

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
ENDRINGSLEDELSE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vårsemester 2009

FORFATTER: Mariann Strandvåg

VEILEDER: Karina Aase

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Profesjonsidentitet og profesjoners samhandling i traumeteam

EMNEORD/STIKKORD:

Profesjonsidentitet, kontinuitet, kommunikasjon, mikrosystem, opplæring, roller, team

SIDETALL: 65
+ inkl. vedlegg: 75

STAVANGER 29. juni 2009

Forord

Det siste halve året har vært interessant, lærerikt og spennende. Jeg har vært så heldig å få innsikt i et nytt fagområde gjennom mitt samarbeid med forskningsprogrammet Pasientsikkerhet ved UiS.

Både UiS og SUS har velvillig tilrettelagt for at jeg kunne gjennomføre de mål jeg satte meg for oppgaven.

Stor takk til Kjell Egil Tjosevik, traumeteamkoordinator ved SUS som har vært svært imøtekommende og gitt meg mye nyttig informasjon. Takk også til alle ansatte som stilte til intervju.

Takk til Sindre Høyland som var med på intervjuene og på observasjonen.

Takk også til mannen min, P.K. som har lest korrektur .

Sist men ikke minst, stor takk til Karina Aase som har veiledet meg gjennom prosessen og som har delt av sin kunnskap og gitt meg råd. Det har vært inspirerende og lærerikt.

Du har stødig ledet meg frem til resultatet.

Randaberg 29. juni 2009

Mariann Strandvåg

Sammendrag

Pasientsikkerhet omfatter optimal og sikker behandling av pasienten i alle faser av behandlingsskjeden. Forskningsresultater viser at sykehusene står overfor store utfordringer når det gjelder pasientsikkerhet. Det hevdes at ca. 10 % av alle pasienter opplever alvorlige hendelser som kunne vært avverget. Videre anslås det at et av fire dødsfall blant traumepasienter kunne vært unngått og at de fleste feil synes å skje i mottakelsesfasen innen akuttmedisinsk behandling. Forskning viser videre at en av de største utfordringene innen pasientsikkerhet er tverrfaglig samarbeid mellom profesjonsgrupper. Det betyr at profesjon er et begrep som kan ha betydning for samhandling og dermed sikker pasientbehandling. Pasientsikkerhet ved UiS er et tverrfaglig forskningsprogram som gjennomføres i samarbeid med Stavanger universitetssykehus (SUS) og Akuttmedisinsk senter for læring og forskning (SAFER). Programmets mål er bl.a. å frembringe kunnskap som kan gi bedre forståelse av pasientsikkerhet og et bedre grunnlag for risikohåndtering innenfor helsesektoren. Denne masteroppgaven er tilknyttet forskningsprogrammet. Målsettingen er å se nærmere på hvilken betydning profesjonsidentitet har for samarbeidet i traumeteam og hvilken betydning kommunikasjon og samhandling har for optimal og sikker pasientbehandling i en slik teamkontekst.

Følgende problemstillingen er valgt for oppgaven:

Hvilken betydning har profesjonsidentitet og profesjoners samhandling for pasientbehandling i traumeteam?

De teoretiske perspektivene som er benyttet i oppgaven er i stor grad postmodernistisk teori som ser begrepene profesjonsidentitet og samhandling som kontekstavhengige. Videre er det fokusert på ny teori om samhandling i team i helseforetak og hvilken innvirkning en slik organisering kan ha for pasientsikkerhet .

Som metodisk design er det benyttet en kvalitativ eksplorerende studie, med triangulering av fire ulike datakilder: intervju med nøkkelinformant, påstandsskjema, observasjon og dybdeintervjuer. De tre siste fant sted i forbindelse med trening på samhandling og kommunikasjon i traumeteam, kalt Best-trening. Studien med de ulike datakildene har gitt kunnskap om områdene :

- Profesjonenes historikk, tradisjoner og utdanning
- Profesjonsidentitetens innvirkning på samarbeid og optimal/sikker pasientbehandling
- Opplæring og trening
- Kontinuitet i samarbeid og dens innvirkning på optimal/sikker pasientbehandling.

Oppgaven avdekket at identifisering med egen profesjon i mindre grad påvirker samarbeidet i traumeteam enn det som var forventet. Profesjonsutøverne identifiserer seg i større grad med de teamsammensetninger de til enhver tid befinner seg i. Det vil si at identitet er mer kontekstavhengig. Videre vil oppgaven vise at informantenes oppfatning er at liten grad av stabilitet i sammensetningen av traumeteamet har liten innvirkning på samarbeidet. Det som er avgjørende er hvilken kontekst teamet er og denne må være klart definert og avgrenset.

Opplæring i forhold til den rollen som skal fylles er av avgjørende betydning i teamkonteksten. Traumeteammedlemmene blir trygge profesjonsutøvere i teamet ved at de kjenner egne og andres oppgaver. Dersom tilstrekkelig opplæring gir den enkelte kunnskap om egne og andre profesjoners oppgaver, skal arbeidet ut fra en prosedyrestyrt arbeidsprosess gi pasienten optimal og sikker behandling. På samme tid krever prosessen ledelse og den person som innehar en slik rolle må inneha den nødvendige kompetansen for dette.

Resultatene i denne oppgaven finner at slik ikke er tilfelle for alle traumeteamledere pr. idag og at SUS her står overfor en utfordring i å kvalitetssikre traumeteamlederens kompetanse for å kunne gi optimal og sikker akuttbehandling i traumeteamet.

Den opplæring av traumeteammedlemmer som i dag finner sted, oppleves av informantene som positiv, men kunne med fordel økt i omfang. Slik kan også en styrking av rolle og fokus på oppgave redusere uheldige virkninger av den enkeltes personlige egenskaper i samarbeidet. Hvordan traumeteamleder utfyller sin rolle er allikevel avgjørende for om teamet oppfyller sin funksjon.

Oppsummert kan en si at profesjonstilhørighet er av liten betydning i traumeteam fordi medlemmene er fokusert på oppgaven mer enn sin tilhørighet til profesjon.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Formål.....	3
1.3	Problemstilling.....	3
1.4	Oppgavens oppbygging.....	4
2.	Kontekst.....	5
3.	Teoretiske perspektiv.....	8
3.1	Profesjon og identitet.....	8
3.2	Profesjon og bakgrunn.....	10
3.3	Team som kontekst for tverrprofesjonelt samarbeid.....	13
3.4	Mikrosystemtilnærming.....	17
3.5	Oppsummering.....	19
4.	Metode.....	21
4.1	Begrunnelse for valg av metode.....	21
4.2	Kontekst for innsamling av data.....	22
4.3	Hvordan data er samlet inn.....	23
4.4	Utvalg.....	25
4.5	Hvordan data er systematisert, behandlet og analysert.....	26
4.6	Dataenes validitet og reliabilitet.....	28
4.7	Hva jeg ville gjort annerledes.....	30
4.8	Etiske overveielser.....	31
5.	Presentasjon av resultater.....	32
5.1	Observasjon av traumeteamsimulering.....	32
5.2	Påstander om traumeteam.....	38
5.3	Oppsummering.....	41
5.4	Intervju.....	41
5.5	Oppsummering.....	48
6.	Drøfting av resultatet.....	50
7.	Konklusjon.....	60
8.	Forslag til forbedringer/videre forskning.....	63
	Litteraturliste.....	64
Vedlegg:	1 Intervjuguide.....	66
	2 Påstandsskjema.....	71
	3 Informasjonsbrev.....	75

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pasientsikkerhet er et aktuelt tema innen norske helseforetak. Jevnlige blir vi gjort kjent med eksempler på feil og mangler i behandlingen av pasienter gjennom pasienthistorier i media. Blant annet er behandlingen av alvorlig skadde en krevende oppgave. I følge Brattebø m.fl. (2001) anslås det at ett av fire dødsfall blant traumepasienter kunne vært unngått og at de fleste feil synes å skje i mottakelsesfasen. Westphal m.fl. oppgir at:

”Et opphold på akuttsykehus i et vestlig land medfører gjennomsnittlig 200 ganger større livsfare enn å ferdes i trafikken, og risikoen er faktisk 2000 ganger større enn ved å jobbe innen kjemisk industri eller reise med fly. Tallenes tale er klar: ca. 10 % av alle pasienter opplever alvorlige hendelser som kunne ha vært avverget” (2009:2)

Norske offentlige sykehus er komplekse organisasjoner. I en gjensidig avhengighet skal avansert teknologi og menneskelige faktorer fungere i et samspill som sikrer en forsvarlig behandling av den enkelte pasient. Ulike profesjonsgrupper er ansatt for å komplementere hverandre i de oppgaver som sykehus skal utføre. Yrkesgrupper som leger og sykepleiere er bl.a. profesjoner med lange tradisjoner i sin utdanning og yrkesutøvelse innen medisin og pleie. Også andre yrkesgrupper som bioingeniører, radiografer og portører har sentrale roller i samarbeidet. Etter endt utdanning skal de gjennom sin yrkesutøvelse samarbeide med andre profesjoner. Utdanningsinstitusjonene skal gjennom teori og praksis gjøre dem i stand til å imøtekomme de krav til profesjonsutøvelse som arbeidslivet stiller innen deres fagområde og til å samarbeide med andre.

Den arbeidsplass som profesjonsutøverne velger å praktisere ved, har videre et ansvar for å sette den enkelte i stand til å utføre sine arbeidsoppgaver. Dette må skje i samsvar med den faglige utvikling som finner sted ved hjelp av opplæring og kursing.

Felles for yrkesgruppene er at de gjennom samhandling med andre profesjoner skal imøtekomme pasientens behov og sørge for riktig og sikker behandling. Det er gjort forskning på de ulike profesjonenes tilnærming til tverrprofesjonelt samarbeid. I følge Unni Krogstad (2006) viser resultatene at profesjonene kan ha ulike utgangspunkt for samhandling ut fra historikk, tradisjoner, utdanning og innholdet i de arbeidsoppgaver som de er forventet å

utføre. Dette er faktorer som kan påvirke deres samarbeid med andre, avhengig av i hvor stor grad de identifiserer seg med egen profesjon og i hvor stor grad de har kompetanse til å samhandle med andre profesjonsutøvere. For pasienten er samarbeidet mellom sykehusets ansatte av avgjørende betydning for kvaliteten på den behandling som denne mottar. I tilfeller der profesjonstilhørigheten er årsak til uenighet og mangel på evne til å samarbeid med andre, kan dette ta fokuset bort fra pasienten, og dermed påvirke pasientsikkerheten i negativ retning.

Pasientsikkerhet ved UiS er et tverrfaglig forskningsprogram som gjennomføres i samarbeid med Stavanger universitetssykehus (SUS) og Akuttmedisinsk senter for læring og forskning (SAFER). Programmets mål er bl.a. å frembringe kunnskap som kan gi bedre forståelse av pasientsikkerhet og et bedre grunnlag for risikohåndtering innen helsesektoren.

Forskningsresultater fra programmet oppgir blant annet tverrfaglig samarbeid mellom profesjonsgrupper som en av utfordringene innen pasientsikkerhet. En stiller bl.a. spørsmål som ”hvorfør er det slik at de ulike profesjonsgruppene (leger, sykepleiere, ledere etc.) har ulik kultur og ulik tilnærming til pasientsikkerhet” (Wiig og Aase 2007, Aase m.fl. 2008).

Lene Lie har gjennom pasientsikkerhetsprosjektet ved UiS skrevet mastergradsoppgaven ”Legers læring av uønskede hendelser” (2007). Lie mener i sin studie å ha avdekket en ”viss kniving og uenighet” mellom sykepleiere og leger i en casestudie ved SUS.

Lie mener videre å se tendenser til kollegiale mekanismer som gir seg utslag i en ”angiverkultur”. Flere assistentleger uttaler at de har blitt utsatt for at sykepleiere ”rapporterer dem” i rapporteringssystemet Synergi. Samtidig kommer det fram at noen av disse legene har vært fristet til å gjøre det samme mot sykepleierne, men ikke mot sin egen yrkesgruppe.”

Lene Lies funn forteller om uenigheter som knyttes opp mot profesjon og har inspirert meg til å se nærmere på bl.a. profesjonenes oppfatning av egen og andres rolle i samhandlingen. Lies data gir eksempler på differensiering mellom profesjonene leger og sykepleiere der de er opptatt av å markere forskjeller og opprettholde grenser mellom profesjonsgruppene. Det er nærliggende å anta at en slik markering mellom profesjonene kan innvirke på samarbeid og på pasientsikkerheten ved sykehuset.

Denne mastergradsoppgaven er tilknyttet pasientsikkerhetsprosjektet ved UiS og vil se nærmere på det tverrfaglig samarbeidet mellom profesjonsgruppene. Med bakgrunn i at de fleste feil synes å skje i mottakelsesfasen av en pasient, (Brattebø m.fl. 2001) har jeg valgt

traumeteamene ved SUS som kontekst for oppgavens undersøkelse. Jeg vil se nærmere på hva som har betydning for optimal samhandling i traumeteam med utgangspunkt i bl.a. profesjonsidentitet.

1.2 Formål

Jeg vil i oppgaven se nærmere på samarbeidet mellom profesjonene i traumeteam og om samarbeidet innvirker på optimal og sikker behandling av pasienten.

Hensikten er å se om de ulike profesjonenes utdanning, historikk og tradisjoner kan ha betydning for hvordan de samhandler med hverandre og i hvor stor grad identifisering med egen profesjon påvirker samarbeid. Videre vil jeg se nærmere på hva profesjonsutøverne opplever har betydning for samarbeidet i traumeteamet.

1.3 Problemstilling

Følgende problemstilling har dannet utgangspunkt for masteroppgaven:

Hvilken betydning har profesjonsidentitet og profesjoners samhandling for pasientbehandling i traumeteam ?

Følgende forskningsspørsmål er utarbeidet for å belyse problemstillingen:

Hvilken innvirkning har utdanning, historikk og tradisjoner på tverrprofesjonelt samarbeid ?

Hvordan virker profesjonsidentitet inn på samarbeid?

Hvilken betydning har kontinuitet, kommunikasjon og ledelse for samarbeid i traumeteam?

Nøkkelord

Profesjonsidentitet

Kommunikasjon

Roller

Kontinuitet

Mikrosystem

Team

Opplæring

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 7 kapitler. I innledningen har jeg beskrevet bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Kapittel 2 gir en beskrivelse av traumeteam som er den konteksten hvor datainnsamlingen finner sted. Det påfølgende kapittel gir en oversikt over oppgavens teoretiske fundament. Videre skisseres den fremgangsmåte som er valgt for metode i kapittel 4. Resultatene fra datainnsamlingen presenteres i kapittel 5.

Resultatene drøftes så videre opp mot teori i det påfølgende kapittel. Endelig gis en oppsummering av de funn jeg mener å ha kommet frem til og oppgaven avsluttes med forslag til forbedringer og noen ord om aktuelle tema for videre forskning.

2. Kontekst

Oppgavens studieobjekt er traumeteamene ved SUS. Sykehuset har siden 1998 organisert mottak av akuttpasienter i definerte team, der behandlingen er bygget opp etter spesifikke prosedyrer.

I følge Wikipedia er :

Et traume en skade på kroppen av enten fysisk eller psykisk karakter.

Et multitraume er alvorlig skade i to eller flere organssystemer.

Et traumeteam er en gruppe fagpersoner som sammenkalles ved mottak og behandling av multitraumepasienter, for eksempel ved et sykehus. Hver deltaker har sine spesifiserte arbeidsoppgaver. Som regel har generell kirurg rollen som leder av teamet. For at traumemottak skal fungere optimalt, forsøker man å gjennomføre hyppige øvelser (Wikipedia.org).

I følge traumemanualen ved SUS utgjør traumeteamet kjernen i sykehusets respons når det blir meldt pasient med alvorlig skade (<http://sus-nett.sir.local/traumemanual/index.htm>).

Det er nødvendig å presisere at begrepet team i denne sammenheng ikke betyr en fast sammensetning av personer over tid. Hvem som innkalles til et traumeteam når situasjonen påkrever dette, avhenger av hvem som er ”på vakt.” Slik vil de ulike profesjonene være representert med forskjellige personer og teamet vil ha en ulik sammensetning fra gang til gang. Organiseringen i traumeteam betyr at forhåndsbestemte profesjoner sammenkalles til mottak og behandling av traumepasienter når en hendelse er inntruffet. En vurdering av pasienten blir foretatt på skadestedet av prehospitalt personell som informerer AMK (Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) om omfang av de skader som pasienten har pådratt seg. AMK vil ut fra den informasjonen som de blir gitt, varsle vakthavende sykepleier i akuttmottakelsen som sammenkaller traumeteamets medlemmer. De vil snarest mulig innfinne seg i sykehusets akutt mottakelse. AMK vil etter vurdering av skadeomfang innkalle enten et fullt eller et begrenset traumeteam, og avgjør dermed hvilke profesjoner som må være tilstede for å gi pasienten en sikker og optimal behandling. Et fullt traumeteam vil ved SUS bestå av følgende profesjoner:

Kirurg (som vanligvis er traumeteamleder), ortoped, anestesilege, anesthesykepleier, mottakssykepleiere, radiograf, røntgenlege, bioingeniør, operasjonssykepleier og portør. Hver profesjon har sine spesifiserte oppgaver. Hver enkelt bærer en vest som angir profesjonstittel. Medlemmene av traumeteamet er alle ansatt i stillinger som

profesjonsutøvere i ”ordinær produksjon” ved de ulike avdelingene ved sykehuset. Deres erfaringsbakgrunn er forskjellig. Utvelgelsen av teammedlemmene kan ifølge traumeteamkoordinator i akuttmottakelsen ” være noe tilfeldig.” For de fleste er rollen pålagt i den stillingen de er ansatt i ved SUS.

Sykehusets traumemanual angir hver profesjons oppgave i behandlingen av traumepasienter i traumeteamet som vanligvis følger en angitt prosedyre (<http://sus-nett.sir.local/traumemanual/index.htm>).

Prosedyren er lagt opp etter følgende mønster og rekkefølge og omtales som ABCDE.

A: Luftvei

B: Respirasjon

C: Sirkulasjon

D: Nevrologisk undersøkelse

E: Fullstendig avkledning og undersøkelse

Under kirurgens ledelse skal en gjennomgå de nevnte bokstavpunktene i vurderingen av pasienten, sørge for at denne blir stabilisert for så å bringe pasienten til annen avdeling for videre behandling.

Etter avsluttet behandling i traumeteamet, der teamet i samarbeid har utført sine definerte profesjonsoppgaver, avvikles teamet og de innkalte går tilbake til sine ordinære oppgaver i sykehusets produksjon.

Mange sykehus i Norge, deriblandt SUS, baserer trening og opplæring for traumebehandling på BEST-prinsippet (Bedre & systematisk traumebehandling), som bygger på det amerikanske ATLS-systemet (Advanced Trauma LifeSupport)

(<http://no.wikipedia.org/wiki/Traumeteam>). Trening er grunnleggende for traumeteamets funksjon. Ved SUS gjennomføres trening og simuleringer i traumeteamet jevnlig i samarbeid med SAFER (et læringscenter som er opprettet i et samarbeid mellom SUS, UiS og Laerdal Medical AS). Formålet med senteret er å styrke akuttmedisinsk opplæring og pasientsikkerhet (www.safer.net).

SAFER bygger også sin metodikk på Bedre & systematisk traumebehandling (Best-trening). Best-treningen ble startet som et prosjekt i 1997. I 2002 ble prosjektet omgjort til en ideell stiftelse som tar sikte på å tilby alle landets sykehus opplæring. Målsettingen er å bedre ledelse, kommunikasjon og samarbeid rundt alvorlig skadde pasienter. Gjennom tverrfaglig opplæring blir profesjonene i teamet trent opp til å ivareta sykehusets akuttfunksjon. Best-

treningen benytter videopptak av de simulerte situasjonene og det fokuseres på teamets
fungering mer enn på den enkelte person.

Metoden bygger på moderne teori for teamarbeid og har hentet erfaringer fra luftfarten der
Crew resource management (CRM) trening er benyttet (www.bestnet.no).

