for NIH/Wellcome-funded papers, the grant number(s) must be included in the Declaration of Interest statement.

**Click here to view our full [Declaration of Interest Policy](#).**

**Del II**

**Kappa**

## 1 Inledning

Hälso-och sjukvården såväl nationellt som internationellt står inför stora utmaningar (HOD, 2012-2013c; NOU, 2011). Människor blir allt äldre med ökad multimorbiditet som resultat. Livsstiländringar och levnadsvanor som ger livsstilssjukdomar (WHO, 2010) ställer ökade krav på preventiva åtgärder (HOD, 2012-2013a) men ger också återverkningar för specialisthälsotjänstvården som blivit alltmer specialiserad och komplex. Det finns också tydliga samhälleliga intentioner och hälsopolitiska mål såväl nationellt (HOD, 2012-2013b; Riksrevisjonen, 2005-2006) som internationellt (WHO, 2010) om viktläggning av ökad kostnadseffektivitet samtidigt som patientsäkerhet (Öhrn, 2013) och brukarmedverkan ska upprätthållas (Humerfelt, 2010).

Samtidigt finns tydliga krav på vikten av innovation i hälso-och sjukvård för att skapa effektiva kunskapsmiljöer (Elg & Olsson, 2013). Evidensbasering eller kunskapsbasering av det dagliga patientarbetet är idag ett krav för såväl sjuksköterskor som läkare (Johansson & Wallin, 2013) och inverkar på hur olika professioner samarbetar kring gemensamma mål. Inom akutvård relateras detta ofta till förbättrade behandlingsmetoder, medicinsktekniska framsteg, alltmer avancerad medicinskteknisk utrustning och förbättrade strukturella/organisatoriska arbetssätt, ökade effektivitetskrav och krav på patientsäkerhet (Heath, 2009; Helsetilsynet, 2008).

Akuta patientsituationer kännetecknas ofta av tidspress och stor grad av osäkerhet för patientens hälsotillstånd (Hick, Hanfling, & Cantrill, 2012) vilket kräver att flera professioner samarbetar för att lösa specifika arbetsuppgifter (Kipnis, Rhodes, Burchill, & Datner, 2013). Ofta sker detta i form av olika former av teamarbete. Inom akutvård kan teamen i varierande grad vara ad-hoc sammansatta eftersom akuta patientsituationer kan uppstå innan team kallas in och strukturella omständigheter kan försvåra att få rätt personal på rätt plats (Helsetilsynet, 2008).

Hur teamets deltagare samarbetar och interagerar har betydelse för vilka resultat som teamarbetet ger (Lerner, Magrane, & Friedman, 2009; Reeves, Lewin, & Espin, 2010) vilket i sin tur ger konsekvenser för vårdkvaliteten (Manser, 2009; Weaver, Dy, & Rosen, 2014). Vidare kommer ett generationsskifte på grund av ökade pensionsavgångar hos hälsopersonal inom de närmaste decennierna, vilket kan tänkas medföra brist på kompetent personal (HOD, 2012-2013c). Om utbildning av personal inte håller takt med avgångarna, finns risk att kvalitet och patientsäkerhet inte kan upprätthållas eftersom

interprofessionellt samarbete då inte optimaliseras. Aiken et al. (2014) studie visar tydliga samband mellan sjuksköterskors kompetensnivå, bemanning och patienters mortalitet. Ju lägre kompetensnivå och färre sjuksköterskor per enhet patient ju större risk att patienten dör. Enligt Aiken et al (2014) kan alltså minskningar i personalstaben komma att påverka patientöverlevnad vilket också kan tänkas få återverkningar på kvaliteten i teamsamarbete.

För att möta pågående och framtida utmaningar som ovan beskrivna, ställs större krav inte bara till hur vården skall vara organiserad, men även vilka hälsopolitiska mål som skall vägleda framtida hälso- och sjukvård (Ringard, Sagan, Sperre Saunes, & Lindahl, 2013). WHO (2010) spår att viktiga framtidsriktade satsningsområden är ökad sjukhuseffektivitet, att det ges rätt hälsotjänst till rätt tid och att bruk av hälsotjänster värderas kritiskt. Detta förutsätter motiverade och kompetenta professionella yrkesutövare som bland annat förutsätts arbeta i team (WHO, 2010).

Enligt IOM (2003) utgör team en av sex kärnkompetenser för sjuksköterskor och läkare. Det finns olika typer av team och inom den somatiska akutvården förekommer ofta interprofessionella eller tvärprofessionella team (Berlin, Carlström, & Sandberg, 2009). Tillitsaspekter i teamen anses vara centrala för hur deltagarnas prestationer möter kvalitetskrav och patientsäkerhet (Burford et al., 2013; Manser, 2009; Reina, Reina, & Rushton, 2007).

Mot bakgrund av den ökande komplexiteten som skisserats ovan så är det av vikt att skapa kunskap om tillit i interprofessionella team. Hur tillit fungerar i team och vilka uttryck det tar sig i teamsamarbetet kan tänkas få återverkningar på andra områden som t.ex. kvaliteten i patientarbetet (McGrath et al., 2008).

## **1.1 Syfte**

Studiens syfte var att beskriva vad som kännetecknar interprofessionell tillit så som uttryckt av vaktledare och vaktläkare inom somatisk akutmottagningskontext. De centrala begreppen tillit, interprofessionellt teamarbete/samarbete, somatisk akutvårdskontext kommer att klargöras i bakgrunden.

## 1.2 Forskningsfråga

För att svara på studiens syfte blev följande forskningsfråga formulerad:

**”Vilka uttryck för interprofessionell tillit kan identifieras i samtal mellan vaktledare och vaktläkare i en somatisk akutmottagning?”**

Studien motiveras av att teamarbete i en komplex sjukhusmiljö är oundvikligt (Jones, Podila, & Powers, 2013). I föreliggande studie har vaktledare och vaktläkare valts därför att de ansvarar för att avdelningsdriften genomförs på ett optimalt sätt i relation till patientgenomströmning samtidigt som patientcentrerad vård eftersträvas. Vaktledare har vaktansvar för sjuksköterskepersonal och prioriterar tillgänglig kompetens till rätt plats. Det innebär en genomtänkt plan för hur personalens kompetens utnyttjas per arbetspass. Vaktläkare har det medicinska ansvaret. Vaktledare och vaktläkare är centrala professionsutövare därför att de har överordnad kunskap om tillgängliga kapaciteter och har erfarenhet av interprofessionellt samarbete. De har således ett gemensamt ansvar för samarbete, att patientvården är av god kvalitet, god patientgenomströmning och att vården är patientcentrerad. De förutsätts därmed kunna bidra med kunskap om studiens forskningsfråga (OHA, 2010/2011).

## 1.3 Somatisk akutmottagning- generella karaktäristika

En akutmottagning är den del av ett sjukhus som kan sägas vara dess prioriterings- och sorteringsstation för patienter som behöver antingen livsnödvändig hjälp efter skador eller sjukdomstillstånd, eller andra typer av kroppstillstånd (Handel et al., 2010). En akutmottagning har ofta ett högt arbetstempo och under senare år även ökande tillströmning av patienter (*eng. crowding*) (Hwang et al., 2011; Lo et al., 2014). Det finns numera omfattande forskning om konsekvenser av det ökande tempot (Andersson, Jakobsson, Furåker, & Nilsson, 2012; Handel et al., 2011). Enligt Person, Spiva och Hart (2013) kan arbetsrelaterad stress i akutmottagningar resultera i frustration och utbrändhet hos personal, men dämpas genom en positiv arbetskultur som inkluderar god personalpolitik och stabil personalstab (Person et al., 2013). Systemmässiga utmaningar som hur en akutmottagning är organiserad för att på bästa sätt vara rustad att ta i mot ett ökande antal patienter, anses som ett viktigt område (Pimentel, Hirshon, Barrueto, & Browne, 2012; Twanmoh, 2009). En akutmottagning är därmed en av de mest arbetsintensiva delarna av ett sjukhus (Weingart, 2009) där arbetet utförs av läkare och



sjuksköterskor som förväntas ha specialistutbildning. Norska somatiska akutmottagningar har speciella särdrag bl.a. relaterat till att Norge har ett relativt lågt befolkningsantal i förhållande till landsyta, vilket gör att de somatiska akutmottagningarna finns spridda geografiskt och har varierande mängd invånare per sjukhus. I Norge kan patienter hänvisas till akutmottagning genom akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK), via legevaksordning eller hänvisande fastlege ("Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede.," 2 utgave 310712; Ringard et al., 2013). Större sjukhus har ofta flera professionsspecialiseringar, som t.ex. specialiserad kirurgi och invasiv kardiologi, och därmed kompetens och kapacitet till att ta i mot svårt sjuka och skadade patienter (exempelvis traumasjukhus) (Ringard et al., 2013). Somatiska akutmottagningsdelningar kan därmed ha olika personalkompetenser beroende på vilken typ av sjukhus det tillhör. I denna studie utgörs somatisk akutmottagning av moderna lokaler anpassade för sådan drift. Befolkningsområdet är runt 375000 personer och genomsnittligt mottar 600 patienter per vecka akutvård.

#### **1.4 Disposition**

I kapitel 2.0 presenteras tidigare forskning och i Kapitel 3.0 kommer teoretiskt ramverk. I Kapitel 4.0 beskrivs studiens metodik. I Kapitel 5.0 presenteras empiri och i Kapitel 6.0 diskuteras empiri och metod. I Kapitel 7.0 presenteras studiens konklusion efterföljt av referenser och bilagor.

## 2 Tidigare forskning om interprofessionell tillit av relevans för studiens syfte.

### 2.1 Litteratursökning

Litteratursökningar har gjorts systematiskt och manuellt i databaserna CINAHL, Medline. Sökord har använts enskilt och i olika kombinationer. Inklusionskriterier var empiriska studier, reviewer, peer reviewed, om ”interprofessional relations”, ”trust”, ”emergency ward/hospital units/care/department”. Exklusionskriterier var studier som inte genomgående handlade om tillit och där relevansen för denna studies syfte inte tillräckligt tydlig. Studiernas kvalitet granskades i relation till vetenskaplig noggrannhet i metodologisk beskrivning och resultatpresentation/diskussion (se tabell 1). Sökningar har också gjorts i BIBSYS (bokdatabas) för att ringa in annan litteratur med relevans för studiens teoretiska ram.

Tabell 1. Tillvägagångssätt av litteratursökning

Databas	Datum	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar / Antal förkastade	Slutligen valda
Cinahl	090314	Peer reviewed, Research article	”Interprofessional relations” (Cinahl headings) AND ”Trust” (Cinahl headings) OR ”emergency ward/ hospital units/emergency care” AND ”trust”	5070 (51+14) / 40* 18** 2***	5
Medline	090314	Peer reviewed Academic journal  +AB	”Interprofessional relations” (Mesh) AND ”Trust” (Mesh) OR ”emergency departments/hospital departments” AND ”trust”(Mesh)  Manuell: ”AB Inter professional trust”	42647 (344+20) / 20* 16** 3*** 34/ 23* 7*+****	1    4
Cinahl,	03-06/2013	Peer reviewed, Research article, Metaanalys, Metasyntes, AB	Manuella sökningar: ”acute care”, ”critical care”, ”profession”, ”collaboration”, ”emergency ward”, ”department” i olik följd		4

\*Förkastad efter titelgranskning

\*\*Förkastad efter abstraktgranskning

\*\*\*Förkastad efter kvalitetsgranskning

Litteraturgenomgången visar såväl teoretiska som empiriska studier mellan år 1997-2012. Efter läsning av abstrakt och avgränsningar valdes slutligen 14 studier som motsvarade studiens syfte. Dessa omfattar två kvantitativa och nio kvalitativa studier, två

litteraturöversikter och en metasyntes. Studierna omfattar flera professions- och disciplinområden. I det följande beskrivs studierna i fyra övergripande områden.

