

Innhold

1.0	INTRODUKSJON	2
1.1	Hvorfor er tverrfaglig samarbeid viktig?	3
1.2	Problemstilling og avgrensning	6
1.3	Oppgavens oppbygning	7
2.0	TEAMARBEIDETS UTFORDRINGER OG MULIGHETER	9
2.1	Hva er et tverrfaglig team?	9
2.2	Operasjonsteamets kontekst	11
2.3	Oppsummering	15
3.0	TEORETISKE PERSPEKTIVER	16
3.1	Profesjonsteoretiske perspektiver på samarbeid i operasjonsteamet	16
3.2	Organisasjonsteoretisk perspektiv på samarbeid i operasjonsteamet	24
3.3	Kommunikasjonsteoretisk perspektiv på samarbeid i operasjonsteamet	32
4.0	METODE	39
4.1	Ekstensiv case studie- første fase	40
4.2	Intensiv case studie – andre fase	41
4.3	Etiske utfordringer ved studien	46
4.4	Metodekritikk	47
5.0	OPPLEVD SAMARBEID I TEAMET-FUNN	53
5.1	Den ekstensive case studien	53
5.2	Teamets opplevelse av samarbeid	56
5.3	Oppsummering	61
6.0	ÅRSAKSFAKTORER SOM KAN FORKLARE ULIK OPPLEVELSE AV SAMARBEIDET-FUNN	63
6.1	Den intensive case studien	63
6.2	Årsaksforklaringer	64
6.3	Oppsummering	78
7.0	TEAMMEDLEMMENES OPPLEVELSE AV SAMARBEID OG FAKTORER SOM FORKLARER DENNE	81
7.1	Operasjonsteamets hierarki	82
7.2	Ulik deltagelse i arbeidsprosessen	84
7.3	Ulik forståelse av samarbeidets komponenter	86
7.4	Ulik opplevelse av stress	89
7.5	Oppsummering	91
8.0	KONKLUSJON	93

1.0 INTRODUKSJON

Tema for denne studien er tverrfaglig samarbeid. Studien vil gå nærmere inn på hvilken opplevelse de ulike aktører i et operasjonsteam har av det tverrfaglige samarbeidet innad i teamet og hvorfor de har denne opplevelsen. Operasjonstuer i sykehus har et unikt sett av teamdynamikk siden profesjonelle fra flere disipliner hvis erfaring og mål varierer veldig, er påkrevd å jobbe tett sammen på en koordinert måte. Et operasjonsteam som arbeider direkte med pasienten inne på operasjonsstuen består av operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, kirurger av ulik spesialitet og anestesileger. De komplekse omgivelsene omkring en operasjonspasient gir risiko for uklar kommunikasjon, motivkonflikt og feil som ikke stammer fra teknisk inkompetanse, men fra dårlige interpersonlige ferdigheter (Awad et al., 2005).

Mange undersøkelser viser til klare forskjeller i opplevelsen de ulike medlemmene av teamet har av det tverrfaglige samarbeidet inne på operasjonsstuen. Studier viser også til ulik opplevelse av de komponenter som teamarbeidet består av. Makary et al (2006) viser i sin studie til stor diskrepans i opplevelsen av hvordan teamarbeidet fungerer på operasjonsstuen. Studien viser at leger oppfatter samarbeidet som veldig godt, i motsetning til sykepleierne som opplever samarbeidet som middels bra eller dårlig. Det kommer også frem at kirurger og anestesileger oppfatter samarbeidet med sykepleiere som veldig bra. Sykepleiere oppfatter derimot samarbeidet med kirurger som vanskelig. Denne diskrepansen i opplevelsen av samarbeid bekreftes av Mills, Neily & Dunn (2008), som i sin studie viser at kirurger tenderer til å oppfatte organisasjonskultur, kommunikasjon og samarbeid annerledes og mer positivt enn anestesileger og sykepleiere. Deres studie viser også at leger og sykepleiere har ulik oppfatning av kvaliteten på kommunikasjonen.

Carney, West & Neily (2010) viser i sin studie også til en annen faktor: at kirurger oppgir mer positiv oppfatning av teameffektivitet peroperativt enn sykepleiere. Sammenfattet viser tidligere forskning til at leger har en mer positiv opplevelse av tverrfaglig samarbeid og faktorer som omfattes av dette, enn det sykepleiere har. Forskjellen som leger og sykepleiere har i opplevelsen av samarbeid kan også være grunn til dårlig kvalitet på kommunikasjonen fordi lege eller sykepleier antar at andre i miljøet forstår og er enig i det kommuniserte når

dette ikke er tilfellet. Dette bekreftes via annen forskning (Awad et al., 2005; Thomas, Sexton & Helmreich, 2003; DeFontes & Surbida, 2004).

Det finnes gjennom forskning en rekke identifiserte barrierer til effektivt og godt tverrfaglig samarbeid i helsetjenesten. Variasjon i opplevelsen av hva som fremmer samarbeid i teamet og hvordan dette fungerer er et eksempel på en slik barriere (Sexton et al., 2006). Det å avdekke en eksisterende variasjon i opplevd samarbeid vil altså kartlegge en barriere i miljøet i forhold til å utvikle effektivt samarbeid.

Til tross for at det finnes en rekke studier som beskriver ulikheter i opplevelsen av tverrfaglig samarbeid har jeg ikke funnet forskning som direkte undersøker hva som kan være årsaken til at det er slik. Så lenge slike faktorer ikke er identifisert vil man ikke kunne iverksette tiltak som fører til en felles opplevelse, og dermed bedre og mer effektivt samarbeid. Mitt mål med denne studien er å beskrive den opplevelsen medlemmene i et operasjonsteam har av det tverrfaglige samarbeidet, og også identifisere faktorer som kan forklare eventuelle forskjeller. Ved å kartlegge disse faktorene kan man tilstrebe å oppnå bedre og mer effektivt tverrfaglig samarbeid innad i operasjonsteamet, med mulig overføringsverdi til andre situasjoner som krever tverrfaglig samarbeid.

1.1 Hvorfor er tverrfaglig samarbeid viktig?

Det er mange årsaker til at fokus på tverrfaglig samarbeid er viktig. På sykehus er operasjonsstuen det hyppigst rapporterte «åsted» for feilbehandling og avvik. Dette sannsynligvis på grunn av at operasjonsstuen representerer komplekse omgivelser hvor teknologi, kompetanse og ressurser krever koordinering under tidspress (Mishra, Catchpole & McCulloch, 2009). Kirurgi bidrar til å redde liv, men er i seg selv forbundet med komplikasjoner. Feil på operasjonsstuen kan ha katastrofale konsekvenser for pasienter, pårørende, profesjonelle og hele organisasjoner. Dette kan i følge forskning forekomme som et resultat av interpersonlig dynamikk, hvor kommunikasjons- og samarbeidsproblemer oppstår mellom teammedlemmene (Makary et al., 2005).

Effektiv kommunikasjon og samarbeid er essensielt for trygg pasientomsorg av høy kvalitet. Kommunikasjonssvikt er årsak til majoriteten av komplikasjoner hos pasienter (Leonard,

Graham & Bonacum, 2004). Fra flyindustrien er betydningen av koordinering, kommunikasjon, ledelse, situasjonsoppmerksomhet, konfliktløsning, planlegging og fleksibilitet i samarbeid påvist gjennom forskning (Catchpole et al., 2008). Det er med bakgrunn i denne forskningen man har gjort studier innen helsevesenet, og da spesielt med fokus på operasjonsavdelinger (Makary, Sexton & Freischlag, 2005, p. 747).

Pasientsikkerhetsarbeid går ut på å forhindre uønskede hendelser og skader i helsetjenesten. Pasientsikkerhet har fått større oppmerksomhet de siste årene, men er ikke noe nytt. Hippocrates, legekunstens far, formulerte det grunnleggende prinsippet «først, gjør ikke skade» for over 2000 år siden. En undersøkelse fra 2010 ved alle norske helseforetak indikerer at omkring 16 prosent av norske sykehuspasienter pådrar seg en skade som følge av behandlingen de mottar, eller manglende behandling. I praksis vil det kunne innebære at over 40 000 norske pasienter blir utsatt for skade i møte med helsetjenesten årlig, og at over 4000 av disse dør som følge av skadene (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, 2012).

Helsetjenestene virker altså ikke alltid etter hensikten. Dette kan bety at de er dårlig samordnet, og derfor ikke er så trygge og sikre som de bør og kan være. En kontinuerlig utvikling og forbedring av helsetjenestene er derfor nedfelt som satsingsområde i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, 2005-2015 (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005). For å nå målet om sosial- og helsetjenester av god kvalitet, er fem innsatsområder definert i strategiplanen. Et av innsatsområdene innebærer evaluering av helsetjenestene, der «målet er å få informasjon som aktivt kan brukes til å forbedre tjenestene, justere kursen underveis, og vurdere om endring faktisk fører til forbedring» (Sosial- og helsedirektoratet 2005, s. 39).

Med utgangspunkt i denne strategiplanen lanserte Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen 27. januar 2011 den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Kampanjen, som har en varighet på tre år, er et av de største løftene for pasientsikkerheten i Helse-Norge. Det har vært omfattende prosesser rundt hvilke områder som skal prioriteres i pasientsikkerhetskampanjen. Valget har falt på fire innsatsområder som har stort forbedringspotensial i Norge. Et av de fire innsatsområdene omhandler trygg kirurgi, med særlig oppmerksomhet på infeksjoner (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, 2012).

Fare for komplikasjoner før, under og etter kirurgiske inngrep påvirkes av mange faktorer. Det kan dreie seg om pasientens helsestatus eller komorbiditeter, det vil si de sykdommer pasienten har i tillegg til det aktuelle med tanke på operasjon. Det kan også påvirkes av valg av anestesi, prosedyre, tilgjengelighet og kvalitet på utstyr, personalets utdanning og organisasjonenes sikkerhetskultur. For kirurgi kan uønskede hendelser blant annet dreie seg om operasjon av feil pasient, feil side eller feil organ, mangelfull behandling eller feildosering av medisin og anestesimiddel, apparatsvikt, strømstans og smitteoverføring. Alvorlige uønskede hendelser kan gi opphav til alvorlige komplikasjoner og død. Selv om en operasjon aldri kan være helt risikofri, er det antatt at risiko for komplikasjoner og avvik kan reduseres betydelig.

I perioden 2001 til 2006 ble det fra norske helseinstitusjoner innrapportert 11 098 uønskede hendelser til Helsetilsynet. Av disse var 18 prosent knyttet til kirurgiske avdelinger (inkludert ortopedi) og 9 prosent knyttet til anestesi og operasjon (Haugum, Bjertnæs & Lindahl, 2012). Årsakene til uheldige hendelser er ofte sammensatte, og feil kan skyldes både individer og systemer. Det er i nyere forskning satt mindre fokus på individuelle personer som gjør feil, og mer fokus på systemer og faktorer innen organisasjonen (Long, Neale & Vincent, 2009).

Det økte fokus på pasientsikkerhet har resultert i nevnt forskning på opplevelsen av tverrfaglig samarbeid. Kvaliteten på samarbeidet mellom profesjonelle helsearbeidere er vist å påvirke utfallet av pasientbehandlingen. Feil i koordinering og kommunikasjon mellom team medlemmene har ført til høyere dødelighetsrate blant pasienter, lengre sykehusopphold, mer postoperativ smerte og lavere funksjonsnivå blant pasientene (Carney et al., 2010; Mills et al., 2007). Der hvor sykepleiere oppgir et positivt samarbeid mellom sykepleiere og kirurger vises det til bedre pasientutfall. Mer effektiv og hyppigere kommunikasjon mellom team medlemmene fører til lavere pasientdødelighet (Carney et al., 2010; Mills et al., 2007).

Kommunikasjonsfeil på operasjonsstuen er ikke uvanlig, og setter pasientsikkerheten i fare. Carney et al (2010) peker på at disse funn tydeliggjør behovet for forbedret samarbeid og, som de kaller det, «shared mental models». I dette legger de samsvar i opplevelsen av hva tverrfaglig samarbeid er og hvordan dette fungerer, og for å illustrere dette benytter de begrepet «getting everyone in the same movie».

Som anestesisykepleier i en operasjonsavdeling som rommer både planlagt (elektiv) og øyeblikkelig hjelp kirurgi, har jeg erfart at arbeidet kan by på utfordringer av både faglig og samarbeidsmessig karakter. Operasjonsteamet, som består av kirurger, anestesileger og

sykepleiere med spesialutdanning, må samarbeide gjennom utførelsen av det kirurgiske inngrepet. Et velfungerende teamarbeid blir sett på som en forutsetning for sikker virksomhet (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999). Kvaliteten på samarbeidet avhenger imidlertid av teamets arbeidskultur og dets kommunikasjon innad, så vel som praktiske ferdigheter.

Dette viser til hvor viktig det er å ha fokus på tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon for ivaretagelse av pasientsikkerheten, og er bakgrunnen for valg av problemstilling for denne studien.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Etter å ha påpekt viktigheten av godt tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon i tverrfaglige team, og vist til tidligere forskning som sier noe om problematikken ved ulik opplevelse av samarbeidet søker denne studien å belyse følgende problemstilling:

Tverrfaglig samarbeid innad i operasjonsteamet: Hvilken opplevelse har de ulike medlemmene av teamet, og hvilke faktorer kan forklare denne?

For å besvare problemstillingen er det gjort en todeling av studien, hvor det er tatt utgangspunkt i følgende forskerspørsmål:

1. Hvilken opplevelse har de ulike medlemmene av det tverrfaglige samarbeidet innad i operasjonsteamet?
2. Hva er årsaksforklaringer til eventuell ulik opplevelse av samarbeidet?

Prosjektet tar for seg samarbeid i direkte pasientbehandling i forbindelse med arbeidet inne på operasjonsstuen. Det er derfor valgt å gjøre en avgrensning i forhold til enhetene i utvalget. Arbeid med operasjonspasienten inkluderer en rekke ulike personalgrupper. Siden studien søker å kartlegge opplevelsen av tverrfaglig samarbeid innad i operasjonsteamet er det satt som kriterium er at respondenten skal ha fast virksomhet i teamet.

Konteksten for samarbeidet vil være preget av om inngrepet er planlagt (elektivt) eller akutt (øyeblikkelig hjelp). Ved akutte inngrep vil samarbeidet kunne påvirkes av tilleggsfaktorer som stress, mestring eller mangelen på dette. Det vil også påvirkes av den enkeltes erfaring med denne typen inngrep. I tillegg vil det ved akutte inngrep være representanter fra flere faggrupper tilstede i samarbeidet. Dette prosjektet vil derfor ta for seg samarbeid ved elektive inngrep. Til en viss grad vil likevel erfaringer og funn som kommer frem kunne overføres til akutte situasjoner som mottak av trafikkulykker eller akutte keisersnitt.

1.3 Oppgavens oppbygning

I første del av oppgaven vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema. Jeg vil i tillegg belyse viktigheten av å gjøre denne studien. Det gis også en introduksjon til tidligere forskning på området. Deretter følger en presentasjon av aktuell problemstilling og formål med oppgaven.

Kapittel to gir en avklaring i forhold til hva tverrfaglig teamarbeid er generelt. I tillegg tegnes et bilde av det spesielle ved å samarbeide i et operasjonsteam. Hvilke faktorer som inkluderes i operasjonsteamets kontekst, selve caset, presenteres også her. Dette vil gi leser innblikk i utgangspunktet for det tverrfaglige samarbeidet i operasjonsteamet.

Det tredje kapitlet vil gi leser innsikt i de ulike perspektiver som er vesentlig for å belyse tematikken. Operasjonsteamet består av ulike profesjoner, hvilket medfører en organisering av arbeidet og arbeidsprosessene som igjen vil ha betydning for opplevelsen av tverrfaglig samarbeid. Teori som kan bidra til å forklare denne sammenhengen presenteres derfor i dette kapitlet.

Siden studien inneholder to forskerspørsmål er også metoddelen, kapittel fire, todelt. Det gis en presentasjon av oppgavens to design, med tilhørende etiske og metodekritiske betraktninger. Drøfting rundt begrepene reliabilitet og validitet blir også tatt opp her.

Kapittel fem gir en gjennomgang av funn i studiens første fase, med bakgrunn i et ekstensivt design. Disse funnene er utgangspunkt for studiens andre fase, den intensive case studien. Funn i studiens andre fase presenteres i kapittel seks.

Profesjonsteori, organisasjonsteori og kommunikasjonsteori benyttes i kapittel syv til å identifisere, diskutere og drøfte årsaksforklaringer til at de ulike aktørene i operasjonsteamet har den opplevelsen av samarbeid som påvises i kapittel fem. Det vil også diskuteres mulige feilkilder.

I kapittel åtte foretas en oppsummering og konklusjon basert på studiens funn og diskusjon. Kapitlet vil også komme med noen anbefalinger for veien videre etter prosjektslutt.

2.0 TEAMARBEIDETS UTFORDRINGER OG MULIGHETER

Dette kapitlet presenterer hva tverrfaglig teamarbeid er på generell, teoretisk basis. Det vil også beskrive konteksten til operasjonsteamet i caset, for å gi leser innblikk i rammene rundt samarbeidet, hvilke utfordringer og muligheter som ligger i det å skulle arbeide som et tverrfaglig team. Teori om hva et tverrfaglig team består av vil kunne bidra til økt forståelse for operasjonsteamets spesielle situasjon hva gjelder samarbeid og opplevelse av samarbeid.

Teamarbeid kjennetegnes ved at flere representanter skal samarbeide om å nå et felles mål, om det gjelder produksjon av en gjenstand eller det å yte helsehjelp. Dette kan illustreres ved følgende sitat:

En organisationsform som integrerer medarbeidere med ulike kompetenser på ett sådant sett at arbeidets resultat overtreffar både individuelle prestasjoner och andra tidigare provade, kollektiva former for organisering

(Berlin, Carlström & Sandberg, 2009, s. 268)

Teamarbeid handler altså om samarbeid mellom representanter med ulike kompetanse. Formålet med teamarbeid er at hver enkelt deltager bidrar med sin særegne kompetanse slik at resultatet blir bedre enn det en representant ville vært i stand til å oppnå alene.