3. Teoretiske perspektiver

3.1 Profesjon og identitet

Kvalifisering for profesjonell yrkesutøvelse handler, i følge Molander m.fl. (2008), om læring av kunnskaper og ferdigheter i en kombinasjon mellom skolebasert utdanning og yrkespraksis. Kvalifiseringsprosessen til en profesjon er mer enn en intellektuell teoretisk tilnærming. Den innebærer også en sosialisering. Prosessen involverer slik hele personen og den konteksten som den profesjonelle står i. Når det gjelder identitetsbegrepet i en samfunnsvitenskapelig sammenheng, henvises det ofte til sosialpsykologen George Herbert Meads arbeider fra 1934. I følge Hatch & Schultz (2004), forklarer Mead identitet ut fra menneskets selvforståelse, formet gjennom sosial interaksjon i ulike sosiale kontekster der han tar utgangspunkt i at det finnes et ”jeg” og et ”meg.” Opplevelsen av ”jeg” som individ skapes i relasjon med andre mennesker og resulterer i den oppfatningen en har av seg selv i sammen med andre. ”Meg” derimot beskriver det bilde en har av seg selv som et selvstendig individ, et syn som er mer innover - rettet. Begge formes og omformes i samspill med omgivelsene og ut fra de tilbakemeldinger som en til en hver tid tar innover seg til refleksjon av egen selvoppfattelse.

Kollektiv identitet er knyttet til grupper, virksomheter, kjønn, etnisitet, profesjoner eller samfunn (Molander m.fl. 2008). Her skjer en transformasjon fra individuell til kollektiv aktør. I hvor sterk grad en er orientert mot den kollektive identiteten vil variere individuelt.

Rørvik tar i sin definisjon av identitet utgangspunkt i personer, grupper eller organisasjoners ”bevissthet om hvem man selv er, sett i relasjon til hvordan man oppfatter at andre er, og hvordan man oppfatter at andre ser på en selv” (1998: 44). Slik å forstå vil identitet oppstå i en sammenligning med andre, i en avgrensning . Den er et relasjonelt fenomen fordi den alltid defineres i forhold til noen og noe. Det foregår en kontinuerlig prosess der individet i en sammenheng, danner et bilde av seg selv eller ”seg i sin gruppetilhørighet” ut fra å finne likheter eller ulikheter med omverdenen som gir en selvrefleksjon over hvem er jeg? – hvem er vi? I følge Molander m.fl. handler gruppeidentitet:

”primært om felles symboler meir enn felles handling. Det dannar ei gruppe først og fremst ved at felles symbolikk skapar førestillingar om korleis ting burde vere, meir enn korleis ting

faktisk er. Det inneber også eit klart skilje mellom kollektiv identitet og personleg identitet.”
(2008:323)

Profesjonsidentitet som et eksempel på kollektiv identitet og profesjonene selv kan i ulik grad evne å skape profesjonsidentitet blant sine medlemmer. I følge Molander m.fl. er den moderne identitetsdiskursen de siste tiårene utfordret av:

”postmoderne posisjonar eller av det som gjerne blir kalla teoriar om ny modernitet”
(2008:325). Identitet i dette nye synet vektlegger i større grad vilkårene i det miljøet eller konteksten som personen deltar i. Identitet fremstilles slik i større grad som konstruksjoner, valg og prosjektavhengighet. Individuelt kan en inneha flere identitetsoppfatninger ut fra kontekst og en fokuserer i mindre grad på kriterier som kontinuitet og om å være ”den samme” over tid.

Den viser seg i praksis ved at vi i større grad identifiserer oss med de team som vi til en hver tid befinner oss i. Biggs refererer til Baumann som i 1995 hevdet:

”In the modern, problem of identity was how to construct an identity and keep it solid and stable, the post-modern problem of identity is primarily how to avoid fixation and keep the options open. In the case of identity, as in other cases, the catchword of modernity was creation; the catchword of post modernity is recycling.” (Biggs 2000:372).

Molander m.fl. (2008) beskriver begrepet ”profesjon” som et omstridt begrep. Det gir en felles forståelse av en forventning. Samtidig konstrueres det også noen grenser og krav om opprettholdelse av en eksistensberettigelse når det brukes av f.eks en profesjonsgruppe.

Unni Krogstad sier i sin doktoravhandling; ”System – continuity in hospitals – a cultural matter,” at en profesjonstilhørighet kan fremtre som følger:

”The ambition of professions is therefore to maintain, and develop their domains and their special attributes and not to diminish differences between themselves and others” (2006:73).

3.2 Profesjon og bakgrunn

Profesjoner har ulik historikk og tradisjon og er kommet til på ulike tidspunkt. Professor i rettsvitenskap, Torstein Eckhoff uttalte i 1967 :

”Med en profesjon mener jeg en akademisk utdannet yrkesgruppe, feks. leger,prester, jurister, ingeniører, lektorer etc. Profesjonsutøverne står i et særlig forhold til vitenskapene for så vidt som de er utdannet ved anstalter hvor det drives vitenskap, og for såvidt som de utnytter den viten de har fått der i sin praktiske virksomhet” (Eckhoff i Nordisk forum 1967).

Eckhoff referer her til profesjoner med lange tradisjoner. I det norske helsevesen vil leger og sykepleiere ha slike tradisjoner. I tillegg har også nyere yrkesgrupper i større grad kommet til, etter hvert som den teknologiske utvikling har gjort krav på slik kompetanse. På samme tid representerer de tradisjonelle yrkesgruppene leger og sykepleiere fortsatt den største andelen av arbeidstokken i et helseforetak.

Hvilken vitenskapsteoretisk tilnærming de ulike profesjonene har i sitt utdanningssystem kan variere. Utdanningsinstitusjonene skal sette sine studenter i stand til profesjonsutøvelse. Det betyr å tilføre de aktuelle faglige kunnskaper, men også å gi studentene kvalifikasjoner som muliggjør at deres faglige kunnskap fremkommer i samarbeid med andre profesjoner.

Noen yrkesgrupper eller profesjoner har ingen bakgrunn fra en bestemt utdanning sinstitusjon. Ved et sykehus gjelder dette bl.a. portører.

To vitenskapsteoretiske tilnærmingene som de forskjellig utdanningssystemene kan bygge sin undervisning er Teknisk rasjonell forståelse (TR) av virkeligheten eller en forståelse omtalt som Professional artistry (PA). Davies m.fl. referer til Schön når de definerer tilnærmingene som følger:

Technical rationality: Views professional practice in terms of clear-cut expert knowledge, rules, behaviours and routines.

Professional artistry: Recognizes the complexities of practice and acknowledge that any knowledge is contingent, dynamic and problematic. Practice involves risk and improvisation where learning to do is achieved only by engaging in and reflecting upon doing
(2000a :287).

En må anta at den vitenskapsteoretiske tilnærmingen sammen med utdanningsinstitusjonens historikk og tradisjon har betydning for hvordan de uteksaminerte studentene utøver sitt virke og hvordan de samhandler med andre profesjoner.

I følge Schön, forklart av Davies m.fl. (2000a) har TR et mekanisk utgangspunkt i synet på profesjoner. Profesjonell praksis er å imøtekomme pasientens behov ut fra ”definerte oppskrifter.” En fremgangsmåte som er akseptert av både praksisfeltet og av utdanningssystemet. Den profesjonelle er, i dette synet, en agent. Denne tilnærmingen hevder at fastlagte fremgangsmåter reduserer risiko, i motsetning til om yrkesutøveren tar bestemmelser utfra egne vurderinger. Den ser på praktisering av faget som en mindre komplisert interaksjon, der den profesjonelle gir og pasienten mottar. Kompetanse innen det spesifikke fagfeltet er av en ”mer statisk karakter” og den enkelte har tillært seg denne gjennom sin utdanning.

PA tilnærmingen argumenterer for at profesjonsutøvelse ikke er enkelt og ikke kan forhåndsdefineres. Den daglige utøvelsen av praktisk arbeid er preget av komplekse avgjørelser der både profesjonelle vurderinger, intuisjon og sunn fornuft er realiteten og at avgjørelser ikke kan forutbestemmes av fastlåste rutiner. I motsetning til TR tilnærmingen vil kun prinsippene være forutbestemt for utøvelsen av praksis. De profesjonelle er autonome i en videre forstand der de selv vurderer hvordan de skal imøtekomme den individuelle pasienten og de står selv til ansvar for sine avgjørelser og handlinger og der ”beste praksis” er kontekstavhengig.

Allikevel mener PA at det i profesjonsutøvelse vil være nødvendig med rutiner og standard prosedyrer. Men blir en ureflektert i forhold til prinsippene som ligger til grunn for yrkesutøvelsen, så har en også mistet sin profesjonalitet. En må ha et helhetlig syn på pasienten i motsetning til bare å se deler av denne isolert.

Thompson (2000) forklarer en tredje vitenskapsteoretisk tilnærming, Hermeneutikken, som forståelse som bygger på menneskets erfaring og plasserer subjektet i sentrum. I motsetning til positivismen som vektlegger objektivitet. Dette utgjør to forskjellige tenkemåter og har innvirkning på hvordan en ser verden. Profesjoner med bakgrunn i et naturvitenskapelig positivistisk utdanningssystem vil kunne ha et annet utgangspunkt for sine tolkninger enn en samfunnsvitenskapelig utdannet yrkesutøver.

En fjerde tilnærming, forklart av Thompson (2000) er ”Critical theory” en teori med et mer postmoderne syn og kan ses som en forlengelse av den hermeneutiske tilnærmingen. Den

erkjenner betydningen av erfaring. Den ser subjektivitet som en nødvendig forutsetning for å forstå menneskelige handlinger men dette er allikevel ikke tilstrekkelig og må settes inn i en videre kontekst hvor en også ser på politiske og samfunnsmessige forhold.

Yrkessosialisering starter i utdanningen ved at man gjennom teori føres inn i et tankemønster og et felles språk. I profesjonsutdanningene har en også en praksisdel slik at i tillegg til formidling av en fagbasert kunnskap så føres studentene også inn i en profesjonskultur som allerede kan ha en etablert forståelse av virkeligheten:

”Utdanningsarenaen og yrkesfeltet kan oppfattas som dei mest sentrale kontekstane i konstruksjonen av profesjonell identitet. Relasjonen mellom dei er grunnleggjande for å oppnå betre forståing av profesjonskvalifisering” (Molander m.fl. 2008:328).

Davies (2000c) hevder at dagens profesjoner i helsevesenet også må ses i en historisk sammenheng. Hun oppfatter tradisjoner preget av kontroll, skiller, konkurranse og autonomi som maskuline. Hun sammenligner disse maskuline tradisjonelle profesjoner, i hovedsak bekledd av menn, med de mer støttende og assisterende profesjoner som kvinner tradisjonelt har hatt. Hun mener at ut fra et slikt syn har kvinne-dominerte profesjoner vært ”en hjelpende hånd” for f.eks leger. Davies gir en billedlig betraktning av en trekantrelasjon bestående av lege, sykepleier og pasient som reflekterer en ny tilnærming:

”For decades we understood the professions as a conventional nuclear family, with doctor-father, nurse-mother and patient-child. But our hope for total wisdom and protection from father is forlorn; our wish for total comfort and protection from mother unachievable, and the patient has grown up. A three way partnership should displace this vanishing family” (Davies 2000b: 1020).

Dagens samfunn stiller ifølge Davies m.fl. krav til profesjonene som gir dem en anledning til selv å være med å forme et nytt innhold i profesjonstankegangen. Deres spørsmål er:

“Has the time come to embrace a new professionalism?”(2000a:289).

Davies argumenterer for en ny profesjon der praksis baseres på refleksjon, deltakelse, medvirkning og samarbeid, der også pasienten innehar en mer sentral rolle.

Dette synet vektlegger den ”profesjonelle identiteten” som omfatter det som er yrkesutøverens kunnskaper, holdninger og verdier.

Krogstad følger denne tankerekken og sier: *“It is necessary to create common ethos across professions”* (2006:69).

Krogstad (2006) hevder videre ut fra sine funn at utfordringene i tverrprofesjonelt samarbeid ikke bare er det enkelte helseforetak sitt ansvar. I tillegg til det enkelte sykehus må ansvaret også adresseres til utdanningsinstitusjonene. Forbedring og kvalitetssikring av hvordan profesjonene skal utfylle hverandre og betydningen av den gjensidige avhengigheten må få et økt fokus. Dette er utfordringer som utspiller seg i de operasjonelle arbeidsteam på sykehusene, men må poengteres og håndteres allerede i utdanningen. Opplæring bør fokusere også på ”de andres” kompetanse og bakgrunn i tillegg til opplæring i å samarbeide.

3.3 Team som kontekst for tverrprofesjonelt samarbeid

Team har ikke vært den tradisjonelle organiseringen av samarbeidsenheter innen offentlige helseforetak.

Nyere litteratur hevder at en her står overfor en endring og at også den medisinske verden nå synes å se fordeler ved en slik organisering. *“Medicine is beginning to realize the importance of formal teamwork training in the success of medical organizations. Adaptation of team principles to various medical specialities and as part of core training for medical professionals is increasingly common”* (Rice 2009:177).

Westphal m.fl. hevder at: *”Team synes å gjøre færre feil enn enkelt personer, særlig der hvor hvert enkelt teammedlem kjenner sitt eget og de andre medlemmenes ansvar. Men det å bringe folk sammen for å utføre en spesifikk oppgave sikrer ikke automatisk at de vil fungere som et team. Teamarbeid avhenger av at hver enkelt f.eks. lege, med sine varierende bakgrunner, er villig til å samarbeide om et felles mål og å kommunisere, jobbe effektivt sammen og forbedre seg”*(2009:16).

Det kan synes som om offentlige helseforetak står overfor spesielt store utfordringer ved en organisering i team p.g.a. turnusarbeid med vaktrotasjon, noe som medfører en lite stabil sammensetning av medlemmer. Dette er et fenomen som også er kjent fra det britiske helsevesen og Rice hevder: *“Thus, shift work in ED`s (Emergency departments) with differing individuals can still produce a teamwork structure if the revolving “teams have similar principles, values and training”* (2009:179).

Selv om noen teammedlemmer samarbeider bedre enn andre og en oppnår fordeler med en mer stabil teamsammensetning, trenger et team ved medisinske foretak allikevel ikke å være avhengige av en permanent besetning. Team i denne sammenhengen betinger et gjentakende fokus på teamferdigheter for de som deltar selv om utgangspunktet for sammensetningen av medlemmene er rotasjon.

Opplæring er derfor av avgjørende betydning for å sikre at profesjonsutøvere er kjent med teamets kjerneaktivitet og en felles fremgangsmåte for å kunne utføre denne.

Rice (2009) fokuserer på betydningen av å skille teamsamarbeid fra det å arbeide i grupper.

Tilfeldig sammensatte grupper av mennesker kan miste fokus på eller hensikten med oppgaven og mangle felles verdier for samarbeidet. Definerte team, til sammenligning, er en begrenset gruppe mennesker hvor de enkeltes kompetanse utfyller hverandre og som arbeider mot et definert mål som de i fellesskap skal nå, utfra en bestemt fremgangsmåte.

Å inneha faglig kompetanse er en av forutsetningene for å være en utfyllende del av et team.

Allikevel mener Rice (2009) at det er en misforstått oppfatning at en får et godt fungerende team ved kun å sette sammen høyt kvalifisert faglig personell fra ulike profesjoner. Dette

fordi effektivitet og resultater ofte også er knyttet til personlige egenskaper som kan ha negativ innvirkning på teamets resultater. Finlay følger denne tankerekken og fokuserer på behovet for opplæring for å styrke den enkelte sin kompetanse spesielt i forhold til

samhandling med andre i team: *“Operating in team is often challenging and difficult. Easy,*

idealistic assumptions about the team as a source of untrammelled, unqualified support seem

likely to be contradicted in practice. Professionals working within a multidisciplinary team

need to learn how to live with, and handle, a much more complex reality”

need to learn how to live with, and handle, a much more complex reality”

need to learn how to live with, and handle, a much more complex reality”

(Finlay 2000:162).

Rice fremhever 8 egenskaper som er nødvendige for ett godt fungerende team:

- 1) Tilpasningsevne (adaptability) 2) Situasjonsoppmerksomhet (situational awareness)
 - 3) Utførelse (performance) 4) Overvåking (monitoring/feedback) 5) Ledelse (leadership)
 - 6) Mellommenneskelige relasjoner (interpersonal relations) 7) Koordinering (coordination)
 - 8) Kommunikasjon og evne til beslutningstaking (communication and decision making)
- (2009).

Rice fokuserer spesielt på egenskapen kommunikasjon:

“We are beginning to realize that communication failures are a large contributor to adverse clinical events and outcomes. Communication failures have been identified as the root causes of more than 60% of sentinel events reported to The Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations” (2009:181).

I et team er evne til klar og tydelig kommunikasjon av betydning for resultatet av samarbeidet. Ifølge Rice har kommunikasjonsmønstrenes betydning også for pasientsikkerhet den senere tid fått økt fokus. Videre hvilke implikasjoner det kan medføre om kommunikasjon blant medlemmene av et team ikke fungerer.

Rice gir følgende eksempel på et uhensiktsmessig kommunikasjonsmønster med bakgrunn i hierarki:

“In circumstances where there is a clear difference in the positions of two individuals in an organization’s hierarchy, the more junior individual might hesitate to communicate because they are intimidated, do not wish to bother or offend the more senior colleague, or do not want to appear incompetent. Communication can also break down because lack of clarity about assigned roles leads to ambiguity or conflict.”(2009:181)

I tillegg til å fremheve betydningen av kommunikasjon i et team mener Rice (2009) at team i den medisinske verden også er avhengig av at medlemmene tar ansvar for sine oppgaver og har fokus på kjerneaktiviteten i teamet, som er ivaretagelse av pasienten. Å ta ansvar for sine oppgaver i samhandling med andre profesjoner utvikler en kontekst som er mer enn enkeltindivider som samarbeider. De bringer alle inn sin ulike profesjonskompetanse men ulikhetene kan også medføre utfordringer i teamsamarbeidet. Davies velger å se denne utfordringen som en mulighet til å øke kvaliteten på samarbeid ved å verdsette profesjonenes ulikhet og se denne som en ressurs:

“What characterises the new models of collaboration is the recognition that it is not what people have in common but their differences that make collaborative work more powerful than working separately” (Davies2000c:1021).

Davies m.fl. hevder videre at:

“Collaboration involves letting go of traditional professional boundaries and listening to, and learning from, others – be they colleagues or services users. It involves dealing with conflict, seeking new ways of working – ways that deliberately empower others” (2000a:143).

Videre sier Davies at om en basere samarbeid på kreativitet, på tvers av ulikheter i et gjensidig samspill åpner en for større grad av kompetanseoverføring. Det motsatte er å verne om egen kompetanse for å oppnå kontroll og det tjener ikke et godt teamsamarbeid.

En gruppe bestående av ulike profesjoner, i tillegg med hver enkelt sine personlige egenskaper, vil allikevel mest sannsynlig stå overfor utfordringer i sin samhandling som kan påvirke resultatet som teamet oppnår. Et effektivt team har ifølge Rice fem kjennetegn:

“A team recognizes the value of collective effort, beyond what is right for the individual member, and acknowledge the importance of a greater good. The five attributes of an effective team include: a meaningful purpose, specific performance goals, a common approach, complementary skills and mutual accountability” (Rice 2009:177).

Igjen fokuseres det på betydningen av felles mål, fremgangsmåte og opplæring.

Rice presierer videre betydningen av at systemets tilrettelegging fra meso og makro nivå ikke må undervurderes. Et team i denne sammenhengen vil være en del av en større organisasjon, et større system og ikke en separat enhet. Dette medfører en gjensidig avhengighet og samspill mellom team, organisasjon og helsesystem.

“Teams must operate in larger organizations, and team effectiveness is dependent on the larger organization and its structure, norms, characteristics, and overall climate.”

(Rice 2009:179). Videre hevder han at *“performance is the goal of teamwork, while teams are only the means”* (Rice 2009:178). Utførelsen, samarbeidet som fører til måloppnåelse blir slik å forstå muliggjort ved en organisering i team. Når teamegenskapene er på plass og en i samarbeid utfører kjerneaktiviteten etter hensikten, så vil teamet være et verktøy for resultatoppnåelse.

Om en velger å se dette som en fordel og utnytte det på en konstruktiv og kunnskapstilførende måte, vil en slik samarbeidskonstellasjon gi resultater som enkeltindivider og ensartede grupper ikke har mulighet for å oppnå.