### **2.1.1 Tillit i studier om organisering av vård**

Calnan och Rowe (2008) studerade kvalitativt hur tillitförhållandet mellan patienter, vårdpersonal och ledare förändras i takt med organisatoriska förändringar i primär- och specialistvården. Resultatet visar att tillitsformer som t.ex. en asymmetrisk tillitsrelation mellan patient-behandlare, varierar beroende på vem tillitsförhållandet är med. Mer forskning efterlyses om tillitsrelationer mellan vårdpersonal och i relation till olika organisationsnivåer. Jackson et al. (2010) kvalitativa studie undersökte konsekvenser för teamarbete efter anmälningsärenden gjorda av hälsopersonal om sviktande vårdkvalitet. Misstillit från kollegor, liksom fientlighet och mobbning beskrevs som konsekvenser, vilket också kan få inverkan på patientsäkerhet, vårdens planering och genomförande. Författarna menar att en vårdorganisatorisk utmaning är att skapa en kultur för att bygga och behålla tillit.

### **2.1.2 Tillit i studier om ledarskap**

Dirks och Ferrin (2002) har i en metaanalys om begreppet tillit utvecklat en teoretisk förklaringsmodell för tillit i ledarskap som visar hur ledarstil (och tillit till ledare) påverkar personalens arbetsresultat, prestationer och attityder. Konsekvenser av tillit beskrivs också av Burke, Sims, Lazzara och Salas (2007) i en litteraturöversikt om begreppet tillit i förhållande till ledarskap inom organisationsteori. Författarna efterlyser mer forskning om tillit inåt i team/vad tillit betyder i teamarbetet för teamets medlemmar samt vilka återverkningar detta kan ha för tillitens ”resultat”. Wong, Spence Laschinger och Cummings (2010) kvantitativa studie undersökte autentiskt ledarskap, det vill säga då ledare motiverar positiva beteenden hos sin personal. Sjuksköterskors tillit till sina ledare studerades i form av grad av uppfattningar av arbetsengagemang, eventuella bekymmer/problem och uppfattningar/syn på avdelningsdriftskvalitet/ledarskap i avdelningsdriften. Resultatet visar att en autentisk ledarskapsstil hade inverknings på både tillitsutveckling, ökat arbetsengagemang, att beredskap/villighet att uttala sig och vårdens kvalitet. Tillit till ledaren kan alltså påverka både vårdkvalitet, arbetsmiljö och personals trivsel. I en litteraturöversikt av Mullarkey, Duffy och Timmins (2011) om tillit mellan sjuksköterskor och sjuksköterskeledare på avancerade akutvårdsavdelningar visar

i likhet med Wong et al (2010) att tillitsförhållanden mellan personal och ledare är viktiga prioriteringsområden.

### **2.1.3 Tillit med fokus på interprofessionellt samarbete**

I Pullon (2008) kvalitativa studie om vad som karaktäriserar sjuksköterske-läkare relationer (och utveckling av interprofessionell tillit) visas att interprofessionell tillit utvecklas över tid. Vidare att tillit inte kan tvingas fram. Gensidig yrkesprofessionell förståelse och respekt för den andra yrkesprofessionen, är bidragande faktorer i utvecklingen av interprofessionell tillit i samarbetet. När tillit till andra yrkesprofessioner finns, kan en mer individuell tillit i teamet utvecklas. McMurtry (2010) finner i sin kvalitativa studie om flerprofessionell samarbetsträning (simulering) i universitetsmiljö, att olika kunskapsbakgrunder och förståelser kräver tillit mellan deltagarna (eftersom bådas kunskaper och förståelser är lika viktiga) för att uppgifter skall lösas på bästa sätt. Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe och Doran (2011) kvalitativa studie undersökte utvecklingen av och införandet av interprofessionellt arbete på akutvårdsavdelningar. Av resultatet framgår att utveckling av tillit är centralt när flera professioner ska lära sig samarbeta. Vidare påpekas att det tar tid för gränsöverskridande professionsarbete att vinna acceptans av andra professioner.

I en kvalitativ studie (Jones & Jones, 2011) från geriatrisk rehabiliteringskontext studerades vårdpersonals uppfattningar om interprofessionellt teamarbete. Studien visar att ökad tillit mellan teamdeltagarna bidrog till ökad kollegialitet, säkerhet för deltagarna, objektivitet vid konflikter och upplevelse av autonomi i team. Rydenfält, Johansson, Larsson, Åkerman och Odenrick (2011) finner i sin kvalitativa studie att teamarbete i operationsmiljö i stor grad handlar om tillit i förhållande yrkesprofessionell kompetens och i förhållande till deltagarnas grad av engagemang. Studien visar att personalstabila och mindre team hade större interprofessionell tillit, medan ostabila och större team visade större grad av osäkerhet. Författarna menar vidare att utveckling av en gemensam plattform för diskussioner av normer och arbetsorganisering, kan bidra till att utveckla den interprofessionella tilliten i teamet.

Weller, Barrow och Gasquoine (2011) kvalitativa studie om interprofessionellt samarbete mellan nyutbildade läkare och sjuksköterskor visar att dålig avdelningsorganisering kan hindra utveckling av tillit och försvåra samarbetet arbete mellan unga läkare och sjuksköterskor i sjukhusmiljö. Resultatet visar att unga läkare och sjuksköterskor

uppfattar varandras roller som komplementära. Vidare att samarbete i teamarbetssituationer kännetecknades av gensidig respekt (professionsutövning) och förmågan att adapteras till nya situationer. Lehmann-Willenbrock, Leio och Kauffeld (2012) kvantitativa studie (om ålderskillnad, sjukskötersketrivsel, engagemang och tillit till kollegor som mediatorer) visar att variation i sjuksköterskors ålder och att använda sjuksköterskekollegor som samtalspartner har betydelse för deras trivsel både i arbetet och privat. Teamets sammansättning vad gäller variation i ålder och erfarenhet inverkar positivt på teamkänsla men också patientsäkerhet med konsekvenser för sjukhusdrift.

#### **2.1.4 Sammanfattning av litteraturgenomgången**

Av litteraturgenomgången framgår att förutsättningar för tillit i team har studerats såsom teamdeltagarnas kunskap och kompetens och engagemang (Pullon, 2008; Rydenfält et al., 2011) liksom ledarskapets betydelse för personalens upplevelse av tillit (Dirks & Ferrin, 2002; Mullarkey et al., 2011; Wong et al., 2010). Av litteraturgenomgången framgår även att konsekvenser som att lägre grad av tillit har betydelse för arbets kvaliteten och upplevelsen av arbetsprestation och trivsel (Jackson et al., 2010). Andra konsekvenser av hög tillit är bättre trivsel, upplevelse av autonomi och säkerhet (Weller et al., 2011) och också för arbets kvaliteten och upplevelsen av god arbetsprestation (Jones & Jones, 2011; McMurtry, 2010). Teamsammansättningen variation i ålder och erfarenhet beskrivs också som betydelsefullt för tilliten (Lehmann-Willenbrock et al., 2012). Tidspunktens betydelse för utveckling av tillit i team är en annan aspekt om framkommit (Kilpatrick et al., 2011). Det påpekas att mer forskning på tillit i team behövs (Burke et al., 2007; Calnan & Rowe, 2008). Några studier som specifikt inriktar sig på akutmottagningsavdelning och interprofessionell tillit har inte identifierats. Inte heller har betydelsen av tillit i team i akutmottagningsmiljö studerats utifrån den litteratur som presenterats ovan. Studien motiveras därför vidare av att interprofessionellt samarbete är en integrerad del av akutmottagningsarbete och tillitsaspekter i och mellan samarbetande professioner är oundvikligt i sådan kontext.

### 3 Teoretiska ramar

I det följande beskrivs studiens teoretiska ramverk, vilket utgörs av fyra delar. Först presenteras begreppet tillit från olika författare som alla behandlar begreppet tillit och dess definitionsmöjlighet. Sedan presenteras delar av Luhmann's (1999) analys av begreppet tillit. Därefter presenteras "Tillit på person och systemnivå- komplementära teorier" med utvidgade sätt att förstå vad tillit är. Slutligen presenteras "Interprofessionellt samarbete", vad interprofessionellt samarbete består av och kännetecknas av.

#### 3.1 Begreppet tillit

Det finns ingen enhetlig definition av *tillit* (Blomqvist, 1997; Grimen, 2009; Hawley, 2014; Hupcey, Penrod, Morse, & Mitcham, 2001; Rousseau, Sitkin, Burt, & Camerer, 1998; Wanderer & Townsend, 2013) trots att tillit är ett välstuderat begrepp. För att ge en uppfattning av själva begreppet tillit presenteras i det följande några centrala begreppsanalyser från olika discipliner. Blomqvist (1997) har i en begreppsanalys om begreppet *tillit* inom företagsekonomi analyserat ett flertal definitioner dess betydelser för att så komma fram till en relevant definition. Denna definition (Blomqvist, 1997, p. 282) beskrivs som "*an actor's expectation of the other party's competence and goodwill*". Blomqvist (1997) menar att mer forskning behövs avseende hur och om tillit kan mätas i ett relationellt sammanhang. Detta behövs för att förstå vilken betydelse tillit har för ekonomisk och social verksamhet och hur sådan verksamhet kan vidareutvecklas.

Rousseau et al (1998) har i en syntes om begreppet *tillit* inom disciplinerna ekonomi, psykologi och sociologi, utvecklat en modell för att förklara hur tillitsformerna "beräknande" respektive "institutionell tillit" förändras över tid. Modellen visar hur tillitsformen förändras från att vara en mer "systemtillit" till att bli mer relationell. I ytterligare en begreppsanalys (Hupcey et al, 2001) om *tillit* från disciplinerna hälsovård, medicin, psykologi och sociologi presenteras en övergripande definition som handlar om att tilliten avhänger minst två parter och involverar ett risktagande. Författarna menar att ytterligare forskning behövs om begreppet tillit inom discipliner för att på så sätt stärka betydelsen av tillit för interdisciplinär vård.

Beroende på olika disciplinära perspektiv och referensramar blir en entydig teoretisk redogörelse om begreppet tillit svår att avgränsa (Nortvedt & Grimen, 2006). Genomgången ovan visar på detta. I följande text beskrivs därför ett urval av synsätt på tillit som teoretisk ram för denna studie. Speciellt kommer delar ur Luhmann's systemteori att beskrivas därför att dessa hanterar såväl *tillit* på en personnivå och systemnivå samt ett interaktionsområde som utgångspunkt och teoretisk grund för analys och diskussion.

### **3.2 Luhmann's systemteori om tillit**

Niklas Luhmann (1927-1998) var en tysk sociolog som utvecklade en systemteori i förhållande till "den moderna världen". Teorin handlar om hur olika system relateras till varandra. Han menar att system föder system i samhället. Som följd av denna tankegång, har Luhmanns systemteori blivit kritiserad för att vara antihumanistisk, och anses därför vara radikal (Guneriusen, 1999). En del av denna omfattande, abstrakta och komplexa teori rör dock begreppet tillit, vilket Luhmann (1999) utförligt analyserat. I den följande texten kommer delar av denna att presenteras med fokus på personlig tillit och systemtillit.

Enligt Luhmann (1999) kan tillit relateras till en personnivå och en systemnivå. Personnivån kännetecknas av ett slags inre resonemang och ställningstagande om vad tillit (eller misstillit) innebär för personen ifråga. Systemnivån handlar om tillit till eller tillit inom överordnade system och motsvarar en tilltro till att systemet har en funktion som är betydelsefull. Luhmann (1999) resonerar kring att tillit reducerar komplexitet, att tillit förenklar bilden av omvärlden och gör den mer begriplig.