2.1 Hva er et tverrfaglig team?

Det spesielle med et tverrfaglig team er i følge Lauvås & Lauvås (2004, s.211) at representanter fra ulike fag eller profesjoner er representert i teamet. Det tverrfaglige teamet kombinerer kunnskaps- og ferdighetsområder, teori og metoder som ingen enkeltperson alene besitter. Dette kjennetegner også et operasjonsteam: Anestesisykepleier gjennomfører i samarbeid med anestesilegen anestesen til pasienten. Operasjonssykepleier vasker og dekker til pasienten, samt klargjør utstyr og assisterer kirurgen under inngrepet. Kirurgen utfører selve det operative inngrepet. Dette tydeliggjør mulighetene som teamsamarbeidet innebærer,

enhver har sin rolle å fylle. Hvert medlem bruker sin spesielle kompetanse, og integrerer denne opp mot de andre i teamet til pasientens beste.

Videre sier Lauvås & Lauvås (2004) at teammedlemmene er avhengige å kombinere sin kompetanse. Teori og metoder fra de ulike fagene må integreres gjennom profesjonsmedlemmenes kommunikasjon, og på den måten skape felles tverrfaglig innsikt. Her kommer utfordringen ved å jobbe i tverrfaglige team tydelig frem. En grunnleggende hensikt med teamorganisering er at resultatet blir bedre enn summen av det enkelte fag. Jo større avstand det er i kompetanse mellom aktørene i teamet, jo vanskeligere kan det være å skape arbeidsprosesser som er fleksible og integrerte (Lauvås & Lauvås 2004, s.211).

Forskning viser at ved å organisere i team så ivaretar en i større grad krav til optimal og sikker pasientbehandling (Strandvåg, 2009). Viktig i teamarbeid er å verdsette ulikheter som en ressurs for samarbeid i motsetning til å fokusere på dem som et problem og en utfordring for samarbeid. Nyere teori hevder at tiden kanskje er inne til å etablere nye syn på samarbeid der fokuset i større grad er å utfylle hverandres kompetanse i samhandlingen (Bele & Glasø 2010; Rice 2010; Wheelan 2010).

Når man danner tverrfaglige team, er det stor sannsynlighet for at medlemmene fra ulike profesjonsgrupper tar med seg forhåndsbestemte oppfatninger av hverandre inn i samarbeidsprosessen. Hall (2005) understreker i denne sammenheng at sterke profesjonsbaserte identitetsforankringer hos individer kan vanskeliggjøre tverrfaglig teamsamarbeid. Fisher (2006) poengterer at sterk differensiering mellom ulike sosiale grupper innebærer et betydelig potensial for destruktive konflikter. Dette indikerer altså at konfliktpotensialet er større i tverrfaglige team hvor medlemmer i stor grad identifiserer seg med sine ulike profesjonsgrupper, enn i mer homogene team som består av individer med samme faglige bakgrunn og orientering. Implisitt i dette ligger det at utvikling og implementering av effektive metoder for konflikthåndtering kan være et særlig viktig tiltak for å lykkes ved anvendelse av tverrfaglige team.

Virksomheten ved operasjonsavdelingen er fullstendig avhengig av teamsamarbeidet. Selv om alle i teamet har medisinsk faglig bakgrunn er deres grunnutdanning og videre spesialisering ulik. Ved etablering av tverrfaglige teams kan man ofte se en sosial rangordning, et hierarkisk system. Hierarki kan defineres som makt, myndighet, autoritet og prestisje som er systematisk ulikt fordelt mellom deltagerne (Berggren, 1986). I et hierarkisk system som teamet på

operasjonsstuen kan oppfattes som, vil det eksistere opplagte eller mer skjulte regler: Hvem bestemmer rekkefølgen på hvilke pasienter som skal opereres? Hvem bestemmer hvilket utstyr som skal benyttes? Hvem er det som avgjør hvilken anestesiform pasienten skal ha til det aktuelle inngrepet? Myndighet til å treffe slike beslutninger medfører en skjev maktfordeling i operasjonsteamet, og dette kan innebære et konfliktpotensial. Dette vil belyses nærmere i oppgavens teorikapittel, kapittel 3.1 og 3.2.

Teorien om tverrfaglig teamarbeid beskriver noen av de utfordringer og muligheter som operasjonsteamet står ovenfor bare ved det å skulle arbeide som et team. I tillegg eksisterer det andre forhold som også vil påvirke teamets forutsetninger for å etablere et godt samarbeid. Dette beskrives i følgende avsnitt:

2.2 Operasjonsteamets kontekst

Operasjonsteamet utgjør caset i denne studien. Dets kontekst er et middels stort helseforetak i et fylke med ca. 270 000 innbyggere. Helseforetaket består av tre sykehus med tilhørende operasjonsavdelinger. Ved de tre operasjonsavdelingene utføres til sammen ca 11 300 planlagte inngrep pr år. Ved avdelingen som har fått størst fokus i denne studien tilkommer ca 4000 øyeblikkelig hjelp operasjoner. En rekke forhold bidrar til å legge de forutsetninger som teamet har for å skape godt tverrfaglig samarbeid.

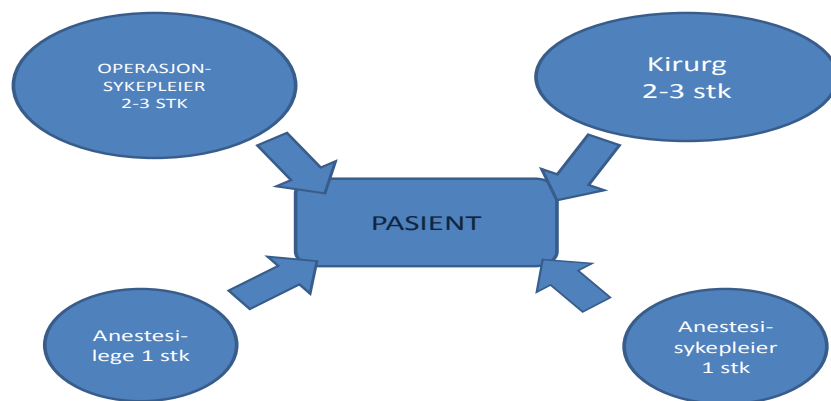
2.2.1 Operasjonsteamets sammensetning

Virksomheten ved operasjonsavdelingen baserer seg på samarbeid mellom flere ulike yrkesgrupper eller profesjoner: anestesileger, anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere, kirurger av ulik spesialitet, hjelpepleiere, kontorpersonell og renholdere.

Operasjonsavdelingens hovedfunksjon er å gjennomføre kirurgiske inngrep. Dette kan være planlagte, elektive operasjoner, eller akutte operasjoner for eksempel etter ulykker. Arbeidet med pasienten inne på operasjonsstuen omfatter to hovedgrupper av profesjoner: sykepleiere og leger.

Et operasjonsteam består i de fleste tilfeller av 2-3 operasjonssykepleiere, 1 anestesisykepleier, 2-3 kirurger og 1 anestesilege. Operasjons- og anestesisykepleiere er begge grupper av sykepleiere med halvannet års videreutdanning, hvor opptak til studiet krever minimum to års klinisk erfaring. Assistentlege kirurgi eller anestesi er leger med ulikt erfaringsnivå, som enda ikke har valgt sitt spesialområde, mens overleger har spesialisering og mange års klinisk erfaring innen sitt område.

Sammensetningen av teamet er illustrert ved hjelp av modellen nedenfor:



Modell 2:1 Sammensetning av operasjonsteamet

Modell 2:1 viser at det er en skjev fordeling av antall representanter i teamet fra de ulike profesjonene; anestesisykepleier og - lege jobber oftest alene, mens operasjonssykepleiere og kirurger har større representasjon i teamet.

De ulike profesjonsgruppene deltar med sin unike kompetanse i teamarbeidet. Arbeidet med operasjonspasientene starter fra de ankommer det såkalte sengeventerrommet, et stort rom hvor alle operasjonspasienter ligger før de tas inn på operasjonsstuen. Her tas de imot og undersøkes, før de føres videre inn på selve operasjonsstuen. Dette utføres i hovedsak av anestesi- og operasjonssykepleier sammen. Operasjonssykepleier har videre ansvar for klargjøring av pasienten, som steril vask og tildekking, mens anestesisykepleier har gjort forberedelser til narkosen: at pasienten skal oppleve et smertefritt inngrep. Hvorvidt

anestesilege deltar under innledning og gjennomføring av narkosen avhenger av pasientens tilstand. Når pasienten er klargjort ankommer kirurgene for å utføre det operative inngrep. Denne arbeidsprosessen er ganske lik uavhengig av hva slags operasjon som skal gjennomføres. Det er altså mange mennesker som omgir den enkelte pasient, og det kreves derfor god organisering, koordinering og styring.

Operasjons- og anestesisykepleierne, samt anestesilegene er ansatt ved operasjonsavdelingen. Kirurgene er derimot ansatt i seksjon tilhørende sin spesialitet i kirurgisk avdeling. Dette organisatoriske forholdet vil også kunne påvirke samarbeidet, idet ledelse og ressurstildeling vil være forskjellig.

Den senere tid er det fra sykehusledelsens side satt skarpt fokus på tidsbruk og effektivitet i operasjonsavdelingen. Det settes opp mål for når pasienten skal være «knivklar», det beregnes tidsbruk i alle ledd av operasjonsprosessen ved hjelp av digitalt dokumentasjonssystem. Dette er også en faktor som medfører et stressmoment i hverdagen, som også danner utgangspunkt for teamets kontekst.

2.2.1 Formelle møteplasser

Den eneste formelle møteplass for hele operasjonsteamet er i det pasientrettede arbeid inne på operasjonsstuen. Teamene ved operasjonsavdelingen er ikke stabile, de varierer fra dag til dag. Dette stiller også krav til den enkeltes evne og vilje til å samarbeide. Operasjonsavdelingen er inndelt i seksjoner, for eksempel gastrokirurgi, ortopedi eller karkirurgi. Flesteparten av operasjonssykepleierne er seksjonert, det vil si at de har hovedtyngden av sine arbeidsdager på en bestemt seksjon, med tilhørende inngrep og kirurger. Dette medfører økt sannsynlighet for samhandling mellom de faste, hvilket igjen kan medføre at teamfølelsen styrkes mellom dem. Anestesipersonellet ruller mellom alle seksjonene og vil ikke oppleve dette i like stor grad.

De ulike aktørene har ulik deltagelse i den formelle samhandlingen med pasienten inne på operasjonsstuen. Det er i hovedsak operasjonssykepleier og anestesisykepleier som samarbeider gjennom hele operasjonsforløpet.

Medlemmene av teamet har også ulik deltagelse på formelle møteplasser utenfor operasjonsstuen. Anestesisykepleier og anestesilege samarbeider for eksempel i hjerte-lungeredningsteam og ved anestesi på andre avdelinger. Anestesilege og kirurg samarbeider også om pasienter inne på intensivavdelingen. Leger er den gruppen som i størst grad samhandler med andre representanter fra teamet også utenfor operasjonsavdelingen.

2.2.2 Uformelle møteplasser

De ulike faggruppene har jevnlig undervisningsdager og personalmøter, men felles uformelle møter mellom alle gruppene forekommer sjelden eller aldri.

Anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne har sitt daglige virke inne i operasjonsavdelingen, og får av den grunn anledning til flere uformelle møter pga deres fysiske nærhet. Det er i tillegg den senere tid startet opp med felles møtetid for anestesi- og operasjonssykepleiere hvor ulike tema diskuteres.

Det er et felles pauserom i avdelingen, men kirurgene sitter sjelden her. Anestesilegene og kirurgene har oppgaver også utenfor avdelingen, og kommer ofte ikke til operasjonsstuen før pasienten ligger på operasjonsbordet.

Sykepleiere er altså den gruppen som i størst grad har uformelle møteplasser med hverandre. Samarbeidet i hele teamet dreier seg hovedsakelig om det som skjer under selve operasjonen.

2.3 Oppsummering

Operasjonsteamet er sammensatt av medlemmer med spesifikk kompetanse som utfyller hverandre. De ulike grupperes representasjon og stabilitet i teamet er ulik. Det er også et skjevt forhold mellom formelle og uformelle møteplasser blant de ulike medlemmene av operasjonsteamet. Kirurgene og anestesilegene har i hovedsak kun formelle møteplasser med medlemmene av teamet, mens sykepleierne i større grad har uformelle møter seg imellom.

Sterk differensiering mellom de ulike yrkesgruppene innebærer et potensial for destruktive konflikter. Konfliktpotensialet er større i tverrfaglige team som operasjonsteamet, hvor medlemmene i stor grad identifiserer seg med sine ulike profesjonsgrupper.

Lauvås & Lauvås (2004) sier at vellykket teamarbeid er avhengig av at organisasjonen er lagt til rette for en slik organisering, og av at man får støtte fra ledelsen. Det kreves frigjøring av tid til drøftinger og samarbeidsøvelser. Teamet har behov for å konfrontere sin egen risiko for arronganse, selvtilfredshet og underliggende konflikter (Lauvås & Lauvås 2004, s.201). De formelle møtene i operasjonsteamet dreier seg om pasientbehandling, som ikke gir rom for diskusjon og evaluering i større grad.

Å kombinere kompetanse på tvers av profesjonene er grunnlaget for godt tverrfaglig samarbeid. Den ulike fordeling med tanke på møteplasser som gir rom for konfliktløsning utgjør en kontekstuell utfordring i forhold til dette.

3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

De utfordringer som er presentert i forhold til det å skulle samarbeide som et tverrfaglig team viser at godt samarbeid kan være vanskelig å få til. Viktigheten av godt samarbeid er påvist gjennom forskning. I ulike sammenhenger kan det synes lett å påpeke utveier når man finner at det er vanskelig å få til tverrfaglig samarbeid fordi forhold innad i organisasjonen står i veien. Likevel kan det være vanskelig å få til en endring i praksis (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 208).

I følge Lauvås & Lauvås (2004) finnes det tre aspekter ved organiseringen av praksis som skaper problemer; måten den vertikale organiseringen er utformet, utfordringer på grunn av det byråkratiske system og det at organisasjonene er bygd opp etter fag- og profesjongrenser. Profesjongrenser er kjernen til de fleste av utfordringene som møter et tverrfaglig team. Profesjonsinndeling setter rammene for den organisatoriske oppbyggingen. Den vertikale organisering utformes både av profesjonenes arbeidsfunksjoner og av deres ansvarsforhold.

Denne studien søker å kartlegge hvilken opplevelse de ulike medlemmene av operasjonsteamet har av det tverrfaglige samarbeidet, samtidig som den søker å belyse årsaksforklaringer til eventuelle ulikheter i opplevelsen. I det følgende vil jeg presentere profesjonsteoretiske, organisasjonsteoretiske og kommunikasjonsteoretiske faktorer som kan bidra til å belyse problemstillingen.

3.1 Profesjonsteoretiske perspektiver på samarbeid i operasjonsteamet

Tradisjonelt sett har de ulike yrkesgruppene knyttet til den medisinske profesjon vært underordnet legene. Legenes overordnede og ofte dominerende stilling kunne lenge legitimeres ved at de var den eneste gruppen som hadde universitetsutdannelse. Annet helsepersonell gjennomgikk yrkesrettede utdanninger ved skoler og seminarer, som ofte var etablert av leger (Freidson, 1986). Fra slutten av 60- tallet så man i samfunnet en tydelig økning i antall som tok høyere utdanning. Mange yrkesutdanninger ble løftet fra videregående skole til høyskolenivå. Det er en internasjonal trend at skillet mellom høyskoler og universitet blir stadig mindre (Smeby, 2008).

Operasjonsteamet består av ulike grupper helsepersonell som danner utgangspunkt for det tverrfaglige samarbeidet. Overordnet kan man si at teamet består av to hovedgrupper: leger og sykepleiere. Kjennetegnet ved begge disse gruppene er at de har høyere utdanning som oppfyller visse kriterier for at gruppen kan betegnes som en profesjon. Til tross for at det ikke finnes noen enhetlig allment akseptert definisjon av begrepet profesjon kan man som en sammenfatning si at et profesjonelt yrke har følgende kjennetegn:

- Det krever langvarig og spesifikk utdanning fra universitet og høyskole
- Praktiske ferdigheter overleveres fra erfarne kolleger
- Det har offentlig godkjenning og beskyttet tittel
- Yrket har spesielle rettigheter og relasjon til det offentlige
- En sterk fagforening overvåker yrkesutøvelsen gjennom et faglig / etisk regelverk

(Molander & Trenum, 2008; Flermoen, 2004; Smeby, 2008)

Med utgangspunkt i de ovenfornevnte punkter er det slik at både sykepleiere og leger har spesifikk utdanning som fører frem til en offentlig godkjent yrkestittel. Utdanningen setter dem i stand til å utføre sitt arbeid i operasjonsteamet. Deres oppgaver og myndighet er regulert i lovverk (Helsepersonelloven, 2001), yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011; Den norske legeförening, 2008) og deres respektive funksjonsbeskrivelser. Disse forhold medfører at begge yrkesgrupper i operasjonsteamet kan defineres som profesjonelle.

3.1.1 Historisk utvikling av forholdet lege - sykepleier

Det finnes mange modeller for interprofesjonelt samarbeid mellom leger og sykepleiere, og modellene er endret over tid. I 1967 beskrev Stein forholdet lege - sykepleier som et kommunikasjonsrom hvor sykepleieren indirekte påvirket den kliniske beslutningsprosessen uten å delta i en åpen og likeverdig diskusjon. Legen ble sikret kunnskaper gjennom sykepleieren uten å «tape ansikt», mens sykepleieren fikk en følelse av økt profesjonell selvfølelse.

The American Nurses Association (ANA) mente i 1995 at sykepleiere må bli verdsatt mer som kollegaer for legene med en klar ekspertise på mange områder, der det ikke alltid er behov for legeovervåkning. The American Medical Association (AMA) mente at leger og sykepleiere skal jobbe sammen, men at legen fortsatt skal være lederen siden de har mer trening og ekspertise. Konklusjonen var at leger ikke var klar for å gi opp deres «rett på» områder innen pasientbehandling og pleie (jfr jurisdiksjon), likesom sykepleierne ikke var villig til å overgi noe av sin praksis til ikke-autorisert personell (Avery, 1995).

I 1997 argumenterte Svensson for en modell hvor beslutningene skulle tas i en åpen forhandlingsprosess. Sykepleieren skulle ha mulighet til å skape sin egen posisjon i kraft av sine observasjoner og erfaringsbaserte kunnskaper. Han mente at sykepleieren, som den som har kontinuerlig kontakt med pasienten, kunne opparbeide seg dypere innsikt i pasientens situasjon enn det leger hadde mulighet til.

Allan (1997) fant etter observasjoner og intervjuer i sykehusmiljø at den endrete rollefordeling mellom sykepleiere og leger stammet fra ledelsens ønske om å begrense utgifter og minske arbeidsbelastningen på legene. Teori viste til at sykepleiere oppga forskjell i makt som et hinder for samarbeid med leger (Baggs & Schmitt, 1997).