3.4 Mikrosystemtilnærming

En lignende systemtankegang som den Rice skisserer finner en også i den såkalte mikrosystemtilnærmingen. ”Clinical Microsystems in health system,” (Nelson m.fl. 2007), er et internasjonalt begrep med fokus på små kliniske samarbeidsenheter i frontlinjen, ”The sharp end” av et helseforetak. Enhetene består av profesjonsutøvere, pasient og dennes pårørende. Det er i disse enhetene kvaliteten på helsetjenesten og pasientsikkerheten viser seg i praksis.

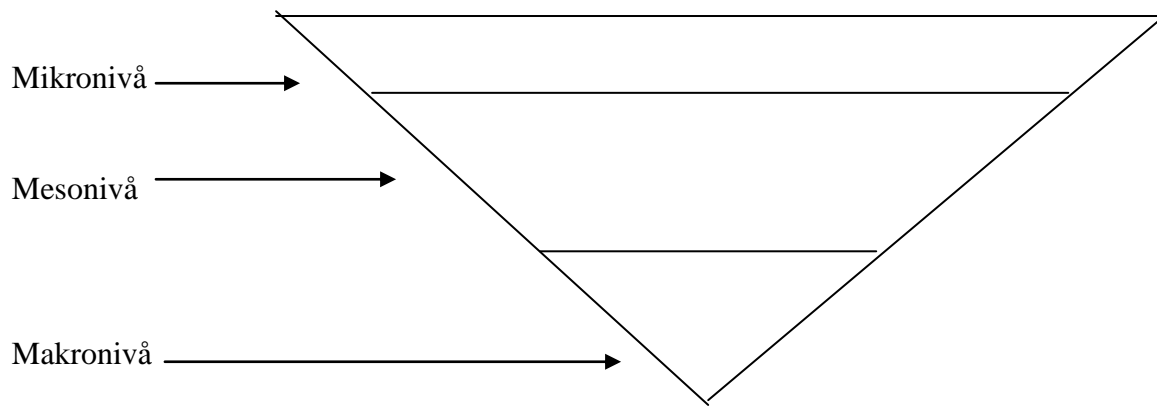
Forfatterne Nelson m.fl. gir i boken ”Quality by design: A clinical micro system approach”(2007), følgende definisjon på et klinisk mikrosystem:

“Clinical Microsystems are the small, functional units that provide most health care to most people. They are essential building blocks of larger organizations and of the health system. They are the place where patients, families, and care teams meet. The quality and value of care produced by a large health system can be no better than the services generated by the small systems of which it is composed”(2007:3).

Kvalitet og verdien av helsetjenesten bestemmes av hvordan pasienten ivaretas i de involvert mikrosystemene. Uten velfungerende mikrosystemer har en ikke et velfungerende helsesystem. Forbedringsarbeid må derfor finne sted på mikrosystemnivå i systemkjeden i et helseforetak. Systemtankegangen forutsetter at de høyere meso og makro nivå ivaretar planarbeid og hjelpfunksjoner som legger til rette for den behandling av pasienten som finner sted i mikrosystemet.

Kort kan en si at et helseforetaks mesonivå omfatter de ulike avdelingene som er summen av mikrosystemene i frontlinjen. Mesonivået transformerer informasjon mellom mikronivået og makronivået ved å være et bindeledd. Her finner en funksjoner som bl.a. ledelse, opplæring og IT systemer og selve koordineringen av de ulike mikrosystemene.

Ser en på makronivået, ”The blunt end”, i denne sammenheng, så vil det være helseforetaket som helhet og de oppgaver som tradisjonelt er tillagt et overordnet nivå. Når forfatterne fremhever betydningen av at et helseforetaks kjerneaktivitet skjer i samarbeidsenhetene der møtet med pasienten finner sted og at det er her kvaliteten på foretakets virksomhet avgjøres, velger de å visualisere tankegangen i et bilde av en omvendt pyramide.



Ultimately, the outcome of a macro system can be no better than the outcomes of the micro system of which it is composed". (2007:5)

Ved Dartmouth Medical School i U.S.A har Eugene Nelson og Paul Batalden m.fl. forsket på forbedring av helsetjenester i et mikrosystemperspektiv. I løpet av 2000 og 2002 gjennomførte forfatterne en studie av 20 helseforetak i Nord Amerika som alle var anerkjent for god kvalitet på sine helsetjenester

Som Rice (2009), oppsummerer også Nelson m.fl., ut fra sin forskning, 8 suksesskriterier som de mener er avgjørende for å sikre høy kvalitet. Rice fremhever egenskaper som må finnes innad i teamet mens Nelson m.fl. fokuserer på teamet, mikrosystemet, i en større helhet som et ledd i behandlingsskjeden og fremhever kriteriene:

- 1) Ledelse (Leadership), 2) Organisasjonens støtte (Organizational support),
- 3) Pasientfokusfokus (Patient focus) 4) Opplæring og trening (Education and training),
- 5) Sammenhengen mellom systemene (Interdependence of care team), 6) Informasjon og informasjonsteknologi (Information and information technology), 7) Prosess forbedring (Process improvement), 8) Resultat (Performance result) (2007:20).

Ser en Rice og Nelson m.fl. sine teorier i sammenheng vil en ved å oppfylle egenskaper og kriterier oppnå velfungerende team i en behandlingsskjede. Det skjer ved at de nødvendige forutsetningene er ivaretatt fra alle nivåer i helseforetaket som system og optimal og sikker pasientbehandling er dermed sikret.

3.5 Oppsummering

Identitet handler om hvem man opplever å være. I relasjon med andre vil en slik opplevelse vise seg ved hvilken gruppering en velger å sammenligne seg med. Profesjonsidentitet har tradisjonelt markert avgrensinger til andre profesjoner og enkelte hevder at en slik avgrensing har bestått i å finne ulikheter, markere eget domene og beskytte egen spesialitet. Nyere teori hevder at det har skjedd en endring. Identitet i et postmodernistisk syn ser identitet som mer kontekstavhengig og at den enkelte selv, i større grad, velger hvem en identifiserer seg med og at dette skifter ut fra sammenheng, kontekst og prosjekt. Ser en profesjonsidentitet i ut fra et slikt syn vil profesjonsutøvere oppleve tilhørighet i de konstellasjoner som de blir organisert inn i. Videre poengterer ny teori at en i større grad enn tidligere verdsetter ulikheter som en ressurs for samarbeid i motsetning til å fokusere på dem som et problem og en utfordring for samarbeid. Ulikheter eksisterer og profesjonenes utdanningsbakgrunn kan være en årsak til at den enkelte profesjonsutøver går inn i samhandling med andre med en ulik oppfatning og forståelse av hvordan en f.eks. samhandler eller ser sin egen rolle i sammenheng med andres. De ulike oppfatningene kan ha sitt utgangspunkt i vitenskapeteoretiske syn som positivistisk der objektivitet og bestemte fremgangsmåter står sentralt eller en mer subjektivistisk oppfatning der vurderinger og subjektivitet i større grad legges til grunn. Samtidig har også tradisjonelle hierarkiske oppfatninger innen helsevesenet stått sentralt og kan forsterke en ulik tilnærming til samarbeid. Nyere teori hevder, også på dette området, at slike oppfatninger kan være i endring og at tiden kanskje er inne til å etablere nye syn på samarbeid der fokuset i større grad er å utfylle hverandres kompetanse i samhandlingen. Videre retter nyere teori også fokuset mot nye samarbeidskonstellasjoner der også pasienten ses på som en mer aktiv aktør samarbeidsenhetene enn tidligere. Teamkonstellasjoner har ikke vært den tradisjonelle organiseringen innen helseforetak. Forskning hevder at også den medisinske verden nå innser fordeler ved å definere profesjonsutøvere i bestemte kontekster der mål, verdier og fremgangsmåter for arbeidet står i fokus. Forskning viser videre at ved å organisere i team så ivaretar en i større grad krav til optimal og sikker pasientbehandling. Ved helseforetak med turnusrotasjon stilles en overfor spesielt store utfordringer om en skal organisere profesjonsutøvere i en teamkontekst hvis en tenker en slik kontekst ut fra en tradisjonell oppfatning. Bl.a. vil det p.g.a. turnusrotasjon være vanskelig å gi trening i samarbeid med de samme teammedlemmene over tid. Allikevel hevdes det at dette ikke trenger å være til hinder for en slik samarbeidskontekst så lenge

trening og opplæring finner sted og mål, verdier og fremgangsmåte for arbeidet er tydeliggjort for den enkelte profesjonsutøver. Teori hevder at god ledelse og klar og tydelig kommunikasjon er to av forutsetningene for at team skal oppnå sin funksjon. Dette stiller krav til systemet utover den enkelte samarbeidsenhet som et team er. Det stiller krav også til de høyere nivå i en organisasjon enn det nivået hvor pasientbehandlingen skjer. Det hevdes at kvaliteten på den behandlingen som blir gitt avgjøres i de små samarbeidsenhetene der profesjonsutøver møter pasienten. Kvalitetssikringen av at behandlingen er optimal og sikker ligger i mesonivået i f.eks. et helseforetak gjennom bl.a. koordinasjon og opplæring. Makronivået er således ansvarlig for å tilrettelegge med nok ressurser for at en slik kvalitetssikring skal kunne finne sted.

4. Metode

I denne delen av oppgaven gis først en begrunnelse for valg av metode.

Deretter hvordan data er samlet inn og i hvilken kontekst. Videre hvordan data er systematisert, behandlet og analysert. Dataenes validitet og reliabilitet blir så drøftet, med et påfølgende kapittel om hva som kunne vært gjort annerledes. Til slutt oppsummeres metodedelen med et kapittel om etiske overveielser ved undersøkelsen.

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Metoden som er valgt kan beskrives som et case-studie fordi den er avgrenset i tid og rom. Jeg benytter primærdata som *” er data som er samlet inn av forskeren selv med det formål å belyse en spesiell problemstilling ”* (Jacobsen 2005:124). Caset som jeg vil gjøre en studie av er traumeteamet ved SUS våren 2009 og jeg vil se nærmere på hva som påvirker samhandlingen blant medlemmene av teamet.

Oppgavens problemstilling er deskriptiv, beskrivende. Den er et utgangspunkt for det jeg vil utdype og beskrive nærmere: hvilken betydning profesjonsidentitet og profesjoners samhandling kan ha for pasientbehandling i traumeteam. I tillegg er problemstillingen eksplorerende og utforskende. I følge Jacobsen (2005) krever en slik problemstilling en metode som får frem nyanser, som går i dybden og som er åpen for kontekstuelle variasjoner. Undersøkelsesopplegget forutsetter en grundig og detaljert innsamling av data der en underveis gir rom for utdyping og detaljkunnskap og er omfattende og tidkrevende. Det vil derfor være naturlig å konsentrere seg om et mindre utvalg enheter. Designet er et intensivt design som betyr at jeg går i dybden av et problem. Problemet er i denne sammenheng at det innen pasientsikkerhet kan synes som om en av de største utfordringene er tverrfaglig samarbeid mellom profesjonsgrupper og at de har ulik tilnærming til pasientsikkerhet (Wiig og Aase 2007, Aase m.fl. 2008). Jeg vil forsøke å avdekke en rekke forhold for å få frem mest mulig relevante og riktige data. Designet kan medføre at det blir vanskelig å generalisere i forhold til en større populasjon.

”Å gå i dybden er et forsøk på å få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsesenheten inngår i”(Jacobsen 2005:90).

Undersøkelsen er en tverrsnittundersøkelse. ” *Tverrsnittstudie innebærer at vi studerer virkeligheten på kun ett gitt tidspunkt*” (Jacobsen 2005:102).

Et korrelasjonelt design vil i følge Jacobsen ”*ha den hensikt å finne ut hvilke fenomener som varierer sammen på et gitt tidspunkt*” (2005:102). Virkeligheten i denne studien er samarbeidet i traumeteamene og hvilke faktorer som kan virke inn på den samhandling som finner sted.

Behovet for nyanserte opplysninger fra de ulike informantene medfører at en kvantitativ metode ikke er aktuell å bruke. En kvalitativ metode er derfor valgt for oppgaven for å imøtekomme en deskriptiv, eksplorerende problemstilling:

Hvilken betydning har profesjonsidentitet og profesjoners samhandling for pasientbehandling i traumeteam?

En kvalitativ metode er i følge Jacobsen ” *empiri i form av ord (setninger, tekster o.l.) som formidler mening*”(2005:124).

Metodene for datainnsamling som ble valgt i oppgaven var som følger:

1. Intervju med nøkkelinformant
2. Påstandsskjema
3. Observasjon
4. Dybdeintervjuer

4.2 Kontekst for innsamling av data

I samarbeid med kursarrangør SAFER arrangerte SUS Best-trening for sykehusets traumeteam 28 – 29 – 30 april 2009. I alt åtte definerte team gjennomgikk en todelt opplæring. Treningen ble innledet med en teoretisk del av 2 timers varighet der traumemanualens prosedyre ble gjennomgått. De to neste dagene rullerte de forskjellige teamene i traumesimulering, der hvert team gjennomgikk to case. Umiddelbart etter simuleringene ble det gjennomført en debriefing ledet av en instruktør. Her ble simuleringen evaluert ved gjennomgang av videopptak og oppsummering fra deltakernes erfaringer.

For å få tilgang til Best-treningen rettet prosjektteamet i forskningsprogrammet Pasientsikkerhet en forespørsel til SUS og SAFER med spørsmål om å få være med på treningsdagene i den hensikt å gjennomføre datainnsamlingen for den aktuelle

masteroppgaven der. Tilbakemeldingen var positiv og i datainnsamlingsprosessen deltok også leder av pasientsikkerhetsprosjektet professor Karina Aase og PhD-stipendiat Sindre Høyland i tillegg til meg selv. Mastergradsprosjektet ble presentert for deltakerne på den teoretiske delen av treningen. Videre ble de informert om at det var behov for informanter til dybdeintervjuene og at personer fra fire forskjellige profesjoner i løpet av treningen ville bli forespurt om å delta i intervjuene. Videre ble treningsdeltakerne oppfordret til å besvare et ”påstandsskjema” og det ble gitt informasjon om at det i løpet av simuleringsscasene ville bli foretatt observasjon ved de tre nevnte prosjektdeltakerne.

4.3 Hvordan er data samlet inn

1. Datainnsamlingen startet med *intervju av nøkkelinformant*. Informasjonen som her ble innhentet fikk betydning for utarbeidelsen av intervjuguiden og spørreskjema. Videre ble det også mottatt informasjon om hvordan treningsdagene ville forløpe og det ble gitt en praktisk innføring i hvordan en skulle forholde seg som observatør ved simuleringen som foregikk i sykehusets traumerom. Intervjuet av nøkkelinformanten ble foretatt i samtalerom ved SUS i forkant av treningsdagene. Intervjuet varte i ca. en time og det ble brukt diktafon. Spørsmålene til nøkkelinformant fokuserte på hvordan et traume forløper og hvordan selve traumesimuleringen var lagt opp. Intervjuet var preget av stor grad av åpenhet for å få et mest mulig nyansert bilde av dette fagområdet.
2. Deltakerne på Best-treningen ble bedt om å besvare et *påstandsskjema* som ble utdelt på den teoretiske delen av treningen. (Se vedlegg) Skjemaet bestod av 10 påstander som omhandlet organisering av, og samarbeid i, traumeteam, bl.a. med fokus på opplæring og kommunikasjon. På skjemaet var det satt av plass til informantens egne kommentarer under hver påstand. Skjemaet ble besvart av deltakere på denne delen av treningen. Videre ble det også sendt til deltakerne elektronisk i forbindelse med evaluering av treningen. Slik fikk de som ikke var til stede ved den teoretiske delen også anledning til å svare.
3. *Observasjonen* ble gjort i de ”simulerte treningscasene.” Det er kun mastergradsstudentens observasjoner som er tatt med i oppgaven. De observasjonene som ble gjort av meg omfattet tilsammen åtte simuleringsscase av fire team. To ulike

case ble gjentatte ganger gjennomført med de forskjellige teamene. D.v.s. ett case med påfølgende debriefing. Deretter neste case med påfølgende debriefing, før en skiftet til nytt team. I tillegg til å observere selve simuleringen var prosjektteamet også tilstede ved debriefingene. Observatørene var plassert et stykke fra traumeteamene, bak en gul strek og stod sammen med andre tilstedeværende. Ved observasjon og debriefing ble det inntatt en passiv rolle som tilskuer. Hvert case varte i ca. en halv time. Deretter debriefing som varte ca i tre kvarter. Ca 90 profesjonsutøvere deltok.

4. *Dybdeintervjuene* består av intervju med 18 informanter. Intervjuene foregikk ansikt til ansikt og det ble brukt opptaker og i noen av intervjuene ble det tatt notater. Det ble i forkant utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg). Denne guiden ble strukturert og bygd opp etter gjennomgang av relevant litteratur for oppgavens problemstilling og ut fra informasjon innhentet om traumeteam. Det ble lagt opp til at intervjuene skulle ha stor grad av åpenhet for å muliggjøre innhenting av mest mulig detaljerte og nyanserte data med utgangspunkt i at undersøkelsen har et eksplorativt design. Intervjuene ble i hovedsak gjort ved SUS. På ulike avdelinger der det var tilgjengelige samtalerom, i kantinen og i ett tilfelle i informantens hjem. Intensjonen var å gjennomføre 20 intervju. Avtale om intervju ble gjort på selve treningen ved at studenten tok personlig kontakt med deltakerne. To av informantene trakk seg fra intervjuet da de ble oppringt for å avtale tid og sted. De mente begge at de hadde for stor arbeidsbelastning og at de ikke kunne sette av tid til dette. 18 intervju ble gjennomført. Høyland og Aase gjennomførte to hver. De resterende 14 ble gjort av undertegnede. Hvert intervju varte i gjennomsnitt 45 minutter. Informantene ble plukket ut basert på profesjonsbeskrivelsen på vesten de bar under simuleringen. Det var i forkant utarbeidet en liste med beskrivelse av hvor mange personer som skulle trekkes ut fra hver profesjon. De to som ikke gjennomførte intervjuet var en ortoped og en røntgenlege. Ett intervju var ikke mulig å spille av fra diktafon p.g.a. dårlig lyd kvalitet. Dette intervjuet var med en mottakssykepleier.

Hensikten med å kombinere fire ulike metoder for datainnsamling var å få en best mulig innsikt i traumeteamenes fungering. En kombinasjon av ulike metoder kalles triangulering. I følge Jacobsen (2005) kan dette være en styrke i datainnsamlingen og øke gyldigheten på

dataene. Ved å kombinere datainnsamling i ulike kontekster, av ulike intervjuere, kan en kontrollere dataene opp mot hverandre. I denne oppgaven betyr det å sammenligne resultater fra påstandsskjema, intervjuer og observasjoner og se dem i sammenheng slik at antakelser kan styrkes.

Nøkkelinformantens informasjon ga generelle opplysninger om traumeteamet og en innføring i treningsopplegget som skulle finne sted. Intervjuene hadde som hensikt i å gi en dypere forståelse av utgangspunktet for problemstillingen i studien. Påstandsskjemaet var spesielt rettet mot traumeteamet og traumeteammedlemmenes oppfatning av denne måten å organisere samarbeid på. Observasjonsdelen hadde som hensikt å gi kunnskap om konteksten, samt å få en mer helhetlig forståelse av profesjonenes adferd i traumeteamene. Spesielt ble det fokusert på samhandling dem imellom for å se om inntrykkene i noen grad sammenfalt med resultatene fra de øvrige datakildene. Observasjonen var åpen og samtlige treningsdeltakere var informert om vår tilstedeværelse i forkant. Det ble ikke spesifikt opplyst at det var mulig å reservere seg fra observasjonen. Allikevel var vi, i enighet med kursarrangør og traumeteamkoordinator ved SUS, inneforstått med at om noen ønsket å gjøre en slik reservasjon, ville vi trekke oss ut av treningslokalet. Vi var av nøkkelinformanten informert om at disse treningssituasjonene ofte kunne minne om reelle situasjoner og derfor ville gi oss et relevant inntrykk av hvordan samarbeidet i teamene utspilte seg.