Luhmann talar om sammanhanget mellan omvärlden (t.ex. av en persons uppfattning vad som är runt omkring sig själv, sammanhanget denne befinner sig i) och ett system (t.ex. det system personen och dennes omvärld ingår i). I mellan omvärlden och systemet finns ett interaktionellt spänningsfält som får sin kraft genom det som sker här och nu. Det innebär att tilliten inte kan byggas av dåtida- eller framtida händelser. Däremot har dåtids-händelser en kraft (en slags erfarenhet), som kan påverka framtida val. Det innebär att tillitsgränserna är föränderliga. Luhmann (1999) menar att tillit och misstillit är avhängiga varandra och lika betydelsefulla för att tillit till system skall kunna existera. Exempel som kan relateras till akutvårdskontext kan vara att uttrycket "god vård" innebär

en viss kvalitetsaspekt som inte kräver tillit till just en specifik professionell yrkesutövare (eg. personlig tillit) utan snarare en mer övergripande tillit till att ”systemet som utför god vård” (eg. system tillit, hälso- och sjukvård). Det innebär tillit till att systemet fungerar och att systemet har både tillit och misstillit till sitt egna system. Det innebär med andra ord att tillit till systemet på olika sätt har kontroll över sin egen funktion, vilket Luhmann (1999) menar sker när misstilliten går hand i hand med tilliten. När tilliten sviktar finns risk att misstilliten får överhand. Mellan tillit och misstillit föregår ett kontinuerligt resonemang vilket möjliggör att tillit och misstillit kan skifta plats. Tilliten är alltså inte konstant.

Luhmann (1999) beskriver alltså två nivåer (person och systemnivå) med ett interaktionsområde där tillit befinner sig. Det är i spänningsfältet mellan nivåerna, alltså i själva interaktionen, som tilliten utvecklas. Dessa två nivåer kan öppna upp för hur tillitsbegreppet kan förstås beroende på omständigheter och kontextuella inverknings. Sammanfattningsvis kan sägas att tillit är ett komplext och naturligt fenomen som befinner sig i interaktionen mellan olika parter eller system. Därmed kan tillit förstås utifrån en personnivå och mer abstrakt systemnivå.

### **3.3 Tillit på person och systemnivå- komplementära teorier**

Begreppet tillit är även studerat av andra teoretiker och i den följande texten beskrivs begreppet sett ur andra teoretikers perspektiv för att på så sätt skapa en djupare beskrivning över vad begreppet ”tillit” handlar om. Enligt Giddens (2012) kan tillit förstås på en personlig nivå som ett slags samarbetsområde, som i lag med andra bearbetas till att bli en social gemenskap där parterna delar med sig av varandra, till varandra. ”Tillitsområdet” befinner sig mellan parterna och måste förtjänas och upprätthållas för att kunna utvecklas (Grimen, 2009). Hardin (2002) beskriver det som att inkapsla den andras intressen i sina egna intressen, vilket innebär att lita på den andra för att man menar att det är i den andras intresse att besvara det man delar med sig av.

Giddens (i Tucker Jr, 1998, p. 83) menar att tillitens innersta kärna är förbunden med en ontologisk säkerhet, då tillit förstås som ett mänskligt grundvillkår som är en del av det att vara människa. Tilliten är, menar Giddens (i Tucker Jr, 1998), ur detta avseende en medfödd egenskap som finns i alla människor och som möjliggör människor att vara sociala varelser i social kontext. Tilliten syns inte med ”blotta ögat”. Det är först när



tilliten sviks som misstillit märks och saknaden av tilliten man hade, synliggörs. På så sätt har människor möjlighet att vara rationella och logiskt värdera vilken innebörd en relation potentiellt kan medföra.

Tillit kan också förstås som en aktiv handling som människor kan välja att ge eller motta (Coleman, 1994). Valet kräver en riskvärdering där förväntad nytta eller vinst av att exempelvis ge tillit, vägs upp i mot risken av att ge den eller att tilliten inte blir besvarad. Coleman (1994) menar också att dikotomien misstillit är ett val. Enligt Hardin (2002) påverkar ens tidigare erfarenheter av tillit (eller misstillit) på inställningen till om nya tillitsrelationer blir optimistiska eller pessimistiska. Grimen (2008) beskriver tillit och misstillit som tillitskedja och kontrollkedja, vilket motsvarar sammanhanget mellan de involverade parterna eller delarna.

På en mer överordnad nivå kan tillitsförhållanden mellan system också interagera, på samma sätt som att ett mindre system har tillit till ett större system, så som när en professionsgrupp har tillit till ett system. Gemensamt är att det utgör en asymmetrisk tillitsform, vilket är förbundet med fara för maktmissbruk i de fall systemet inte är kongruent med de normativa uppfattningar som samhället har till systemet (Grimen, 2008). Likaså kan system även ”minnas och lära” genom att lagra information i systemens organisatoriska ”rutiner och arkiv” (Gueriussen, 1999). Denna genomgång visar att tillit är ett föränderligt fenomen, som är förankrat till misstillit. I denna studie kommer tillit att förstås som ett komplext fenomen som omfattar *individnivå* (Luhmann kallar det person) *och systemnivå*.

### **3.4 Interprofessionellt samarbete**

Interprofessionellt arbete innebär att två eller flera yrkesprofessioner samarbetar mot samma mål kring att lösa en viss uppgift (Disch, 2012b; IOM, 2003; Manser, 2009). De som är involverade i teamet förutsätts vara kompetenta till att utföra sina arbetsuppgifter på ett sådant sätt att teamets uppgifter kan lösas (Berlin et al., 2009; Carlström, Kvarnström, & Sandberg, 2013; IOM, 2003). En närliggande term är intra-professionellt samarbete, vilket ofta ingår i ett interprofessionellt samarbete, och syftar till samarbete inom samma yrkesprofession. Trans-professionellt samarbete däremot, syftar till att samarbetande professioner har olika kompetens och överskrider professionsgränser för att

skapa bäst möjliga samarbetsresultat. Interdisciplinärt samarbete syftar till samarbete inom samma profession men ur olika specialiseringsbakgrunder (Disch, 2012b).

I akuvårdskontext kännetecknas interprofessionellt teamarbete av olika professionskunskaper och att team uppstår och upplöses fort på grund av arbetets speciella art. Den akuta situationen kräver därmed stor teamflexibilitet. Teamen kan därför beskrivas som ostabila (Helsetilsynet, 2008), eftersom personalen som ingår i teamen kan variera från gång till gång, beroende på vilka kompetenser som behövs för att klara av den akuta situationen. Interprofessionellt samarbete kan vara rutinartat eller av mer akut och dynamisk art (Manser, 2009). Enligt Katzenbach och Smith (1993) påverkas teamprestation och dess kvalitet av samarbetsförbättring och kunskaper om hur olika team kan fungera. Reeves, Van Soeren, MacMillan och Zwarenstein (2013) påpekar att professionssamarbete mellan sjuksköterskor och läkare kan vara problematiskt och stagnerande i de fall professionsgrupperna inte utvecklar god teamkänsla och fungerande teamarbete.

I denna studie förstås interprofessionellt samarbete i akuvårdskontext som olika yrkesprofessioner med uniprofessionella kunskaper vilka samarbetar kring att lösa specifika och krävande arbetsuppgifter i samband med att hjälpa människor med olika typer av akuta hälsotillstånd.

## 4 Metod

Denna studie har en kvalitativ, induktiv och explorativ design (Marshall & Rossman, 2011; Polit & Beck, 2010) då mer kunskap behövde skapas kring studiens undersökningsområde, d.v.s. vaktledares och vaktläkares erfarenheter av interprofessionell tillit. Datasamlingsmetod var fokusgruppintervjuer (Morgan, 1997) och begrundades med att sådan metodik passade för att skapa möjligheter för diskussion mellan professionsgrupper om interprofessionell tillit och dessutom gynnsam metodik för att identifiera och lyfta fram uniprofessionella uppfattningar och erfarenheter. Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) och begrundades med att gruppernas både direkta uttalanden (manifesta) och mer underliggande betydelser (latenta) kunde analyseras fram genom en och samma analysform.

Studien har inspirerats av naturalismen, då sätt att förstå vad som är ”sanning” kan vara mångtydigt (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2010). Enligt Lundman and Graneheim (2008) är den kvalitativa innehållsansens ontologiska och epistemologiska grund är oklar (s.160). Övergripande handlar kvalitativ innehållsanalys om att ”omvärlden ses som komplex, kontextberoende, konstruerad och subjektiv” (Lundman & Graneheim, 2008, s. 160), vilket har beaktats i denna studie. Studien är en multistagestudie med sekventiell uppbyggnad, utförd i två steg (Morgan, 1997).

### 4.1 Författarens förförståelse

Författaren har flerårig erfarenhet av arbete som sjuksköterska inom akutvård och har därför förhållit sig till vad det kan ha betytt för planering och genomförande av studien. Att forska i egen kultur medför behov för tydlighet mellan subjektiva erfarenheter och objektivt förhållningssätt (Lincoln & Guba, 1985). Det kan vara fördelaktigt att känna kulturen, då sådan kunskap kan underlätta förståelsen av vad som blir sagt, vad det betyder. Samtidigt kan sådan kunskap komma att färga vad som faktiskt blir sagt och vad det betyder, vilket visar på vikten av att medvetenhetsgöra egen förförståelse (Lincoln & Guba, 1985). Därför har under hela studieprocessen begreppet ”*reflexivitet*” varit inspirerande vilket inneburit att som forskare ständigt vara kritiskt reflekterande i samband med forskningens olika steg och därmed vara beredd att ompröva olika ställningstaganden (Polit & Beck, 2010). På så sätt kan studiens trovärdighet öka.

## 4.2 Etiska överväganden

Studien blev värderad som inte framläggingspliktig hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Bilaga 2) (<http://www.etikkom.no>). Personvernombud via forskningsavdelningen vid aktuellt universitetssjukhus (kontakt för Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (<http://www.nsd.uib.no>) godkände studien (Bilaga 3). Innan datasamlingen startade gavs muntlig information till deltagarna om anonymitet, inspelning av samtal, uppbevaring av ljudfiler och datamaterial, tystnadsplikt och möjlighet att dra sig ur när som helst utan att det skulle ge någon negativ effekt för personen ifråga. Samtliga deltagare undertecknade ett skriftligt samtycke för deltagelse i studien innan datainsamlingen startade (Bilaga 4). Ingen av deltagarna valde att dra sig ur studien.

## 4.3 Deltagare och urval

Urvalet var strategiskt eftersom studiens undersökningsgrupp var vaktledare och vaktläkare med erfarenhet av arbete i somatisk akutmottagningsmiljö (Polit & Beck, 2010). Motiveringen till valet av dessa grupper var att de kunde dela med sig av sina erfarenheter från respektive professionsgrupper och fungerade som strategiska personer med speciellt ansvar i akutmottagningsavdelningen. Studien är en del av ett större postdoktorprojekt, vilket syftar till att studera effekten av klinisk ledning i team. Den ena gruppen deltagare (vaktledare) informerades om studien och inviterades till att delta via ett informationsmöte för avdelningspersonal (Bilaga 7). Den andra gruppen (vaktläkare) informerades och inviterades till deltagelse per e-mail (Bilaga 7). De personer som visade intresse, kontaktade författarens handledare som i sin tur kontaktade författaren. När kontakt var etablerad arrangerades plats och tid för varje datasamlingstillfälle.

## 4.4 Inklusionskriterier

*Inklusionskriterier* var vaktledare med sjuksköterskeutbildning och arbetserfarenhet från akutmottagning som vaktledare, samt vaktläkare med läkarutbildning och arbetserfarenhet från akutmottagning som vaktläkare. Antal personer som deltog i denna studie var totalt 14, men sex av dem deltog i flera datasamlingstillfällen varför det totala

antalet blev 20 deltagarenheter. I den följande översikten presenteras bakgrundsdata (Tabell 3).

Tabell 3. Studiens deltagare och bakgrundsdata.