3.1.2 Profesjonelt arbeid

Begrepet profesjon gir en felles forståelse av en forventning fra omgivelsene i forhold de ferdigheter og den kompetanse den enkelte profesjonsgruppe skal inneha. Samtidig konstrueres det også noen grenser og krav om opprettholdelse av en eksistensberettigelse når det brukes av en profesjonsgruppe. Begrepet profesjon omfatter selvstendighet og autonomi, et institusjonalisert sett av plikter og rettigheter. Begrepet innebærer også et performativt aspekt: Til den enkelte profesjon hører spesifikke arbeidsoppgaver og handlinger; det være seg tjenester, pasientsituasjoner, ansvarsforhold eller kunnskap som er særegne for profesjonen. Profesjonene har selv mandat til å definere hva som er dårlig og god utøvelse av det aktuelle yrket (Molander & Trenum, 2008).

I følge Abbott (1988) består profesjonell praksis i teorien av tre handlingstrinn: diagnose, behandling og inferens eller vurdering:

Å stille *diagnose* på et problem vil si å tillegge det en profesjons subjektive begreper. Informasjon hentes inn i profesjonens kunnskapssystem og fortolkes og klassifiseres i henhold til dennes begreper. I denne prosessen reduseres problemets egenskaper, slik at bare informasjonen som regnes som relevant i kunnskapssystemet beholdes.

Ved *behandling* av et problem hentes instruksjoner ut av profesjonens kunnskapssystem. Behandling, i likhet med diagnose, baserer seg på et klassifikasjonssystem unikt for profesjonen. Systemet som brukes ved behandling skiller seg som regel fra diagnostiseringssystemet. Ofte kan selve behandlingen settes bort til underordnede. Behandling tar likevel utgangspunkt i den diagnosen som ble satt i utgangspunktet. I siste ledd er det leger som avgjør hvilken behandling som skal iverksettes.

Inferens er resonnering og refleksjon som gjøres i tidsperioden mellom diagnose og endelig behandling. Graden av inferens varierer fra tilfelle til tilfelle. Regelen er at når koblingen mellom diagnose og behandling er uklar, brukes mye inferens. Inferens er den måten profesjonen forstår og løser problemene på, dens kunnskapssystem, og er en del av profesjonens utdanning. Inferens kan utøves ved eksklusjon eller konstruksjon. Medisin benytter i stor grad eksklusjon, som betyr at forskjellige typer behandling prøves for å se resultatene av dem. Dette kan være en del av diagnostiseringen.

En profesjon med en lav grad av inferens utfører rutineoppgaver. Arbeidsoppgavene har liten beskyttelse mot angrep fra andre yrkesutøvere. Tilsvarende vil en profesjon med høy grad av inferens ha problemer med å legitimere sin tilnærming til problemene i den offentlige meningsdannelsen (Abbott, 1988, p. 51).

I de fleste profesjoner er det praktiske arbeidet knyttet til et formelt kunnskapssystem. Det er dette kunnskapssystemet som benyttes ved inferens. Abbott (1988) sier at det kan være stor forskjell mellom den akademiske kunnskapen og den praktiske yrkesutøvelsen. Arbeidet med operasjonspasienten medfører stor grad av inferens idet man i forkant av en operasjon ikke kan si hvilke forhold som foreligger inne i pasienten, og hvordan den enkelte reagerer fysiologisk på medikamenter og behandling.

Den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Det akademiske kunnskapssystemet er i følge Abbott (1988) så idealisert og abstrakt at det ikke alltid egner seg direkte for praktisk bruk. Det akademiske kunnskapssystemet har tre hovedformål:

- Den akademiske kunnskapen benyttes til å legitimere profesjonens arbeid ved å knytte det til positivt ladete kulturelle verdier, som for eksempel vitenskap og rasjonalitet
- Den akademiske sektoren utvider profesjonens kunnskapssystem ved forskning og utvikling av nye diagnose-, behandlings- og inferensmetoder
- Opplæring av nye profesjonsutøvere foregår i den akademiske sektoren

Et viktig aspekt ved det profesjonelle arbeid er altså profesjonens selvstendighet under anvendelsen av kunnskap i arbeidsprosessen. Den profesjonelle arbeidstakeren har kontroll over arbeidssituasjonen og står ansvarlig for utfallet av de valg som er tatt i prosessen (Abbot, 1988). Leger og sykepleiere er profesjoner med høyt kvalifisert kunnskap på ulike nivå, som setter dem istand til å utøve profesjonell praksis i ulike handlingstrinn. Ulik deltagelse i de nevnte handlingstrinn, og forskjellig akademisk kunnskapssystem vil kunne påvirke den opplevelsen den enkelte har av det tverrfaglige samarbeidet.

3.1.3 Jurisdiksjon

Den mest sentrale egenskapen ved en profesjon er altså kontroll over kunnskap og dens anvendelse. Andrew Abbott (1988) bruker begrepet jurisdiksjon om en profesjons kontroll over et yrkesområde og de ulike arbeidsoppgavene tilknyttet dette. Utviklingen av profesjoner er i følge Abbot (1988) et resultat av årelang konkurranse og kamp om jurisdiksjon. Krav om jurisdiksjon over arbeidsområder kan framsettes på forskjellige arenaer, som i det offentlige rom, i lovverk eller på arbeidsplassen. De klareste jurisdiksjonene har profesjonene med beskyttelse i lovverket, slik som autorisasjons- og lisenseringsordninger, og beskyttede titler.

De ulike profesjonsgruppene i operasjonsteamet er alle autoriserte eller lisenserte og regulert i Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Muligheten til en profesjon til å opprett-

holde jurisdiksjon ligger delvis i makten og prestisjen som ligger i dennes akademiske kunnskap. Overført på operasjonsteamet betyr dette at de ulike medlemmene, med utgangspunkt i grad av jurisdiksjon, vil ha ulik makt og mulighet til å bestemme over arbeidsprosessen.

Jobb autonomi er et begrep Karasek (1979) benytter for å beskrive ansattes evne eller mulighet til å ta avgjørelser knyttet til den arbeidsprosessen man er del av. Karasek (1979) har også utarbeidet en anerkjent modell over stress i arbeidslivet. Kjernen i modellen «job demands-control» er at kontroll veier opp for økt arbeidsbelastning i jobb-relaterte prosesser. Stor arbeidsbelastning blir ansett å øke opplevelsen av stress, mens jobb autonomi anses å redusere denne.

Karaseks modell bygger på tre hypoteser. Den første hypotesen tar utgangspunkt i at økt arbeidsbelastning korrelerer med en sterkere opplevelse av stress. Ved økt følelse av autonomi i arbeidsprosessen vil opplevd stress reduseres, hvilket er hypotese nummer to. Til sist sier Karaseks modell (1979) at arbeidsbelastning og jobb autonomi har en synergistisk sammenheng. I dette legger han at autonomi fungerer som «en buffer» på arbeidsbelastning.

Forholdet som eksisterer mellom økt arbeidsbelastning og opplevd stress blir mindre fremtredende ved økt opplevelse av autonomi. Autonomi i arbeidssituasjonen kan også i følge hypotesen øke den ansattes tilfredshet i arbeidet, og sette den ansatte i stand til å delta i utfordrende oppgaver og lære nye ferdigheter.

Sett i sammenheng med Abbots teori (1988) vil leger i kraft av høyere grad av jurisdiksjon i arbeidet ha en større grad av autonomi, og oppleve mindre grad av stress ved økende arbeidsbyrde. Opplevelsen av stress kan i neste omgang påvirke den opplevelsen den enkelte har av samarbeidet.

3.1.4 Sosialiseringprosesser

Kvalifisering for profesjonell yrkesutøvelse handler i følge Molander og Trenum (2008) om læring av kunnskaper og ferdigheter i kombinasjon mellom skolebasert utdanning og fastsatt yrkespraksis. Kvalifiseringsprosessen til en profesjon innebærer også en form for sosialisering. Prosessen involverer hele personen og den konteksten som den profesjonelle står i. Det skjer en transformasjon fra individuell til kollektiv aktør. I hvor sterk grad en er orientert mot den kollektive identiteten vil variere. Kollektiv identitet handler om felles symboler og felles symbolikk, som skaper forestillinger om hvordan ting bør være og hvordan ting skal gjøres. Det er et klart skille mellom kollektiv og personlig identitet (Molander & Trenum, 2008, s.323).

Profesjonsidentitet er et eksempel på kollektiv identitet, og profesjonene selv kan i ulik grad evne å skape profesjonsidentitet blant sine medlemmer. Yrkessosialisering starter i utdanningen ved at man gjennom teori føres inn i et tankemønster og et felles språk. Profesjonsutdanningene har også en praksisdell, slik at i tillegg til formidling av fagbasert kunnskap så føres studentene også inn i en profesjonskultur som allerede kan inneha en etablert forståelse av virkeligheten.

Profesjonene i operasjonsteamet er sterkt orientert mot den kollektive identiteten. Deltagelsen i teamet baserer seg på profesjonens rolle, som «kirurg», «anestesilege», «anestesisykepleier» eller «operasjonssykepleier». Profesjonene bruker symbolikk og faguttrykk som er særegne for sin gruppe, og har i stor grad en felles overordnet tanke om hvordan og i hvilken rekkefølge ting skal gjøres.

Strandvåg (2009) fant i sitt masterprosjekt at for sykepleiere og leger kan det virke som utdanningssituasjonene gir dem ulikt utgangspunkt for samarbeid. Det hierarkiske tankesettet med «lege på topp» er i følge Strandvåg i endring, men uttalelser hun fant i intervjuer tolkes slik at dette tankesettet allikevel eksisterer på sykehuset i dag. Profesjonsidentitet virker inn på samarbeid, men ikke ut fra en tradisjonell oppfatning av hvor grensene mellom profesjonene går. Resultatene fra Strandvåg sin studie viste at personlige egenskaper i samarbeidsrelasjonene har større innvirkning på samhandlingen enn hvilken profesjon den enkelte tilhører. Den individuelle identiteten for en profesjonsutøver synes altså i følge denne studien å være sterkere enn den kollektive identiteten.

I hvilken grad det enkelte teammedlem er sosialisert inn mot sin profesjonsgruppe og i hvilken grad en deltar som individuell eller kollektiv aktør, vil påvirke oppførselen til den enkelte, og også opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet.

3.1.5 Oppsummering

Oppbygningen av operasjonsteamet med flere profesjonsgrupper er utslagsgivende for aktørenes oppførsel og opplevelse av samarbeid. Både leger og sykepleiere er profesjonelle utøvere med kunnskap og kompetanse på høyt nivå.

Med utgangspunkt i den historiske utviklingen av profesjonenes roller og samhandlingen dem imellom blir det tydelig at legene fremdeles innehar en høyere grad av jurisdiksjon over medisinskfaglig arbeid. Leger har mer makt i profesjonell praksis idet det er de som stiller diagnoser, avgjør behandlingstype og utøver inferens via eksklusjon eller konstruksjon. De har størst grad av kontroll over arbeidsprosessen, men er også de som ofte blir holdt ansvarlig for utfallet. Disse forhold eksisterer også i operasjonsteamet: kirurgen avgjør hva pasienten skal opereres for, når og hvordan. Anestesilegen bestemmer metode for anestesi. Det at legene har større grad av jurisdiksjon i arbeidet med operasjonspasienten, og oftere kan ta avgjørelser medfører at gruppen har mer autonomi i arbeidsprosessen. Dette vil igjen kunne føre til en mer positiv opplevelse av arbeidshverdagen, og mindre opplevelse av stress. Dette vil igjen medvirke til diskrepans i opplevelsen av hvordan samarbeid fungerer.

Ved utvikling av en kollektiv identitet som profesjonsidentiteten vil de ulike profesjonsgrupper ta i bruk felles symbolikk, som skaper forestillinger om hvordan ting bør være og hvordan ting skal gjøres. Dette vil igjen påvirke opplevelsen av tverrfaglig samarbeid, idet de ulike gruppene vil ha ulik oppfatning av hvordan ting bør være. Et eksempel på det er at sykepleiere beskriver samarbeid som at deres innspill blir respektert, mens legene beskriver det som at sykepleierne fanger opp deres behov og følger instruksjoner (jfr. Carney et al., 2010). Operasjonssykepleiere definerer sitt hovedansvar som å «ikke gjøre kirurgen opprørt» eller «gjøre kirurgen fornøyd»... (Flin & Mitchell, 2009).

Utviklingen av samarbeidet mellom leger og sykepleiere viser at til tross for en tanke om at utjevning av hierarkiske forhold vil bedre samarbeidet, så eksisterer denne maktubalansen fremdeles. Dette systemet er altså utgangspunkt for det tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleiere og leger.

Inntill ganske nylig ble det kirurgiske utfallet vurdert utfra pasientens tilstand og kirurgens ekspertise og evner. Dette har de siste år blitt utvidet til også å omfatte kirurgens tekniske, kognitive og «oppførselsmessige» evner, operasjonsomgivelsene og tverrfaglig samarbeid på operasjonsstuen. Denne utviklingen kan bidra til å sette samarbeidet i operasjonsteamet i et annet lys. Profesjonsinndelingen danner også utgangspunkt for selve organiseringen av operasjonsteamet:

3.2 Organisasjonsteoretisk perspektiv på samarbeid i operasjonsteamet

Opplevelsen den enkelte har av tverrfaglig samarbeid vil også påvirkes av hvordan teamet er organisert. Den organisasjonstilknytningen folk har og den organisasjonsmessige konteksten de fungerer innenfor, vil påvirke deres tenkemåter og adferdsmønstre, og dermed innholdet i den offentlige politikken (Christensen, Lægred, Roness & Røvik, 2009).

Sykehuset som organisasjon kan deles inn i en formell struktur basert på vedtatte mål, regelverk, organisasjonskart og stillingsinstruksjoner. Den uformelle strukturen baserer seg på verdier, vaner og adferdsmønstre som organisasjonsmedlemmene har. Organisasjonsstrukturen har en stabiliserende effekt på adferd idet den ansatte vet hvilken stilling han / hun er ansatt i og hvilke arbeidsoppgaver dette omfatter. Dette kan bidra til å skape regularitet og forutsigbarhet. I tillegg har dette en begrensende virkning idet den ansatte ikke kan velge oppgaver etter eget forgodtbefinnende. Strukturen virker i følge Flermoen (2004) også koordinerende ved hjelp av en formell organisasjonsplan, prosedyrer, regler og rutiner. Samarbeid innad i en organisasjon dreier seg altså om samspill både mellom organisasjon og individ, og mellom individ og individ.

Det finnes en mengde litteratur som beskriver oppbygning og definisjon av organisasjoner (Bolman & Deal, 2004; Crozier, 1964; Grund, 2006; Mintzberg, 1979; Mintzberg, 1983; Schultz, 1984). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Henry Mintzberg (1983) sin modell, siden

den slik jeg ser det kan beskrive oppbygningen av sykehuset generelt og operasjonsavdelingen spesielt.

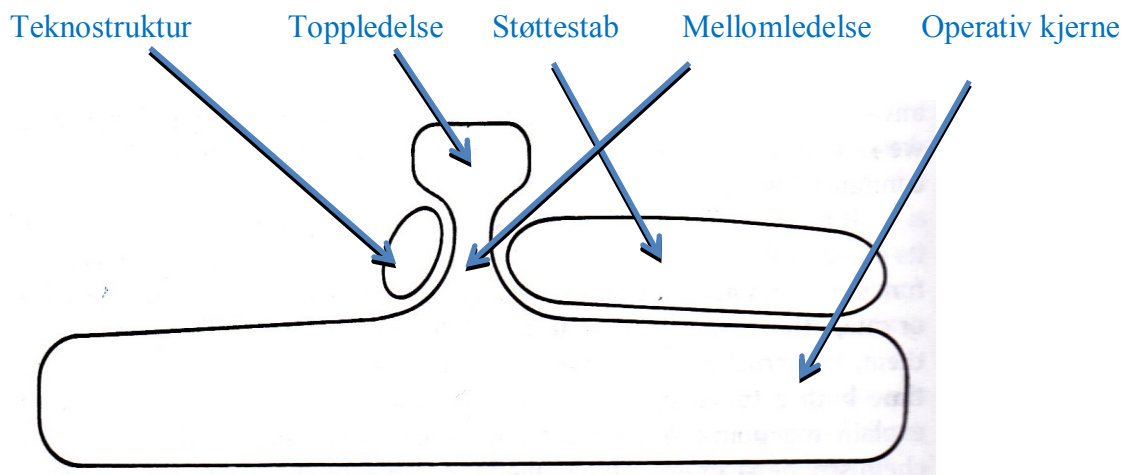
3.2.1 Profesjonsbyråkratiet

Det sentrale tema i Mintzbergs teori fra 1983 (p.p.1-23) er at organisasjoner er bygget opp av fem elementer og tar i bruk fem ulike kordinasjonsmekanismer som kan forklare de fleste av de forhold som får effektive organisasjoner til å strukturere seg som de gjør. Disse elementene og mekanismene kan benyttes til å beskrive ulike organisasjonsformer, avhengig av hvordan disse faktorene er dimensjonert. De fem organisasjonsformene som benevnes i Mintzbergs teori (1983, p.153) er:

- Enkel organisasjon
- Maskinbyråkratiet
- Profesjonelt byråkrati
- Divisjonaliserte organisasjoner
- Adhokratiet

Profesjonsbyråkratiet er modellen med størst grad av samsvar i forhold til helseforetaket og operasjonsteamets kontekst. Dette består i følge Mintzberg av profesjonelle medarbeidere med høy kompetanse som har betydelig kontroll over sitt eget arbeid. Profesjonell kontroll over arbeidet kjennetegner sykehuset som organisasjon generelt, og operasjonsavdelingen spesielt. Man standardiserer ferdigheter og vet gjennom disse hvordan man skal forholde seg til sine kollegaer.

Mintzberg beskriver fem grunnleggende funksjonselementer som en organisasjon består av. De ulike funksjonselementene vil ha ulik størrelse og makt i de ulike organisasjonsformene:



Modell 3:1 Profesjonsbyråkratiet

(Mintzberg, 1983, s. 194)

Modell 3:1 viser at profesjonsbyråkratiet har en flat struktur med en svært liten teknostruktur, liten toppleidelse, en «tynn» mellomledelse og en moderat støttestab. Profesjonsbyråkratiet innebærer at den operative kjerne er dominerende.