4.4 Utvalg

Opgavens datainnsamling ble i hovedsak utført i løpet av tre dager med Best-trening og de to påfølgende ukene. Til treningen var ca. 90 deltakere påmeldt, alle medlemmer av traumeteamene. Samtlige deltakere ble oppfordret til å besvare et utlagt påstandsskjema. For intervjuene ble tilsammen 20 personer som førstehåndskilde valgt ut. Et formålsstyrt utvalg ble gjort med bakgrunn i profesjon (Jacobsen 2005). Utvalget ble gjort med den hensikt å få informasjon fra de ulike profesjonene om deres opplevelse av samarbeidet i traumeteamet. De profesjonene som ble forespurt var: leger, sykepleiere, bioingeniører og portører. Disse profesjonsgruppene ble definert på bakgrunn av intervju med nøkkelinformant. I tillegg ble hans råd om å velge ut informanter fra ulike medisinske spesialiseringer fulgt. Utvalget bestod slik av: Leger (to kirurger, to anestesileger, to ortopeder, to røntgenleger). Sykepleier (to anestesisykepleiere, to mottakssykepleiere, to operasjonssykepleiere). Bioingeniører (tre bioingeniører). Portør (tre portører). Hensikten var å få best mulig informasjon om hvordan de utvalgte profesjonene oppfattet samarbeidet i

traumeteamet. Gjennomgang av litteratur som omhandlet ulike tilnæringer til profesjonsforskjeller og eventuelle innvirkninger på teamarbeid, kommunikasjon og samhandling lå til grunn for nettopp denne utvelgelsen. Videre ble valget foretatt ut fra at ulike vitenskapsteoretiske innfallsvinkler i utdanningen av profesjonene kan ha betydning for hvordan en mener at samarbeid skal fungere. Videre ut fra en betraktning om at det i helsevesenet eksisterer et hierarki av profesjoner der utdanning er bestemmende for hvilken plassering en antas å ha.

4.5 Hvordan data er systematisert, behandlet og analysert

1. Informasjonen fra nøkkelinformant ble brukt som grunnlagsmateriale for påstandsskjema og intervjuguide. Den vil ikke bli gjennomgått i resultatdelen av oppgaven.
2. Resultatene fra påstandsskjema ble gjennomgått og systematisert ved opptelling av avkryssninger for ulike påstander. Kommentardelen ble systematisert ved at hver informant ble gitt et nummer og dennes utsagn ble plassert under aktuell påstand. Deretter ble det gjort en opptelling av avkryssninger som til slutt ble visualisert i et diagram som fremkommer i resultatdelen av oppgaven. En oppsummering av informantens kommentarer sammenstilles med avkryssningene i den hensikt å gi et mer nyansert bilde med detaljinformasjon.
3. Det ble ikke gjort notater ved observasjonen av de åtte simuleringene. Dette var et bevisst valg for at konsentrasjonen skulle være rettet mot det som skjedde i samhandlingen i teamene. Ved observasjon av åtte ulike traumeteam vil det være vanskelig å gjengi simuleringene korrekt. Allikevel har de ulike situasjonene med sine variasjoner gitt en innføring i hvordan et traume kan forløpe. De påfølgende debriefingene ga videre en innsikt i hvordan profesjonsutøverne selv opplevde traumesimuleringene. Presiseringer av hva som opplevdes som vellykkede situasjoner og fremheving av hvilke utfordringer en kan stå overfor i samarbeidet ga nyttig informasjon. I resultatdelen vil en oppsummering av observasjonsdelen bli fremstilt i to beskrivelser av simuleringscase. Simuleringene tar utgangspunkt i to traumer.

Ett case er beskrevet slik det ifølge traumemanualen skal forløpe, og ett case der en rekke uønskede hendelser er med.

4. Det ble tilsammen foretatt 18 intervjuer. 17 av intervjuene er med i undersøkelsen. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkriperert. Fem av intervjuene ble transkriperert av undertegnede. De resterende ble transkriperert av en profesjonell transkriperent. Deretter ble samtlige intervjuer systematisert. Det ble tatt papirutskrift av hvert intervju. Samtlige intervju ble gjennomgått og svaret fra hver informant, ble i sin helhet lagt inn i et eget dokument og satt opp i grupperinger ut fra profesjon. Deretter ble det trukket ut en essens fra svarene på hvert spørsmål fra hver profesjon. Med utgangspunkt i intervjuguiden ble det laget følgende hovedkategorier:
- 1) Innledningsspørsmål
 - 2) Profesjonenes historikk, tradisjoner og utdanning/grunnopplæring
 - 3) Profesjonsidentitetens innvirkning på samarbeid og optimal/sikker pasientbehandling
 - 4) Opplæring og trening
 - 5) Kontinuitet, samarbeid og optimal/sikker pasientbehandling.
- Utdrag fra intervjuene ble lagt inn under hver hovedkategori. Det ble foretatt en endelig kategorisering med følgende overskrifter:

- Utdanning, tradisjon og profesjonsidentitet
- Samarbeid i team

Sitatene som ble trukket ut som essenser ble vurdert å ha betydning for å bekrefte eller avkrefte forskningsspørsmålene.

4.6 Dataenes validitet og reliabilitet

Jacobsen (2005) beskriver forståelsen av uttrykkene som følger:

Validitet: Intern gyldighet vil si om de data vi har samlet inn og de konklusjoner som vi har trukket er riktige.

Reliabilitet: Ekstern gyldighet vil si om i hvor stor grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres.

Påstandsskjemaet ble besvart av ca. 50 % av deltakerne. Dette kan gi resultater av betydning om svarene samler seg i ytterkantene av svargraderingene f.eks enig eller uenig. Om svarene konsentrerer seg i midtområdet angitt ved delvis uenig, både/og og delvis enig er det vanskeligere å tolke en klar tendens i svarene. Allikevel vil en slik konsentrasjon kunne si noe om, slik som jeg tolker det, enten at respondent ikke har spesiell formening om påstanden eller at påstanden er uklar. Besvarelsene av skjemaet viser at for noen av påstandene er svarene konsentrert på midten av skalaen. I tillegg er det enkelte steder bemerket i kommentarfeltet at respondenten ikke forstår påstanden. Spesielt gjelder dette for påstand nr.8: *Ad hoc organisering av traumeteam påvirker ikke samarbeid og kommunikasjon i teamet*. For påstand 1, 5,7,9 (se vedlegg) gir svarene et tydeligere bilde av hvilken oppfatning den enkelte har av påstanden. For enkelte av påstandene vil jeg anta at det er validitet, sammenholdt med svar fra andre deler av datainnsamlingen. Jeg antar også at enkelte av svarene i påstandsskjemaet har gyldighet. Det vil være de som er klart markert med svar i en retning og der svaret sammenfaller med svar fra liknende påstander. Jeg antar at resultatet av noen av svarene i påstandsskjemaet kan generaliseres. Denne antagelsen gjør jeg ut fra at utvalget er tilfeldig og svarene er konsentrert i en retning.

Sammensetningen av personer i et sammenlignbart utvalg ville sannsynligvis bestått av de samme profesjonene og om påstandsskjemaet ble levert ut for besvarelse på et noenlunde likt tidspunkt, antar jeg at svarene ville hatt noenlunde samme konsentrasjon.

Allikevel vet vi ikke med sikkerhet hvor mange fra hver profesjon som var tilstede ved den teoretiske delen, der hovedandelen av besvarelsene ble levert inn, dette på grunn av at det på skjemaet ikke var påført svar for informasjon om profesjon, stilling, kjønn, alder o.s.v.

Det kunne derfor vært variasjon mellom utvalgene.

Observasjon av simuleringene ble gjort av student i tilsammen åtte case, av fire traumeteam.

Samarbeidet i de ulike gruppene utartet seg forskjellig og en rekke eksempler på variasjoner

ble observert. Den innsikt dette ga må antas å være en styrke i datainnsamlingen.

Observasjonene ga tilsammen bilder av ulike samarbeidskonstellasjoner som ikke hadde vært mulige å få, basert på bare en observasjon. Det samme gjaldt tilstedeværelsen ved debriefingene. Her fremkom profesjonsutøvernes syn på egen og andres rolle som tilførte kunnskap og forståelse.

Observasjon er allikevel kontekststøttet. Simuleringen er en treningssituasjon som ikke er reell. Allikevel må en anta at traumedlemmene også i en treningssituasjon er utsatt for et visst press. Nøkkelinformanten informerte også om dette i forkant av observasjonen: ”*dette er simuleringer som mange ganger foregår ganske likt som et reelt traume.*” Casene er hentet fra reelle traumer som har skjedd ved SUS. Sammenholdt med den informasjonen som er gitt i intervjuene antar jeg at jeg har fått et relevant bilde av hvordan samhandling kan foregå i traumeteam. Observatørens tilstedeværelse antas å ha liten påvirkning i denne delen av datainnsamlingen. Jeg var en blant flere tilskuere deriblant studenter og ansatte ved SUS. Jeg stod på god avstand. Det fant sted en del andre aktiviteter i selve simuleringen som må antas å også ha innvirkning. F.eks at treningen ble videofilmet og veiledet av instruktør og treningspersonell fra SAFER. Observatørens innvirkning på hvordan observasjonen ble tolket kan ha betydning for hvordan resultatet av observasjonen fremstilles. Som ukjent innen fagfeltet, med bakgrunn fra et annet fagområde, personlige oppfatninger og egne erfaringer antar jeg at dette påvirker hva jeg observerer i simuleringsscasene. Når det gjelder å sammenholde informasjon fra de ulike delene av datainnsamlingen vil ”hvem jeg er” ha betydning for hvilken informasjon som blir trukket ut og hva som anses å være av betydning.

Intervjuene ble gjennomført med 18 informanter og utført av tre personer. To personer gjennomførte to intervjuer hver, den tredje gjennomførte 14 intervjuer. 17 intervjuer ble transkribert. Ett ble ikke tatt med p.g.a. dårlig lyd kvalitet på opptaket. Intervjuguiden var veiledende for intervjuene. Den måten intervjuguiden var bygget opp på har gitt utfordringer i forhold til å trekke ut svarene som er gitt av informantene, på en oversiktlig måte. Dette er knyttet til selve spørsmålene som ikke var utformet for ”et lett tolkbart svar.” Videre ble intervjuene gjennomført, slik intensjonen var, med stor grad av åpenhet for å få detaljert og bred informasjon. Dette har medført at informasjonsmengden har vært stor og svarene ikke alltid imøtekommer spørsmålet direkte, noe en kunne unngått ved å stoppe informantene underveis og sikre at det aktuelle spørsmålet ble besvart og så latt dem utdype. Allikevel har eksemplene som fremkom gitt et bilde av situasjonen slik den er opplevd. Når essensen ble trukket ut i kategoriseringen ble utfordringen å plassere svarene i de ulike kategoriene.

Svarene imøtekom ikke alltid det aktuelle spørsmål, selv om de inneholdt verdifull informasjon. P.g.a. at noen spørsmål ”grenser opp mot hverandre” ble det også vanskelig å skille mellom betydningen av svarene. Slik måtte en stadig gå tilbake til den første systematiseringen for å sjekke ut om tolkningen som var gjort, var korrekt. Det vil derfor være en viss usikkerhet ved tolkningen av svarene. Allikevel, sammenholdt med de andre datainnsamlingene, så peker noen av resultatene i en bestemt retning. Da har jeg tolket svar som er gitt på et klart og direkte spørsmål samtidig som utdypende svar, gitt på andre spørsmål, bekrefter min tolkning. For en del av spørsmålene har jeg ikke direkte fått svar på det som var intensjonen med spørsmålet. Allikevel har denne delen av datainnsamlingen gitt bred og detaljert informasjon. Enkelte av resultatene i datainnsamlingen er reliable. Men intervjuene som helhet er det ikke. Noen av tendensene i svarene f.eks. om betydningen av at traumeleder fungerer viser seg gjentakende som svar på ulike spørsmål. Sammenholdt med informasjonen fra observasjon mener jeg at dataene er gyldige.

4.7 Hva jeg ville gjort annerledes

Påstandsskjema ble delt ut på den teoretiske delen av Best-treningen ut fra en antakelse om at samtlige deltakere på treningen også ville være tilstede her. Dette viste seg å ikke medføre riktighet. 90 profesjonsutøvere var påmeldt treningen. På den teoretiske delen var 57 stk. tilstede i salen. Det viste seg i tillegg at noen av disse var studenter og derfor ikke i målgruppen for undersøkelsen. 30 skjema ble innlevert ferdig utfyllt ved dagens avslutning. Det ble den påfølgende treningsdagen forsøkt levert ut og få besvart flere skjema på debriefingene. Dette viste seg lite praktisk gjennomførbart. Fem skjema ble innhentet slik. Etter avtale med traumeteamkoordinator ble påstandsskjemaet igjen sendt ut elektronisk i forbindelse med evalueringen av Best-treningen. Ni skjema ble returnert ferdig utfyllt. Av ca. 90 deltakere svarte tilsammen 44 personer noe som resulterer i en svarprosent på ca 50%. På påstandsskjemaet ble det ikke spurt om generell informasjon som stilling, profesjon, kjønn m.m. noe som er en svakhet fordi de ulike profesjonene da kunne blitt gruppert og analysert mph variasjon og samsvar.

Intervjuguiden var utarbeidet med tanke på å innhente nyansert og detaljert informasjon. Guiden var ikke godt nok strukturert i forhold til spørsmålene. Kategoriseringen var ikke godt nok gjennomtenkt i forkant av undersøkelsen. Informantene ble gitt stor grad av frihet til å komme med informasjon, noe som vanskeliggjorde systematisering og analyse av data. En burde i utgangspunktet sikret seg informasjon ut fra intensjonen med spørsmålet, deretter gitt rom for utdyping med bred, nyansert og detaljert informasjon. De tre intervjuerne burde i større grad gått grundig gjennom intervjuguiden sammen, for å sikre at en la opp intervjuene mest mulig likt. Samtlige intervju er likevel transkribert og spørsmålsstillingene kunne leses i systematiseringen. I tillegg er de fleste intervjuene foretatt av en person.

4.8 Ethiske overveielser

Informantene ble i forkant av datainnsamlingen lovet anonymitet. I forbindelse med resultatdelen er informantene inndelt i profesjoner. P.g.a. antallet informanter vil det være et fåtall representanter fra hver profesjon. Svarene er derfor ikke alltid gjengitt med spesifikk profesjonstilhørighet. F.eks om det er anestesisykepleier eller operasjonssykepleier som svarer. Dette er allikevel gjort i de tilfeller der det har betydning for drøfting og konklusjon. En må anta at ved å stille opp til intervju så er informantene også inneforstått med en viss risiko for å bli gjenkjent. Allikevel er det ikke opplyst hvem som har takket ja til å bli intervjuet. Samtlige intervjuer er transkribert etter avlesning fra diktafon. I etterkant er intervjuene slettet.

En fil er allikevel tatt vare på for eventuelt senere bruk i prosjektet Pasientsikkerhet. Filen oppbevares nedlåst og er under ansvar av professor Karina Aase.

5. Presentasjon av resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene av undersøkelsen som er grunnlagsmaterialet for å gi svar på oppgavens forskningsspørsmål som er:

- Hvilken innvirkning har utdanning, historikk og tradisjoner på tverrprofesjonelt samarbeid ?
- Hvordan virker profesjonsidentitet inn på samarbeid?
- Hvilken betydning har kontinuitet, kommunikasjon og ledelse for samarbeid i traumeteam?

I den første delen gis en beskrivelse av observasjonen som ble gjort i forbindelse med traumesimuleringen (Best-treningen). Deretter vises resultatene fra de besvarte påstandsskjemaene og til slutt resultatene fra intervjudelen av datainnsamlingen.

5.1 Observasjon av traumeteamsimulering

Simuleringen fant sted i sykehusets akuttmottakelse. I løpet av to dager skulle ca. 90 profesjonsutøvere gjennomføre to simuleringer på forhåndsbestemte, ulike case hentet fra reelle hendelser. Det første simuleringscaset er en MC fører som har kollidert med autovernet og falt av sykkelen. Han er våken og klarer å snakke ved ankomst. Han har smerter i bryst og mage. Det neste caset er en mann som er blitt klemt mellom traktortilhenger og betongvegg på et gårdsbruk. Han er våken og klar ved ankomst. Han har store smerter i brystet og magen og har pustevansker. Hvert traumeteam består av 11 personer. En kirurg, en ortoped, en anestesilege, en anestesisykepleier, tre mottakssykepleiere, en radiograf, en bioingeniør, en operasjonssykepleier og en portør. I tillegg er røntgenlege involvert i teamets arbeid men befinner seg ikke alltid i traumerommet under traumet. Hver person har på seg en vest som forteller hvilken profesjon denne tilhører. I traumemanualen er hver profesjons arbeidsoppgaver i teamet beskrevet. Kirurg har også rollen som teamleder. Ortoped har bl.a.

hovedansvar for å vurdere bekkenet og mulighet for andre frakturer. Anestesipersonellet har bla. ansvar for å sjekke luftveier. Mottakssykepleiere er bl.a. ansvarlige for å sjekke utstyr og tilrettelegge i traumerommet, sikre venøse tilganger, puls, blodtrykk, dokumentasjon, rapportering og pasientpersonalia m.m. Operasjonssykepleier skal gjøre forberedelser til eventuell operasjon enten i traumerommet eller på avdeling. Radiograf er ansvarlig for røntgenbilder. Bioingeniør har ansvaret for å sikre riktige blodprøver, eventuelt bestille blod fra blodbanken. Portør er med å løfter, klipper klær og komprimerer om dette er nødvendig. Simuleringen starter med at alle står samlet rundt en seng med en simuleringsdukke. En instruktør gir teamet en beskrivelse av caset, personell fra SAFER sitter i bakgrunnen og styrer dukkens funksjoner og gir scenen et realistisk preg ved å bl.a. "være dukkens stemme" gjennom simuleringen. Hele situasjonen blir tatt opp på video og opptaket blir i etterkant brukt som evalueringsmateriale i debriefingen som ledes av instruktøren (en kirurg), der samtlige som har deltatt i simuleringen er tilstede.

Obsevasjon 1 ("rolig" traume)

Traumeteamet er fulltallig og venter på at pasienten ankommer. Kirurg som teamleder gir teamet den informasjon som hun har motatt fra AMK. En mann har vært utsatt for en motorsykkelulykke. Pasienten er ved bevissthet og har store smerter i bryst og mage. Kirurg sørger for "mentalt" å samle teamet ved å gi en rask gjennomgang av abcde prosedyren og roller slik det er skissert i traumemanualen.

Pasienten ankommer. Kirurg starter med å få et overblikk over situasjonen.

Anestesipersonellet som består av en lege og en sykepleier sikrer luftveier og gjør klart for å sette på nakkekrage. Mottakssykepleiere plasserer seg for sine oppgaver. To av dem stiller seg ved sengen, en på høyre og en på venstre side. Deres oppgaver er å sikre puls, blodtrykk, temperatur, væsker, venøse tilganger, urinveiskateter m.m. Videre å håndtere teknisk utstyr som står på en side av pasienten og gjøre klar for medisinerings på den andre siden. Den tredje mottakssykepleieren stiller seg ved trillebordet i fotenden av sengen. Dennes oppgave er å dokumentere alle aktiviteter som blir gjort i forhold til pasienten, sikre at pasientens identitet blir notert der det er nødvendig for å sørge for at riktig informasjon følger pasienten videre i behandlingsskjeden. Ivaretagelse av pårørende er også tillagt mottakssykepleier.