	Fokusgrupp 1a Vaktledare	Fokusgrupp 1b Vaktläkare	Fokusgrupp 2a Blandad grupp	Fokusgrupp 2b Blandad grupp
<b>Kön K/M</b>	7/0	3/2	2/1	4/1
<b>Ålder (median)</b>	36-59 (52)	32-42 (34)	38-58 (42)	33-53 (42)
<b>Antal år i yrket (median)</b>	15-36 (26)	3.5-12 (6)	12-27 (12)	6-26 (19)
<b>Erfarenhet av akutvård (median)</b>	4-32.5 (26)	3.5-12 (6)	12-27 (12)	6-26 (19)
<b>Professions Bakgrund Ssk/L *</b>	7/0	0/5	2/1	2/3
<b>Specialist Bakgrund Ja/Nej</b>	7**/1	5/0	3/0	5/0

\*=Ssk- sjuksköterska/ L- läkare; \*\*= en hade mer än en specialistutbildning

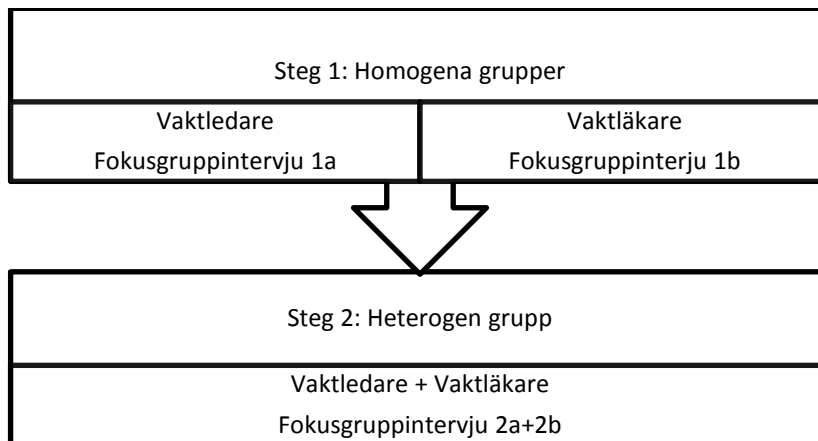
## 4.5 Datainsamling

Data samlades in med hjälp av fokusgruppintervjuer då deltagarnas erfarenheter, uppfattningar och meningar om interprofessionell tillit på så sätt kunde framkomma genom gruppdiskussion (Kitzinger, 2005; Morgan, 1996, 1997). Fokusgruppintervjuerna utfördes vid fyra tillfällen under tre månader hösten år 2013 vid ett universitetssjukhus i Norge. Varje gruppintervju spelades in på ljudfil. Vid de tre första fokusgruppintervjuerna deltog både moderator och observatör, och vid det sista intervjutillfället deltog enbart moderator (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). De två första fokusgruppintervjuerna var homogena där den ena gruppen bestod av vaktledare och den andra gruppen bestod av vaktläkare (Figur 1). Tanken bakom en sådan indelning var att skapa intraprofessionella diskussioner som antogs lättare kunna resultera i variationer sett ur en och samma professionsgrupp d.v.s. ta tillvara det

uniprofessionella intresset. Samma intervjuguide användes till båda fokusgrupperna så att båda professionsgrupperna hade samma diskussionsunderlag (Bilaga 5). Under fokusgruppsamtalen var uppmärksamhet riktat mot studiens syfte som diskussionsområde och att ett avslappnat samtalsklimat skulle skapas för att underlätta för sådant samtalsinnehåll som kanske kunde uppfattas som svårt att tala om.

I den andra sekvensen (Figur 1) deltog både vaktledare och vaktläkare med syfte att skapa interprofessionella diskussioner vilket antogs kunna resultera i nyanser av tillit som annars kanske inte kunde komma fram. Det användes en vidareutvecklad intervjuguide med grund i det samtalsinnehåll som framkommit i den första sekvensen (Bilaga 6). På grund av sjukdom och oväntade händelser blev det för få gruppdeltagare i den sista fokusgruppen (tre personer), varför det bestämdes att planera ytterligare en fokusgrupp med både vaktledare och vaktläkare för att kunna skaffa tillräckligt med datamaterial. Denna fjärde och sista fokusgruppintervjun genomfördes direkt efter en mötessamling som deltagarna haft i förbindelse med det övergripande forskningsprojekt som detta mastergradsprojekt är en del av.

*Figur 1. Studiens sekventiella uppbyggnad.*



#### **4.6 Transkribering**

De fyra fokusgruppintervjuerna gav cirka tre timmar inspelat material. Transkriberingen blev utförd av författaren och varje fokusgruppintervju tog upp till tre dagar att transkribera. Varje fokusgruppsdeltagare kodades och datanyckel sparades.

Anonymisering utfördes under själva transkriberingen, där t.ex. könsspecifika yrkesutövare fick konsekvent benämning som ”den” där detta annars lätt kunde kopplas till en specifik person. Personnamn benämndes som exempelvis ”XX”. Moderator och observatör benämndes som ”m” och ”o”. Intervjuerna transkriberades i sin helhet och dialektala uttalanden (nynorska, bokmål och dialekter), hmm-ingar, mmjaa-ingar, hostningar, pauser och liknande noterades också. På så sätt skapas ett bra dataunderlag för analys (Graneheim & Lundman, 2004). När flera personer pratade samtidigt följdes en persons argumentation och transkriberades, innan nästa persons argumentation följdes och transkriberades in i samma text där denna blev sagd. Detta underlättade en överblick över materialet. Totalt utgjorde det transkriberade materialet 54 sidor text (Times New Roman 12, enkelt radavstånd).

#### **4.7 Dataanalys**

För att analysera datamaterialet valdes Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys då denna metod anges vara lämplig för att analysera större mängder kvalitativ data och få fram dess manifesta och latenta meningsinnehåll (Lundman & Graneheim, 2008). Analysen har riktats mot karaktäristika vid tillit och inte sättet på vilket deltagarna talade med varandra om tillit. Som följd av det har därför vaktledares och vaktläkares berättelser behandlats som en text i analysen.

Första steg i analysprocessen var att läsa varje intervju flera gånger för att skapa en övergripande förståelse över vad textmaterialet handlade om (Graneheim & Lundman, 2004). Andra steget var att se närmre på delar i varje text/fokusgruppsintervju och markera aspekter som berörde studiens syfte och forskningsfråga. Tredje steget innebar att meningsenheter identifierades och kondenseras så att talspråk försvann och meningsenhetens poäng förtydligades. Manifest meningsinnehåll såsom konkreta uttalanden eller handlingar, dokumenterades. Det fjärde steget innebar att koda varje kondenserad meningsenhet genom att skriva fram kortare meningar eller ord som innefattade dess övergripande poäng. Femte steget var att kategorisera koderna vilket innebar att samla koderna i gemensamma kategorier. Det sjätte steget var att placera kategorierna som subteman. Det sjunde steget var att utifrån subteman skapa teman (Tabell 4) vilket utgjorde latent meningsinnehåll.

Tabell 4. Exempel på analys från ”meningsenhet” till ”tema”.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Subtema	Tema
Du gir noe ifra dig og så får du det igjen, og at det ikke går videre.	Man ger och man får det tillbaka och det stannar mellan oss	Personligt kontrakt	Ett förtroende	Betydelsen av likvärdighet	<b>Att ha relationell kunskap</b>
men men det er er hvor lenge man har vart (E:ja) her, det har har mye og si (M:mm), og hvis da har jobbet med noen og de kjenner hverandre, de veit hva folk kan ikke sant, ../.. og da er det lettere å styre det (M:mmja) det er eg har opplevd det og (M: ja)	Hur lång tid du har arbetat, vilka personer du har jobbat med tidigare och om man känner varandra, är betydelsefullt för utfallet och tilliten mellan en.	Tid, kollega omfång och vänskap inverkar på resultat och tillit	Att känna varandra		

#### 4.8 Kvalitetskriterier

*Troværdighet* (eng. trustworthiness) är ett övergripande begrepp (Lincoln och Guba (1985) vad gäller en kvalitativ studies kvalitet. Begreppet är näraliggande det engelska ordet ”credibility” (Lincoln & Guba, 1985). I studien kommer troværdighet till synes genom att huvudhandledare och bihandledare varit aktiva deltagare under studiens arbetsprocess genom handledning och att ha läst transkriberat material, kommenterat och givit konstruktiv kritik. Bihandledare har också deltagit som moderator vid datasamling vid tre av fyra tillfållen. Medstudenter och två faglårare har vid två tillfållen lyssnat till presentation av dataanalysen och gett konstruktiv kritik. Studiens *tillfårlighet* (eng. dependability) (Lincoln & Guba, 1985) kommer till synes genom åppenhet av



författarens bakgrund och förförståelse vilket presenteras i Kapitel 4.1 (s. 50-51). På så sätt kan författarens förförståelse användas som ett verktyg för att formulera och sammanställa resultatet (Lundman & Graneheim, 2008).

Studiens tillförlitlighet kommer också till synes genom att samtliga datasamlingar spelades in på ljudfil för att säkra att korrekta uttalanden kunde transkriberas till textform och senare utskrivas på papper för det vidare analysarbetet. Studiens *bekräftelsebarhet* (eng. confirmability) kommer till synes genom noggrann beskrivning av metodologiskt tillvägagångssätt i Kapitel 4.0 (s. 51-57) där urval och beskrivning av deltagare, datasamling, transkribering och dataanalys presenteras. Under dessa steg har det varit viktigt att vara reflekterande och ha en kritisk hållning till det resultat som analyserats fram. Denna reflexivitet innebar också att ompröva ställningstaganden under analysens gång.

*Triangulering* (Lincoln & Guba, 1985; Marshall & Rossman, 2011) kommer till synes genom att studiens design inneburit att professionsgrupperna var för sig och tillsammans diskuterat studiens tema. Vidare har forskargruppen bestått av tre personer vilket möjliggjort diskussion från olika vinklar. Studiens *överförbarhet* (eng. transferability) (Lincoln & Guba, 1985) kommer till synes genom att kontextuella beskrivningar klargjorts så att läsaren själv ges möjlighet att uppfatta om och hur resultatet kan överföras till andra kontexter (se Kapitel 6.2–6.3, s. 69). Studien har *begränsningar* och kan hänföras till att studien genomförts vid *ett* sjukhus och *en* somatisk akutmottagning, vilket kan ha inverkat på analys och diskussion. Där som fler fokusgrupper hade formats, kunde ytterligare nyanser av innehåll identifierats.

I tillägg har studien språkliga skillnader då författaren skriver på svenska men utfört fokusgruppintervjuer i norsktalande kontext. Det har medfört att som svensktalande transkribera norska uttalanden. För att skapa rättvisa vid anonymisering har i tillägg samtliga norskdialektala uttalanden översatts till bokmål vilket kan ha medfört att dialektala finesser dämpats. För att rättfärdiggöra dialektal översättning, har språkgranskning av citat utförts av norskfödd person.

## 5 Presentation av empiri

I detta kapitel presenteras en förkortad del av resultatet av innehållsanalysen av studiens empiriska material. En utförligare resultatbeskrivning presenteras i artikeln (se titel ”Findings”). I det följande presenteras resultatet i form av två teman och fyra subteman (Tabell 5). Kategorier är *kursiverade*. Citat används för att illustrera resultatet, är skrivna Norska, bokmål, och anges ordagrant.

Tabell 5. Analysresultatets indelning i kategori, subtema och tema

<i>Kategori</i>	<b>Subtema</b>	<b>Tema</b>
<i>Det sårbara förtroendet</i>	Betydelsen av likvärdighet	<b>Att ha relationell kunskap</b>
<i>Att känna varandra</i>		
<i>Att bejaka varandras ansvarsområden</i>	Att förstå och bekräfta egen och andras profession	
<i>Att bejaka varandras kunskapsområden</i>		
<i>Att kommunicera strategiskt</i>		
<i>Att ha samma förståelse</i>		
<i>En tillrättalagd arbetsmiljö</i>	Betydelsen av att ha ett fungerande arbetssystem	
<i>Att ha en plats</i>		
<i>Intra och interprofessionellt lärande</i>	Betydelsen av att utvecklas	

## 5.1 Att ha relationell kunskap

Att ha relationell kunskap berör insikter om vad en relation mellan individer handlar om och hur relationer fungerar. I stor grad handlar det om att uppfatta varandras värde och uttrycka det i relationen.