I et profesjonsbyråkrati er det ofte en liten og lite kraftfull ledelse. Det kan stilles spørsmål om så er tilfelle ved sykehuset. Men siden organisasjonen er helt avhengig av kompetansen og ferdighetene til ekspertene, er det de som har den egentlige makten (Busch & Vanebo, 2000). Sykehuset er fullstendig avhengig av de profesjonelle for å kunne behandle pasienter.

Representanter for de ulike medlemmene av operasjonsteamet kan finnes igjen i flere ulike funksjonselement:

Det første funksjonselementet er produksjonskjernen, eller den operative kjerne. Denne består i følge Mintzberg (1983) av de personer som utfører det grunnleggende arbeidet som er direkte relatert til produksjon av tjenester: de profesjonelle som arbeider med pasientene. I operasjonsavdelingen vil dette dreie seg om de beskrevne medlemmene av operasjonsteamet.

Det andre element er toppleidelsen, som har det overordnede ansvaret for organisasjonen. I dette caset dreier toppleidelsen seg om sykehusdirektøren med sine divisjonsdirektører.

Oppgaven til toppleidelsen er å sikre løpende drift, og gjennom utviklingsledelse og strategisk ledelse sørge for at eksistensgrunlaget blir opprettholdt og vedlikeholdt. Samtidig skal de ivareta interessene til de personer eller grupper som kontrollerer eller på annen måte har makt

over organisasjonen (regjering, stat, helseregion, fagforeninger). Divisjonsdirektørene er i hovedsak representanter fra legegruppen.

Mellomledelsen som tredje funksjonselement, er bindeleddet mellom toppledelsen og produksjonskjernen. Mellomledelsen i sykehuset søker oppnåelse av målsetninger for operasjonsavdelingen. Mellomledelsen vil i motsetning til toppledelsen arbeide for å overføre noe beslutningsmyndighet hit. Avdelingsledere for anestesivdeling og operasjonsavdeling er del av mellomledergruppen. I aktuelle organisasjon er disse sykepleiere i utgangspunktet. Kirurgene er representert med seksjonsledere eller overleger ved sin seksjon, og kan også defineres som del av mellomledelsen.

Teknostrukturen som funksjonselement består av analytikere som har som oppgave å effektivisere den daglige driften og tilpasse organisasjonen til endringer i omgivelser og miljø. I sykehuset vil dette dreie seg om for eksempel Forsknings- og Utviklingsavdelingen (FOU) som utvikler standarder for arbeidet. Legegruppen er også sterkt representert i teknostrukturen ved sykehuset.

Til sist beskriver Mintzberg støttestaben, som består av spesialiserte enheter som skal støtte organisasjonen og dens operative arbeidsflyt. I operasjonsavdelingen vil dette være renholdere og hjelpepleiere, samt for eksempel sterilsentral. Støttestaben ønsker mest mulig samarbeid, da dette vil øke deres muligheter for koordinering med andre avdelinger. Mintzberg hevder at hver av disse delene vil forsøke å trekke organisasjonen i hver sin retning for å styrke sin egen posisjon.

I en organisasjon som profesjonsbyråkratiet vil kunnskap være makt. Mintzberg (1983, p.192) uttrykker : the Professional Bureaucracy emphasize authority of a professional nature- the power of expertise. Makten ligger i det faktum at arbeidet til den profesjonelle er for komplekst til å skulle styres eller standardiseres av ledelsen. I tillegg er etterspørselen etter spesialistens tjenester stor, slik at dersom han / hun ikke føler den autonomi han / hun ønsker er fristelsen stor til å «bytte beite». Ved aktuelle helseforetak gjelder dette i utstrakt grad legegruppen, og da spesielt kirurger.

Det Mintzberg også sier kjennetegner et profesjonsbyråkrati, er at de profesjonelle ikke bare har kontroll over eget arbeid, men også søker kollektiv kontroll over de administrative avgjørelser som påvirker dem. Dette gjelder i sykehuset ved for eksempel ansettelse av nye

kirurger eller ressursfordeling mellom de ulike seksjonene. De profesjonelle synes å ønske å bli «latt i fred» for å praktisere sitt yrke. Likevel er de avhengig av en effektiv ledelse siden ledelsen i disse organisasjonene bruker mye tid på å håndtere forstyrrelser i strukturen og finne løsninger på problemer. I tillegg fungerer ledelsen som bindeledd til organisasjoner utenfor, slik som pasientorganisasjoner og helsedepartement.

De forskjellige aktørgruppene i profesjonsbyråkratiet søker alle å maksimere sin innflytelse på egne arbeidsforhold og på organisasjonen som helhet. De ønsker makten dit de selv sitter, innenfor de rammer de selv kontrollerer. Den enkeltes ønske om å maksimere sin innflytelse kan bunne i et ønske om å utvide gruppens ressurser innenfor det samlede budsjett, å kunne prege strategiske beslutninger og å oppnå personlige og gruppevise belønninger i form av status og prestisje. Den representasjon de ulike gruppene har i en profesjonsbyråkratisk modell vil påvirke den opplevelsen de har av tverrfaglig samarbeid.

3.2.2 Koordinasjonsmekanismer

For å skape en sammenheng mellom de enkelte personene som skal utføre oppgavene i organisasjoner presenterer Mintzberg fem mekanismer han kaller koordinasjonsmekanismer (Mintzberg, 1983, p.p. 3-9): *Gjensidig tilpasning, direkte overvåkning, standardisering av arbeidsprosesser, standardisering av arbeidsresultat (output) og standardisering av faglig kunnskap eller kompetanse*. Mintzberg påpeker at mekanismene handler like mye om kontroll og kommunikasjon som koordinasjon. De enkelte mekanismene kan delvis erstatte hverandre. Ingen organisasjon baserer seg på en enkelt av disse, og de fleste organisasjoner benytter seg av en blanding av alle fem. I operasjonsteamet benyttes til en viss grad også flere av disse koordinasjonsmekanismene:

Gjensidig tilpasning benyttes ved at personene som er involvert i en situasjon avklarer forhold seg i mellom mens de utfører arbeidet. Et profesjonsutøver vs pasient forhold vil avhenge av en sterk grad av profesjonell autonomi, i kontrast til gjensidig tilpasning. Arbeidsprosessen koordineres derimot gjennom uformell, informativ kommunikasjon. Dette kjennetegner samarbeidet i et operasjonsteam idet situasjonen avgjør til en viss grad hvem som utfører hva i hvilken rekkefølge, hvilket utstyr man benytter og fremgangsmåten. Dette gjelder spesielt samarbeidet mellom de ulike kirurgene, de ulike operasjonssykepleierne og mellom

anestesisykepleier og anestesilege.

Standardisering av arbeidsprosessen er den andre koordineringsmekanismen som til dels er i bruk i operasjonsteamet. Dersom en arbeidsprosess er standardisert foreligger det regler for hvordan arbeidet skal utføres; i hvilken rekkefølge, og på hvilken måte. Med andre ord definerer man hvordan arbeidsprosessen til personer som arbeider sammen skal være. Til en viss grad er de ulike arbeidsoppgavene til operasjonsteamet standardisert gjennom funksjonsbeskrivelser og prosedyrer. Det er likevel vanskelig å stole på en slik koordinasjonsmekanisme, idet arbeidsprosessene er så komplekse at de vanskelig lar seg standardisere av analytikere. Fagpersonene står gjerne fritt i operasjonsteamet i forhold til fremgangsmåte, til tross for at den overordnede «gangen» i det er satt. I stor grad er det leger som utarbeider standarder for arbeidet, siden det er de som står juridisk og medisinskfaglig ansvarlig for den totale pasientbehandlingen (Lov om helsepersonell, 2001). Det er også de som i størst grad er representert i ledelsen og i teknostrukturen; FOU-avdelingen. I operasjonsavdelingen vil dette også handle om hvem som avgjør hvilket utstyr man skal ta i bruk eller hvilke prosedyrer som skal benyttes ved de ulike inngrep.

Standardisering av kompetanse er den koordinasjonsmekanismen som Mintzberg (1983, p. 190) angir som den viktigste i profesjonsbyråkratiet. Dette setter han i sammenheng med dets design-parametre: trening og indoktrinering. Profesjonsbyråkratiet, som operasjonsteamet, ansetter profesjonelle med nødvendig erfaring og spesialitet, for så å gi dem betydelig kontroll over eget arbeid. I operasjonsteamet settes det kvalifikasjonskrav til personene som skal delta. Gjennom kvalifikasjonskravene standardiserer man hvem som får mulighet til å utføre arbeidet, og «oppfyllelse» av kravene kan skje gjennom utdanning eller arbeidserfaring. Mintzberg skriver at når en kirurg og en anestesilege møtes på operasjonsstuen er det knapt nødvendig å kommunisere, idet de vet nøyaktig hva de kan forvente av hverandre. Den standardiserte kompetansen tar hånd om koordineringen. Under en operasjon vil likevel samme inngrep kunne utføres på ulike måter og med ulikt utstyr avhengig av hvilken kirurg som utfører inngrepet. Det er krav til hvilken kompetanse den enkelte kirurg skal inneha for å kunne utføre inngrepet. Det finnes prosedyrer for hvilken kompetanse de ulike medlemmene av operasjonsteamet skal inneha, hva slags kompetanse som kreves til ulike inngrep og ulike oppgaver. Det finnes liten tvil om hvem som skal operere, hvem som skal vaske, dekke og håndtere utstyret og hvem som skal sørge for at pasienten ikke kjenner smerte og ubehag under inngrepet.

Profesjonsbyråkratiet koordinerer arbeidet via standardisering av ferdigheter og benytter seg av utdanning og trening. Det meste av den nødvendige koordinering mellom de profesjonelle blir avklart via standardisering av ferdigheter og viten, gjennom det de ulike aktørene har lært seg å forvente av sine kollegaer. Systemet fungerer fordi alle andre vet hva som foregår. Oppgavens kompleksitet sikrer likevel at mange selvstendige skjønn forblir hos den profesjonelle. I operasjonsteamet er alle klar over hvilke oppgaver de selv skal utføre. I hvilken grad de ulike koordineringsmekanismer fungerer godt vil påvirke opplevelsen av samarbeid i teamet.

3.2.3 Konsekvenser av organiseringen

En profesjonsbyråkratisk oppbygning vil medføre at det eksisterer to parallelle administrative hierarkier. Det at profesjonsgruppene har representanter i ulike element i organisasjonen vil sette premisser for arbeidet og samarbeidet. Den operative kjernes ønske om å kontrollere de administrative beslutningene som påvirker dem (jfr. Mintzberg, 1983) vil medføre at det ene hierarkiet, det profesjonelle, vil gå nedenfra og opp. Det andre, det administrative, vil gå ovenfra og ned for ledelse og støttefunksjoner. Dette medfører en utfordring når avgjørelser skal tas, idet de profesjonelle ofte vil ha andre interesser enn ledelse og støttestab. I tillegg vil det råde ulike interesser innad i profesjonene, og mellom de ulike profesjonsgruppene.

Strategi oppstår som summen av fagfolkenes initiativer samt eksterne faggruppers påvirkning. En felles strategi som begynner på toppen i en felles prosess er vanskelig å få til. Strategisk ledelse kan ved forhandlinger og forsiktige skritt utvikle organisasjonen i en ønsket retning, men det er vanskelig å gjøre de store grepene. Koordineringsproblemer kan oppstå, og gjenspeiles ofte i sterke faggrupper som slåss om ressurser og oppmerksomhet. Det vil være en utfordring å skape enighet om felles strategier.

Profesjonsbyråkratiet er demokratisk, idet det fordeler sin makt direkte til sine medarbeidere. Det gir de profesjonelle autonomi, samtidig med at det befri dem fra behovet for å koordinere i utstrakt grad med kollegaer innen egen profesjon. De profesjonelle har stor mulighet for å utvikle egne ferdigheter uten innblanding fra andre. Utfordringen med dette er at det blir mindre kontroll på arbeidet, mindre mulighet for å rette mangler og problemer de profesjonelle selv velger å overse. Det blir også vanskelig å håndtere profesjonelle som er

inkompetente eller uansvarlige. Selvstendig skjønn setter ikke bare de profesjonelle i stand til å ignorere pasienters behov, men også organisasjonens behov, idet man kanskje prioriterer hensyn til egen profesjon høyere.

De ulike aktørene i et profesjonsbyråkrati har ulik makt ved utøvelse av de ulike koordinasjonsmekanismene. Som Mintzberg (1983) hevder handler de like mye om kontroll og kommunikasjon som koordinering. Skjev påvirkningsmulighet medfører ulik mulighet til å kontrollere samarbeidet og til å sette fokus for kommunikasjonen, hvilket igjen vil påvirke opplevelsen av tverrfaglig samarbeid.

3.2.4 Oppsummering

Operasjonsteamet inngår i profesjonsbyråkratiets operative kjerne. Legegruppen har også i større grad representanter i flere ulike funksjonselement i sykehuset. Dette medfører at legegruppens representanter sitter på topp i det administrative hierarkiet, samtidig som gruppen selv er på topp i det profesjonelle hierarkiet. Siden leger i større grad er representert i ledelse og teknostruktur er det leger som utarbeider standarder for arbeidsprosesser og kompetanse. Dette medfører også at legene som oftest vil være seirende part i en kamp om ressurser.

Sett i sammenheng med grad av jurisdiksjon over medisinsk arbeid (jfr Abbot, 1988), har leger kontroll over de fleste av koordineringsmekanismene. Eksempler er situasjoner under en operasjon som krever gjensidig tilpasning, hvor kirurgen ofte vil sette forutsetningene. Anestesilegen har avgjørende myndighet når det gjelder valg av anestesimetode. Det eksisterer en skjev fordeling av makt i teamet. Det skjeve maktforholdet medfører ulik mulighet til å kontrollere samarbeidet og kommunikasjonen i teamet. Dette vil antagelig ha betydning for den opplevelsen den enkelte vil ha av det tverrfaglige samarbeidet.

3.3 Kommunikasjonsteoretisk perspektiv på samarbeid i operasjonsteamet

Som nevnt innledningsvis er det gjort mange undersøkelser som viser at svikt i kommunikasjon er en vanlig årsak til utilsiktet pasientskade, høyere dødelighetsrate blant pasienter, lengre sykehusopphold, mer postoperativ smerte og lavere funksjonsnivå blant pasientene (Carney et al., 2010; Mills et al., 2007). Undersøkelser viser at det ikke bare er opplevelsen av samarbeid som er forskjellig blant medlemmene i operasjonsteamet, men også opplevelsen av kvaliteten på kommunikasjonen (Mills et al., 2008; Carney et al., 2010).

En av hovedstyrkene til det tverrfaglige team anses å være den store mengden informasjon og kunnskap som de ulike profesjonsmedlemmene bidrar til. Kommunikasjonsfeil er blitt identifisert som hovedårsak til mer enn 60 prosent av alvorlige feil som ble rapportert til The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Rice 2009, p.181).

Argumentasjon, diskusjon, etisk dialog, ansvarsavklaring og oppmuntring krever tid. Det er per i dag ingen formelle møtepunkter hvor alle medlemmene av operasjonsteamet samles for felles diskusjon eller undervisning utenfor operasjonsstuen. Muligheten til kommunikasjon som fremmer og utvikler mellommenneskelige forhold er i større grad til stede sykepleiere imellom, enn mellom sykepleiere og leger. Mintzberg og Glouberman (2001) bruker begrepet «opening- up communication» om når teamdeltagerne møtes uformelt i gangen, på arrangerte teammøter eller samarbeidsmøter. Møtene gir tid til å planlegge, løse problemer og fatte vedtak. Operasjonsteamet trenger altså regelmessige møter og mulighet til å lære hverandre å kjenne, å få kjennskap til sine og andres forventninger og arbeidsoppgaver innenfor oppsatte mål. For å opprettholde kommunikasjonen bør man oppmuntre til samhandlingsprosesser, bidra med støtte og anerkjennelse, fremme refleksjon og deltakelse, tilrettelegge for tilgjengelighet, utvikle fleksibilitet, øke engasjementet og bygge tillit (Willumsen, 2009).

Dette er bakgrunnen for at kommunikasjonsteori er valgt som perspektiv på samarbeid i operasjonsteamet.

3.3.1 Kommunikasjon i det tverrfaglige team

Kommunikasjonen i et tverrfaglig team er sammensatt og kompleks. En undersøkelse gjennomført av Lingard et al (2002) viser til strategier bak kommunikasjonen for å oppnå egne mål samtidig som man forsøker å minimalisere spenninger og opprettholde det sosiale samholdet. Henneman et al (1995, s.106) oppgir tre grunner til at kommunikasjon er essensielt i forhold til det å skape godt tverrfaglig samarbeid:

- Det kreves at de profesjonelle forstår hvordan deres arbeid bidrar til utfall og resultater og vet hvordan dette skal kommuniseres til de andre profesjonelle i teamet
- Effektiv kommunikasjon tillater konstruktiv forhandling med andre profesjonelle
- Kommunikasjon er et verktøy for respekt og tillit

Kommunikasjon danner altså grunnlaget for en helhetlig forståelse av en situasjon, en mulighet for å fastsette arbeidsprosesser og opparbeide respekt og tillit. Sentrale kjennetegn ved kommunikasjon er også knyttet til kvalitet på feedback og uformell støtte i gruppen. Wheelan (2010) mener at regelmessig feedback om effektivitet og produktivitet er viktig for å fremme tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Ved å gi hverandre konstruktiv feedback på individuelle prestasjoner og bidrag hjelper teamet til å forbedre medlemmenes anstrengelser og dermed oppnå målene. Dette vil virke inn på ulike situasjoner og forhold, som eksempel hvordan de profesjonelle utveksler informasjon seg imellom.

Samarbeidskompetanse dreier seg om de ferdigheter og den kunnskap som behøves for å samspille, kommunisere og fungere sammen med andre (Berlin, Carlstrøm & Sandberg, 2009). Denne vil heves dersom teammedlemmene får økt kunnskap om hverandre og om de ulike spesialitetenes relasjon til helheten. Dette vil igjen fremme det tverrfaglige samarbeidet. Kommunikasjon kan benyttes som et verktøy for å utvikle felles kunnskap og kompetanse, felles mål og verdier. Det er viktig å utvikle egen spesifikk kompetanse og forståelse for hvordan denne relaterer til helheten. Økt fokus på kommunikasjon vil kunne bidra til økt forståelse for hverandre. Dette vil igjen prege opplevelsen av hvordan samarbeidet fungerer.