Portør starter med å klippe klær og legge på varme tepper for å holde pasienten varm. Kirurg starter undersøkelse for å få oversikt over omfang av skaden. Hun starter med punkt A i prosedyren. Hun sier klart og tydelig til resten av teamet hva som er resultatet av hennes

funn. Hun gir beskjed til de andre teammedlemmene underveis hvilke oppgaver som er nødvendige å få utført for å sikre behandlingen av pasienten. F.eks at ortoped skal sjekke bekken, mottakssykepleier sikrer påfyll av væsker o.s.v. Mottakssykepleier i fotenden av sengen noterer hva som blir sagt. Anestesipersonellet og de andre mottakssykepleierne gir løpende informasjon om blodtrykk, hvilke medisiner som er gitt pasienten o.s.v. Bioingeniøren i teamet kommer til og får tatt blodprøver i en arm før det legges inn veneflon. Når prøvetakingen er ferdig forsvinner bioingeniøren fra rommet for å ta prøven til blodbanken og bestille blod til pasienten. Operasjonssykepleier har pakket ut nødvendig operasjonsutstyr og gjør seg klar for å assistere kirurgen hvis det blir tatt en avgjørelse om et umiddelbart inngrep. Kirurg og ortoped har sammen undersøkt bekkenet til pasienten og kirurg gir beskjed om at radiograf kan kjøre frem sitt røntgenutstyr for å ta bilder. Personell uten røntgenvest trekker seg tilbake når bildene tas. Radiograf går ut av rommet for å ferdigstille bildene. En mottakssykepleier spør kirurg om pupill og om eventuelle åpne sår på rygg er sjekket. Anestesipersonellet får av kirurg beskjed om å sjekke pupillen og sier resultatet klart og tydelig. Kirurg har på dette tidspunkt kommet frem til at behandlingen av pasienten i traumerommet skal avsluttes og at pasienten skal transporteres til CT. Portør gjør klar sengen, tar med oksygenflasker og pasienten transporteres ut av rommet.

Traumesituasjonen avsluttes. Traumeteamedlemmene går sammen med en instruktør til debriefing. Oppsummeringen forteller om en vellykket simulering. Dette har vært et ”rolig” traume. Det poengteres at traumeteamsimuleringen oppfattes som vel utført både av profesjondeltakerne og av instruktør. Videre at dette ikke alltid forløper slik i et virkelig traume.

Traumemedlemmene forteller om sin opplevelse av traumet. Det blir av flere fremhevet at dette var en optimal traumesituasjon og traumeleders tydelige kommunikasjon og ledelse var avgjørende for at det forløp slik. Det at traumeleder startet med å ”samle teamet” for en kort oppsummering av den informasjon som var mottatt gjorde at medlemmene opplevde at de som en enhet fikk fokus på de oppgavene de stod overfor. Videre at traumeleder kort gjennomgikk hver enkelt profesjon sin rolle ble også fremhevet som en fordel. Dette fordi det tydeliggjorde hva den enkelte profesjon hadde som oppgave i teamet. Anestesilegen nevner spesielt at det ga en trygghet i teamet at teamleder kontinuerlig oppsummerte hvor hun var i behandlingsprosessen ved å referere til abcde prosedyren. Mottakssykepleier mener det var en fordel at teamleder forholdt seg rolig at og det ”var ro i teamet.” Slik ble beskjeder oppfattet og alle kunne utføre sine oppgaver. Teamleder hadde også oversikt over når profesjonene

bioingeniører og radiografer skulle utføre sine oppgaver. Ved klar og tydelig beskjed gjorde hun det klart at det nå var ”deres tur” slik at de lett kom til, og deretter kunne forsvinne fra traumerommet. En erfaren mottakssykepleier forteller at hun fant det tilfredstillende at traumeleder oppfattet hennes innspill og sørget for at bl.a. pupill ble sjekket. Slik opplevde mottakssykepleieren at de komplementerte hverandre i teamet.

Observasjon 2 (”hektisk” traume)

Traumeteamet ankommer traumerommet og venter på pasienten. Alle tar på seg profesjonsvester. Medlemmene har samlet seg i små grupper og det snakkes om litt forskjellig som ikke er relatert til traumesituasjonen. Pasienten ankommer. Opplysningene gitt fra AMK forteller at det er en mann som er blitt klemt mellom traktortilhenger og en betongvegg. Han er våken og klar og har store smerter i brystet og i magen. Han har pustevansker. Traumemedlemmene samles rundt pasienten. Anestesipersonellet sjekker luftveier. Når nakkekrage skal settes på pasienten finnes ikke kragen på det stedet den skal ligge. Portør blir bedt om å skaffe en nakkekrage. Mottakssykepleierne har funnet sine posisjoner på hver side av pasienten. Arbeidet med å legge inn venefloner og væsketilførsel starter. Den siste mottakssykepleieren har noe problemer med å finne plass for trillebordet som hun bruker ved fotenden av sengen. Årsaken er at det er en rekke tilskuere (andre ansatte) til stede i traumerommet som ikke holder seg til anvist plass og som i tillegg lager noe uro. Dette medfører også at mottakssykepleier har problemer med å oppfatte de beskjeder som blir gitt fra teamet gjennom behandlingsforløpet. Hun må gjentagende be dem om å repetere beskjedene. Kirurg starter undersøkelsen av pasienten. Ortoped har trukket seg til siden og det synes som han ikke er deltakende i teamet. Kirurg snakker lavt og det er vanskelig for resten av teamet å oppfatte hva som blir sagt og hvor langt han er kommet i abcde prosedyren. Teamet er preget av en oppkavet stemning. Portør har problemer med å klippe klær fordi saksen er dårlig. Ortoped hjelper til. Traumeleder virker stresset og bærer preg av å ikke ha kontroll over situasjonen. Anestesilegen griper inn og forsøker å få klarhet i hvor langt i abcde prosedyren han er kommet. Bioingeniøren ber om å få komme til for å få tatt de nødvendige blodprøver. Det viser seg å være for sent i prosessen da veneflon på dette tidspunkt er lagt inn i begge armer noe som medfører at blodet allerede er ”uttynnet” Kirurg har kommet til det punkt i prosessen der han ber om at radiografen tar røntgenbilder.

Det viser seg at radiografen ikke er tilstede og portør blir bedt om å hente denne. Radiograf ankommer og kjører røntgenutstyret frem mot pasienten. Flere av traumemedlemmene har ikke tatt på seg røntgenvest. De må derfor gå et stykke bort fra pasienten noe som skaper en kaotisk situasjon.

Kirurg har startet et inngrep på pasienten uten å gi klar beskjed om dette til resten av teamet, utenom operasjonssykepleier som har stått nær ham fra starten. Mens dette foregår mister han oversikten over teamet og spørsmål fra teammedlemmene blir stilt uten at han svarer eller han "mumler" fordi han er konsentrert om egne oppgaver. Stemningen er amper. De medisinske apparatene viser at pasienten er ustabil. Hektisk aktivitet starter for å stabilisere denne. Portør blir til slutt bedt om å starte komprimering. Dette er vanskelig fordi sengen er justert for høyt. Mottakssykepleier forsøker å senke denne men klarer det ikke. Portør og mottakssykepleier skifter oppgaver og portør justerer sengen. Det har senket seg en stillhet over traumeteamet. Det eneste som foregår nå er mottakssykepleierens komprimering. Anestesilege spør kirurg om en skal avslutte traume. Pasienten er død. Teamleder som virker noe "satt ut" avslutter traumet.

På debriefingen er stemningen trykket. En diskusjon mellom kirurg og anestesilege starter umiddelbart, der det drøftes hva som kunne vært gjort annerledes. Kirurg forteller at han opplevde at han "ble satt ut," han mestret ikke situasjonen. Anestesilegen poengterer betydningen av å snakke tydelig og å holde teamet kontinuerlig informert om hvor i prosedyren teamet befinner seg. Kirurg innrømmer at han ikke klarte å skaffe seg en full oversikt over situasjonen fra starten. Han ble etterhvert også fokusert på sine oppgaver i rollen som kirurg og startet et inngrep uten å informere teamet.

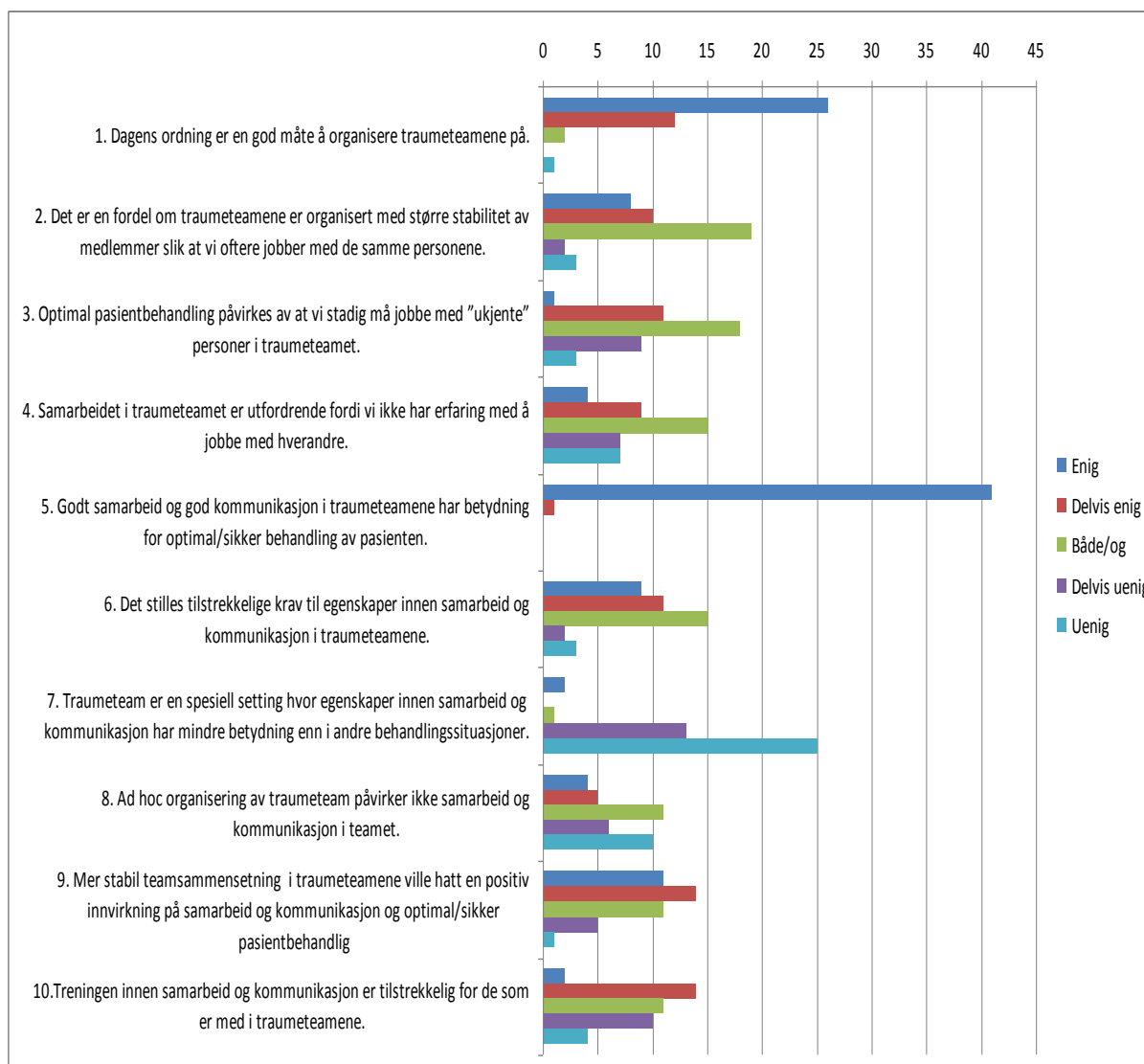
Instruktør spør deltakerne om deres opplevelse fra traumet. Operasjonssykepleier forteller at hun opplevde situasjonen som grei. Hun var hele tiden nær teamleder, hørte hva han sa og var klar til å utføre sine oppgaver når hun så at han startet inngrepet. Anestesipersonellet opplevde caset som kaotisk og uten oversikt. De utførte sine arbeidsoppgaver, fikk etterhvert den nakkekragen som det ble spurt etter, men syntes ikke at situasjonen var forsvarlig.

Anestesilegen vurderte underveis om han skulle gå inn og "overta den styringen" som det virket som kirurgen hadde mistet. Ortoped innrømmet å ikke ha utført sine oppgaver slik han skulle. Han kommer med en rekke unnskyldninger for dette. Instruktør poengterte at det kanskje var viktigere for en ortoped å sjekke bekken enn å klippe klær, som er portørens, evt. en sykepleiers oppgave. Portøren opplevde situasjonen som forsåvidt grei, men synes behandlingsforløpet var noe uklart. Bioingeniøren fortalte at hun gjentagende hadde prøvd å

komme til "en arm" på et tidlig tidspunkt for å sikre riktig blod, men at dette hadde vært vanskelig. Hun opplevde at det ikke ble gjort plass til henne og når hun endelig kom frem til pasienten var det for sent for henne "å få en god blodprøve." Hun opplevde dette som et kaotisk og uoversiktlig traume med mye roping og skriking og dårlig kommunikasjon. Mottakssykepleierne opplevde caset som "greit nok." Det var vanskelig å sikre dokumentasjon for rapport, fordi det var mye forstyrrende lyd, vanskelig å oppfatte hva teamleder sa og uklart hvor i abcde prosedyren en til en hver tid hadde kommet. Radiografen fortalte at han var forhindret fra å være tilstede i traumerommet fra starten av traumet. Han opplevde det som noe kaotisk å få tatt bildene da teammedlemmene ikke hadde beskyttet seg mot stråling og derfor måtte han bevege røntgenapparatet tilbake igjen slik at disse kunne plassere seg bort fra strålingen. Dette tok noe tid.

Ved gjennomgang av videoopptak er traumeteammedlemmene enige i at dette ikke var et case som fungerte godt. Pasienteksemplet er hentet fra et virkelig case der pasienten døde. Traumemedlemmene ble opplyst om at pasientens liv, uansett ikke kunne ha blitt reddet p.g.a de omfattende skadene.

5.2 Påstander om traumeteam



Av 90 utleverte påstandsskjema ble 44 besvart. Det tilsvarer en svarprosent på ca. 50%.

Resultatene er kategorisert utfra følgende tema: Stabilitet av medlemmer i traumeteam, kommunikasjon og samhandling

Det er 10 påstander i skjemaet. I resultatdelen er hver påstand markert med kursiv skrift og med samme nummer som på tabellen på foregående side.

Stabilitet av medlemmer i traumeteam

1) Resultatene viste at 92% av respondentene sier seg enig eller delvis enig i at *dagens ordning er en god måte å organisere traumeteamene på.*

2) På påstand om at *det er en fordel at traumeteamene er organisert med større stabilitet av medlemmene slik at en oftere jobber med de samme personene* konsentreres svarene i svarkategoriene delvis enig og både/og og delvis uenig med tilsammen 90%. Resultatene viser ingen markant oppfatning av at en mer stabil besetning i teamene hverken er en fordel eller en ulempe.

Kommentarene til denne påstanden deler seg i hovedsak i to grupper. Den ene grupperingen hevder at en organisering med større stabilitet ikke er gjennomførbar p.g.a. turnusrotasjon. Den andre påpeker at om alle har kjennskap til sine roller, så har stabilitet blant medlemmene mindre betydning. Dette gir bakgrunn for å anta at respondentene i større grad gir svar ut fra hva de ser som en gjennomførbar organisering av traumeteam i dagens organisering ved sykehuset, enn hva som kunne vært en optimal løsning. På samme tid fokuserer en del av kommentarene på at kjennskap til egen rolle og andres rolle er av større betydning.

3) Den påfølgende påstand var at *optimal pasientbehandling påvirkes av at en i traumeteamet til stadighet jobber med "ukjente" personer.* Her konsentreres svarene seg i kategoriene delvis enig 26%, både/og 42% og delvis uenig 21%. Kommentarene til denne påstanden viser at flere mener at personlige egenskaper har større betydning enn at "personene er ukjente." Videre at om alle "kan jobben sin" og teamleder er sterk og klar så har sammensetningen av "ukjente personer" mindre betydning.

4) Neste påstand hevder at *samarbeidet i traumeteamet er utfordrende fordi en ikke har erfaring med å jobbe med hverandre.* 10% sier seg enig i denne påstanden. 36% har krysset av for både og og omtrent 20 % på delvis enig og 20% på delvis uenig. 17% er uenig i påstanden. Svarene viste ikke en entydig oppfatning at stabilitet i teamet er av avgjørende betydning for samarbeid. Flere er uenige i påstanden enn enige og konsentrasjonen av svarene

ligger i den midtre delen av svaralternativene. I kommentarene fremheves tydelig kommunikasjon til å være av betydning.

Kommunikasjon og samhandling

9) En påstand retter seg spesielt mot samarbeid og kommunikasjon *en mer stabil sammensetning i traumeteamene ville hatt en positiv innvirkning på samarbeid, kommunikasjon og optimal pasientbehandling.* 2% er uenig og 12% er delvis uenig. 26% sier seg enig og 33% delvis enig. De resterende har krysset av på både/og. Resultatene viser at omlag halvparten har en oppfatning av at samarbeid og kommunikasjon ville blitt bedre om en i større grad kunne forholde seg til de samme personene i et team over tid.

Halvparten av kommentarene til denne påstanden fokuserer på at en mer stabil besetning i traumeteamene ikke er gjennomførbar. Flertallet av dem hevder likevel at det hadde vært en fordel.

5) Dette bekreftes av resultatene i følgende påstand; *Godt samarbeid og god kommunikasjon i traumeteamet har betydning for optimal/sikker behandling av pasienten.* 97% av respondentene har svart bekreftende på denne påstanden. De resterende har krysset av på delvis enig.

6) Den neste påstanden hevder at *det stilles tilstrekkelige krav til egenskaper innen samarbeid og kommunikasjon i traumeteamene.* 13% sier seg uenig eller delvis uenig i påstanden. 50% svarer at de er enten enig eller delvis enig. Resultatene viser at halvparten av respondentene mener at medlemmene av traumeteamet innehar den kompetanse som er nødvendig for at tilfredstillende samhandling i teamet skal finne sted. Flere fremhever betydningen av traumeleders evne til god kommunikasjon i kommentardelen.

10) Om *treningen innen samarbeid og kommunikasjon er tilstrekkelig for de som er med i traumeteamet* svarer 39% seg enig eller delvis enig i påstanden. 34% sier seg uenig eller delvis uenig. I kommentarene fremheves Best-treningen som positiv. I tillegg mener flere at det kunne vært mer trening enn det er pr. idag.

7) Neste påstand hevder at *traumeteam er en spesiell setting hvor egenskaper innen samarbeid og kommunikasjon har mindre betydning enn i andre behandlingssituasjoner*. 99% av respondentene sier seg uenig eller delvis uenig i denne påstanden. Resultatene kan tolkes som at selv om rollene i konteksten traumeteam definerer klare arbeidsoppgavene, så vil allikevel samarbeid og kommunikasjon være av stor betydning

8) Påstanden om at "*ad hoc organiseringen*" av traumeteamene ikke påvirker samarbeidet i traumeteamene oppnådde en svarprosent på 36%. I kommentarfeltet oppgir i tillegg en del av de som har krysset av at de er usikre på betydningen av påstanden. Svarene fordeler seg jevnt over hele svarskalaen og gir ingen markante utslag.

5.3 Oppsummering

Dagens ordning oppleves av informantene som en god måte å organisere traumeteam på. Resultatene viser at organiseringen som medfører at medlemmene ikke er stabilt sammensatt, har mindre betydning for samarbeidet i teamet. Allikevel mener et flertall at stabilitet av medlemmer er en fordel. Det som har betydning og som påvirker optimal og sikker pasientbehandling er kommunikasjon og samarbeid i teamet. Halvparten av traumeteammedlemmene mener det stilles tilstrekkelige krav til egenskaper innen samarbeid og kommunikasjon i traumeteamet i dag. Kjennskap til hverandres roller og opplæring i samarbeid i konteksten traumeteam anses som viktig.

5.4 Intervju

Intervjuet med informantene ble innledet med en del spørsmål knyttet til deres bakgrunn og som ga et bilde av utvalget.

Resultatene viser at variasjonen i hvor lenge den enkelte har vært med i traumeteamet er fra 6 måneder til 15 år.

Hvor ofte en er med i traumeteamet varierer fra 2 ganger i uken til en gang i måneden.

Ansettelseslengde ved SUS varierer fra 1 år til 32 år.

Informantene representerer 10 avdelinger ved Sus. Med unntak av to portører er alle informantene *pålagt* rollen i traumeteamet gjennom den stillingen som de innehar.

Med unntak av en sykepleier som ikke direkte har gitt svar på spørsmålet finner alle denne ordningen som tilfredstillende og enkelte gir spesielt uttrykk for at dette er både interessant og spennende og er et positivt tilskudd i det ordinære arbeidet.