### 5.1.1 Betydelsen av likvärdighet

Likvärdighet i en relation kan förstås som ett *sårbart förtroende* och att inte ha tillit till dem man samarbetar med är en utopi, vilket en vaktledare i följande exempel visar:

*"2b-A: For hva er alternativet? ".. " ja ja nei nei en må jo stole på hverandre..".*

På så sätt är tilliten ett förtroende som utsätter den exponerade för den andras handling. En vaktledare säger:

*"1a-D: men jeg stolte blindt på (legen, egen anmärkning) ... nei nå har jeg jo lært det at jeg ikke gjør det igen".*

I förtroende ligger också ett ansvar för att ge konstruktiv kritik. När det är stort arbetspress och för få läkare tillgängliga, så måste vaktledarna ringa efter andra läkare och be dem hjälpa till. Ibland vill de inte komma frivilligt och det påfrestar tilliten till individen som inte kommer. Konsekvensen kan bli ett irritationsmoment som sviktar tilliten, relationen och utvecklingspotentialen. Följande två vaktledare exemplifierar:

*"1a-D: den der stoltheten er vanskelig å knekke.. B: Stoltheten er vanskelig og det ødelegger for fremgang og det ødelegger for læring".*

Tilliten måste förtjänas vilket en vaktledare i det följande exemplifierar:

*"2a-3: Det kan komme inn noen som er veldig erfarne men jeg vet ikke at de er så erfarne, for jeg har ikke fått lært de å kjenne enda (M: mnej). Og da er eg jo litt utprøvende på et vis (2:mm). Att jeg vet liksom ikke hva kan jeg sette deg til, og hva kan jeg ikke sette deg til og da blir det til att du må bruke mye mer energi for å få det til å fungere. Men er det noen som du kjenner, hvordan de er og erfaring og faglighet så går det jo av sig selv. Så det tar jo tid for å bygge opp en sån erfaring og selv om du kanskje er det, så tar tilliten tid, for du må kjenne dem og."*

Vikten av att känna varandra framgår i samtalen när t.ex. en vaktläkare berättar om när starka personligheter och professionella order krockar och hur man klarar att ha en relation, samtidigt som jobbet blir gjort:

*"2b-E: ..som er veldig bestemte, og det er bare deres personlighet altså. Det er bare så. Men også det at man tar sig tid til at bli kjent med dem og laerer att omgå dem, altså med andre ord også att vare bestemte og sette klare grenser og forklare hvorfor du gjør avgørelser og sånt. Du må bruke litt TID på det, men når du har funnet et system så går det likevel greit... Men, du kan jo ikke forandre den andre personen eller så, men du laerer å omgå det".*

Att ha uppfattningar om att båda parter i en relation är likvärdiga, omtalas på så sätt som centralt för utveckling av interprofessionell tillit.

### 5.1.2 Att förstå och bekräfta egen och andras profession

Förståelse för sin egen och den andras professionsroll handlar i stor grad om att förstå hur man förstår varandra och att man ger uttryck för den andras betydelse. Ömsesidig respekt för *ansvarsområden* framkom i samtalen som viktigt. Det framkom också att en djupare förståelse för den andras kapabilitet till att prioritera, fördela arbetsuppgifter och ta avgörelser med grund i relevant *kunskap* var viktigt och betydelsefullt för utveckling av interprofessionell tillit.

För att vårda om den relationella tilliten i professionssamarbetet samtidigt som professionsuppgifter utförs så framkommer det att man kompromissar, argumenterar och *kommunicerar strategiskt* fram den bästa möjligheten. Olika professioner kan tolka situationer och händelser olika, också inom en och samma professionsgrupp. Två vaktläkare ger exempel på tvetydigheten det kan innebära:

*”1b-A: Der sier du noe altså. Det som jeg opplever av og til som et problem er at sykepleierne tror at pasienten er dårligere enn hva den er (B:ja). Altså at de sier at ”nei han må på overvåkingsavdeling” og så sier du ”nei, han er stabil og vi prøver perifer post først”, og så blir det på en måte en diskusjon ut av den men til slutt så er det nok legen som bestemmer (B: det er jo vi som bestemmer ja) ja riktig. Men da er det at av og til diskrepans på en måte mellom vår medisinske vurdering og deres medisinske vurdering.”*

*”1b-E: Jeg synes at i større grad enn att de overvurderer hvor dålig pasienten er, så synes jeg, jeg har flere tilfeller der de ikke har sett hvor dålig pasienten er (B: ja det kan også være, det kan være begge deler). Når jeg kommer inn så er det en klinstein septisk pasient, totalperitonittisk buk (M:mmm) og så er det.. Så har han ligget tre timer i mottaket, og burde vart en rød, oransje pasient, har vart en gul eller grønn for at ingen har.. (B: det kan godt være den veien, begge veier). Det er flere ganger den veien (A: ja , mer den ene verre en den andre så er det litt så).”*

Det handlar om att två professionsutövare har *samma förståelse* och komplettera varandra och på så sätt visar samtalen att gemensam förståelse också är ett säkerhetsnät som grund för bedömningar av patientsituationen som man samarbetar kring.

## 5.2 Att vara en del av ett sammanhang

Att vara en del av ett sammanhang berör kontexten där vaktledare och vaktläkare utför sina arbetsuppgifter. Det medför att arbetsplatsen är ägnad för akutmottagningsarbete samtidigt som att det finns möjlighet för att utvecklas inom ramen för sammanhanget.

### 5.2.1 Betydelsen av att ha ett fungerande arbetssystem

Patientarbete i somatisk akutmottagning kräver att flera professionsgrupper samarbetar och i botten ligger ”ett arbetssystem” med rutiner och procedurer som alla skall följa. Varje individ i systemet blir ett säkerhetsmoment i samarbetet och i själva arbetssystemet vilket har betydelse för utveckling av tillit. Vikten av *en tillrättalagd arbetsmiljö* framgår av fokusgruppsintervjuerna som centralt. Det handlar om att varje individ får möjlighet att *finna sin plats* i arbetssystemet och möjlighet att utföra sina professionsarbetsuppgifter, vilket en vaktledare i följande exempel vill visa:

*”2b-A: Jeg tenker at du er på ville veier hvis kulturen blir sånn at du lukker for den kommunikasjonen (D:mm mm jajaja. Den må vare der.). Jeg føler den er litt åpen jeg for (A:ja for..) i mottak når du har to ganger i året nye turnusleger og nye doktorer og sykepleiere hele veien, så er det jo nye folk (D:mm). Og da er det litt sån at, okej, og noen har gjerne jobbet litt andre plasser og hatt turnus og... har liksom gjort helt andre ting, så er du liksom litt åpen for hva.”*

Av intervjuerna framgår att en arbetsplatskultur som möjliggör både positiv och negativ respons ger återverkningar på arbetsinsatsen och möjligheten till interprofessionell tillit. En kultur där känslomässig omsorg för sig själv och sina kollegor värdesätts påverkar också hur man finner sin plats i teamet/arbetssystemet. En kultur där öppenhet för att deltagaren inte kan kunna allt bidrar till ökad trivsel och ett kontinuerligt lärande. Detta bidrar till att lättare finna sin plats i arbetssystemet. En vaktledare handlar om detta:

*”2a-3: En kultur for att fortelle noen når du ser at noenting kunde vart gjort annerledes (Noen: mm). Eller sier ”dette gjorde du bra” (I+m: mmm) og det tror jeg du kan bygge tillit på mye raskere hvis vi hade fått til (I:mm). Istedet for at noen går bak og sier ”hon har vart her så lenge og hon kan ju ikke det en gang” (noen:mm). Sant. Og det jo bare destruktivt (M:mm). Så hvis vi hade klart å få en sån en læringsprosess uansett, (I,m:mmm) tidlig hele kontinuerligt. For det (M:mmm) gjelder ju oss og at vi og skal inn, få den der tilbakemeldingen, trenger det jo hele tiden (I+m:mmm). Og det tror jeg hade fremmet en tillit mye tidligere hvis du hade fått det til...ja.”*

Det framkommer att när organisering av arbetet sviktar då information om och introduktion om arbetsplatsrutiner och funktion är bristande, skapas frustration hos såväl sjuksköterskor som läkare. Detta riskerar att ge återverkningar på utvecklingen av tillit och på patientarbetet.

### 5.2.2 Betydelsen av att utvecklas

Av fokusgruppintervjuerna framgår att det måste finnas en långsiktig plan för personalens utveckling vilket har betydelse för tilliten till arbetsplatsen. Det handlar också om att förbättra patientvården genom *intra och interprofessionellt lärande*. En vaktläkare exemplifierar:

*”Ib-A: Egentlig trenger vi mer.. mer ..trening og AHLR og ikke bare det men også på en måte tunge medisinske pasienter som du kan trene på. Det synes eg burde vare en del, en regelmessig del (B: mm ja.. absolutt) ..”*

Att träna i grupp eller arbetsteam innebär att blir förberedd på vad som kan komma att ske och hur den mänskliga faktorn inverkar på rutinarbetet. Följande vaktledare exemplifierar:

*”Ia-A: Du får følt det litt på kroppen, hvordan folk reagerer i stressituasjoner”.*

Att vara förberedd är på så sätt betydelsefullt för interprofessionell tillit.

### **5.3 Sammanfattning av resultatet**

I resultatet beskrivs vad som karakteriserar interprofessionell tillit som uttryckt av vaktledare och vaktläkare. Syftet med denna studie var att skapa kunskap om vad som karakteriserar interprofessionell tillit inom somatisk akutmottagningskontext så som det uppfattas och erfars av vaktledare och vaktläkare. Resultatet visar att interprofessionell tillit karakteriseras av ”att ha relationell kunskap” och ”att vara en del av ett sammanhang” med grund i betydelsen av likvärdighet, att förstå och bekräfta egen och andras profession, betydelsen av att ha ett fungerande arbetssystem och betydelsen av att utvecklas.

### **5.4 Modell för interprofessionell tillit mellan individnivå och systemnivå**

Resultatet visar två teman av betydelse för interprofessionell tillit vilka är att ha relationell kunskap och att vara en del av ett sammanhang. Med grund i resultatet har en modell (Figur 2) utvecklats för att illustrera hur de två temana och interprofessionell tillit hänger samman. Modellen kommer att diskuteras i Kapitel 6.0.

Figur 2. Modell för interprofessionell tillit mellan individnivå och systemnivå.



## 6 Diskussion

I det följande kommer resultatet att diskuteras i relation till teori och tidigare forskning, följt av diskussion av studiens metodik.

### 6.1 Resultatdiskussion relaterat till modell för interprofessionell tillit

Resultatet tyder på att interprofessionell tillit i akutmottagningskontext kan relateras till en individnivå och en systemnivå. Detta har konkretiserats i en modell för interprofessionell tillit (se Figur 2, s.63) inspirerad av valda delar av Luhmann's (1999) resonemang om tillit.

Modellen beskriver två domäner (individnivån och systemnivå). Individnivån kan relateras till "att ha relationell kunskap" vilket innebär att uppleva sig vara i en likvärdig relation och samtidigt vikten av att förstå och bekräfta sin egen och andras profession. Systemnivån kan relateras till "att vara en del av ett sammanhang" vilket innebär att som professionsutövare utföra sitt arbete i ett fungerande arbetssystem samtidigt som det måste finnas möjligheter för professionell utveckling. Mellan individ- och systemnivå finns ett föränderligt interaktionellt spänningsfält som ger grogrund för interprofessionell tillit och misstillit (Figur 2).

På individnivå kan tillit leda till att upplevelsen av omvärlden (personens uppfattning av sammanhanget runt sig), som Luhmann's (1999) menar, blir mer begriplig och mindre komplex. Upplevelsen av tillit kan alltså för den enskilde göra det lättare att vara aktiv i omvärlden (i detta fall akutmottagningskontext) både som person och som professionsutövare. I resultatet återspeglas detta i uttalanden om att tilliten kräver att man känner till den person man ingår tillitsförhållandet med. Att känna den andra underlättar begripligheten av dennes handlingar, och stärker samhörigheten med den personen. Det kan också vara så att viljan att fungera i en interprofessionell relation, förstärks tack vare tillit på individnivå. Luhmann (1999) menar vidare att brist på tillit på en individnivå kan skapa problem exempelvis genom att den inre motivationen att aktivt delta i det som sker runt om kring, i omvärlden, kan tänkas bli mindre.