Lauvås & Lauvås (2004, s. 178) påpeker at det ikke nødvendigvis er mer kommunikasjon som er løsningen, men andre former for kommunikasjon. Kommunikasjonsprosessen i det tverrfaglige samarbeidet har i følge dem to hovedfunksjoner. Den ene er å gi relevant informasjon til de rette personer slik at faglig kunnskap kan integreres, og hensiktsmessige beslutninger treffes. Kommunikasjonen anses som et redskap for å virkeliggjøre målene. Men kommunikasjonen har også som oppgave å medvirke til en sosial interaksjon mellom deltagerne ved å formidle en tilpasning av holdninger, normer og adferd. På denne måten vil organisasjonen fungere som en sosial enhet.

Det er gjort mange studier på forskjellen mellom leger og sykepleiere på andre arenaer enn operasjonsavdelingen. Corser (2000) oppgir at fundamentale forskjeller mellom leger og sykepleiere er knyttet til status og autoritet, trening og praktisk erfaring, kjønn og ansvar for pasientens omsorgsbehov. Corsers review viser til at sykepleiere fokuserer på den sosiale historien til pasienten, at sykepleiere kan bli mer involverte med pasientene, at de fokuserer mer på omsorg enn behandling og tilbringer mer tid med pasientene i motsetning til legene. Som en videreføring av disse forhold viser teori til at leger og sykepleiere kan tillegges ulikt utgangspunkt basert på de to hovedfunksjoner kommunikasjon i følge Lauvås & Lauvås (2004) har: utveksling av informasjon eller *instrumentell* kommunikasjon og interaksjon eller *relasjonell* kommunikasjon:

3.3.2 «Instrumentell» kommunikasjon

Teori viser at leger med utgangspunkt i sin utdanning og sitt funksjonsområde har et annet fokus på kommunikasjon enn sykepleiere. Mintzberg og Glouberman (2001) deler i sin modell sykehus systemet i fire: Cure, Care, Control og Community, hvor de plasserer leger og sykepleiere i hver sine grupper, basert på deres ansvars- og funksjonsområder. I gruppen Cure plasserer de legene. Begrepet «cure» beskriver det å helbrede, og «gjøre frisk». Leger forholder seg til pasientene i kortere perioder for å utføre en undersøkelse eller behandling. Selve omsorgen, pleien overlater de til pleiepersonellet. Leger er også i større grad representert i Control - gruppen (jfr Mintzberg, 1983, toppledelse og teknostruktur). Fra den tidlige utviklingen av sykehus-systemet ankom administratorer først for å assistere overlegene. Gradvis tok de over mer og mer av de administrative oppgavene og det offentlige

ansvaret for systemet som helhet (Mintzberg & Glouberman 2001, p.63). Mintzberg og Glouberman hevder dette kun er en illusjon idet lederne sitter på toppen av det *administrative* hierarkiet (jfr Mintzberg, 1983), mens legene i følge dem er de mest innflytelsesrike medlemmene av sykehus systemet. Lederne kan sette begrensinger og gi retningslinjer, men kan som regel ikke regulere selve prosessen innen medisin. Forhold denne inndelingen i «cure» og «control» medfører bidrar til at leger fokuserer på den instrumentelle kommunikasjonen: det å overbringe og motta informasjon som er nødvendig for å iverksette korrekt behandling, eller treffe riktige beslutninger.

Halvorsen (2000) viser i sin artikkel til en utvikling blant leger og medisin studenter hva gjelder betydning av de ulike former for kommunikasjon. I følge artikkelen dreide 25 prosent av sakene som ble behandlet av Pasientskade nemda i 1996 seg om dårlig eller uteblitt informasjon. Artikkelen hevdet at undervisningen i kommunikasjon ved de medisinske fakultetene befant seg på svært lavt nivå. Legeforeningen gjorde i 1999 kommunikasjon til en av byggsteinene i den medisinske profesjonens relasjons- og profilbyggende elementer, hvor man forsøkte å implementere kommunikasjonens relasjonelle faktorer i medisinutdanningene. I artikkelen kommer det frem at man likevel opplevde at de relasjonelle kommunikasjonsferdighetene som studentene tilegnet seg tidlig i studiet, langt på vei var avlært når de gikk opp til eksamen mot slutten av studiet. Dette tydet på at de ulike typer kommunikasjon ikke i tilstrekkelig grad ble integrert i den fortløpende undervisningen.

Kommunikasjonsopplæring på medisinstudiet handler mye om bruk av konsultasjonskart (Thomassen, 2005, s. 18). Studentene får fremdeles opplæring i ulike samtaleteknikker og utsagnstyper som er emosjonelt vinklet, men med hovedfokus på samtaleteknikker som er ment å være faktafrembringende. Med bakgrunn i sin utdanning og videre praksis vil leger tilegne seg en instrumentell kommunikasjonsform med det formål å fremskaffe og overbringe informasjon. Denne bakgrunnen vil sannsynligvis påvirke den opplevelsen leger har av kommunikasjonen og dermed også samarbeidet i teamet.

3.3.3 «Relasjonell» kommunikasjon

Sykepleiere har i følge teori et annet syn på kommunikasjon og dennes innhold. Mintzberg og Glouberman (2001) plasserer sykepleiere i gruppen Care, sammen med andre spesialister som yter basal omsorg på en kontinuerlig basis. Dette til tross for at anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere begge er grupper av sykepleiere med spesialutdanning, de fleste med årelang erfaring både med og uten denne. Mintzberg og Glouberman (2001, p.63) hevder at selv om sykepleiere i økende grad gjennomgår spesialisering vil ikke deres videreutdanning tas like seriøst som den som gjøres innen legers utdanning. Med fokus på å yte omsorg vil sykepleiere mest hensiktsmessig benytte seg av relasjonell kommunikasjon.

Arbeidet ved operasjonsavdelingen er av slik art at her vil sykepleiernes rolle tilnærme seg legens, idet pasientene kun er innom operasjonsavdelingen for en eller annen form for behandling. Pleie og omsorg over tid er det sykepleiere på sengeposten som tar seg av. Likevel vil sykepleierne ved operasjonsavdelingen i større grad enn legene ha en omsorgsfunksjon for pasienten idet det som oftest er dem som følger pasienten i HELE operasjonsforløpet: før og under operasjon. De vil også være der når pasienten våkner.

Den anerkjente sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees definisjon av sykepleie, at «sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»(Travelbee, 1999, s. 29), illustrerer sykepleiens fokus på det relasjonelle i samhandling.

Sykepleiefaget vektlegger i følge Thomassen (2005) en holistisk tilnærming til pleie, hvor fokuset ligger på pasientens psykososiale så vel som fysiske behov. Ved at fokuset settes på relasjonen som terapeutisk, inspireres kommunikasjonsundervisningen av psykologiske teorier og begreper. Sykepleiere trenes opp til å vise sympati og forståelse, til det å dele kunnskap og erfaring via kommunikasjon. Kommunikasjonen dreier seg om å oppnå gjensidig forståelse og kontakt mellom to personer (Thomassen, 2005, s. 16-17).

Det at sykepleiere har mer fokus på relasjonsbyggende kommunikasjon, mens leger fokuserer på innhold medfører en skjevhet i forventningen til hva kommunikasjonen skal inneholde.

Et eksempel på denne forskjellen kan vises ved funn fra Carney et al.(2010) : sykepleiere beskriver kommunikasjon og samarbeid som at deres innspill blir respektert, mens legene beskriver det som at sykepleierne fanger opp deres behov og følger instruksjoner.

Sprik i forventninger til kommunikasjonens innhold og formål vil medvirke til forskjellig opplevelse av kvaliteten på kommunikasjonen, og antagelig også opplevelsen av samarbeid i teamet.

3.3.4 Oppsummering

Forskjellige profesjoner med ulike kognitive og perseptuelle tilnærminger kan lett skape kommunikasjonsproblemer i tverrfaglige team. God kvalitet på kommunikasjonen i en tverrfaglig gruppe er en forutsetning for at forskjellene mellom medlemmene skal ha positive effekter (Simons, Pelled & Smith, 1999). Kommunikasjon dreier seg heller ikke bare om det som det åpenbart snakkes om, men den avklarer også relasjonen mellom de som snakker sammen.

Kommunikasjon inneholder to aspekter: innhold og relasjon. Kommunikasjonen inneholder alltid en stadig definerings og omdefinering av relasjonen mellom partene, noe man ikke alltid er oppmerksom på. Det handler om spørsmål som makt, grad av tillit og intimitet (Lauvås & Lauvås 2004, s. 179). I noen situasjoner kan kampen om å vinne diskusjonen, om å markere rangordning, revir og kompetanse fortrenge hensikten med kommunikasjonen: å oppnå bedre innsikt i problemet og hvordan dette skal løses.

I et tverrfaglig team vil språket, verdiene, verdenssynet og atferdene som de ulike profesjonsgruppene har tilegnet seg gjennom sine respektive utdanninger prege hvordan disse fortolker og forstår hendelser og begreper som forekommer i interaksjonen dem imellom. De ordene og begrepene som brukes i et team, vil altså ikke bety det samme for alle medlemmene. Wilson (2005) poengterer at graden av kommunikasjonsproblemer er relatert til hvorvidt teammedlemmenes erfaringer overlapper hverandre og hvorvidt de deler og forhandler meningsfortolkninger.

Tilsynelatende har legene en instrumentell forståelse av kommunikasjon: den skal fungere ved å gi relevant informasjon til de rette personer slik at faglig kunnskap kan integreres, og

hensiktsmessige beslutninger treffes (jfr Simons et al., 1999). For sykepleiere derimot anses kommunikasjon som en viktig relasjonell faktor som danner utgangspunkt for sosial interaksjon mellom deltagerne (jfr Thomassen, 2005).

For å skape godt tverrfaglig samarbeid er god kommunikasjon essensielt for at de profesjonelle skal forstå hvordan deres arbeid bidrar til utfall og resultater. Kommunikasjon er også verktøyet for å etablere respekt og tillit, og å danne grunnlag for konstruktiv forhandling mellom de profesjonelle. Det ulike fokus hver profesjonsgruppe har på kommunikasjon og hva den bør inneholde, vil sannsynligvis medvirke til hvilken opplevelse de har av det tverrfaglige samarbeidet.

4.0 METODE

Denne studien setter fokus på tverrfaglig samarbeid innad i et operasjonsteam i et helseforetak. Medlemmene av teamet har ulike profesjonsbakgrunn, hvilket danner grunnlag for organiseringen av teamet, den hierarkiske inndelingen, teamets arbeidsprosesser og dets mellommenneskelige prosesser.

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å gjøre en case studie, med operasjonsteamet som studiens case. Casestudier dreier seg om undersøkelser av samtidfenomener i en virkelig kontekst der antall undersøkte tilfeller er begrenset, mens den informasjonen som innhentes om tilfellene, er rikholdig (Meuwisse, Sward, Eliasson-Lappalainen & Jacobsson, 2012, s. 39). Kjentegn ved casestudier er at de er avgrenset i tid og rom, at de finner sted i en «virkelig» kontekst, og at det brukes forskjellige metoder og datakilder til å oppnå et sammensatt bilde (Meuwisse et al., 2012, s. 46). Det kan også dreie seg om å teste en hypotese på en liten gruppe, før man investerer i en stor studie på et representativt utvalg (Halvorsen, 2008).

Fordelen ved å bruke case-studie i dette prosjektet er at det kan gi et innblikk i tematikken: samarbeid i operasjonsteamet, ved hjelp av et relativt lite utvalg respondenter, samtidig som man kan undersøke flere ulike perspektiv ved opplevelsen av samarbeid.

Dette prosjektet har både et ekstensivt og et intensivt design. Prosjektet er delt i to faser, hvor det er benyttet metodetriangulering for å fremskaffe funn i de ulike faser. De to tilnærmingene er ment å fungere som kritiske tester av hverandre; dersom de to metodene gir samme konklusjon kan de benyttes til å teste gyldigheten av funn (Jacobsen, 2010).

I første fase er det valgt et ekstensivt design med bruk av spørreskjema for å besvare forskerspørsmål 1. Et ekstensivt design gir mulighet til å samle data fra mange respondenter, og gi en beskrivelse av opplevelsen hos populasjonen. Styrken til et ekstensivt design er at det gir mulighet for en statistisk generalisering; man kan påstå at det som er studert i dette prosjektet kan gjelde også i andre kontekster, i andre operasjonsteam (Jacobsen, 2010, s. 97). Siden dette er en case studie vil muligheten til en statistisk generalisering falle bort.

I fase to er det valgt et intensivt design som bygger videre på funn fra fase 1, hvor resultater fra den ekstensive fasen danner grunnlag for utvikling av intervjuguide. Den andre fasen belyser til en viss grad forskerspørsmål 1, men søker først og fremst å besvare forskerspørsmål 2. Intensive design gir også mulighet for en teoretisk generalisering. I dette prosjektet presenteres en modell over hvordan virkeligheten ser ut i dette caset, men det er vanskelig å slå fast om dette er overførbart til andre kontekster (Jfr Jacobsen, 2010, s. 97).

Jeg vil i det følgende gi en beskrivelse av de ulike metodene som er benyttet i de to fasene; fremgangsmåte, etiske utfordringer og metodekritikk.

4.1 Ekstensiv case studie - første fase

Første fase har et ekstensivt design med bruk av kvantitativ metode. Formålet med denne studien er å få informasjon fra enkeltindivider; de ulike teammedlemmene (Jacobsen, 2012, s. 134), for å kunne beskrive opplevelsen av teamets samarbeid i det aktuelle caset. Samtidig danner disse funnene bakteppe for utvikling av intervjuguide, og gjennomføring av fase 2.

I den ekstensive studien ble det benyttet et validert, kvalitetssikret, kvantitativt spørreskjema utviklet ved Universitetet i Stavanger (UiS) på oppdrag fra Helse Vest (vedlegg 1). Her ble spørreskjemaet utviklet med tanke på å undersøke holdning til pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur i forbindelse med operative inngrep. Tema for spørsmålene omhandler pasientsikkerhet, avvik, ledelse, kommunikasjon og samarbeid. Spørreskjema tar utgangspunkt i svaralternativ på ordinalnivå (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010, s. 271).

Samtykke ble innhentet fra UiS, det aktuelle helseforetaket sin Forsknings- og Utviklingsavdeling, FOU, samt Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, NSD (vedlegg 2). Besvarelsene er basert på informert samtykke idet informasjonsbrev ble distribuert via divisjonsdirektør i forkant av spørreskjemaets utsending (vedlegg 3).

Undersøkelsen ble distribuert ut i mars 2011. Det ble foretatt puring på besvarelse i to omganger. Utgangspunktet for distribueringen av skjema var et antall respondenter på 349. Med bakgrunn i relevante respondenter med tanke på aktuelle studie ble utvalget begrenset til 248. Kriterie for utvalg var deltagelse i operasjonsteamet, og at respondenten hadde direkte pasientkontakt.

For bruk i denne studien ble det på grunn av prosjektets rammer foretatt et utvalg av 4 påstander som med bakgrunn i teori omhandler tverrfaglig samarbeid. Påstandene inneholder komponentene samarbeid, team, støtte og respekt, og utdypes nærmere under presentasjon av funn.

IBM SPSS Statistics 19 er benyttet til analyse av dataene. Det er foretatt univariat og bivariat analyse av de ulike faktorene på de kategoriske enhetene. Signifikansnivå er satt til 5 prosent. I analysen er det i denne fasen foretatt skille mellom overlege - og assistentlege kirurgi.

Funn i studiens første fase beskriver hvilken opplevelse et flertall eller et mindretall har av en påstand. Her kommer det ikke frem andre forklaringer enn at det eksisterer forskjeller mellom leger og sykepleiere. Spørreskjema vil aldri gi helt klare svar på hvorfor man har en slik opplevelse, og mange forhold forblir uklare (Jacobsen, 2012, s. 136). Av den grunn etterfølges dette av fase to som søker å avklare hva som ligger bak funnene.

4.2 Intensiv case studie – andre fase

For å få tak i de faktorene som kan forklare en eventuell ulikhet i opplevelsen av tverrfaglig samarbeid har jeg i studiens andre fase valgt et intensivt design med bruk av kvalitativ metode. En fenomenologisk tilnærming innen kvalitativ forskning har som mål å forstå sosiale fenomener som har sitt opphav i respondentenes opplevelsesverden. Det er gjennom deres beskrivelser og oppfatning av verden man kan se virkeligheten (Brinkman & Kvale, 2010). Kvale (1997, s.160) peker på at ifølge et humanistisk syn «er hver enkelt situasjon unik og hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk». En får fram opplysninger i kvalitative intervjuer som en aldri ville fått kjennskap til om en brukte kvantitative metoder. Dette er årsaken til at fase to benyttes som en «oppfølger» til studiens første fase.

I den intensive case studien ble det gjennomført individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer som baserte seg på en åpen intervjuguide (vedlegg 4).

Det kvalitative og utforskende intervjuet innbyr til dialog, en samtale mellom intervjuer og intervjuobjekt om spørsmål begge er opptatt av. Dette er en samtale som samtidig er en meningsutveksling, men som også har struktur og retning, og der en søker ny kunnskap (Brinkman & Kvale, 2010). I dette prosjektet vil ny kunnskap dreie seg om årsaksforklaringer til ulikheter i opplevelsen av tverrfaglig samarbeid.

4.2.1 Utvikling av intervjuguide

En intervjuguide utgjør instrumentet i datainnsamlingen i fase 2. Intervjuguiden hadde i oppstarten av intervjuene svært lav strukturingsgrad (Jacobsen, 2010, s. 145). Dette ble endret noe underveis i prosessen, slik at den i de siste intervjuene hadde middels strukturingsgrad, hvor intervjuer i større grad inkluderte informasjon fra fase 1 i intervjusituasjonen.

Intervjuguiden ble utarbeidet via tre trinn. Som utgangspunkt la litteraturstudier knyttet til de sentrale begrepene som er benyttet i problemstillingen: tverrfaglig, samarbeid og operasjonsteam, føringer for valg av tema. I tillegg ble det i andre rekke tatt utgangspunkt i funn fra spørreskjema på påstander som omhandler respekt og støtte. Intervjuguidens innhold samsvarer dermed med de konkrete forskningsspørsmålene. Intervjuspørsmålene var utformet med ønske om å åpne opp for at temaet kunne bli belyst fra ulike sider (Drageset & Ellingsen, 2010).

Intervjuguiden ble utprøvd ved hjelp av et «prøveintervju» med en anestesisykepleier med fagansvar. Det ble gjort lydopptak og transkribering av dette intervjuet, men intervjuet inngår ikke i datamaterialet som er gjenstand for analyse. Den primære hensikten var å få tilbakemelding på intervjuguiden, sekundært å få øvelse i intervjusituasjonen. Tilbakemeldingen etter prøveintervjuet var at guiden fungerte godt, og at spørsmålene var forståelige.