Svarene fra resten av intervjuet er delt inn kategoriene:

- Utdanning, tradisjon og profesjonsidentitet
- Samarbeid i team

Utdanning, tradisjon og profesjonsidentitet

Ett flertall av informantene, fordelt på de fire profesjonene, mente at ulikheter i utdanningsbakgrunn har betydning for hvordan de enkelte profesjonene samarbeider med hverandre. *”Det er klart at alle av oss som er med i traumeteamet, vi tilnærmer oss jo den traumesituasjonen fra vårt ståsted.”* (ortoped)

Det referes til et tidligere hierarkisk system ved sykehuset mer enn det som er aktuelt i dag. *”Før var det ned på rangstien, litt mer sånn lege på topp og sånn, men nå, hvis de vet at du har et poeng”... ”Vi er jo litt lavere på rangen, men jeg tror nok de synes det er veldig greit å ha oss der for vi kjenner stort sett hele huset.”* (portører)

”...Legen hadde en annen rolle, han var litt høyere oppe på en måte. Det var vel kanskje litt sånn, ikke hierarki nødvendigvis, men du så vel mer på sykepleierne som din kollega enn en lege... Jeg mener det har endret seg, det har det absolutt men kanskje det har endret seg på bakgrunn av den erfaring som jeg har og på bakgrunn av den rollen som jeg har og gjerne også på bakgrunn av de spesialutdanningene som jeg har. Men jeg tror sånn generelt sett at det har endret seg. Sånn som for mange år siden så var det jo mer lærer, prest, lege, så var du nesten guddommelig”... (anestesisykepleier). Allikevel gjenspeilte noen svar at enkelte fortsatt har en ”tradisjonell” oppfatning av lege og sykepleierrollen ut fra en hierarkisk tankegang.

”Sånn tradisjonelt har sykehuset vært hierarkisk oppbygd og det er det jo enda og legen har hatt en egen posisjon...vi er jo mer håndtlangere”... (sykepleier)

”Det har vel litt å si med den rollen en har i teamet. De fleste ville jo godta at kirurgen er teamlederen og han er jo den øverste sjefen og blir det diskusjon, så er det han som bestemmer.... samtidig så vil jo jeg som anestesilege kanskje føle at jeg har ett ansvar for å styre en annen profesjon, hvis det er nødvendig.” (lege)

”..du kan si det er jo kanskje lettere å gi ordre til dem som kanskje føler de står lenger nede på orienteringen da. Lab, sykepleiere, røntgen og sånn fordi de har ikke noen lederfunksjon. Selv om jeg ikke er teamleder så vil jeg på mange måter være leder for dem likevel. De har nok lettere for å ta ordre uten å stille spørsmål... (lege)

Eksemplene varierte i begge retninger og bekreftet at det har funnet sted en endring i forhold til den hierarkiske tankegangen, men samtidig så viste enkelte av svarene at den tradisjonelle tankegangen fortsatt eksisterer.

Hvilken kunnskap de ulike profesjonene har om andre profesjoners fagkompetanse og hvordan utdanningssystemene har fokusert på samhandling med andre profesjoner var utgangspunkt for flere av spørsmålene i intervjuet.

Fire av seks leger svarte nei på spørsmålet om det i utdanningen var fokus på samarbeid med andre profesjoner. En femte lege har sin utdanning fra Tyskland, en siste mente å huske at det kun ble fokusert på profesjonen sykepleier. Fire av fem sykepleiere mente det var nok fokus på samarbeid i deres utdanning. En svarte nei. Fire av fem sykepleiere mente at de fikk kunnskap om andre profesjoners kompetanse i utdanningen. En av dem var ferdig utdannet i 2008 og fortalte: *”For lege, sykepleiere, hjelpeleiere, sosionom, fysioterapeut så har jeg vel fått kunnskap om deres kompetanseområde, mens når en kommer til røntgen og ingeniører så kjenner jeg ikke så mye til utdannelsen, men det er sånn en lærer seg etterhvert gjennom jobben.”* Samtlige leger svarte at kunnskap om andre profesjoners kompetanse i utdanning var fraværende eller begrenset. En lege fortalte at det i utdanningen *” var et veldig fokus på fag”*, en annen sa *” Det ble et voldsomt fokus på det rent medisinske.”* De resterende profesjoner svarte at de har lært om andre profesjoners kompetanseområde fra den praktiske delen mer enn i den teoretiske delen av utdanningen. I tillegg sa sykepleiere og leger at praksis og yrkesutøvelse har tilført dem mest kunnskap om andre profesjoner og kompetanse om samhandling med dem.

Resultatene viser at profesjonene sykepleier og leger kan være gitt et ulikt utgangspunkt for å samarbeide med andre i løpet av sin utdanning. I en traumeteamsammenheng ser det likevel ikke ut til at dette har noen markert innvirkning på samarbeidet. Dette på grunn av de klart definerte rollene som på forhånd er gitt traumeteammedlemmene.

16 av informantene fant det prosedyrestyrte arbeidet, beskrevet i traumemanualen som hensiktsmessig. De ser det som en fordel at aktiviteten skjer etter en oppskrift, i en bestemt rekkefølge og at traumemanualen definerer hver profesjon sin rolle i teamet.

Resultatene viste at en i arbeidet i traumeteamet er konsentrert om oppgaven og utførelsen av denne, mer enn på profesjon. Traumeteamkonteksten som er basert på en prosedyrestyrt tilnæringsmåte til behandlingen av pasienten, legger til rette for at teamet har fokus på den kjerneaktivitet som de skal utføre.

”...Jeg synes det er mye mer samarbeid, mer teamaktig nede (i akuttmottak). Alle er på en måte på det tidspunkt, på samme nivå, som en gjeng som snakker sammen mer enn det er forskjellige profesjoner som snakker sammen.” (ortoped) Svarene gjenspeiler at det i konteksten traumeteam ikke fremkommer markante skiller mellom medlemmene p.g.a av profesjon utover at de har ulike roller. Halvparten av informantene svarte allikevel at profesjonsidentiteten har innvirkning på samarbeidet.

Eksemplene som informantene ga viser at skillet mellom profesjonene ikke alltid følger de tradisjonelle profesjongrensene som f.eks lege og sykepleier. Skillene går mer på avdeling og medisinsk fagspesialisering enn de tradisjonelle gruppene. I en del av svarene ble det referert til ”anestesi” som en slik gruppering. Resultatene gir grunn til å anta at profesjonsutøverne identifiserer seg mer ut fra kontekst enn profesjon og kan variere i tid og rom.

Rang og erfaring har også betydning for traumeteam samarbeidet. Både rang innad i profesjon, men også for profesjonene seg imellom. Det gis eksempler på at om du er en erfaren sykepleier så vil dette gi en ”status” som vanligvis gir innflytelse. Flere eksempler viser at unge og uerfarne teamledere kanskje ikke har oppfattet den status som erfaring kan gi og at dette kan være det som utad bl.a. er med på å signalisere ”uerfarenhet” hos traumeleder. *”Hvis det er yngre og uerfarne teamledere, så har de kanskje ikke helt forståelsen av kompetansen vår, sånn at en kan gjerne bli undervurdert.. og gjerne også litt lite lydhør i forhold til forslag som måtte komme.”*

Om å bli nedvurdert av andre profesjoner eller rang innad i sin egen profesjon sa en kirurg: *”Ikke på grunn av profesjon da må det heller være rang...innad i profesjonen at for eksempel hvis en har kommet godt igang med noe og det er kommet en anestesioverlege og har på en måte durtt rett inn...det har gjerne ikke nødvendigvis vært positivt hverken for gruppen eller for pasienten.”*

Om profesjon virker inn på samarbeidet svarte en kirurg; *”Det virker inn tror jeg. Folk er så forskjellige innenfor profesjonene også. Når det gjelder leger så er det noen veldig selvopptatte og selvhøytidelige, mens andre er på en måte helt vanlige...og trenger innspill og råd. Andre vet best selv og vil ikke ha noen, de vil bare styre showet. Det er forskjell innenfor de forskjellige gruppene. Alle identifiserer seg jo med den gruppen de er i.”*

Videre oppga alle informantene at personlige egenskaper har betydning for samarbeid, mer enn hvilken profesjon en tilhører. Resultatene gir inntrykk av at den enkeltes personlighet, mer enn bakgrunn og profesjonstilhørighet, er avgjørende for hvordan profesjonene samarbeider.

”...hver rolle skal fylles i et traumeteam, så fylles den rollen av en person som har profesjonsbakgrunn, men den fylles like mye av vedkommendes personlighet og det kan noen ganger slå begge veier.” (kirurg)

Samarbeidet i traumeteameteamet

Halvparten av informantene svarte at trening i samhandling og kommunikasjon er prioritert ved deres avdeling. Allikevel viste flere av svarene at dette ikke gjennomføres i praksis. Informantene fortalte, gjennom en rekke eksempler at planen er å delta på Best-treningen men når dagen kommer må en ta sin vanlige vakt p.g.a svakheter i planleggingen av personalressursen i vaktrotasjonen. *”føler det blir prioritert men allikevel må en ta vakter p.g.a. at planleggingen ikke henger helt sammen, ”en litt sånn fra hånd til munn drift” som en blir en del av.”* (kirurg)

Portørene var den eneste profesjonen der alle opplevde at trening også i realiteten ble prioritert.

Et flertall av informantene mente at kontinuiteten av medlemmene i traumeteamet har betydning for samarbeidet fordi den har innvirkning på trygghet, tydelig kommunikasjon, og klarhet om roller som oppnås når en kjenner dem man samarbeider med. *”....Jeg føler at jo bedre jeg kjenner folk jo lettere er det jo å samarbeide med dem. Du får mer direkte kommunikasjon og du vet mer hva de står for.”* (kirurg)

Informantene ga inntrykk av at opplæringen i teamet kunne vært mer intensivert og at en slik kunne oppnådd større kompetanse i å samarbeide i traumebehandling.

Allikevel ser en del av informantene også ulemper med en mer stabil besetning i traumeteamene. Et poeng som fremheves er at teamene blir mer sårbare i samarbeidet i en fast besetning når utskiftning finner sted. Et flertall av informantene mente også at en organisering med en mer stabil besetning ikke er gjennomførbar slik sykehuset er organisert i dag.

”Ulempen er jo at det er sårbart å ha faste traumeteam, for plutselig er ikke de personene der og da må plutselig en inn i et etablert team som en ikke hører hjemme i og det kan jo være enda mer problematisk, ser jeg for meg, sånn at alle skal ha den rollen, det tror jeg er en fordel.” (sykepleier)

Klar og tydelig kommunikasjon ble fremhevet av flere til å være av avgjørende betydning for samarbeidet i traumeteam. Det samme gjelder opplæring.

Flere informanter mente samarbeidet i traumeteamet, der det foregår en kontinuerlig rotasjon av medlemmer, betinger god opplæring i egen rolle og kunnskap om andres roller.

Resultatene viste at det er variasjon i hvilken kjennskap en har til egen og andres roller *”Du har kommet som nyansatt og plutselig står du der nede og du visste knapt hvor utstyret var eller hva du skulle gjøre eller hva som faktisk kunne blitt gjort. Det er liksom sånn man bare finner ut etterhvert, men jeg kunne godt tenkt meg at det var iallefall for vår del, ja hva skal jeg si, opplæring i hva rollen går ut på rett og slett.”* (sykepleier)

Bioingeniørene fremheves som en spesiell gruppe. Både i synet de har på på egen rolle i samarbeidet og andres syn på dem. Bioingeniørene selv kom med følgende svar på spørsmålet om de oppfattet at den prosedyrestyrte (abcde) måten å arbeide på i traumeteamet har betydning for optimal/sikker pasientbehandling: *”Nei for jeg vet ikke helt hva den går ut på.”* en annen svarte: *”Det har ikke noe med min profesjon å gjøre.”* Andre profesjoners syn på denne profesjonen var:

”...jo mer perifer du er fra selve kjerneteamet jo lettere er det på en måte å falle litt utenfor og da snakker jeg igjen om bioingeniører og radiografer og portørene kanskje”.... (kirurg)

”det er vel sånn at det er mange som helst vil slippe til tidligere. Et eksempel er blodprøver, de bør tas tidlig, mens vi på anestesi føler vel kanskje at det ikke er så viktig...samtidig som vi forstår at blodprøver er jo en forutsetning for å få det riktige blodet.....” (lege)

Informantene ga uttrykk for at grundig trening og opplæring spesielt for teamleder er hensiktsmessig. Spesielt ble det fremhevet at det er av betydning for traumeteamets funksjon

at teamleder kjenner sin rolle, kommuniserer tydelig og evner å utføre sine oppgaver som leder som beskrevet i traumemanualen. En rekke eksempler gir et bilde av at dette ikke alltid er tilfelle og at dette påvirker samarbeidet i teamet.

”Det er oppsiktsvekkende hvor stor tillit man gis som ung og tildels uerfaren kirurg...når en er leder for et team hvor snitterfaringen er mye lenger enn det du har selv.” (lege)

Teamleders erfaring som lege og leder oppgis også til å betyding for hvordan samarbeidet fungerer og påvirker også teamet som helhet.

Uenighet i teamet kan oppstå når teamleder er ung, uerfaren og kanskje utrygg. Situasjoner som da har oppstått er at en mer erfaren lege, gjerne anestesilegen går inn og helt eller delvis overtar teamlederrollen. *”...det kan kanskje forekomme for eksempel hvis det er en sterk, tydelig anestesilege og en mindre tydelig kirurg så kan jo det med hvem som er den reelle temalederen....”* (kirurg)

”... Jeg synes at ofte så er traumelederen ung, liten erfaring og kanskje det gjør at han gjerne er utrygg i seg selv...det er klart at hvis du kommer der og det er en ung og uerfaren kirurg som er teamleder og det kommer en garva og gammel anestesilege med mange års erfaring, så vil jo helt klart den kanskje overta og forstyrre, naturlig nok.” (sykepleier)

”Jeg synes det er kjempeviktig å ha en god traumeleder og det skal ikke bare være faglig egnethet, med det skal faktisk være en som har fått spesiell trening...den som er traumeleder...det er det som skiller en god traume fra en dårlig traume.” (bioingeniør)

På spørsmål om informantene mente det burde vært stilt krav til kompetanse innen ledelse, kommunikasjon og samhandling, svarte et flertall av informantene ja. Igjen påpeker en del av informantene betydningen av at traumeleder har kompetanse innen ledelse og kommunikasjon.

”Det er jo viktig å kunne kommunisere og lede situasjoner.” (sykepleier)

En informant kom med følgende utsagn: *”det er jo klart at en sender ikke en helt fersk lege på traume”* (bioingeniør).

Resultatene i datainnsamlingen viser det motsatte og gir et inntrykk av at medlemmene av traumeteamet mener at traumeleder som er med i traumer ikke alltid har erfaring nok til å fylle rollen.

På spørsmål om informantene opplevde at traumeleder har oversikt over profesjonenes oppgaver og sørger for at de får komme til og får utført dem på riktig tidspunkt svarte et flertall, fordelt på alle profesjoenene at det må de passe på selv. Flere leger utdypet i samme svar at de anser det allikevel som den enkeltes eget ansvar å se til at de får utført sine arbeidsoppgaver.

”I utgangspunktet skal folk kjenne så godt til sine oppgaver at det skal de gjøre selv. Orkesterleder sitt ansvar hvis det på en måte er et instrument som faller vekk, så må en få det inn igjen i melodien, men det er jo det som er kjempevanskelig og utfordrende i en slik situasjon.” (kirurg)

5.5 Oppsummering

Resultatene bekrefter at det er ulikheter i profesjonsbakgrunn og utdanning som kan påvirke deres samarbeid med andre. Spesielt for sykepleiere og leger kan det virke som utdanningssituasjonene gir dem ulikt utgangspunkt for samarbeid. Allikevel hevder profesjonsutøverne selv at mest kunnskap om andre profesjoner tillegnes i praksis og i yrkesutøvelse. Det hierarkiske tankesettet med ”lege på topp” er i endring, men uttalelser i intervjuene tolkes slik at det allikevel finnes på sykehuset i dag. Resultatene viser at en prosedyrestyrt tilnærming til oppgaven i traumeteamet oppleves som positiv fra alle profesjonene, uansett utdanningsbakgrunn.

Profesjonsidentitet virker inn på samarbeid, men ikke ut fra en tradisjonell oppfatning av hvor grensene mellom profesjonene går. I større grad går grensene ved avdeling, medisinsk fagspesialisering, rang innad og erfaring.

Resultatene viser at traumeteammedlemmene finner dagens organisering av traumeteam som hensiktsmessig. Større grad av kontinuitet gjennom en mer stabil besetning av medlemmene i teamet ses allikevel være en fordel fordi det skaper trygghet å jobbe med personer som en kjenner. Videre viser resultatene en oppfatning av at en ved en mer stabil besetning kunne oppnådd bedre kompetanse i samarbeidet. Ulempen er allikevel at teamet blir mer sårbart ved utskiftninger hvis det består av en mer stabil besetning. Trening og opplæring i kommunikasjon og samarbeid anses som viktig. Videre er kjennskap til egen og andres rolle av betydning for at samhandlingen skal fungere. Her viser resultatene at f.eks bioingeniør rollen skiller seg ut i forhold til andre profesjoners rolle. Flere av bioingeniørene mangler kunnskap om abcde prosedyren og andre profesjonsutøvere vurderer også bioingeniørene til å falle litt på utsiden av teamet. Teamleders rolle trekkes videre frem som viktig i et traume. Resultatene viser at ikke alle traumeteamledere er like godt forberedt for oppgaven som leder av teamet og at dette kan få innvirkning på resultatet av teamarbeidet. Opplæring av teamleder fremheves som spesielt viktig av informantene.

Med bakgrunn i resultatene finner en grunn til å anta at profesjonsidentitet er en årsak til at profesjonene har ulik tilnærming til samarbeid i team, men kanskje ikke ut fra en tradisjonell oppfatning av dette begrepet. Videre synes det som om utdanningsbakgrunn gir profesjonsutøverne et ulikt utgangspunkt for samhandling med andre. Traumeteamkonteksten oppfattes som hensiktsmessig for behandling av traumepasienter, av informantene. Allikevel viser resultatene at en står overfor utfordringer i samhandlingen ved at teamet ikke består av faste medlemmer. Dette betinger trening og opplæring innen kommunikasjon og samhandling men også kjennskap til egen og ande rolle. Spesielt fremheves også teamleders rolle.

6. Drøfting av resultater

Kapittelet tar for seg resultatene fra undersøkelsesdelen, drøftet opp mot den teori som tidligere er presentert. Drøftingen er strukturert ut fra følgende påstander:

- Profesjonsidentitet er en årsak til at profesjonene har ulik tilnærming til samarbeid i team.
- Ulikheter i utdanningsbakgrunn virker inn på profesjonenes samhandlingskompetanse.
- Organisering i faste definerte stabile team er hensiktsmessig i medisinske foretak.
- Tydelig kommunikasjon, klarhet i roller og god ledelse av samhandling blir allikevel vanskelig p.g.a. turnusrotasjon
- Sikker pasientbehandling (med høy kvalitet) er avhengig av det behandlingsresultat som skapes i samarbeidsenhetene der profesjonsutøvere møter pasienten.

1. Profesjonsidentitet er en årsak til at profesjonene har ulik tilnærming til samarbeid i team

Resultatene i denne studien viser at profesjonsidentitet har mindre innvirkning på samarbeid i traumeteam enn først antatt. Dette synet er dermed motstridende i forhold til det Krogstad (2006) sier om profesjonstilhørighet. Hun hevder at det som særpreger profesjoner innen helseforetak er at de forsøker å opprettholde og utvikle sitt ”domene” og sin spesialitet istedefor å minske ulikhetene mellom dem selv og andre. Biggs (2000) hevder at i et postmodernistisk syn (på identitet) vil en i store grad være fleksibel i forhold til identitet og

den oppfattes dermed som mer kontekstavhengig. De tradisjonelle profesjonsgrensene kan derfor være i endring og tilhørigheten variere ut fra hvilken gruppering og situasjon en befinner seg i. Davies m.fl. (2000a) hevder videre at ny teori om samarbeid bygger på en forståelse av at ulikhet er en verdi i seg selv.

Resultatene i denne studien viser videre at personlige egenskaper i samarbeidsrelasjonene har større innvirkning på samhandlingen enn hvilken profesjon den enkelte tilhører.