Av resultatet framgår att upplevelsen av tillit är betydelsefull för både vaktledare och vaktläkare på så sätt att det underlättar interprofessionellt samarbete. Detta har också visats i tidigare forskning (Kilpatrick et al., 2011; Pullon, 2008; Rydenfält et al., 2011).



Av resultatet framgår vidare att misstillit kan hindra att samarbetet flyter på vilket uttrycks som frustrerande. Bristande likvärdighet och liten förståelse för egen och andras profession kan bidra till att misstillit utvecklas. Luhmann (1999) menar att tillit förutsätter misstillit och tvärtom. De är avhängiga varandra. Tilliten måste värnas, annars riskerar den att slå över i misstillit. Samtidigt är misstilliten oundviklig eftersom den utgör ett värderingsunderlag för att värdera tillitens ”värde”. Det är alltså i spänningsfältet mellan individnivå och systemnivå, i själva interaktionsfältet, som interprofessionell tillit har sin styrka och sårbarhet beroende av hur den tas tillvara av individnivån och systemnivån. Grimen (2009) påpekar också detta.

Resultatet visar att tillitsrelationer är avhängigt kunskap om ”vem” personen är, oavsett professionstillhörighet. Resultatet stödjer Giddens (2012) resonemang om tillitens ontologi där tillit förstås som ett mänskligt grundvillkor. Personen bakom professionsrollen blir därmed viktig. Tillit är en ovärderlig mänsklig komponent och som förenklar människors interagerande med varandra.

På en systemnivå kan praktiska konsekvenser av tillit handla om att systemet ”har en plan” för den enskilde professionsutövaren eller professionsgruppen. Med detta menas en förväntan att systemet skall vara genomtänkt och ha en tydlig funktion så att optimal professionsutövning kan utföras. Om tilliten till systemet sviktar kan personen börja tvivla på om systemet är säkert och att det har tillräcklig egenkontroll. Detta har betydelse för personens tillit till systemet (Luhmann, 1999). Modellen ger alltså en förståelse för att både individ och system har betydelse för interprofessionell tillit.

## **6.2 Resultatdiskussion i relation till hur interprofessionell tillit kan stödjas**

Resultatet tyder på att måste finnas en långsiktig plan för hur professionsutövares kunskaper och erfarenheter tas till vara, vilket också stöds av tidigare forskning (Kilpatrick et al., 2011). I resultatet beskrivs detta som betydelsen av att utvecklas inom ramen för ett dynamiskt sammanhang. Detta lärande kan relateras till det Reeves et al. (2010) talar om som ”interprofessional education”, vilket innebär att olika professioner med olika kunskaper lär sig att arbeta i grupp och tillsammans skapar en gemensam kunskaps- och erfarenhetsgrund. Detta är viktigt eftersom ett sjukhus (eller akutmottagning) inte är ett statiskt system utan snarare kännetecknas av ständig kunskapsutveckling (Johannessen & Olaisen, 2007).

De professionellas individuella erfarenhetsgrunder kan tänkas bidra till hur ”stark” den interprofessionella tilliten blir och vilka möjligheter samarbetet kan komma att få. Därför är det viktigt att redan i grundutbildningen till sjuksköterskor respektive läkare förbereda för interprofessionellt samarbete (McMurtry, 2010). Studiens resultat stödjer antagandet att olika former för interprofessionellt lärande är viktiga satsningsområden (Reeves et al., 2010; Reeves et al., 2008).

Vidare visar resultatet visar att ledare som del av systemet (t.ex. vaktledare eller administrativa ledare) har ansvar för att skapa möjligheter för professionell utveckling, vilket också visats i tidigare forskning (Dirks & Ferrin, 2002; Mullarkey et al., 2011; Wong et al., 2010). Ökad professionell erfarenhet och kunskap kan tänkas ge en kvalitetsökning för själva driften, i detta fall arbetet med svårt sjuka patienter på en somatisk akutmottagning. Studiens deltagare talar om detta som ett säkerhetsnät. En handlingskraftig organisation kan positivt bidra till de professionellas möjligheter att samarbeta. Detta kan tolkas som att graden av stöd från ledare kan vara en kvalitetsindikator för utveckling av tillit (Disch, 2012a). Den utmaning som ligger i att interprofessionella team på en akutvårdsmottagning kan vara instabila och uppstå ad hoc (Helsetilsynet, 2008) kan tyda på att tillitsbyggande är mer centralt i sådana team än i mer stabila team.

En mer abstrakt förståelse av spänningsfältet mellan individ och system kan förstås med inspiration av Luhmann (1999) (Figur 2). För professionsutövarna är exempelvis arbetsplatsen ett ”system”, där förhållandet mellan person och system bygger på att arbetsplatsen via lön köper deras professionella tjänster. Tillitsförhållandet mellan professionsutövare och system blir därmed baserat på tjänsteutväxling. Detta gör tillitsförhållandet asymmetriskt till skillnad från en personlig tillit på individnivå som bygger på känslomässiga förtroenden (Luhmann, 1999). Systemet ställer därtill krav att tjänsterna t.ex. de professionellas kunskap som köps för lön, skall vara baserade på uppdaterad kunskap, av god kvalitet och möta de effektivitetskrav som samhället ställer. Ökade krav ställs alltså på de professionella vilket i förlängningen kan tänkas inverka på utveckling av hälsa, därför att tillit också har hälsofrämjande effekter (Nordenfelt, 1987). Det innebär att tillitsbyggande blir allt viktigare och att systemet (administration och organisation) måste ha ökat fokus på tillitsstärkande tilltag för de som arbetar i systemet. Konsekvenser kan annars tänkas bli en ökad stress vilket i sin tur kan tänkas inverka på motivationen att stanna kvar i systemet (arbetsplatsen). I förhållande till de framtida

utmaningar som sjukvården antas stå inför (HOD, 2012-2013c), är tillitsbyggande alltså allt viktigare.

Av resultatet framgår ett behov av att tjänstutväxlingen skall ske i en kontext som möjliggör att tjänsterna (de professionellas arbetsinsatser) faktiskt kan grundas på kvalitet och utveckling. Detta sker mot bakgrund av en rad samhällsliga krav som t.ex. ökad evidensbaserad vård (Johansson & Wallin, 2013), krav på ökade patientsäkerhet (Öhrn, 2013) och personcentrerad vård i möten med patienter (Walton & Barnsteiner, 2012). Därför är professionsutövarnas krav till systemet, att det finns långsiktiga målsättningar rörande organisation och utveckling av arbetet och en plan för stöd av uniprofessionellt och interprofessionellt yrkesutövande. Tilliten mellan professionsutövare och system har därmed gemensamma intressen.

Tidigare forskning har i liten grad omhandlat tillit mellan vaktledare och vaktläkare i akutmottagningskontext, trots att interprofessionella relationer i sjukhusmiljö studerats tidigare (Jones & Jones, 2011; Kilpatrick et al., 2011; Lehmann-Willenbrock et al., 2012; Pullon, 2008; Rydenfält et al., 2011; Weller et al., 2011). Denna studie har bidragit med att beskriva aspekter av interprofessionell tillit mellan vaktledare och vaktläkare vilket komplementerar till förståelsen.

Konsekvenser av brist på tillit kan förplanta sig till upplevelsen av den egna professionsrollen och medföra att man blir mindre engagerad, vilket är en fara för professionsgruppen och i ett större perspektiv, även för hälso- och sjukvården och samhällssystemet. Det kan alltså tänkas att svikt i tilliten på en individnivå har stora konsekvenser för interprofessionella utvecklingsmöjligheter. På så sätt har en persons tillit till sig själv konsekvenser för den sociala kontext och omvärld som personen ingår i.

Huruvida tillit tas till vara i system som en sjukhusorganisation och har följt med i den samtidsutvecklingen som sker i samhället, är en intressant fråga. Om man exempelvis jämför med företag vilka identifierat tillit som ett kärnvärde för succé och som fokuserat på att skapa starka tillitsband till och hos sin personal (Bachmann & Zaheer, 2006), så kan troligen en skillnad identifieras. För sådana företag är en stark ekonomisk profit styrande och förutsätter att personalen är solidarisk att nå målen. Ett sjukhus är inte ett ekonomiskt företag, men en slags organisation som ger den patientvård som samhället förväntar (Johannessen & Olaisen, 2007). Värdegrundlaget bygger alltså på olika grunder. Trots detta har kanske framtida sjukhus viktiga insikter att hämta från

framgångsrika företag. Det innebär troligen att innovativa organisationsformer (och system) måste utvecklas för att stärka tillitsband till sina och hos sina ansatta. Genom innovativt nytänkande kan gamla och patriarkala synsätt som riskerar att hämma utvecklingen av tillit mellan läkare och sjuksköterskor, motverkas.

### **6.3 Metoddiskussion**

I denna studie har vaktledare och vaktläkare deltagit i både homogena och heterogena fokusgruppintervjuer. Genom studiens design har erfarenheter av tillit studerats inom respektive professionsgrupp och mellan grupperna. Personerna som deltog i fokusgruppintervjuerna hade sedan tidigare viss relation till varandra. Antingen genom att de var kollegor på samma arbetsplats, eller träffades i samband med patientarbete. Att ha kunskaper om varandra och varandras arbetssätt kan vara en styrka men också en svaghet i förbindelse med att uttrycka synpunkter i fokusgruppintervjuerna (Morgan, 1996). Detta kan bland annat relateras till att känslostarka berättelser kan kräva mod av den som berättar.

Om en berättelse bemöts med kritisk ton, kan det hämma den berättande och resultera i berättelsen stoppar upp eftersom personen kan känna sig i utsatt position. Motsatt kan en kritisk samtalston tyda på en kultur där det är tillåtet att uttrycka olika synpunkter. Det kan också tänkas att en kritisk ton kännetecknar ett förhållningssätt i arbetet som fokusgruppdeltagarna till vardags har. Forskargruppen var medveten om denna problematik och var noggranna med att skapa samtalsmiljö där alla deltagare hade lika stor chans att uttala sig. Denna problematik med fokusgruppintervjuer har tidigare beskrivits (Morgan, 1997; Polit & Beck, 2010).

Utifrån detta kan man fråga sig om en annan datasamlingsmetod kunde valts. En alternativ datainsamlingsmetod är individuella intervjuer som i så fall skulle givit enskilda berättelser. En annan möjlighet skulle kunna vara att samla data genom både fokusgruppintervjuer och individuella intervjuer för att skapa ytterligare bredd på studiens empiri.

För att behandla datamaterialet så rättvist som möjligt utfördes analysen i flera steg (Graneheim & Lundman, 2004). Det innebar att gå fram och tillbaka i materialet, vilket ledde till att olika språkliga beteckningar utmejslades. På så sätt prövades datan mot sig

själv och dess interna validitet fick föranleda hur resultaten slutligen blev. I denna studie har det empiriska materialet bidragit till att nyansera ett ringa studerat fenomen (tillit i somatisk akutmottagningskontext).

Studiens resultat kan tänkas ha överföringsvärde till andra delar av hälso- och sjukvård. En kritik som riktats mot generaliserbarhet inom kvalitativ forskning kan relateras till olika epistemologiska ursprung eftersom subjektiva erfarenheter och upplevelser inte anses vara generaliserbara (Lincoln & Guba, 1985). Att aspekter av tillit är lika relevant oavsett kontextuella omständigheter beskrivs av (Grimen, 2009; Tucker Jr, 1998). Därför kan det tänkas att studiens resultat kan ha visst överföringsvärde till andra professionsområden (t.ex. bank, skola, kontor).