Intervjuguiden ble utvidet noe underveis, idet det i enkelte tilfeller var behov for «hjelpespørsmål» for å sette i gang en refleksjon hos respondenten. Dette gjaldt de spørsmål som baserte seg direkte på funn fra spørreskjema.

4.2.2 Respondentene

Sentrale egenskaper blant respondentene som ble valgt ut, var villighet og evne til muntlig å dele sine erfaringer i en setting med en kollega. Det var viktig å finne frem til personer som var rik på informasjon, og hadde erfaring med å samarbeide i operasjonsteam. Kriterie for utvelgelse var derfor at vedkommende skulle ha minst tre års erfaring fra arbeide i operasjonsavdelingen. Respondenten skulle heller ikke ha administrativ stilling, men ha hovedvekten av sin arbeidshverdag i operasjonsavdelingen.

Ut fra den tid som var avsatt til prosjektet ble utvalget to respondenter fra hver profesjonsgruppe, altså 8 personer. Dette for deretter å vurdere behov eller mulighet for ytterligere intervjuer. De åtte respondentene som inngår i materialet har alle gitt rike data som belyser problemstillingen. Samtidig var erfaringen at deler av intervjupersonenes beskrivelser ble repetert etter hvert som intervjuene gikk frem. Hvor mange respondenter som ble inkludert har også sammenheng med håndterbarhet når det gjelder omfang av empirisk materiale.

Det ble sendt ut eget informasjonsbrev til respondentene som forsikret anonymitet og frivillig deltagelse (vedlegg 5). Dette ble sendt ut samtidig med et samtykkeskjema (vedlegg 6) som respondentene ble bedt om å ta med ferdig underskrevet til selve intervjuet.

4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført på respondentens arbeidssted i arbeidstiden, med unntak av ett intervju der intervjuer dro hjem til respondenten i dennes fritid. Et møterom beliggende utenfor selve operasjonsavdelingen ble valgt som intervjulokale.

For å sikre data fra intervjuene ble det gjort lydopptak ved bruk av digital opptaker. Ingen av respondentene hadde noen innvendinger mot lydopptak. Det ble presisert både når opptakeren ble slått på og slått av.

Intervjuenes varighet var fra 30 til 67 minutter. De 8 intervjuene utgjorde til sammen 6 timer og 23 minutter med opptak. Intervjuguiden ble brukt på en fleksibel måte, og utsagn ble

tilstrebet fulgt opp med oppfølgende, avklarende og også direkte spørsmål.

Intervjupersonenes utsagn ble trukket videre i intervjuet gjennom korte oppsummeringer underveis, med oppfordring til respondenten om å korrigere, bekrefte eller presisere. Alle intervjuene ble avrundet med at respondenten ble spurt om det var noe mer de hadde lyst til å si.

Gjennom intervjuet skapes en innsikt både i det som konkret blir sagt og den underliggende mening gjennom måten det sies på (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette var årsak til at inntrykkene fra det aktuelle intervjuet ble notert ned umiddelbart etter intervjuet. Å høre på lydopptakene fortløpende har vært utviklende for meg som intervjuer: Å høre hvilke tråder som ikke er fulgt opp og hvordan man på en bedre måte kunne stilt oppfølgende spørsmål har gjort at de sist gjennomførte intervjuene er av en bedre kvalitet enn de første.

Opplysninger er aidentifisert, og elektronisk lagret materiale vil bli slettet ved sensurfall. Sensitive opplysninger inngår ikke i materialet.

4.2.4 Transkribering

Transkriberingen av alle intervjuene ble utført av prosjektansvarlig. Transkriberingen ble foretatt ord for ord, og ga 63 tettskrevne sider med skrift. Med fem av intervjuene ble transkribering gjort rett etter intervjuet og før neste intervju. Dette for å kunne dra med eventuell interessant informasjon til påfølgende intervju. De resterende tre intervjuene ble transkribert få dager etter gjennomføringen, siden de ble utført samme dag. Intervjuene ble også her lyttet til og notert ned «inntrykk» fra, før neste intervju ble utført.

Å utføre transkriberingen selv har bidratt til detaljert og grundig kjennskap til teksten.

4.2.5 Analyse

Den første del i en kvalitativ analyse er renskriving av rådata, som i fase to var intervjuopptak og observasjoner (Jacobsen, 2010, s. 187). Deretter ble det gjort en innholdsanalyse med kategorisering av intervjutekstene (Jacobsen, 2012, s. 193). Kategorisering ble benyttet for å forenkle de kompliserte, detaljerte og rike data som intervjuteksten utgjør. I følge Jacobsen (2012, s. 197) skal kategorier være relevante i forhold til de data som finnes. I tillegg skal de være begrepsmessig fonuflige, det vil si at begrepene skal ha en mening både for forsker og respondent. Kategoriene ble i denne studien fundert i intervjuguiden og data fra intervjuene, samt med utgangspunkt i eksisterende teori.

Intervjuene ble lest igjennom. Dette ga grunnlag for et generelt inntrykk, som igjen satt fokus på bestemte avsnitt. Det ble foretatt telling, og søkt etter mønstre, plausibilitet og klyngedannelse. Et slags minstekrav er i følge Jacobsen (2012, s. 197) at en kategori skal være relevant for to enheter i undersøkelsen, for å gi grunnlag for sammenligning. Dette ble overholdt i aktuelle studie. Det vil være både vanskelig og tidkrevende å benytte et stort antall kategorier. Av den grunn valgte jeg til slutt 7 kategorier som utgangspunkt for videre inndeling og analyse av intervjuteksten. Disse gjenspeiles i presentasjon av funn i fase to.

Etter en slik kategorisering ble de ulike uttalelser tilordnet kategorier, og det ble søkt etter sammenhenger i dataene og mellom kategoriene. På den måten ble det mulig å si noe om sammenhengen mellom ulike fenomener (kategorier), trekk ved den enkelte undersøkelsesenheter og trekk ved konteksten (Jacobsen, 2012, s. 199).

4.3 Etiske utfordringer ved studien

Risiko for gjenkjennelse vil være en etisk utfordring i denne studien (Malterud, 2003). Intervjupersonene er rekruttert fra et relativt lite miljø og med få respondenter vil faren for gjenkjennelse øke.

I studiens første fase ble personopplysninger om respondenten slettet idet de besvarte det elektroniske spørreskjema. Data er tilgjengelig også etter prosjektets slutt, men da i aidentifisert form. Også i andre fase av studien er krav til aidentifisering og konfidensiell behandling av opplysninger ivaretatt ved å opprette et register over respondentene som blir oppbevart separat, kun tilgjengelig for prosjektansvarlig.

Analyse av intervjuteksten er ikke presentert for respondent i etterkant. Det er derfor en risiko for at respondenten har lagt en annen mening i det uttalte enn tolket. Selv om opplysningene er aidentifisert, kan det vurderes om prinsippet om konfidensialitet brytes når man ikke vet hva respondentene mener om det man skriver om dem (Thagaard, 2009). I tekstanalysen er respekten for respondenten søkt ivaretatt gjennom at det tydeliggjøres hva som er respondentens uttalelser og hva som er fortolkning av dem.

I et forskningsetisk perspektiv er det flere områder som må vurderes; informert samtykke, konsekvenser og krav til riktig presentasjon av data (Jacobsen, 2010). Dette gjelder både for kvantitativt spørreskjema og kvalitativt intervju. Funn og egne konklusjoner kan oppleves «støtende» av enkeltpersoner og grupper. Det har ikke på noen måte vært hensikten å «henge ut» spesielle grupper, men det er tilstrebet å få en beskrivelse av virkeligheten i caset.

Ved gjennomføring av begge studiens faser ble det sendt ut informasjonsskriv i forkant, samt innehentet samtykke.

4.4 Metodekritikk

I et retrospektivt perspektiv ser jeg at denne studien har både styrker og svakheter. Hvordan den enkelte aktør opplever samarbeidet vil variere fra tid til annen: fra person til person og også siden teamets sammensetning er forskjellig fra dag til dag. Opplevelsen av samarbeid er en subjektiv opplevelse som også er knyttet opp mot relasjoner og kjemi mellom de enkelte i teamet. Operasjonsteamets medlemmer arbeider under press fra en ledelse med fokus på effektivitet og kvalitet, og er samtidig preget av ressursknapphet (jfr kap 2.2). Dette vil påvirke den enkeltes opplevelse av samarbeidet. Svarene som kommer frem i dette prosjektet vil kunne være andre enn om de samme spørsmål ble stilt om ett år.

Malterud (2003) fremhever viktigheten av å redegjøre for egen forforståelse som forsker. I begrepet forforståelse ligger de erfaringer, den kunnskapen og det faglige perspektiv man bringer med seg inn i det temaet som utforskes (Malterud, 2003). Kunnskap er avhengig av den som erkjenner, og det gjør forskerens perspektiv relevant (Thornquist, 2003). Etter å ha arbeidet som anestesisykepleier ved operasjonsavdelingen i fem år har jeg gjort meg opp noen tanker om samspillet i teamet. I tillegg har jeg deltatt i flere prosjekt med fokus på samhandling. Dette har gitt meg en rekke tanker om, og innsikt i, samarbeidets dynamikk. Jeg har av og til opplevelsen av at medlemmene av teamet jobber med “hver sin del” av pasienten. Et eksempel på dette er når anestesisykepleiere fokuserer på luftveishåndtering, mens operasjonssykepleiers fokus ligger på å vaske og dekke til pasienten. Her kan interessekonflikter oppstå idet begge grupper anser sin jobb som mest viktig.

Det kan synes som om de ulike medlemmene av teamet av og til mangler forståelse for de andre medlemmenes funksjon og arbeidsoppgaver. Dette kan medføre konflikter, samtidig som det medfører lavere effektivitet i teamet. Jeg har opplevelsen av at anestesileger og anestesisykepleiere jobber tett, samtidig som operasjonssykepleiere har et nærmere samarbeid med kirurgene.

Undersøkelsen er også foretatt i egen organisasjon. Ingen forsker kan i følge Jacobsen (2010) være helt nøytral, selv om det er idealet. Dessuten er ikke alltid forskere klar over sin påvirkningseffekt. Denne faren vil være ekstra stor når man forsker i egen organisasjon.

Det er likevel også fordeler ved å forske i egen organisasjon. Kjennskap til miljøet, kulturen og terminologien kan gjøre det enklere å forstå informantenes opplevelse av virkeligheten. Det virker ikke som om respondentene har holdt noe tilbake på grunn av intervjuers rolle som kollega og forsker.

Disse forhold, til tross for en streben etter å ha et åpent sinn i alle faser av studien, har dannet mitt bakteppe. Spørsmålet er om min forforståelse har påvirket de valg som er tatt med tanke på intervjuguide og hvilke «tråder» som er valgt å følge opp i intervjuer. Jeg har tilstrebet å ikke la min forforståelse innvirke, og å stille åpne spørsmål underveis i intervjusituasjonen.

Et spørsmål er om funn fra dette prosjektet kan være overførbart til andre operasjonsavdelinger og andre situasjoner i sykehus. Til en viss grad vil de være overførbare til andre operasjonsavdelinger som jobber under samme forhold; med samme teaminndeling og samme organisering, en teoretisk generaliserbarhet. Profesjonsinndelingen vil være den samme uavhengig av arbeidssted, og de ulike profesjonenes roller også den samme uavhengig av hvor operasjonsteamet har sin funksjon.

4.4.1 Metodekritikk fase en

Styrken ved å benytte et allerede utviklet spørreskjema ligger i muligheten til å nå ut til et større antall respondenter enn ved utelukkende kvalitativ metode. Under andre forhold, med andre rammer for studien ville valget kanskje falt på å utarbeide spørreskjema basert på kvalitative intervjuer.

Den største faren med kvantitativ metode er i følge Jacobsen (2010) at den kan gi et overfladisk preg på undersøkelsen. Siden metoden i fase en er innrettet på å nå mange enheter, er den ikke kompleks og går ikke i dybden. Dette er noe av årsaken til at første fase er valgt oppfulgt med en fase to.

Ved å ta i bruk spørreskjema er jeg bevisst faren for ulike undersøkelseeffekter (Jacobsen, 2010, s. 134):

Frafall av respondenter er kommet til syne som systematisk skjevt; en spesiell gruppe kommer ikke med i undersøkelsen i like stor grad som de andre. En analyse av de ulike spesialiteter av kirurg ville også kunne gi et mer nyansert bilde.

Med bakgrunn i utforming av spørsmålene kan svarene være mer et resultat av selve undersøkelsen enn en måling av hva teammedlemmene faktisk mener. En kvantitativ tilnærming krever solid kunnskap om det fenomenet som skal studeres for at man skal kunne utvikle verktøy til å måle det (Brink & Wood, 1998; Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008). Å utforme et spørreskjema er krevende, selv med god kunnskap om det man skal studere. Dette, i tillegg til prosjektets rammer, er bakgrunn for at det ble valgt å benytte et ferdig utviklet, validert og kvalitetssikret spørreskjema. Likevel innebærer flere av spørsmålene rom for tolkning. For eksempel kan «I vår avdeling» tolkes som avdeling for anestesi, operasjon eller kirurgi, ikke operasjonsavdelingen som en helhet med de ulike profesjonsgruppene.

Intern gyldighet går på om resultatene oppfattes som riktige (Jacobsen, 2012, s. 214). I denne undersøkelsen er validering foretatt gjennom kontroll mot annen teori, som støtter opp under funnene. Til en viss grad er validering også foretatt ved å konfrontere respondentene med funnene; funn fra fase en ble inkludert i intervjuguiden i andre fase.

Hvorvidt studiens første fase innehar ekstern gyldighet avhenger av i hvilken grad funnene kan generaliseres (Jacobsen, 2012, s.222). Med bruk av kvantitativ metode vil man etterstrebe statistisk generalisering hvor man med bakgrunn i funn fra et utvalg kan overføre funn til å gjelde en større populasjon. Med utgangspunkt i at teoretisk populasjon omfatter alle ansatte med tilknytning til operasjonsteamet, er det ikke foretatt utvalg i fase en - alle er inkludert. Likevel vil studien ikke oppnå statistisk generaliserbarhet, siden den utgjør en case studie. I hvilken grad funn vil ha overføringsverdi til andre operasjonsteam i Norge vil være en diskusjon.

4.4.2 Metodekritikk fase to

Spørreskjema ble utdelt ved alle tre sykehus helseforetaket omfatter, mens respondenter i intervjuene kun arbeider ved én av avdelingene. Det kan tenkes at andre resultater hadde kommet frem ved utvalg fra alle tre sykehus. Gjennomføring av intervjuene ga utfordringer med tanke på å finne tidspunkt og møteplasser innenfor angitt tidsramme.

Litteraturen er samstemt om at ved bruk av intervju i forskning vil antall respondenter være avhengig av oppnådd «metningspunkt» i informasjon (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003; Polit & Beck, 2008). Kvale (1997, s. 60) argumenterer for at en kvalitativ undersøkelse ikke nødvendigvis blir bedre og mer vitenskapelig desto flere intervjuer en foretar. Det viktigste er å finne fram til typiske representanter for det miljøet en vil rapportere fra. Det mest vanlige i intervjustudier er 15 informanter pluss minus 10, altså 5-25 intervjuer, ifølge Kvale (1997, s. 59). Erfaring viser at hvis en intervjuer flere enn dette, vil utbyttet etter hvert avta, og en får ikke vesentlig mer ny kunnskap.

Utvalget i fase 2 omfatter 8 respondenter. Ved å utvide utvalget ville man kunnet oppnå andre resultater. Å velge to respondenter fra hver gruppe syntes likevel tilstrekkelig, idet mye informasjon ble gjentatt etter hvert som intervjuene fremskred. Valg av likt antall menn og kvinner synes uvesentlig, idet det ikke fremkommer kjønnsmessige forskjeller i uttalelser. Det faktum at det er samsvar mellom funn fra de to respondentene i hver gruppe øker reliabiliteten av funnene.

Kriterier for utvelgelse av respondenter i studiens andre fase vil også være kilde til diskusjon. For eksempel tilfeldig utvalg (Jacobsen, 2012) ville kunne medføre andre resultater enn utvalgskriteriene «evne og villighet til muntlig å dele sine erfaringer». Dette vil bli en tolkning fra intervjuers side, som også kan medføre en feilkilde.

For å sikre validiteten er det i følge Kvale (1997) viktig at respondentene får reelle og logisk oppbygde spørsmål. Det er viktig å ta utgangspunkt i et teoretisk rammeverk, og ta utgangspunkt i dette for datainnsamling, slik at tolkningsarbeidet og analysedelen baseres på et relevant grunnlag (Jacobsen, 2010, s. 367).

Validering kan i følge Kvale (1997, s. 165) vurderes utfra 7 stadier hvor første stadie, *tematisering*, beskriver at en undersøkelses gyldighet avhenger av hvor solide studiens teoretiske forutantagelse er, og av hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er. Dette er søkt sikret ved å ta utgangspunkt i tidligere forskning på samme område, og utfra dette utlede forskerspørsmål en og to.

Kvales (1997) andre stadie beskriver at gyldigheten av kunnskapen som produseres avhenger av undersøkelsesoppleggets kvalitet og metodene som brukes for studiens emne og formål. Dette handler om god planlegging, hvilket er tilstrebet i aktuelle studie.

En faktor som også må vurderes er om det er benyttet ledende spørsmål, og oppgis som stadie tre. Er det trekk ved selve undersøkelsen som skaper de spesielle resultater? For å sikre begrepsgyldigheten ble spørsmålene i intervjuguiden testet på en pilotperson, som oppga spørsmålene som relevante og forståelige. Intervjuingen bør i følge Kvale (1997) omfatte en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis i form av et «på stedet» kontroll. Kontroll av informasjon underveis er tilstrebet under intervjuene. Konteksten for intervjuet kan også ha påvirket mine funn. Dette i tillegg til at intervjuereffekten må tas i betraktning idet intervjuer også har rolle som kollega. Validitet har også med intervjupersonens troverdighet og selve intervjuingens kvalitet å gjøre. Intervjuers rolle som kollega og profesjonell deltager av operasjonsteamet kan her ses som en styrke med tanke på troverdighet.

Stadie fire beskriver at man ved valg av språklig stil for transkripsjonen reiser spørsmålet om hva som utgjør en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form. Valgt metode for transkripsjon ble av denne grunn *ord for ord* (Jacobsen, 2010). Dette sikret at ikke viktig informasjon har gått tapt.