Den individuelle identiteten synes altså å være sterkere for en profesjonsutøver enn den kollektive identiteten. Igjen bekreftes dette av postmodernistisk teori om profesjonsidentitet som hevder at identitet i større grad fremstår som konstruksjoner og valg, og at den er prosjektavhengig. Den fokuserer i mindre grad på kriterier som kontinuitet og om å være ”den samme” over tid (Molander 2008).

I en kontekst som traumeteamet kan dette bety at medlemmene identifiserer seg med det teamet som blir etablert ved innkalling til et traume. Videre at profesjon blir av mindre betydning i den spesifikke traume-konteksten og at profesjonsidentitet får liten innvirkning på samarbeidsrelasjonene.

Allikevel svarer omlag halvparten av informantene at profesjonsidentitet har en innvirkning. Informantene referer da ikke til profesjon i en tradisjonell oppfatning som f.eks lege eller sykepleier. Det er derimot like mye den enkeltes avdeling eller faggruppe innen en medisinsk spesialisering som vektlegges som profesjon, f.eks anestesi eller kirurgi.

Resultatene tyder videre på at avgrensinger også skjer i forhold til erfaring og rang. Dette bekrefter igjen identitet som skiftende og kontekstavhengig og at en avgrenser ut fra hvem en velger å identifisere seg med. Slik bekreftes Rørviks (1998) teori som hevder at identitet oppstår i en kontinuerlig sammenligning med andre, ved en avgrensning og at den er et relasjonelt fenomen fordi den alltid defineres i forhold til noen og noe. Det skjer i en pågående prosess der den enkelte danner et bilde av seg selv eller ”seg selv ut fra den gruppetilhørighet” en selv ønsker.

2. Ulikheter i utdanningsbakgrunn virker inn på profesjonenes samhandlingskompetanse

I denne studien finner profesjonsutøverne det hensiktsmessig at arbeidet i traumeteam er prosedyrestyrt og at det følger en bestemt ”oppskrift.” I liten grad hevdes det at det burde være mer rom for individuelle vurderinger og innspill fra det enkelte teammedlem.

Traumeteamet er en spesiell kontekst som kan bety at en slik oppfatning kan være mer dominerende her enn i andre deler av sykehuset. Det kan synes som kontekstens klare oppgave, mål og den definerte fremgangsmåten som er styrende for arbeidet, skaper en ramme som sikrer kjerneaktiviteten i teamet. Videre synes det også som avgrensingen, ved at ”et team er etablert,” legger til rette for en likens tilnærming til arbeidsoppgaven.

Opplæringen som arbeidet bygger på og som alle skal ha vært igjennom markerer videre en avgrenset kontekst.

En antar at de to ulike utdanningene som lege og sykepleier bygger sin undervisning på to forskjellige tilnærminger. Den ene, legeutdanningen, og som kanskje også til en viss grad kan gjelde ingeniører, tar utgangspunkt i en teknisk rasjonell tilnærming med et positivistisk syn, der profesjonsrollen kan forhåndsdefineres ned til den minste detalj og der profesjonsutøveren opptrer som agent. Den andre, sykepleierutdanningen bygger i motsetning sin forståelse på at utøvelsen av praktisk arbeid er preget av komplekse avgjørelser der både profesjonelle vurderinger, intuisjon og sunn fornuft er realiteten og at avgjørelser ikke kan forutbestemmes av fastlåste rutiner.

En må anta at en ut fra resultatene i undersøkelsen ikke kan si at profesjonene også i andre samarbeidskonstellasjoner finner en slik ”oppskrifts basert” tilnærming til oppgaven like hensiktsmessig. Resultatene i denne undersøkelsen baserer seg på forutsetningene i denne spesielle teamkonteksten.

Utdanningene som f.eks medisin og sykepleie består av både en teoretisk og en praktisk del. Hvilken kunnskap de ulike profesjonene har fått i den teoretiske delen om f.eks andre profesjoners kompetanse og om hvordan en skal samarbeide, varierer. Et flertall av sykepleierne opplever at de i sin utdanning hadde tilstrekkelig fokus på dette. Et flertall av legene forteller at de ikke fikk tilført slik kompetanse. Resultatene viser at samhandling med andre profesjoner tillegnes i større grad i praksisdelen enn i den teoretiske. En uteksaminert lege og sykepleier fra 2008 viser at legen fikk sin opplæring om andre profesjoner i sin praksisperiode med opplæring av sykepleiere. Sykepleieren bekrefter at dette også gjaldt henne, men hevder likevel å ha fått en bred innføring om andre også i den teoretiske delen. Legene forteller forøvrig at det i den teoretiske delen av utdanningen ”*var et veldig fokus på fag*” eller: ”*Det ble et voldsomt fokus på det rent medisinske.*” Dette kan tyde på at utdanningen bygger på en teknisk rasjonell forståelse der objektivitet er vektlagt, og der en har mindre fokus på at kvaliteten på behandlingsresultater også er avhengig av at samhandlingen mellom profesjonene fungerer. I dette synet nedtones kanskje betydningen av

samhandlingen med andre profesjoner til fordel for en oppskriftsbasert arbeidsmetode med fokus på diagnose står sentralt.

Slik kan en tolke at de tradisjonelle profesjonene som lege og sykepleier i sine utdanninger blir gitt et ulikt utgangspunkt for samarbeid. Davies (2000b) hevder at helsevesenet må ses i sammenheng med historiske ”maskuline tradisjoner” preget av kontroll, skiller, konkurranse og autonomi. Leger og sykepleiere har, slik sett hatt ulike posisjoner. Skal en tolke resultatene ut fra hvilket fokus utdanningsinstitusjonene har hatt på profesjonenes samarbeid med andre yrkesgrupper, bekreftes også Davies teori om at yrkesgruppene kan ha en ulik tilnærming til samarbeid og at de aktuelle profesjonsgruppene inngår i samarbeidsrelasjoner med ulikt utgangspunkt. Igjen er det naturlig å se hva som vektlegges i utdanningen. Er den rettet mot det rent faglige som f.eks i den medisinske utdanningen eller fokuseres det også på å sette profesjonsutøveren i stand til å kunne samarbeide med andre gjennom å forberede for og å tilføre samhandlingskompetanse.

Resultatene i denne studien viser at det har funnet sted en viss endring når det gjelder hierarkisk tenkning. Dette ut fra de svar som informantene selv gir. Allikevel kan en tolke enkelte uttalelser, spesielt fra leger, at de anser seg selv til å ha en ”høyere posisjon” som gir dem mulighet til å styre andre profesjoner. Resultatene viser at medisinstudiet er konsentrert om fag og mindre om samhandling med andre profesjoner. Et slikt fokus kan kanskje være medvirkende til at den hierarkiske tenkemåten fortsatt eksisterer.

Davies m.fl. mener at dagens samfunn i større grad en tidligere gir profesjonene anledning til selv å forme nytt innhold i profesjonstankegangen og hennes spørsmål er: *”Has the time come to embrace a new professionalism?”* (2000:289)

Profesjonstankegangen er i endring og resultatene i denne studien antyder at den i størst grad har funnet sted i praksisdelen av utdanningen og i selve profesjonsutøvelsen. Situasjonen kan tolkes slik at den teoretiske delen av legenes utdanning ennå ikke samsvarer helt med praksisfeltet. Krogstad hevder i den forbindelse at ansvaret for tverrprofesjonelt samarbeid også må adresseres til utdanningsinstitusjonene (2006). Dette kan bety at det må fokuseres på kunnskap om andre profesjoners kompetanse og på tverrprofesjonelt samarbeid i utdanningene for å sikre samhandlingskompetanse. Resultatene viser at den medisinske utdanningen med fordel kan rette fokuset mer i den retning. Behovet for et økt fokus på profesjonssamarbeid bekreftes av både Rice (2009) og Westphal m.fl. (2009) som hevder at også den medisinske verden er i ferd med å innse fordelene ved å organisere samarbeid i definerte team og at dette også kan ha positiv innvirkning på pasientsikkerheten. Om dette er fremtidens organisering for profesjonene i sykehus, bør utdanningsinstitusjonene sikre at

profesjonsutøverne blir kvalifisert samhandling både i den teoretiske og praktise delen av utdanning.

3. Organisering i faste definerte stabile team er hensiktsmessig i medisinske foretak.

Resultatene viser at organisering i traumeteam med klart definerte oppgaver for hver profesjon blir vurdert som hensiktsmessig. Et mer stabilt team muliggjør en kompetanseheving ved at opplæringen kan konsentreres om et mindre antall personer og dermed være en styrke ved å kvalitetssikre den enkelte og traumeteam som helhet. Resultatene viser likevel også klare ulemper ved en organisering i mer stabile team. For det første ser informantene det som vanskelig for systemet å organisere traumeteamene annerledes p.g.a. turnusrotasjon. Videre mener de at en mer stabil organisering av traumeteam kan gjøre teamet mer sårbart ved en utskiftning av traumeteammedlemmer. Rice (2009) hevder at turnusrotasjon i helsevesenet, som innebærer stadig ulike sammensetninger av personer allikevel kan fungere som et team. Forutsetningen er at de som skal arbeide i teamene har hatt den samme opplæring og at den bygger på de samme prinsipper og verdier for hvordan en samhandler. I påstandsskjemaet (se kap.5), sier 92 % seg enige eller delvis enige i at dagens ordning er en god måte å organisere traumeteam på. I påstandsskjemaet svarer et flertall likevel at en mer stabil teamsammensetning i traumeteamene ville hatt en positiv innvirkning på samarbeidet, kommunikasjon og optimal pasientbehandling. Resultatene viser dermed at stabilitet har størst betydning for kommunikasjon og at den sikrer samhandlingen i team. Når informantene fremhever betydningen av klar og tydelig kommunikasjon samstemmer dette med Rice sin teori som påpeker viktigheten av gode kommunikasjonsmønstre.

4. Tydelig kommunikasjon, klarhet i roller og god ledelse av samhandling blir allikevel vanskelig p.g.a. turnusrotasjon

Resultatene viser at rundt 97% av informantene var enige i følgende påstand: ”Godt samarbeid og god kommunikasjon i traumeteamene har betydning for optimal/sikker pasientbehandling.” Resultatene viser videre at ”hvorvidt trening innen samarbeid og

kommunikasjon var tilstrekkelig for de som er med i traumeteamene,” varierer og svarene gir et mer uklart bilde.

Det er variasjon i hvor stor grad informantene har hatt noen form for opplæring før de er med på sitt første traume. Resultatene gir også eksempler på at at nyansatte blir innkallt til traumeteamet uten noen form for opplæring. Med bakgrunn i at ikke alle utdanningsinstitusjonene sikrer fokuset på samhandlingskompetanse i den teoretiske delen av utdanningen, men at dette i større grad skjer i praksis står en her overfor en utfordring. Opplæring betyr her at en for den enkelte klart må definere teamtilhørigheten før den skal utføre sin oppgave i traumeteamet og tydeliggjøre rolle i forkant for å sikre den enkeltes samarbeidskompetanse.

Dette synliggjør betydningen av det Rice (2009) beskriver som kritisk for et teams fungering: ”Å skille teammedlemmene ut fra den ordinære arbeidsstokken og sikre at de innehar spesifikk kompetanse for samhandling ved at de kjenner prosedyrer, roller og ut fra samme fremgangsmåte og arbeider mot et felles mål.” Resultatene i undersøkelsen viser at det finnes uklarheter om roller i traumeteamet. Et eksempel er bioingeniørens rolle. To av tre bioingeniører kjenner ikke til prinsippene abcde som arbeidet i traumeteamet bygger på. Flere av informantene gir inntrykk av at bioingeniørene faller på utsiden av teamet. Traumemanualen beskriver samtlige roller. Profesjonene skal ha kjennskap til denne. Slik kompetanse og kunnskap om prosedyren abcde får en bl.a. i den teoretiske delen av Best-treningen. Ved treningen som er konteksten for oppgavens datainnsamling var under halvparten av deltakerne som var påmeldt treningen til stede ved den teoretiske delen. Årsaken til dette er ukjent. Men, dette bekrefter igjen betydningen av strategi for opplæring. Det fremkommer eksempler på at manglende integrering av enkelte team-roller har direkte innvirkning på optimal og sikker pasientbehandling. Det handler ikke om at disse profesjonene ikke ivaretar sine oppgaver, men at de andre profesjonene glemmer å slippe dem til eller oppfatter deres oppgaver som så perifere at de ikke ser betydningen av at eksempelvis blodprøver skal sikres av bioingeniørene. Kommentarer i påstandsskjemaet bekrefter dette ved at flere fremhever at kjennskap til egen og andres rolle er av større betydning enn om traumeteamet var organisert med større stabilitet av medlemmer.

Traumeteamets klare definering av den enkelte profesjons arbeidsoppgaver gjennom prosedyren abcde baseres på at traumeteamets medlemmer skal kunne utføre sine oppgaver i den gitte konteksten kun ut fra profesjonsbakgrunn. Allikevel er det en ”person” som bekler rollen i traumeteamet og dette vil ha betydning for hvordan denne profesjonen utfører sin oppgave. Resultatene viser at informantene mener at personlige egenskaper har betydning for

hvordan profesjonene samarbeider med hverandre. Ved observasjon av traumeteamsimuleringen ble flere profesjoner lagt merke til fordi de i liten grad deltok i simuleringen og i stedet ”meldte seg mer eller mindre ut.” Dette gjaldt eksempelvis ortoped og mottakssykepleier i ulik grad i de ulike traumesimuleringene. Slik simuleringen fremtonet seg ble oppgavene til disse profesjonene ikke ivaretatt som beskrevet i traumemanualen. En må anta at dette kan få betydning for pasientbehandlingen ved virkelige traumer.

I tråd med dette mener Rice (2009) det er en misforstått oppfatning at en får et godt fungerende team ved kun å sette sammen høyt kvalifisert faglig personell fra ulike profesjoner. Dette fordi effektivitet og resultater også ofte er knyttet til personlige egenskaper som kan ha negativ innvirkning på teamets resultater. Dersom den opplæring som finner sted er tilstrekkelig vil den enkelte i utøvelsen av sin rolle kvalitetssikres. I tillegg til personlige egenskaper hevder Rice at egenskaper som tilpasningsevne, situasjonsoppmerksomhet, utførelse, overvåking, koordinering, kommunikasjon og evne til beslutningstaking og ledelse er nødvendige egenskaper i et godt fungerende team (2009). Ledelse er et kritisk punkt i traumeteamets funksjon, og da spesielt i form av teamleders utøvelse av sin rolle. Resultatene viser at traumeteamleders evne til å utøve sin rolle som leder, er avgjørende for teamets funksjon. Teamleder har en utfordrende oppgave i traumeteamet ved at denne innehar to roller. I tillegg til de faglige, medisinske oppgavene som kirurg(evt. ortoped) ved et traume skal han/hun også lede traumeteamet med de ulike profesjonene gjennom prosedyren abcde. Resultatene viser at det finnes ulike erfaringer med traumeleders håndtering av sine oppgaver som leder.

Rice (2009) hevder at kommunikasjonsmønstre og de implikasjoner disse kan ha for sikkerhet innen akuttmedisin har fått stor oppmerksomhet den senere tid. Han begrunner dette bl.a. med mangel på klarhet i roller. En situasjon der anestesilegen går utover den rolle som han/hun har i teamet er vanligvis ikke hensiktsmessig og den kan ta fokuset bort fra kjerneaktiviteten som er pasientbehandling. Men dersom teamleder ikke har tilstrekkelig erfaring og opplæring før han/hun går inn i rollen, må en anta at det er hensiktsmessig at en person med høyere kompetanse og lengre erfaring tar over som leder. Teamarbeid i seg selv er en kompetanse som må bygge på visse forutsetninger og Rice (2009) fremhever god ledelse som en av hovedegenskapene ved et godt fungerende team. I tillegg sier han at teamet som konstellasjon er middelet til å oppnå resultater. Det betinger at alle deler av teamet kjenner sin oppgave.

Rice sier det slik: *”Just as the best leadership comes from natural skills combined with specific training, so do the best teams. (2009:179)*

Et eksempel som synliggjør dette er en uttalelse fra en kirurg på spørsmålet om teamleder har oversikt over profesjonsutøvernes oppgaver i traumeteamet og sørger for at alle får utført sine oppgaver på det riktige tidspunktet:

”I utgangspunktet skal folk kjenne så godt til sine oppgaver at det skal de gjøre selv.

Orkesterleder sitt ansvar hvis det på en måte er et instrument som faller vekk, så må en få det inn igjen i melodien, men det er jo det som er kjempevanskelig og utfordrende i en slik situasjon.”

5. Sikker pasientbehandling er avhengig av det behandlingsresultat som skapes i samarbeidsenhetene der profesjonsutøvere møter pasienten.

Ut fra en mikrosystemtilnærming vil sikker pasientbehandling i et helseforetak skapes i de samarbeidsenheter der profesjonsutøvere møter pasient og pårørende. Traumeteamet vil være en slik enhet.

Et av resultatene i undersøkelsen viser at avdelingene har problem med å legge til rette for deltakelse på Best treningen. Resultatene forteller at Best treningen er det eneste felles opplæringsstilbudet for de fire profesjonene ved sykehuset som omhandler kommunikasjon og samhandling. I tillegg varierer det i hvor stor grad det fokuseres på tverrfaglig samarbeid i profesjonenes grunnutdanning

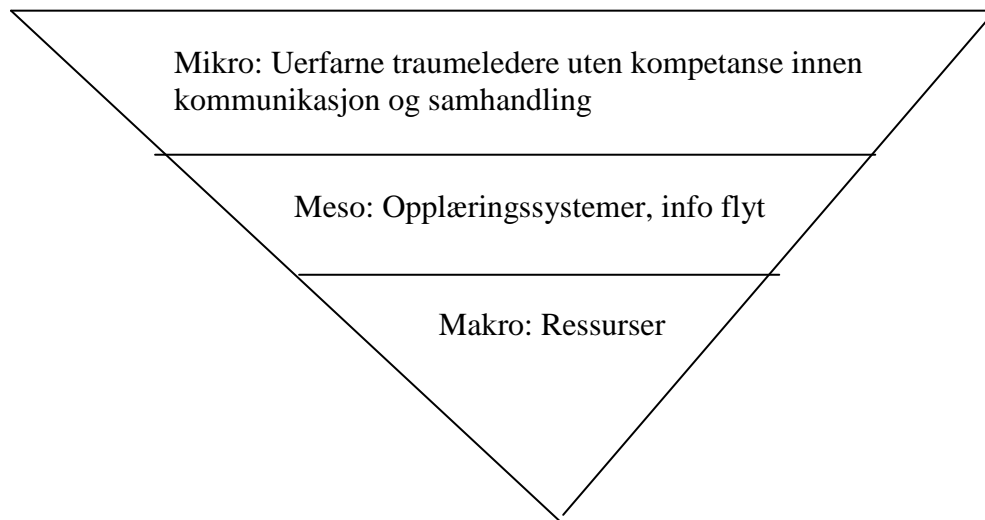
Rice hevder at den medisinske verden har startet å innse verdien av en formalisert trening innen teamarbeid og at dette vil ha betydning for helseforetakenes suksess (2009).

Westphal m.fl. (2009) hevder at organisering i team har en positiv innvirkning på pasientsikkerheten, men at dette betinger at hvert medlem er kjent med både sine egne og andres roller og oppgaver. Dette betinger igjen opplæring og Rice hevder at selv om teamkonseptet kan virke som *” a rather straightforward and practical concept” (2009:177)* så er utfordringene for å få det til å fungere i praksis store og spesielt i et komplekst system som et medisinsk helseforetak. I følge Nelson m.fl. (2007) har en ikke et velfungerende helsesystem uten at de mindre arbeidsenhetene, i dette tilfellet traumeteam, er velfungerende. Resultatene viser variasjon i hvor stor grad traumeteamemedlemmene selv opplever at de ulike traumeteam fungerer. Spesielt fremheves traumeteamleders rolle, og erfaring som kritisk.

Synspunkter som: ” *det er jo klart at en sender ikke en helt fersk lege på traume* ” motbevises ved at informanter gir uttrykk for at nettopp dette er tilfellet. En del av traumelederne er unge, uerfarne leger, uten spesiell kompetanse innen kommunikasjon og samhandling. Eksempler viser at dette har betydning for hvordan team fungerer.