#### **6.4 Praktiska implikationer**

Teamarbete räknas som en kärnkompetens för såväl läkare som sjuksköterskor (IOM, 2003). För att denna ska kunna utvecklas optimalt behövs interprofessionell förberedelse vilket ger implikationer för utbildning och kompetenshävning. Det behövs därför återkommande träning för att optimera den interprofessionella teamkompetensen. Det måste vara i arbetsplatsens (systemets) intresse att personals samarbetsförmåga, interprofessionella tillit får växa och bli en integrerad del av sådant samarbete.

#### **6.5 Förslag på vidare forskning**

Eftersom denna studie inte specifikt belyst *hur* eller *vad* vaktledare och vaktläkare gör för att skapa starka tillitsband i somatisk akutmottagningskontext, föreslås dessa som ytterligare forskningsområden. Vidare kan det vara intressant att studera *hur* eller *vad* systemet (somatisk akutmottagning/sjuhuset) gör för att tillvarata professionellas tillit och hur systemet tillrättalägger för en framtidsriktad gemensam utveckling.

Ett sätt är att göra observationer i somatiska akutvårdsavdelningar och observera *vilka* tillits-handlingar som personal gör och hur de görs. Ett ytterligare sätt är att göra diskursanalyser på *hur* vaktledare och vaktläkare talar med varandra om tillit. Ett annat sätt är att undersöka effekter av tillitsökande faktorer som systemet sätter i verk.

## **7 Konklusion**

Resultatet tyder på att interprofessionell tillit i somatisk akutvårdsmottagningskontext kännetecknas av relatering till system på flera nivåer. Att enbart fokusera på tillitsökning på individnivå, är därför alltför begränsat. Skall stöd för tillitsbyggande ges, förutsätts innovativa hälsoinriktade handlingsplaner inte bara i somatisk akutmottagning, men även i resten av sjukhusystemet.

## Referenser

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*.
- Andersson, H., Jakobsson, E., Furåker, C., & Nilsson, K. (2012). The everyday work at a Swedish emergency department – The practitioners' perspective. *Int Emerg Nurs*, 20(2), 58-68.
- Bachmann, R., & Zaheer, A. (2006). *Handbook of trust research*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Inc.
- Berlin, J., Carlström, E., & Sandberg, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, K. (1997). The many faces of trust. *Scandinavian Journal of Management*, 13(3), 271-286.
- Burford, B., Morrow, G., Morrison, J., Baldauf, B., Spencer, J., Johnson, N., . . . Illing, J. (2013). Newly qualified doctors' perceptions of informal learning from nurses: implications for interprofessional education and practice. *J Interprof Care*, 27(5), 394-400.
- Burke, C. S., Sims, D. E., Lazzara, E. H., & Salas, E. (2007). Trust in leadership: A multi-level review and integration. *The Leadership Quarterly*, 18(6), 606-632.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2008). Trust relations in a changing health service. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13, 97-103.
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (pp. 63-101). Lund: Studentlitteratur AB.
- Coleman, J. S. (1994). *Foundations of social theory*. Massachusetts: The Belknap press of Harvard University press.
- Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. (2 utgave 310712). doi: [http://www.kith.no/upload/1983/Defkat-akuttmed\\_kjede-v1.1-31072012.pdf](http://www.kith.no/upload/1983/Defkat-akuttmed_kjede-v1.1-31072012.pdf)
- Dirks, K. T., & Ferrin, D. L. (2002). Trust in Leadership: Meta-Analytic Findings and Implications for Research and Practice. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 611-628.

- Disch, J. (2012a). Leadership to create change. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing. A competency approach to improving outcomes.* (pp. 289-303). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Disch, J. (2012b). Teamwork and collaboration. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing. A competency approach to improving outcomes.* (pp. 91-112). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Elg, M., & Olsson, J. (2013). Organisera för ständiga förbättringar i hälso- och sjukvården. In J. Leksell & M. Lepp (Eds.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (pp. 218-252). Stockholm: Liber AB.
- Giddens, A. (2012). The consequences of modernity (1990). . In C. Calhoun, J. Gerteis, J. Moody, S. Pfaff & I. Virk (Eds.), *Contemporary sociological theory. 3rd edition.* (pp. 531-545). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grimen, H. (2008). Profession og tillit. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Guneriussen, W. (1999). *Aktør, handling og struktur. Grunnlagsproblemer i samfunnsvitenskapene.* (2nd ed.). Aurskog: TANO Aschehoug.
- Handel, D. A., Hilton, J. A., Ward, M. J., Rabin, E., Zwemer, F. L., Jr., & Pines, J. M. (2010). Emergency department throughput, crowding, and financial outcomes for hospitals. *Acad Emerg Med*, 17(8), 840-847.
- Handel, D. A., Pines, J., Aronsky, D., Genes, N., Ginde, A. A., Hackman, J., . . . Fu, R. (2011). Variations in crowding and ambulance diversion in nine emergency departments. *Acad Emerg Med*, 18(9), 941-946.
- Hardin, R. (2002). *Trust & trustworthiness.* (Vol. 4). NewYork: Russell Sage foundation.
- Hawley, K. (2014). Trust, distrust and commitment. *NOUS*, 48(1), 1-20.
- Heath, J. (2009). Building a professional practice model for excellence in critical care nursing. In P. Gonce Morton & D. K. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing. A holistic approach. 9th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Helsetilsynet. (2008). "MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene ? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. . (2).



Oslo: Helsetilsynet. Retrieved from [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2\\_2008.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf).

- Hick, J. L., Hanfling, D., & Cantrill, S. V. (2012). Allocating scarce resources in disasters: emergency department principles. *Ann Emerg Med*, 59(3), 177-187.
- HOD. (2012-2013a). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (nr.34). Oslo: Helse- och omsorgsdepartementet.
- HOD. (2012-2013b). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. (nr.10). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- HOD. (2012-2013c). *Morgendagens omsorg*. (nr.29). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. . In H. r. Hanssen, K. Hummerfelt, A. Kjellevoid, A. Norheim & R. Sommerseth (Eds.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. (pp. 131-150). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M., & Mitcham, C. (2001). Nursing theory and concept development or analysis. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 282-293.
- Hwang, U., McCarthy, M. L., Aronsky, D., Asplin, B., Crane, P. W., Craven, C. K., . . . Bernstein, S. L. (2011). Measures of crowding in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*, 18(5), 527-538.
- IOM. (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. *Institute of Medicine*.
- Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., . . . Wilkes, L. (2010). Trial and retribution: A qualitative study of whistleblowing and workplace relationships in nursing. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 36(1/2), 34-44.
- Johannessen, J.-A., & Olaisen, J. (2007). *Styring av helseforetak. Hvorfor er skehuis så vanskelige å styre?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (pp. 103-146). Lund: Studentlitteratur AB.
- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: an ethnographic study of an interprofessional initiative. *J Interprof Care*, 25(3), 175-181.

- Jones, F., Podila, P., & Powers, C. (2013). Creating a culture of safety in the emergency department: the value of teamwork training. *J Nurs Adm*, 43(4), 194-200.
- Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1993). *The Wisdom of Teams: Creating the High-performance Organization*. Massachusetts: McKinsey & Company Inc. Harvard Business Press.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., & Doran, D. (2011). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *J Adv Nurs*, 68(7), 1504-1515.
- Kipnis, A., Rhodes, K. V., Burchill, C. N., & Datner, E. (2013). The relationship between patients' perceptions of team effectiveness and their care experience in the emergency department. *J Emerg Med*, 45(5), 731-738.
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research 1: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. . In I. Holloway (Ed.), *Qualitative research in health care*. London: Open University Press.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lehmann-Willenbrock, N., Lei, Z., & Kauffeld, S. (2012). Appreciating age diversity and German nurse well-being and commitment: Co-worker trust as the mediator. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 213-220.
- Lerner, S., Magrane, D., & Friedman, E. (2009). Teaching Teamwork in Medical Education. *MOUNT SINAI JOURNAL OF MEDICINE*, 76, 318-329.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA.: SAGE.
- Lo, S. M., Choi, K. T. Y., Wong, E. M. L., Lee, L. L. Y., Yeung, R. S. D., Chan, J. T. S., & Chair, S. Y. (2014). Effectiveness of Emergency Medicine Wards in reducing length of stay and overcrowding in emergency departments. *Int Emerg Nurs*, 22(2), 116-120. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2013.08.003>
- Luhmann, N. (1999). *Tillid: en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. København: Hans Reitzel Forlag A/S.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. . In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (pp. 159-172). Lund: Studentlitteratur AB.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(2), 143-151.

- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research. Fifth edition.* Thousand Oaks, California.: SAGE Publications Inc.
- McGrath, K. M., Bennett, D. M., Ben-Tovim, D. I., Boyages, S. C., Lyons, N. J., & O'Connell, T. J. (2008). Implementing and sustaining transformational change in health care: lessons learnt about clinical process redesign. *Medical Journal of Australia, 188*(6), 32-35.
- McMurtry, A. (2010). Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams: insights from a university-level course. *J Interprof Care, 24*(3), 220-229.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual review of sociology.*, 22, 129-152.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research.* (Second ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- Mullarkey, M., Duffy, A., & Timmins, F. (2011). Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review. *Nursing in critical care, 16*(2), 85-91.
- Nordenfelt, L. (1987). *On the nature of health. An action-theoretic approach.* Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2006). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NOU. (2011). *Innovasjon i omsorg* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- OHA. (2010/2011). Leading practices in emergency department patient experience. *Report prepared for the Ontario Hospital Association by InfoFinders.*
- Person, J., Spiva, L., & Hart, P. (2013). The culture of an emergency department: an ethnographic study. *Int Emerg Nurs, 21*(4), 222-227.
- Pimentel, L., Hirshon, J. M., Barrueto, F. J., & Browne, B. J. (2012). Development of a university-based emergency department network: lessons learned. *J Emerg Med, 43*(4), 728-735.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care, 22*(2), 133-147.
- Reeves, S., Lewin, S., & Espin, S. (2010). *Promoting Partnership for Health : Interprofessional Teamwork in Health and Social Care.* Hoboken, USA: Wiley-Blackwell.

- Reeves, S., Van Soeren, M., MacMillan, K., & Zwarenstein, M. (2013). Medicine and nursing: a social contract to improve collaboration and patient-centred care? *J Interprof Care*, 27(6), 441-442.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.: CD002213. (Issue 1).
- Reina, M. L., Reina, D. S., & Rushton, C. H. (2007). Trust: the foundation for team collaboration and healthy work environments. . *AACN Advanced Critical Care*, 18(2), 103-108.
- Riksrevisjonen. (2005-2006). *Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten*. (Dokument nr. 3:9). Oslo: Riksrevisjonen. Retrieved from [http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2005-2006/Dok\\_3\\_9\\_2005\\_2006.pdf](http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2005-2006/Dok_3_9_2005_2006.pdf).
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. K. (2013). Norway: Health system review. . *Health Systems in Transition*, 15(8), 1-162.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A crossdiscipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23(3), 393-404.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2011). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 783-795.
- Tucker Jr, K. H. (1998). *Anthony Giddens and modern social theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Twanmoh, J. R. (2009). Emergency department overcrowding, patient flow and safety. In P. Croskerry, K. S. Cosby, S. M. Schenkel & R. L. Wears (Eds.), *Patient safety in emergency medicine*. (pp. 149-158). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Walton, M. K., & Barnsteiner, J. (2012). Patient-centered care. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing. A competency approach to improving outcomes*. (pp. 67-89). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Wanderer, J., & Townsend, L. (2013). Is it rational to trust? *Philosophy Compass*, 8(1), 1-14.

- Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf*, 0, 1-14. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001848
- Weingart, S. D. (2009). Critical decision making in chaotic environments. In P. Croskerry, K. S. Cosby, S. M. Schenkel & R. L. Wears (Eds.), *Patient safety in emergency medicine*. (pp. 209-212). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Med Educ*, 45(5), 478-487.
- WHO. (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. *World Health Organization (WHO)*
- Wong, C. A., Spence Laschinger, H. K., & Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *J Nurs Manag*, 18(8), 889-900.
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (pp. 181-216). Lund: Studentlitteratur AB.