Analysering utgjør Kvales (1997) femte stadie. Dette har å gjøre med hvorvidt spørsmålene som stilles intervjuteksten er gyldige, og hvorvidt tolkningene er logiske. Det ville i denne studien ha vært en fordel å la respondentene lese gjennom og gi tilbakemelding på transkribert materiale, samt tolkning. På grunn av studiens rammer er dette ikke utført, hvilket er en trussel mot studiens validitet.

Intern gyldighet handler i fase to om hvor god dekning har man i funn til å trekke de konklusjoner som gjøres (Jacobsen, 2010, s. 286). Dette blir en vurdering å ta underveis, og vil også belyses i diskusjonsdelen. Ekstern gyldighet handler om mulighetene for å overføre funn, om resultatene kan gjelde for en større gruppe. I den intensive case studien er ikke funnene statistisk generaliserbare, men det kan tilstrebes en teoretisk generaliseringsmulighet.

Punkt 6 og 7 i Kvaales stadier sier at en reflektert vurdering av hvilke valideringsformer som er relevante for en bestemt studie, gjennomføringen av de konkrete valideringsprosedyrene og avgjørelsen om hva som er et egnet forum for en dialog om resultatenes gyldighet er viktig. Her vil bruk av triangulering bidra til økt validitet. Ved rapportering vil det stilles krav til en valid beskrivelse av hovedfunnene i en studie, samt leserens rolle som validitetsbedømmer av resultatene. Det er i liten grad gjort egen tolkning av intervjueteksten, idet det i stor grad er benyttet direkte sitat for å belyse funn og sammenheng med teori. Ved analyse av funn er sitater satt i sammenheng med kategorier basert på teori og spørreskjema for å tilstrebe størst mulig grad av validitet i presentasjonen.

4.4.3 Oppsummering

En metodekritisk oppsummering viser at de valg som er tatt med tanke på studiens gjennomføring vil ha betydning for validiteten og reliabiliteten av funnene. Anvendelse av spørreskjema som ikke direkte retter seg mot aktuelle problemstillinger vil påvirke resultater og tolkning av funn. Skjemaet gir, til tross for at det er kvalitetssikret, rom for feiltolkning av de ulike påstandene. Det eksisterer også et systematisk skjevt frafall av respondenter. Disse faktorene kan utgjøre en feilkilde. Likevel viser funn at respondentene i de ulike gruppene svarer likt på de ulike påstandene. Dette styrker inntrykket om en eksisterende variasjon i opplevd samarbeid basert på profesjonsbakgrunn.

I studiens andre fase vil størrelse på og metode for utvalg av respondenter kunne medvirke til studiens resultater. Utviklingen av intervjuguide og kategorisering ved analyse har fundament i aktuell teori og tidligere forskning, hvilket øker sannsynligheten for at funnene er valide.

5.0 OPPLEVD SAMARBEID I TEAMET - FUNN

Operasjonsteamet utgjør et komplekst case med en rekke utfordringer i forhold til å etablere et godt tverrfaglig samarbeid. Profesjonsbakgrunn, organisering av teamet, kommunikasjonen og relasjonen mellom de enkelte medlemmene vil ha betydning for opplevelsen av tverrfaglig samarbeid. Studien er todelt: første fase, den ekstensive case studien, søker å beskrive opplevelsen det enkelte teammedlem har av det tverrfaglige samarbeidet innad i operasjonsteamet. Dette kapitlet gir en presentasjon av funn fra kvantitativt spørreskjema.

5.1 Den ekstensive case studien

Studien tar utgangspunkt i fire påstander fra spørreskjema, som hver gir ulike mål på samarbeidet mellom medlemmene i teamet. Tre av påstandene tar utgangspunkt i teamets arbeid inne på operasjonsstuen:

- Når det er mange oppgaver som skal løses raskt arbeider vi sammen som et team for å løse oppgavene (Team).
- I vår seksjon støtter vi hverandre (Støtte).
- I vår avdeling behandler vi hverandre med respekt (Respekt).

Den siste påstanden tar utgangspunkt i samarbeid på tvers av avdelinger medlemmene i teamet har behov for å samarbeide med:

- Samarbeidet fungerer godt mellom avdelinger som har behov for å jobbe sammen(Samarbeid).

De fire påstandene beskriver på ulik måte opplevelsen de ulike medlemmene av teamet har av samarbeid. For å undersøke hvilken styrke det er på sammenhengen mellom de ulike faktorene ble det foretatt en korrelasjonsanalyse:

Tabell 5:7. Korrelasjoner

	Team	Støtte	Respekt	Samarbeid
Team				
Pearson Correlation		.353	.166	.101
Sig.(2-tailed)		.000	.018	.155
Støtte				
Pearson Correlation	.353		.518	-.265
Sig.(2-tailed)	.000		.000	.000
Respekt				
Pearson Correlation	.166	.518		.196
Sig.(2-tailed)	.018	.000		.003
Samarbeid				
Pearson Correlation	.101	-.265	.196	
Sig.(2-tailed)	.155	.000	.003	

Korrelasjonskoeffisientene viser i følge tabell 5:7 at flere av korrelasjonene er statistisk signifikante. Det er imidlertid få **sterke** sammenhenger. Det er en signifikant korrelasjon mellom respekt og støtte: .518, og en signifikant svak korrelasjon mellom opplevelsen av støtte og følelsen av å arbeide som team: .353 (Johannessen, 2008). Faktoren «samarbeid» korrelerer ikke med de andre faktorene.

Korrelasjonsanalysen støtter opp under teori som sier noe om viktigheten av opplevd støtte og respekt i forhold til opplevelsen av å jobbe som et team (jfr Berlin et al., 2009; Carney et al., 2010; Mills et al., 2007). Den styrker også utvalget av faktorene «Team», «Støtte» og «Respekt» for å beskrive teammedlemmenes opplevelse av samarbeid i teamet inne på operasjonsstuen.

5.1.1 Respondentene

Caset omfatter 248 respondenter, hvorav 138 av dem har returnert spørreskjemaet tilstrekkelig utfyllt. Dette gir en svarprosent på 55,6 totalt, hvilket i følge Jacobsen (2010) er et tilfredsstillende resultat. Det eksisterer likevel store forskjeller innad i gruppene mht svarprosent. Tabell 5:1 viser til svarprosent og antall respondenter (N) i de ulike profesjonsgruppene:

Tabell 5:1. Oversikt over respondentene i den ekstensive studien

	Populasjon: N=	Antall respondenter	Svar i %
Anestesisykepleiere	57	33	58
Operasjonssykepleiere	78	48	61,5
Anestesilege	29	19	65,5
Ass.lege kirurgi	46	32	69,6
Overlege kirurgi	38	6	15,8
Totalt	248	138	55,6

I de fleste gruppene er svarprosenten god (jfr Jacobsen, 2010). I gruppen overlege kirurgi er den derimot på 15,8. Det må derfor tas utgangspunkt i at funn i denne gruppen ikke vil være representativt for hele populasjonen. Respondentene i gruppen overlege kirurg har overveiende like svar. Det viser at man innad i denne gruppen har den samme opplevelsen hva gjelder de ulike påstandene. Dette er årsaken til at funn her likevel tas med i presentasjonen og analysen.

5.2 Teamets opplevelse av samarbeid

For å måle opplevd samarbeid blant de ulike medlemmene av operasjonsteamet ble det tatt utgangspunkt i fire påstander som var utformet med fem svaralternativ. Alternativ 1 hadde verdien «helt uenig», alternativ 2 hadde verdien «uenig», 3 hadde verdien »både/og», 4 «enig» og 5«helt enig». Ved analyse med utgangspunkt i fem svaralternativ kom det ikke frem vesentlige forskjeller mellom gruppene. Det ble derfor foretatt en rekoding av verdiene til å være enten enig eller uenig, at noe forekommer enten sjelden eller ofte, samt at «både / og» ble beholdt.

Bivariat analyse med variablene antall arbeidstimer per uke og antall år erfaring fra aktuelle spesialitet viste ingen signifikante forskjeller på de fire påstandene.

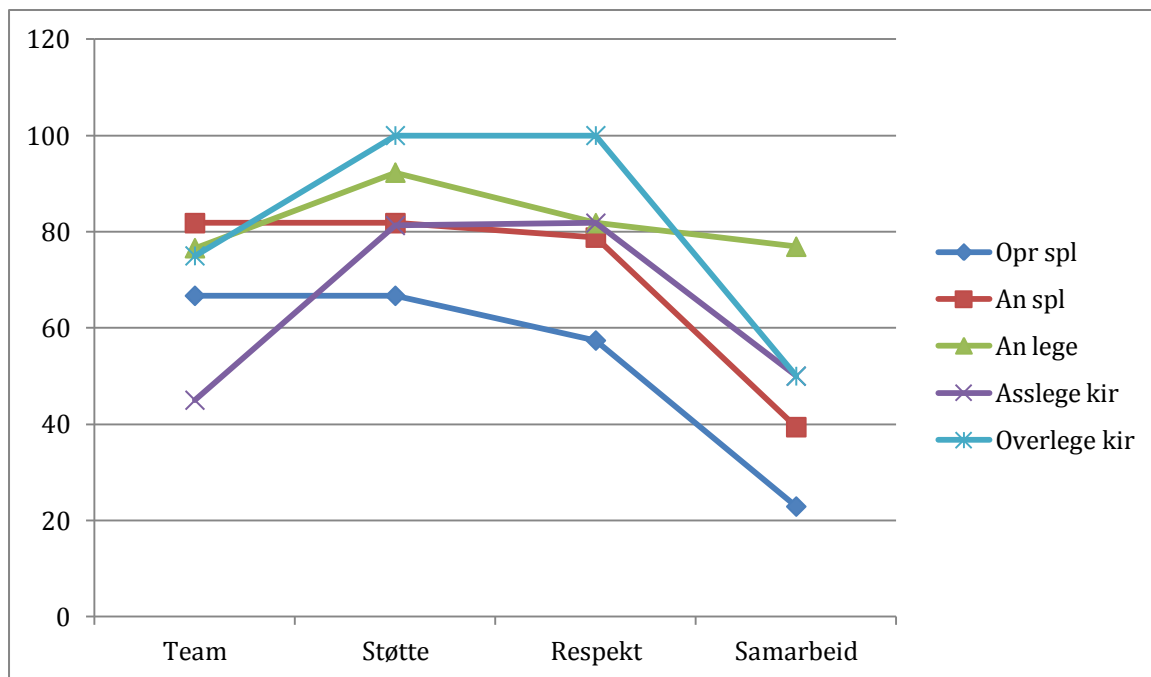
Tabell 5:2 viser funn på de ulike påstander teamet sett over ett, gjennomsnittlig score (MEAN) og standardavvik (st.dev):

Tabell 5:2. Operasjonsteamets opplevelse fordelt på fire påstander

Operasjonsteamets opplevelse av:	Uenig	Både / og	Enig	MEAN	St.dev	N=
Team	2,8 %	30,6 %	66,6 %	3,78	.755	119
Støtte	3,6 %	19,8 %	76,6 %	3,98	.958	138
Respekt	1,2 %	22,2 %	76,6 %	3,95	.722	138
Samarbeid mellom avdelinger	16,5 %	37,4 %	46,1 %	3,33	.895	138

Funn fra tabell 5:2 viser at teamets opplevelse av samarbeidet inne på operasjonsstuen er overveiende positivt. Ved å sette fokus på samarbeid utenfor operasjonsstuen svekkes denne positive opplevelsen.

Denne tendensen bekreftes ved analyse innad i de ulike profesjonsgruppene, med utgangspunkt i antall respondenter oppgitt i prosent, på verdien «enig»:



Figur 5:1 Opplevd samarbeid mellom teamets medlemmer

Figur 5:1 gir en grafisk oversikt over funn i de ulike profesjonsgrupper på påstandene, med utgangspunkt i prosentandel som sier seg enig i påstanden. Det kommer frem at forhold innad i teamet, som opplevelsen av respekt og støtte i hovedsak er positiv. Når samarbeidet løftes ut av operasjonsstuen blir denne opplevelsen mer negativ. Figuren viser også at det er forskjell i opplevelsen på alle påstandene: den største differansen eksisterer mellom gruppene overlege kirurg og operasjonssykepleier.

Anestesisykepleier og anestesilege samt assistentlege kirurg er ganske samstemt hva gjelder opplevelsen av støtte og respekt, mens assistentlege kirurg skiller seg ut som mest negativ til opplevelsen av å arbeide som et team. Gruppen operasjonssykepleier er den som har minst opplevelse av støtte, respekt og samarbeid.

5.2.1 Opplevelsen av samarbeid fordelt på de ulike aktørene i teamet

I det følgende vil funn for hver påstand innad i de ulike gruppene presenteres, oppgitt med prosentfordeling på variablene, og med antall respondenter i hver gruppe. Med bakgrunn i teori og tidligere forskning (jfr kap 1.2) er det gjort et skille mellom «lege» og «sykepleier» som gruppe i studiens første fase.

På påstand 1 «Når det er mange oppgaver som skal gjøres raskt arbeider vi sammen som et team for å løse oppgavene» fordeler svarene seg slik:

Tabell 5:3 (funn oppgitt i %). De ulike aktørenes opplevelse av å jobbe som et team

Profesjonsgruppe	Spesialitet	Uenig	Både / og	Enig	N=
Sykepleier	Operasjons-sykepleier	0	33,3	66,7	43
	Anestesisykepleier	0	18,2	81,8	29
Lege	Anestesilege	0	23,4	76,6	17
	Ass.lege kirurg	19,3	35,7	45	27
	Overlege kirurg	0	25	75	3

Tabell 5:3 viser diskrepansen i opplevelsen av å jobbe som et team når oppgaver skal løses. Det er størst samsvar mellom anestesisykepleier, anestesilege og overlege kirurg. Tabellen viser at det ikke bare eksisterer forskjeller mellom lege og sykepleier, men også innad i disse gruppene. Prosentdifferansen mellom anestesisykepleier og operasjonssykepleier på verdien «enig» er på 15,1. I legegruppen er det assistentlege kirurg som skiller seg ut ved å være eneste gruppe som oppgir «uenig» på påstanden. Hele 19,3 prosent er uenig i at man arbeider som et team! Prosentdifferansen er på henholdsvis 30 (overlege kirurg) og 31,6 (anestesilege) i forhold til assistentleger kirurg som sier seg enig i påstanden. Det er også assistentlegene som totalt sett er minst enig i at man arbeider som et team.

Funn på påstand 2 «I vår seksjon støtter vi hverandre» viser en annen tendens:

Tabell 5:4 (funn oppgitt i %). De ulike aktørenes opplevelse av støtte i teamet

Profesjonsgruppe	Spesialitet	Uenig	Både / og	Enig	N=
Sykepleier	Operasjons-sykepleier	2,1	31,2	66,7	48
	Anestesisykepleier	0	18,2	81,8	34
Lege	Anestesilege	0	7,7	92,3	19
	Ass.lege kirurg	2,9	15,8	81,3	31
	Overlege kirurg	0	0	100	6

I teamet er det operasjonssykepleier som skiller seg ut ved å ha minst opplevelse av støtte i teamet. Prosentdifferansen på verdien «enig» mellom anestesisykepleier og operasjonssykepleier er 15,1. Assistentlege kirurg har en mer positiv opplevelse av støtte enn av at man arbeider som et team. Likevel er prosentdifferansen sammenlignet med de andre legene på verdien enig hhv 11 (anestesilege) og 18,7 (overlege kirurg). Assistentlege kirurg og operasjonssykepleier er de eneste gruppene hvor noen av respondentene svarer «uenig». I gruppen overlege kirurg er 100 prosent enig i påstanden.

Påstand 3, «I vår avdeling behandler vi hverandre med respekt», viser følgende funn:

Tabell 5:5 (funn oppgitt i %). De ulike aktørenes opplevelse av respekt i teamet

Profesjonsgruppe	Spesialitet	Uenig	Både / og	Enig	N=
Sykepleier	Operasjons-sykepleier	2,2	40,4	57,4	47
	Anestesisykepleier	0	21,2	78,8	34
Lege	Anestesilege	0	18,2	81,8	19
	Ass.lege kirurg	2,5	15,7	81,8	32
	Overlege kirurg	0	0	100	6

Tabell 5:5 viser at det er samsvar i opplevelsen av respekt mellom nesten alle gruppene. Operasjonssykepleier er gruppen som skiller seg ut som minst enig i påstanden.

Prosentdifferansen mellom operasjonssykepleier og anesthesisykepleier er 21,4 på verdien «enig». Prosentdifferansen mellom operasjonssykepleier og lege er på 24,4 (anestesilege / assistentlege kirurg) - 42,6 (overlege kirurg). 100 prosent av i gruppen overlege kirurg har opplevelse av respekt. Igjen er det kun gruppene operasjonssykepleier og assistentlege kirurg som er uenig i påstanden.

De tre første påstandene søker å belyse opplevelsen av respekt, støtte og teamsamarbeid inne på operasjonsstuen. Påstand 4 søker i motsetning til dette å belyse opplevelsen av kvaliteten på samarbeidet mellom aktuelle avdelinger som medlemmer av teamet har behov for å samarbeide med: «Samarbeidet fungerer godt mellom avdelinger som har behov for å jobbe sammen».

Tabell 5:6 (funn oppgitt i %). De ulike aktørenes opplevelse av godt samarbeid med andre avdelinger

Profesjonsgruppe	Spesialitet	Uenig	Både / og	Enig	N=
Sykepleier	Operasjons-sykepleier	18,8	58,3	22,9	47
	Anesthesisykepleier	15,1	45,5	39,4	34
Lege	Anestesilege	3,5	19,6	76,9	19
	Ass.lege kirurg	7,1	42,9	50	32
	Overlege kirurg	0	50	50	6

Tabell 5:6 viser at fra 19,6 - 58,3 prosent av respondentene i alle grupper svarer både / og på om samarbeidet fungerer godt. Prosentdifferansen mellom anesthesisykepleier og operasjonssykepleier er på 17,5 på verdien «enig». Det kommer med dette frem at opplevelsen av godt samarbeid svekkes jo mer perifert fra teamets samarbeid inne på operasjonsstuen man fokuserer. Anestesilege er den gruppen som er mest enig i påstanden, med en prosentdifferanse på 26,9 sammenlignet med de andre legegruppene.

Prosentdifferansen mellom operasjonssykepleier og anestesilege er så mye som 54 prosentpoeng! På denne siste påstanden er det også en større andel i alle gruppene bortsett fra overlege kirurg, som sier seg uenig.