Kvalitetssikring av behandlingsresultatet i samarbeidsenhetene, som f.eks et traumeteam, må starte ved at makronivået sikrer nok ressurser. Ressurser som setter mesonivået i et system i stand til å ivareta oppgaver som opplæring. I tillegg må det enkelte medlem av traumeteamet kunne ”fristilles” fra sine ordinære arbeidsoppgaver i vaktrotasjonen slik at kompetanseheving er mulig. Kvalitet heves ikke ved ord som forteller at opplæring er et prioritert område. Kvalitet og sikker pasientbehandling betinger at opplæring og trening også finner sted i praksis.

Kvalitetssikring av rollen som traumeleder vises under i et eksempel som gir et bilde av ansvarsforholdet mellom nivåene slik Nelson m.fl. (2007) skisserer det.



Ultimately, the outcome of a macro system can be no better than the outcomes of the micro system of which it is composed”. (Nelson: 2007:5)

Både Nelson m.fl. (2007) og Rice (2009) skisserer suksesskriterier for team. Rice sitt utgangspunkt er egenskaper ved selve teamet og de kriterier han mener må være oppfylt for at dette skal fungere. Nelson m.fl. ser teamet i en større helhet som en del av en behandlingskjede.

7. Konklusjon

I oppgaven har følgende problemstilling vært førende for arbeidet:

Hvilken betydning har profesjonsidentitet og profesjoners samhandling for pasientbehandling i traumeteam ?

I det videre arbeidet konkluderes det ved å svare på de tre forskningsspørsmålene som ble utledet for å besvare problemstillingen.

1. *Hvordan virker profesjonsidentitet inn på samarbeid i traumeteam?*
2. *Hvilken innvirkning har utdanning og tradisjon på tverrprofesjonelt samarbeid i traumeteam ?*
3. *Hvilken betydning har kontinuitet, kommunikasjon og ledelse for samarbeid i traumeteam?*

1. *Hvordan virker profesjonsidentitet inn på samarbeid i traumeteam?*

Basert på resultatene fra datainnsamlingen kan en konkludere med at profesjonsidentitet ikke har avgjørende betydning for samhandlingen i traumeteam ut fra hvordan profesjonsutøverne selv opplever det. Allikevel finnes det grupperinger og avgrensninger blant profesjonene som innvirker på tverrprofesjonelt samarbeid. Profesjonene oppfatter skillene mellom profesjoner mer som kontekstavhengige, noe som også bekreftes av nyere profesjonsteori. (Molander 2008) Traumeteamet oppfattes i stor grad som en felles kontekst og profesjonene opplever å identifisere seg med denne. I tillegg oppgis personlige egenskaper til å være av stor betydning for samarbeid i traumeteamene. Kommunikasjon og samhandling oppgis videre å være avgjørende for at et traumeteam skal fungere optimalt. Dette stiller store krav til opplæring, slik at en kan forsterke tryggheten i den teamrollen som den enkelte befinner seg i og "kan tone ned" den enkeltes personlighet slik at det er profesjonsrollen som er utøvende i teamet mer enn det enkelte individ.

2. *Hvilken innvirkning har utdanning og tradisjon på tverrprofesjonelt samarbeid i traumeteam?*

Resultatene viser at utdanningsinstitusjonene gir profesjonene ulike forutsetninger for å samhandle med andre. Det er forskjeller på f.eks legeutdanning og sykepleierutdanning med hensyn til hvordan de setter sine studenter istand til å samarbeide med andre profesjoner. Bl.a. ut fra hvordan det fokuseres på andre profesjoner og hvor sterkt samarbeid med disse blir vektlagt i utdanningen. Den tradisjonelt hierarkiske oppbyggingen som har lang historikk i helsevesenet ser videre ut til å være i endring. Alikevel ser en gjennom denne studien at traumeteammedlemmenes oppfatninger av egen og andres rolle fortsatt har innslag av en tradisjonell hierarkisk tenkning.

3. *Hvilken betydning har kontinuitet, kommunikasjon og ledelse for samarbeid i traumeteam?*

Organisering i fast definerte stabile team ved sykehuset er ulik den tradisjonelle organiseringen i helsevesenet. Den synes hensiktsmessig ut fra den spesielle konteksten som et traumeteam er. P.g.a. turnusrotasjon gir den likevel store utfordringer sammenlignet med tradisjonell tenkning innen teamarbeid i andre virksomheter. Utfordringen ligger spesielt i at traumeteamet ikke består av faste medlemmer og dermed vanskeliggjør en kontinuerlig opplæring av en fast definert sammensetning av personer. En stor del av traumeteamets medlemmer opplever selve organiseringen som hensiktsmessig og mener at omfanget og tilrettelegging av opplæring har større betydning. Spesielt fremheves krav til traumeleders erfaring og kompetanse innen kommunikasjon og ledelse. Med henvisning til nyere forskning på området har dette også få betydning for pasientsikkerhet. Opplæring av traumeleder og profesjonsutøverne anses derfor å være av avgjørende betydning for samhandlingen i et traumeteam og har større betydning enn både profesjonsidentitet og turnusrotasjon.

Ansvar for å ivareta behovet for opplæring både av traumeteammedlemmene og traumeteamleder ligger på det Nelson m.fl. (2007) kaller meso- og makro nivået i organisasjonen. Makronivået skal sikre ressursene og mesonivået skal sørge for å tilrettelegge slik at mikronivået, med det enkelte traumeteammedlem, blir satt istand til å gi optimal og sikker pasientbehandling i samspill med andre profesjoner. Systemet blir slik ansvarlig for at

den enkelte profesjonsutøver kjenner sin egen og andres rolle samt å tilføre den enkelte teoretisk og praktisk opplæring i forhold til kommunikasjon og samhandling. I denne studien dokumenteres det at den enkelte avdeling ikke alltid er istand til å prioritere nødvendig trening av traumeteammedlemmene. Det finnes eksempler på at den enkelte profesjonsutøver har startet sitt arbeid i traumeteamet uten opplæring og kjennskap til sin rolle og fremgangsmåten for arbeidet i samhandlingsrelasjonene. Det finnes også eksempler på at profesjoner ikke har kjennskap til prosedyren abcde og kunnskap om andre profesjoners rolle. Det kan synes som om systemet ikke setter av nok ressurser til at traumeteammedlemmene kan tas ut av vaktrotasjonen i den ”ordinære produksjonen” og tilegne seg den kompetanse som er nødvendig for å komplementere samarbeidet i traumeteamet.

Sykehuset som helseforetak ser ut til å stå overfor utfordringer i å sikre kvaliteten i traumeteam. Allikevel, når konteksten er så definert som den er og traumeteammedlemmene opplever den som hensiktsmessig er dette positivt. Det er en fordel at nyere teori på området bekrefter at teamorganisering er hensiktsmessig også i den medisinske verden og at den gir mulighet for å oppnå optimal og sikker pasientbehandling.

Forslag til forbedringer

- Sikre forsvarlig opplæring av den enkelte før en starter i traumeteamet med fokus på en teoretisk gjennomgang av prosedyren som beskrevet i traumemanualen og simulering
- Spesielt sikre forsvarlig opplæring av traumeteamsleder innen ledelse, samhandling og kommunikasjon.
- Vurdere traumeteamleders dobbeltrolle i traumeteamet som kirurg og leder
- Sikre forsvarlig prioritering av trening i traumeteam i de enkelte avdelinger som er involvert.

Videre forskning

- Rollen som traumeteamleder
- Avdelingenes mulighet for å prioritere trening i traumeteam
- En intervensjonsstudie av fast definerte team (stabile) versus dagens ordning

Litteraturliste

Biggs, S. (2000). User Voice, Interprofessionalism and Post modernity. I C. Davies m.fl. (2000a): *Changing practice in health and social care*: (s. 366-376) Sage, London

Brattebø, G., Wisborg, T., Høylo, T. (2001). Organisering av traumemottak ved norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 2001,nr.20.121: 2364-7

Tilgjengelig fra: www.legeforeningen.no

Finlay, L. (2000). Safe Haven and Battleground: Collaboration and Conflict within the Treatment team. I C. Davies m.fl. (2000a): *Changing practice in health and social care*: (s.155-162) Sage, London

Davies, C., Finlay, L., Bullmann, A. (2000a). *Changing practice in health and social care*. Sage, London

Davies, C. (2000b). Doctors and nurses: doing it differently. *BMJ: British Medical Journal*. Vol. 320, Issue 7241, (s.1019-1020)

Tilgjengelig fra: <http://search.ebscohost.com>

Davies, C. (2000c). Getting health professionals to work together. *BMJ: British Medical Journal*. Vol. 320, Issue 7241, (s.1021-1022)

Tilgjengelig fra: <http://search.ebscohost.com>

Eckhoff, T. (1967). Vitenskaper, profesjoner og klienter. *Nordisk Forum*, vol. 2, Hefte 5-6

Hatch, M.J.,Schultz, M. (2004). The Dynamics of Organizational Identity. I Hatch, M.J., Schultz, M. (red). *Organizational Identity. A Reader*. Oxford University Press, Oxford.

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Krogstad, U. (2006). *System-continuity in hospitals: a cultural matter*. Doctoral dissertation no. 373, Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo

Lie, L. (2007). *Legers læring av uønskede hendelser: bedre administrative rutiner eller muntlig dialog?* Masteroppgave, Universitetet i Stavanger

Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo

Nelson, E. C., Batalden, P. B., Godfrey, M. M. (2007). *Quality By Design: A clinical Microsystems Approach*. Wiley Imprint, San Francisco

Rice, M. M. (2009). Team and teamwork in Emergency Medicine.

I P. Croskerry (2009): *Patient Safety in Emergency Medicine*: (s. 177-181) Wolters Kluwer, Philadelphia,

Rørvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Fagbokforlaget, Bergen.

Thompson, N. (2000). Theory and Practice in Health and Social Care. I C. Davies m. fl. (2000a): *Changing practice in health and social care*: (s. 62-72) Sage, London

Westphal, D. W., Forbes, M.P., Barach, P. (2009). Et nytt paradigme og fremtidige utfordringer for pasientsikkerhet og organisatorisk endring. I K. Aase (2009): *Pasientsikkerhet – Teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget, Oslo (under utgivelse, tilgjengelig fra september 2009).

Wiig, S., Aase, K. (2007). Fallible humans in infallible systems? Learning from errors in health care. *Safety science monitor*. Issue 3, Vol. 11, article 6

Aase, K., Høyland, S., Olsen, E., Wiig, S., Nilsen, S.T., (2008). Patient safety challenges in a case study hospital - Of relevance for transfusion processes? *Transfusion and Aphaeresis Science*, Vol. 39, issue 2 (2008) s.167-172.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Informant nr:

Utdanning:

Stilling:

Kjønn:

Alder/erfaring:

- 1.1
 - a) Hvor lenge har du vært tilknyttet traumeteam?
 - b) Hvor ofte er du med i traumeteam?
 - c) Hva er din rolle i traumeteamet?
 - d) Hvor lenge har du vært ansatt ved Sus?
 - e) Hvilke andre avdelinger ved Sus er du tilknyttet?

- 1.2
 - a) Hva er bakgrunnen for at du er med i traumeteamet?
Oppfordret til det – ønsket det selv – pålagt?
 - b) Hvis pålagt. Finner du dette som en tilfredsstillende ordning?
 - c) Påvirker det deg i arbeidet i traumeteamet?
Eventuelt utdyp?

- 1.3
Hva opplever du som spesielt i samarbeidet i traumeteam sammenlignet med andre avdelinger?

2. Profesjonenes historikk, tradisjoner og utdanning/grunnopplæring

Profesjonene som er representert i traumeteamet har ulik utdanningsbakgrunn. I tillegg til at utdanning og grunnopplæring (for portører) er forskjellige har de også ulike tradisjoner og historikk.

2.1 Tror du dette kan ha betydning for hvordan de enkelte profesjonene samarbeider med hverandre?

Utdyp

2.2 Mener du at det ble fokusert nok på tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner i din utdanning og/eller opplæring ?

2.3 Hvilken kunnskap om andre profesjoners kompetanse fikk du i din utdanning/opplæring?

Profesjonene bioingeniør, lege, portør og sykepleier er representert i traumeteamet.

2.4 Opplever du at disse profesjonene har ulike oppfatninger av hvordan en skal samarbeide med andre?

Utdyp

2.5 Arbeidet i traumeteamene baserer seg på definerte prosedyrer og roller
Hva synes du om denne måten å arbeide på?

2.6 Hvilken betydning mener du det prosedyrestyrte arbeidet (ABCDE) i traumeteamene har for optimal/sikker pasientbehandling?

Utdyp

2.7 Opplever du at alle profesjonene i traumeteamet forholder seg likt til den prosedyrestyrte arbeidsmåten?

3. Profesjonsidentitetens innvirkning på samarbeid og optimal/sikker pasientbehandling?

Profesjonsidentitet forteller om i hvor stor grad en yrkesutøver identifiserer seg med sin egen yrkesgruppe og de verdier, oppfatninger og meninger denne gruppen har. Disse kan være ulike andre profesjoners oppfatninger.

- 3.1 Hvordan tror du at profesjonenes oppfatning av seg selv virker inn på samarbeid med andre ?
Utdyp
- 3.2 Har du opplevd at de ulike profesjonene i traumeteamet har ulikt syn på hvordan en samarbeider i traumeteamet?
Kan du gi eksempler?
- 3.3 Kan du si noe om din profesjons rolle i traumeteamet?
- 3.4 Hvilken oppfatning tror du andre yrkesgrupper har av din profesjon?
- 3.5 Har du opplevd at du selv eller andre er blitt nedvurdert i traumeteam samarbeidet og at dette har sin årsak i profesjon?
Kan du gi eksempler og utdype?
- 3.6 Når du samarbeider med ulike profesjoner, opplever du da at samarbeidet kan fortone seg ulikt, avhengig av hvilken profesjon du samarbeider med?
Utdyp
- 3.7 Er det noen profesjoner som du opplever:
 - a) Samarbeider generelt bedre enn andre?
 - b) Kommuniserer bedre enn andre?
 - c) Kan du eventuelt forklare forskjeller?
- 3.8 Ser du eksempler på at ulike profesjonskulturer eksisterer i traumeteamene?
Forklar
- 3.9 Har du opplevd situasjoner i traumeteamet der det har oppstått uenighet mellom profesjonene i samarbeidet?
Kan du eventuelt gi eksempler?

- 3.10 Har du opplevd at en eller flere profesjoner påtar seg roller som de ikke er pålagt?
Kan du eventuelt gi eksempler
- 3.11 Har du opplevd situasjoner der uenighet mellom profesjoner har hatt/fått betydning for optimal/sikker pasientbehandling i traumeteamet?
Kan du eventuelt gi eksempler?
- du 3.12 Opplever du at følgende emner blir diskutert og snakket om i løpet av den tiden er i kontakt med traumeteamene:
- a) Lønn
 - b) Status
 - c) Hierarki

4. Opplæring og trening

- 4.1 Opplever du at din avdeling har problemer med å prioritere at du får delta på Best-traumesimuleringen?
- 4.2
- a) Har du fått tilbud om opplæring spesielt i forhold til traumepasienter i tillegg til Best- traumesimuleringen?
 - b) Har dere som profesjonsgruppe spesielle tilbud om opplæring innen traumebehandling?
 - c) Finnes det noe opplæring, utenom Best-treningen som omhandler samarbeid, kommunikasjon og pasientsikkerhet for din profesjon?
- 4.3 I tillegg til profesjonskompetanse, mener du det burde vært stilt krav til lederkompetanse, kommunikasjon og samhandlings kompetanse
Kan du utdype svaret?

5. Kontinuitet, samarbeid og optimal/sikker pasientbehandling?

5.1 Kan du si noe om hvor ofte du i traumeteamene arbeider med personer som du:

- a) Aldri har samarbeidet med før
- b) Tror du dette har noe betydning for samarbeidet i traumeteamet?

5.2 Hvilke eventuelle fordeler og ulemper ser du med en eventuell mer stabil besetningen i traumeteamene?

5.3 Opplever du at alle medlemmene av traumeteamet blir inkludert i viktige beslutninger ut fra den kompetanse som de innehar?

5.4 Opplever du at teamlederene har oversikten på din profesjons oppgaver og sørger for at du får komme til og får utført dem på riktig tidspunkt eller må du selv passe på at du får utført dem på riktig tidspunkt?

Forventningene til medlemmene i traumeteamet er knyttet til profesjon.

5.5 Tror du allikevel at personlige egenskaper hos den enkelte har innvirkning på samarbeidet i traumeteamet?

Har du erfaringer som du kan gi eksempler fra?

Andre relevante kommentarer du vil gi om samarbeidet i traumeteamene?

Vedlegg nr. 2

Påstander om traumeteam

Sett kryss etter hvor enig eller uenig du er i følgende påstander

1. Dagens ordning er en god måte å organisere traumeteamene på.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

2. Det er en fordel om traumeteamene er organisert med større stabilitet av medlemmer slik at vi oftere jobber med de samme personene.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

3. Optimal pasientbehandling påvirkes av at vi stadig må jobbe med ”ukjente” personer i traumeteamet.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

4. Samarbeidet i traumeteamet er utfordrende fordi vi ikke har erfaring med å jobbe med hverandre.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

5. Godt samarbeid og god kommunikasjon i traumeteamene har betydning for optimal/sikker behandling av pasienten.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

6. Det stilles tilstrekkelige krav til egenskaper innen samarbeid og kommunikasjon i traumeteamene.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

7. Traumeteam er en spesiell setting hvor egenskaper innen samarbeid og kommunikasjon har mindre betydning enn i andre behandlingssituasjoner.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig Uenig

Kommentar:

8. Ad hoc organisering av traumeteam påvirker ikke samarbeid og kommunikasjon i teamet.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig Uenig

Kommentar:

9. Mer stabil teamsammensetning i traumeteamene ville hatt en positiv innvirkning på samarbeid og kommunikasjon og optimal/sikker pasientbehandling.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

10. Treningen innen samarbeid og kommunikasjon er tilstrekkelig for de som er med i traumeteamene.

Enig Delvis enig Både/og Delvis uenig
Uenig

Kommentar:

Her kan du si din mening om hvordan traumeteamene er organisert i dag i forhold til optimal/sikker pasientbehandling. Om de fungerer godt eller om dine tanker om hva som kunne vært endret.

Vedlegg nr. 3

Til medlemmer av traumeteamene ved akutt klinikken

I løpet av treningsdagene som arrangeres av Safer 28 – 30 april vil det i forbindelse med en masteroppgave om Identitet og pasientfokus i et teamperspektiv bli gjennomført ulike undersøkelser.

Arbeidet med masteroppgaven er tilknyttet et samarbeidsprosjekt mellom Sus og Uis som omhandler pasientsikkerhet.

I den forbindelse ser en i oppgaven nærmere på om identitet til profesjon eller team virker inn på fokuset på pasienten og dermed også kan ha betydning for pasientsikkerheten.

Spørreskjema

Deltakerne på treningsdagene vil bli bedt om å besvare et ark med spørsmål og påstander som omhandler profesjonsidentitet og samarbeid.

Intervjuer

Et utvalg deltakere, som representerer ulike profesjoner vil bli bedt om å stille til intervju der hensikten er å samle informasjon om kommunikasjon og samarbeid.

Observasjon

Treningen vil bli observert i den hensikt å få innsikt i organisering av samarbeid i traumeteamene.

Spørreskjema og intervju delen er frivillig.

For besvarelse av spørreskjema håper vi flest mulig tar seg tid til å besvare disse iløpet av de avsatte dagene.

Vi vil i løpet av treningsdagene også ta kontakt med et utvalg deltakere med forespørsel om intervju.

Opplysninger som brukes i masteroppgaven vil ikke inneholde personopplysninger som gjør det direkte identifiserbar. All informasjon blir behandlet anonymt av Uis.

Resultatene av undersøkelsen blir beskrevet i den ferdigstilte masteroppgaven i løpet av juni 2009.

De som er med å utfører undersøkelsene er foruten mastergradstudent Mariann Strandvåg, leder av prosjektleder Post.doc. Karina Ase og PhD-stipendiat Sindre Høiland.

Vi takker for samarbeidet

Mariann Strandvåg