# **Bilagor**

## Bilaga 2. Svar frå REK



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Gjøriil Bergva	<b>Telefon:</b> 22845529	<b>Vår dato:</b> 10.05.2013	<b>Vår referanse:</b> 2013/616/REK sør-øst D
			<b>Deres dato:</b> 19.03.2013	<b>Deres referanse:</b>
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser				

Til Sissel Iren Eikeland Husebo

### 2013/616 Effekten av et kurs i klinisk ledelse på kvalitet, effektivitet, responsivitet på helsetjenester og kollegial tillit i en akuttmedisinsk setting

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i motet 18.04.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

**Forskningsansvarlig:** XX (university hospital)  
**Prosjektleder:** Sissel Iren Eikeland Husebo

#### Prosjektomtale (revidert av REK):

*Mangel på lederskap har sammenheng med svikt i pasientsikkerheten. Ledelse referer til de handlinger som foretas av en teamleder for å sikre at behovene og målene for et team blir oppfylt. En spesiell variant av lederskap i helsevesenet er klinisk ledelse. I Storbritannia er det utviklet et unikt kompetanserammeverk for medisinsk lederskap som beskriver kompetansen i ledelse helsepersonell trenger for å bli mer aktivt involvert i planlegging, levering og omdanning av pasienttenester. Rammeverket for lederskap beskriver hvilke fem områder det skal fokuseres på. Imidlertid er det begrenset forskning om kurs i klinisk ledelse forbedrer kvalitet, effektivitet og responsivitet av helsetjenester, og kollegial tillit i en akuttmedisinsk setting. Hensikten med denne studien er å få ny kunnskap om et kurs i klinisk ledelse for vaktleger og vaktledere bedrer kvalitet, effektivitet og responsivitet og kollegial tillit i en akuttmedisinsk setting.*

#### Vurdering

Formålet med denne studien er å undersøke om et kurs i klinisk ledelse for vaktleger og vaktledere bedrer kvalitet, effektivitet og responsivitet av helsetjenester, samt kollegial tillit, i en akuttmedisinsk setting på sykehus. Komiteen vurderer at prosjektets formål ikke er å gi ny kunnskap om helse og sykdom, men at prosjektet snarere vil gi kunnskap vedrørende kvalitet og effektivitet av denne type helsetjeneste. Prosjektet faller derfor utenfor helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

#### Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde da det ikke oppfyller formålet, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

#### Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Besøksadresse:  
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511  
E-post: post@helseforskning.etikk.no  
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal:  
<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post  
til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansennummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen  
Professor dr. med.  
Leder

Gjøril Bergva  
Rådgiver

**Kopi til:** XX@XX.no; XX@XX.no



### Bilaga 3. Svar från Forskningsavdelning, NSD

XX (university hospital)

**Forskningsavdelingen**

Klara Sofia Friberg

**Vår ref:**  
2011/4660 - 36998/2013

**Deres ref:**

**Saksbehandler:**  
XX (name)

**Dato:**  
23.08.2013

#### Godkjennelse Masterprosjekt - MA20

Mastergradsprosjektet: «Interprofessionell tillit»

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

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

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

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjennelse av REK følges
- foreligger det godkjennelse fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- 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 våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Med vennlig hilsen

XX  
Fagsjef

**Kopi til:**  
fagsjef XX  
divisjonsdirektør XX  
prosjektleder Sissel Eikeland Husebø

**Forespørsel om deltagelse i studien: Evaluering av et kurs i klinisk ledelse for å forbedre kvalitet, effektivitet, responsivitet og kollegial tillit i en akuttmedisinsk setting ved anvendelse av følgeforskning**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie ved XX universitetssykehus (XX). Hensikten med studien er å kunne kartlegge om et klinisk lederprogram bidrar til økt kollegial tillit og bedre kvalitet, effektivitet og responsivitet på helsetjenester i akuttmottak ved XX. Siden du arbeider som vaktlege eller vaktleder i akuttmottak ved XX håper vi at du er villig til å bidra med dine erfaringer om kollegial tillit slik at vi får økt kunnskap om hvordan kollegial tillit kan utvikles og videreutvikles i akuttmottak på sykehus, og at helsepersonells erfaringer og oppfatninger om kollegial tillit vil bli mer kjent.

Om du velger å delta vil du sammen med dine kollega (enten vaktledere eller vaktleger) som også har gitt sitt samtykke til å delta (5-7 personer per gruppe), delta i et fokusgruppeintervju. For å kunne gjengi intervjuet korrekt, vil det tas opp på lydbåndopptaker og lagres. Intervjuet vil deretter skrives ned og bearbeides til anvendelse i studien. Fokusgruppeintervjuet vil ta maksimalt 1 time. Informasjon om dato og klokkeslett for fokusgruppeintervju vil sendes deg via email eller telefon etter at du har levert samtykkeerklæring i akuttmottak eller til undertegnede.

Det er ingen fordeler eller ulemper forbundet med denne studien, og det er frivillig å delta. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha konsekvenser for din nåværende eller fremtidige arbeidssituasjon ved XX. Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Det er intet pålegg fra ledelsen ved sykehuset om deltakelse i studien. Lydbåndopptakene av intervjuene blir behandlet konfidensielt og anonymisert. Lydfilene fra lydbåndopptakene vil lagres på forskerens datamaskin som er sikret med passord, og lydbåndopptaker vil bli oppbevart i låsbart skap. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Etter at studien er avsluttet høsten 2015 vil dataene bli slettet.

Deltakelsen i studien medfører ingen kostnader og du får ingen betaling for å delta. Prosjektleder håper at funnene som fremkommer fra studien vil bidra til økt kunnskap om hvordan kollegial tillit kan utvikles i akuttmottak på sykehus, og at helsepersonell sine egne oppfatninger av kollegial tillit vil bli mer kjent.

Studien er finansiert av Stavanger Acute Research (SAR) gjennom Universitetsfondet ved Universitetet i Stavanger.

Om du har spørsmål om deltakelse eller om selve studien, kan du ringe Sissel Eikeland Husebø, postdoktor ved Institutt for helsefag, UiS når du måtte ønske på telefon XXXXXXXX eller via e-post (sissel.i.husebo@uis.no), eller hennes veileder XX (name), fagsjef XX, telefon XXXXXXXX.

Prosjektleder for studien om kollegial tillit är mastergradsstudent Klara Friberg ([ks.friberg@stud.uis.no](mailto:ks.friberg@stud.uis.no)) og kan nåes på telefon XXXXXXXX. Veileder er Sissel Eikeland Husebø.

Dersom du er villig til å delta, vennligst skriv under på "Samtykkeerklæringen" på neste side, og lever den i akuttmottak ved XX eller send den med internpost til Sissel Eikeland Husebø innen *ddmmår*.

Skjema for samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt	
Prosjektittel: Evaluering av et kurs i klinisk ledelse for å forbedre kvalitet, effektivitet, responsivitet og kollegial tillit i en akuttmedisinsk setting ved anvendelse av følgeforskning	
Prosjektnummer:	
Prosjektleders navn: Klara Friberg- mastergradstudent UIS Sissel Eikeland Husebø- veileder UIS/XX	Klinikk/avdeling Akuttmottak
Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du denne samtykkeerklæringen. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha konsekvenser for din nåværende eller fremtidige arbeidssituasjon ved XX. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder.	
Jeg er villig til å delta i forskningsprosjektet:	
Telefon du vil bli kontaktet på:	E-post du vil bli kontaktet på:
Navn med blokkbokstaver	Født årstall
Dato	Underskrift

## Intervjuguide

### **Inledningsfas**

1. Välkommen. Presentation om mig och fokusgruppintervjuens tema.
2. Genomgång av samtycke, tystnadsplikt utanför gruppen, att samtalet blir inspelat. Att moderator kan avbryta där som diskussionen spårar av, för att komma på rätt spår.
3. Utdelning av formulär om: ålder, kön, utbildning, specialistutbildning, när du var legitimerad, hur länge du har arbetat i yrket, hur lång erfarenhet av akutvård.

### **Introduktionsfas**

1. Vad tänker ni på när ni hör ordet tillit?
2. Om jag säger ”jag litar på mina arbetskollegor”, vad innebär det?
3. Om jag säger ”jag litar inte på mina arbetskollegor”, vad innebär det?

### **Övergångsfas**

1. Kan ni berätta för mig om en händelse eller situation där ni kände att ni litade på andra kollegor i samarbetsituationer?
2. Kan ni berätta för mig om en händelse eller situation där ni kände att ni inte litade på andra kollegor i samarbetsituationer?

### **Huvudfas**

1. Vad måste finnas eller närvara för att kunna lita på andra kollegor i teamarbetsituationer?
2. Vad hindrar en i att lita på andra kollegor i teamarbetsituationer?

### **Avrundningsfas**

1. Utifrån det som vi har pratat här, vad är det viktigaste?

### **Avslutningsfas**

1. Är det något som vi inte har pratat om, men som vi borde ha pratat om?
2. Har ni något ni vill tillägga?

## **INTERVJUGUIDE**

**Tänk er en situation, en patient med andningsvårigheter som ni ska samarbeta kring.**

**Du som lege har precis varit med om något annat i ett annat rum.**

**Du som sjuksköterska har också varit med om något i en annan del av huset.**

**Nu möts ni och ska klara av något tillsammans.**

**Ni ska ni samarbeta kring patienten med andningssvårigheter.**

**Om ni tänker på det samarbetet vad är den mittersta punkten i det samarbetet?**

**Berätta om den mittersta punkten**

### **Följdfrågor:**

**Hur tänker ni kring detta med att lita på varandra?**

**Hur tänker ni kring detta att våga stå för sin kunskap i den situationen?**

**Hur tänker ni kring detta att bli sedd och hörd i samarbetet?**

**Erfarenhet är viktigt det har ni alla sagt. På vilket sätt kan erfarenhet bidra till ett gott samarbete?**

*Bilaga 7. Förfrågan om deltagelse i projekt*

Klara Friberg

(Adesse)

Till avdelingsledelsen ved XXXX

Stavanger 20.08.13

**Förfrågan i samband med mastergradsprojekt ”Interprofessionell tillit”**

Mitt namn är Klara Friberg och jag är andra års mastergradsstudent vid Universitetet i Stavanger (UIS) vid institutt for helsefag. Mitt mastergradsprojekt kommer att handla om interprofessionell tillit i somatisk akutmottagningsmiljö och är ett delprojekt av postdoktorprosjektet till Sissel Eikeland Husebø ” Evaluering av et kurs i klinisk ledelse for å bedre kvalitet, effektivitet, og responsivitet på helsetjenester og kollegial tillit i en akuttmedisinsk setting ved anvendelse av følgeforskning” som skall genomföras i akutmottak från august. I anledning av att datasamling planeras inhämtas hösten år 2013, presenteras här nedan korfattad information om tillvägagångssätt. Mastergradsprojektet är sekventiellt uppbyggt och data kommer att inhämtas i tre steg. Det planeras utföras 5 fokusgruppintervjuer med vaktledare (sjuksköterskor) och vaktläkare som tjänstgör vid somatisk akutmottagning med en varighet på 1 timma per fokusgrupp. Fokusgruppsintervjuernas övergripande tema är interprofessionell tillit.

Information till aktuella och möjliga fokusgruppdeltagare kommer att ges, varav ett första informationsmötet kommer att hållas den 21/8-2013.

Första fokusgruppintervju med vaktledare planeras utfört den 10/9-2013. De senare fokusgruppintervjuerna har ännu inte fått tidspunkt.

Min handledare från UIS är Sissel Eikeland Husebö, och bihandledare är Britt Saetre Hansen.

På förhand tack.

Vänligen Klara Friberg

Där som frågor om denna studie kan jag kontaktas per mail: [ks.friberg@stud.uis.no](mailto:ks.friberg@stud.uis.no), eller per telefon: XXXXXXXXX.

Vedlegg:

Prosjektplan

Oppstartstillatelse2