5.3 Oppsummering

Univariat analyse viser de ulike profesjonsgruppenes opplevelse av ulike påstander som med bakgrunn i teori kan ses i sammenheng med samarbeid. Funn viser at det eksisterer en variasjon, men at man i all hovedsak har en positiv opplevelse av samarbeidet i operasjonsteamet (jfr figur 5:1). Denne opplevelsen svekkes ved å se på samarbeidet ut over arbeidet inne på operasjonsstuen. Variabelen både / og innebærer tolkningsmuligheter.

Anestesilege er gruppen som utpeker seg overveiende enig i alle påstandene (jfr figur 5:1), og samsvarer mest med anestesisykepleier, sett bort fra påstand 4. Anestesilege har i stor grad opplevelse av å jobbe som et team i tillegg til en sterk opplevelse av støtte og respekt. Sett alle påstander over ett har anestesilege den mest positive opplevelse av samarbeidet i teamet.

Assistenlege kirurg er minst enig i at man arbeider som et team for å løse oppgaver. Dette er eneste gruppe hvor noen respondenter svarer «uenig» på flere påstander. Cirka halvparten mener at samarbeidet *ikke* fungerer godt. Likevel har denne gruppen også i stor grad opplevelse av støtte og respekt.

I gruppen overlege kirurg har 100 prosent opplevelse av støtte og respekt. Denne gruppen mener likevel ikke at samarbeidet fungerer optimal. Samarbeidet inne på operasjonsstuen har de en veldig positiv opplevelse av. Dette samsvarer med funn fra tidligere forskning (jfr kap 1).

Anestesisykepleierne er enig i at man arbeider som et team. De opplever støtte i teamet og at man behandler hverandre med respekt. Likevel er det kun 39,4 prosent som opplever at samarbeidet fungerer godt når man beveger seg ut over operasjonsstuen. Anestesisykepleieres opplevelse samsvarer mye med assistentlege kirurg hva gjelder støtte og respekt.

Anestesisykepleierne opplever i større grad at man arbeider som et team, mens de har mindre opplevelse enn legene av at samarbeidet fungerer godt mellom de ulike avdelingene.

Operasjonssykepleierne har følelsen av å arbeide i team, men er den gruppen som i minst grad har opplevelse av støtte og respekt. De er også den gruppen som i minst grad mener at samarbeidet fungerer bra.

Funn fra den ekstensive studien viser en tendens som ikke er påpekt i tidligere forskning: det eksisterer ikke bare en forskjell i opplevelsen av samarbeid mellom leger og sykepleiere, men også innad i de ulike gruppene. Den største forskjellen finnes mellom operasjonssykepleier og anestesilege.

Disse funn gir ikke et entydig bilde av de ulike teammedlemmenes opplevelse av tverrfaglig samarbeid, men viser til en eksisterende variasjon i opplevelsen. Samtidig avdekker ikke denne studien faktorer som kan forklare hvorfor denne diskrepansen eksisterer. Av den grunn er studien videreført i fase to: den intensive case studien.

6.0 ÅRSAKSFAKTORER SOM KAN FORKLARE ULIK OPPLEVELSE AV SAMARBEIDET - FUNN

Spørreundersøkelsen som ble utført i sykehuset viser at respondentene i utgangspunktet har en positiv opplevelse av samarbeid i operasjonsteamet, men at det eksisterer noen variasjoner. Variasjonene kommer til syne mellom og innad i profesjonsgruppene, uten at faktorer som stillingsbrøk eller antall år erfaring har noen betydning for opplevelsen.

Funnene sier ikke noe om bakgrunnen for at denne diskrepansen eksisterer. Dette kapitlet vil presentere aktuelle årsaksvariabler til ulik opplevelse av samarbeid i teamet. Analysen av de individuelle intervjuer har avdekket følgende faktorer som medvirkende til opplevelsen av samarbeid:

- Hierarki i operasjonsteamet
- Ulik deltagelse i arbeidsprosessen
- Profesjonenes forståelse av samarbeidets komponenter
- Stress

6.1 Den intensive case studien

I den intensive case studien ble det gjennomført intervjuer med hjelp av intervjuguide. Denne ble utviklet med bakgrunn i teori og resultater fra studiens første fase. Hensikt med studien var å avdekke årsaksforklaringer til den eksisterende diskrepans i opplevelsen av tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet.

6.1.1 Respondentene

Utvalg av respondenter ble foretatt med kriterie «villighet og evne til å muntlig dele sine erfaringer». Dette for å få størst mulig informasjonsmessig utbytte i intervjusituasjonen. Kriterie om at vedkommende skulle ha minst tre års erfaring fra arbeide i operasjonsavdelingen, og ikke ha administrativ stilling, ble satt for at respondenten skulle ha erfaring med det å jobbe i operasjonsteamet. Det ga også grunnlag for at de hadde gjort seg opp en mening om de ulike elementer av teamsamarbeidet.

Respondentenes ansiennitet innen nåværende spesialitet varierer fra 3 til 25 år, der seks av åtte respondenter har over ti års erfaring. Alle jobber 100 % stilling. Utvalget består av to respondenter fra hver av de fire profesjonsgruppene: operasjonssykepleier, anestesisykepleier, anestesilege og kirurg. Fire kvinner og fire menn inngår i utvalget.

Analyse viser at de to respondentene fra samme profesjonsgruppe er samstemt i sine uttalelser om det tverrfaglige samarbeidet innad i operasjonsteamet. Det er ved analyse av intervjuteksten ikke sett tendenser som tyder på at det er kjønnsforskjeller eller forskjeller med utgangspunkt i alder med tanke på hvordan man opplever og beskriver arbeidssituasjonen og samarbeidet.

6.2 Årsaksforklaringer

I det følgende presenteres de ulike faktorene som kan forklare diskrepansen i opplevd samarbeid mellom de ulike medlemmene av operasjonsteamet. Presentasjonen starter med de overbyggende faktorer: hierarki og teamsammensetning, for så å gå nærmere inn i opplevelsen av samarbeidet og dets ulike komponenter.

6.2.1 Hierarkisk inndeling av operasjonsteamet

Analyse av intervjuene viser til en opplevd hierarkisk inndeling av operasjonsteamet med kirurg overlege på topp, etterfulgt av anestesilege. At kirurg overlege er «sjefen» er noe alle respondentene er enige om. Det eksisterer heller ingen tvil om at anestesilege står over anestesisykepleier i hierarkiet. Assistentlege kirurg har en mer uavklart posisjon idet deres rolle oppfattes ulikt av de forskjellige aktørene.

Anestesisykepleier opplever at samarbeid med overleger, være seg anesthesi- eller kirurg som ukomplisert. De opplever som «*stort sett trygge på seg selv og sin rolle, de har ikke noe markeringsbehov,,*». Samarbeid med assistentleger på anesthesi eller kirurgsiden oppleves derimot mer komplisert «*de kan virke litt vanskelige innimellom . Det kan jo gå på integritet, at de ikke føler seg helt trygg i situasjonen,,*». I følge denne gruppen prøver assistentlege anesthesi å posisjonere seg ved å «*stå på sitt og skulle bestemme*». Likevel opplever de sin egen rolle som trygg. De har også en opplevelse av autonomi i samarbeidssituasjoner, med anledning til å diskutere seg frem til en løsning.

Operasjonssykepleier har en annen oppfattelse av å jobbe i team med overlege hhv assistentlege:

«Det er litt enklere å jobbe sammen med assistentleger (kirurg) enn overleger, for de har ikke rukket å bli sære enda. De er litt mer åpne for, hva skal jeg si, litt veiledning ifht hvordan vi gjør ting,,».

Assistentlege har i operasjonssykepleiers øyne ikke samme posisjon i det hierarkiske systemet, og kan «veiledes» gjennom inngrepet. Samarbeidet med overleger oppleves vanskeligere for operasjonssykepleier idet de ikke i like stor grad er mottagelige for innspill. Det kan synes som om operasjonssykepleier til en viss grad er overordnet nye assistentleger kirurg i det hierarkiske system på operasjonsstuen. Dette kan forklares med at assistentlege som er uerfarne ikke kjenner utstyr, omgivelser og de ulike inngrep. For operasjonssykepleier derimot er operasjonsstuen deres «hjemmebane», og de benytter sin kunnskap til å veilede «mottagelige» assistentleger. Det kommer frem at i mange tilfeller vil denne hierarkiske inndeling endres med assistentleges erfaring: mer erfarne kirurger «klatrer over»

operasjonssykepleier. Når det gjelder anestesilegene opplever operasjonssykepleier det omvendt:

«Overlegene (les: anesthesi) er mer trygge på seg selv, sitt fag, En assistentlege kan være redd for å komme i en situasjon som kan bli farlig. Sånn sett er det lettere med overleger...»

Intervjuene viser at det foregår en form for maktkamp mellom de ulike gruppene i operasjonsteamet. Denne viser seg i de ulike roller og oppgaver den enkelte innehar, og beskrives av anesthesisykepleier:

« Vi har liksom hvert vårt domene, så vi må jo forfekte vårt! Kanskje kjempe litt for hver vår plass..At vi må ta plass rett og slett for å få ting gjort,,»

Denne opplevelsen bekreftes av operasjonssykepleier:

«Det kan godt hende at anesthesisykepleier føler det samme. Jeg føler at de opplever sin jobb som viktigere enn min jobb, og det kan godt hende de føler det samme. På topp i hele teamet er kirurgen da! Udiskutabelt!»

Dette peker på forholdet anesthesisykepleier – operasjonssykepleier, og sier i tillegg noe om kirurgens plass i det hierarkiske system. Det foregår også en maktkamp mellom sykepleier og kirurg, som kan illustreres med en uttalelse fra kirurg:

«... jeg er opptatt av å få gjennom programmet. Og opplever at det ikke går fordi de (les: operasjonssykepleierne) jo har så lang spisepause...det nytter ikke å si noe på det, for hvis du begynner å mase om det så får du ikke noen ny sjans altså,,Da kan du bare glemme samarbeidet...»

Det kan tyde på at siden operasjonssykepleier ikke opplever likestilling peroperativt forsøker de å hevde seg ved å utvise makt på et område de har mulighet til å kontrollere. Dette bekreftes av en annen kirurg:

«Det er litt sånn maktgreie fra sykepleiernes side. For der har de makt til å stoppe programmet...»

Anestesilegene opplever i størst grad samarbeid med anestesisykepleierne, siden de utøver samme «fag». Som en anestesilege også uttalte at «operasjonssykepleierne er mer kirurgene sine».

En kirurg kommer med en uttalelse om de ulike gruppens roller, som kan medvirke til diskrepansen i opplevd samarbeid mellom disse:

«En er jo mye mer selvstendig som anestesisykepleier liksom. De behandler jo på en måte pasienten. Mens de andre (les: operasjonssykepleiere) bare server kirurgen, de er ikke selvstendige, de bare server!»

Dette sier noe om synet en kirurg har på operasjonssykepleier: som en som «finnes til for» kirurgene. I denne sammenheng vil det si at operasjonssykepleier oppleveres som «servende», til tross for deres egen opplevelse av å veilede og eventuelt delta når assistentleger opererer. Anestesisykepleiers funksjon er i større grad selvstendig, idet anestesilege sjelden er til stede under hele det operative inngrep.

Den hierarkiske inndelingen av operasjonsteamet tar utgangspunkt i de profesjonsgruppene teamet består av. Tverrfaglige team kjennetegnes ved at deltagere med ulik kompetanse kombinerer sine kunnskaper og ferdigheter slik at resultatet av arbeidet overgår individuelle prestasjoner (jfr Berlin et al., 2009, s. 268). Et operativt inngrep innebærer at aktører med ulik kompetanse må samarbeide for best mulig resultat. Teamarbeid innebærer i følge teori (Berggren, 1986) en form for likestilling av arbeidsoppgaver, hvor alles bidrag teller like mye: dersom en av aktørene mangler kan ikke inngrepet gjennomføres.

Uttalelser fra respondentene viser likevel til en hierarkisk inndeling av teamet, en eksisterende profesjonskamp mellom alle gruppene, med kirurgen som udiskuterbart «overhode». Hierarki handler om en skjev fordeling av makt, myndighet, autoritet og prestisje (jfr Berggren, 1986). Det er altså et sprik mellom teamarbeid på den ene siden, og samarbeid i operasjonsteamet på den andre. Den ulike posisjon den enkelte aktør har i den hierarkiske inndelingen av operasjonsteamet vil påvirke den opplevelsen de har av samarbeidet og dets ulike komponenter.

6.2.2 Ulik deltagelse i arbeidsprosessen

Funn fra den ekstensive undersøkelsen viser at det eksisterer stor diskrepans i andel respondenter i de ulike gruppene som sier seg enig i at man arbeider som et team. Selv om alle aktørene er til stede på operasjonsstuen kommer det i intervjuer frem at forståelsen av hvem teamet består av er ulik. En anestesisykepleier beskriver teamet slik:

«Sånn som jeg definerer vårt team, da, så er det jeg og to operasjonssykepleiere. Når vi er klare og pasienten ligger på bordet, da er det plutselig to eller tre mer i det teamet. Men det er for en kort periode, og så går de ut av teamet igjen på en måte».

En operasjonssykepleier uttaler *«Det jeg ser er at man dessverre er veldig personavhengig i hvordan ting går...Alt fra operatør, til det teamet som skal ha pasienten».* Dette støtter opp under uttalelsen fra anestesisykepleier, hvor operatøren ikke regnes som deltager i teamet.

Funn fra gruppen assistentlege kirurg viser at de har minst opplevelse av å jobbe som et team. Med bakgrunn i uttalelser kan dette ha en sammenheng med at de faktisk ikke regnes som del av teamet rundt pasienten.

Samarbeid omkring operasjonspasienten kan beskrives som en arbeidsprosess mellom «teamet og dets gjester». Gjester kjennetegnes med at de inviteres inn, for så å forlate «selskapet» på et tidspunkt. Arbeidsprosessen med en operasjonspasient starter fra han ankommer operasjonsavdelingen til overlevering på oppvåkningsavdelingen. Opplevelsen av hvem som utgjør teamet vil påvirkes av den deltagelse de ulike aktører har i de ulike deler av arbeidsprosessen og av ulik deltagelse i formell og uformell samhandling:

6.2.2.1 Formell samhandling

Operasjonssykepleier og anestesisykepleiers formelle samhandling starter når de henter pasienten inn fra sengeventerrommet til operasjonsstuen. Av og til, når pasientens tilstand tilsier det deltar anestesilege også i dette ledd. Anestesilege er så tilstede frem til pasientens

tilstand er stabil, etter innledning av anestesian. Deretter forlater legen arbeidsprosessen på operasjonsstuen, dersom pasientens tilstand ikke tilsier at det er behov for lege. Likevel har anestesilege opplevelsen av å være deltager i teamet:

«Kirurgene kommer til dekkabord..hele tiden,,De føler seg ikke sånn som en del av teamet. For vi føler oss veldig som et team, ikke sant? Hvertfall anestesileger og anestesisykepleiere...»

Når pasienten er i narkose, ferdig vasket og tildekket kommer kirurg inn «som gjest», opererer, og forlater «selskapet». Kirurg uttaler at hun ikke har opplevelsen av å ha en arbeidsplass i operasjonsavdelingen, men at de kun kommer, opererer og går igjen. Dette bekrefter inntrykket av kirurg som «gjest» i teamarbeidet.

Profesjonsgrupper man samarbeider med på flere arenaer vil i større grad oppleves som «en i teamet». Tabell 6:1 viser treffpunkter utenfor operasjonsstuen mellom de ulike medlemmene av operasjonsteamet:

Tabell 6:1. Samarbeidsarenaer utenfor operasjonsstuen (+ indikerer samhandling, mens – indikerer fravær av samhandling)

	Operasjonssykepleier	Anestesisykepleier	Anestesilege	Kirurg
Operasjonssykepleie	+	+	-	-
Anestesisykepleier	+	+	+	-
Anestesilege	-	+	+	+
Kirurg	-	-	+	+

Anestesisykepleier og anestesilege utøver samme funksjon rettet mot operasjonspasienten: å sørge for god anestesi. De har i stor grad sammenfallende oppgaver. Disse to gruppene har også andre arenaer felles, som hjertesteam og anestesi på andre avdelinger. Dette vil styrke deres opplevelse av å jobbe i «samme team». Anestesileger og kirurger samarbeider også om pasienter på intensivavdelingen. Tabell 6:1 viser at det er operasjonssykepleiere og kirurger som har minst formell samhandling med andre utenfor operasjonsstuen. Dette kan forklare hvorfor disse gruppene har minst opplevelse av å jobbe som et team.

En oppsummering av de formelle samhandlingsarenaer, jfr. Tabell 6:1, viser også at leger har mest samhandling med leger og at sykepleiere samhandler mest med sin egen gruppe både i forbindelse med arbeid inne på operasjonsstuen og utenfor denne.

6.2.2.2 Uformell samhandling

Teamopplevelsen vil også styrkes eller svekkes basert på hvilke arenaer man har for uformell samhandling. Til tross for at operasjonssykepleier og anesthesisykepleier har sin faste arbeidsplass i operasjonsavdelingen, med størst mulighet for uformell samhandling, kommer det frem en oppdeling av teamet til å omfatte operasjonssykepleierne på den ene siden, anesthesisykepleierne og – legene på den andre:

«Operasjonsfolka sitter i den ene siden av lokalet, og anestesi på den andre siden. Legene på anestisien sitter sammen med anesthesisykepleierne...det handler om at vi har en sånn merkelig,,vi blir bare styrt mot hver vår sofa,, Kirurgene sitter aldri der, de sitter nede i kantina,,»
(operasjonssykepleier)

Uttalelsen viser til et skille mellom «operasjon» og «anestesi», til tross for at operasjonssykepleiere og anesthesisykepleiere samarbeider i hele operasjonsforløpet. Uttalelsen styrker også inntrykket av at kirurg kun opptre «som gjest» i operasjonsavdelingen: de deltar sjelden i annet arbeid eller andre situasjoner i avdelingen.

6.2.2.4 Oppsummering

Samarbeidet er inndelt i sekvenser hvor hvem som samarbeider når varierer, og dette påvirker opplevelsen den enkelte har av hvem som er reelle medlemmer av teamet. Operasjonssykepleier og anesthesisykepleier samarbeider ved planlegging og forberedelse av pasient til det operative inngrep, samt etter avsluttet operasjon. Disse to gruppene har størst grad av kontinuitet i samarbeidet. Dette betyr at samarbeidet mellom sykepleierne starter før noen andre «gjester» kommer til: Operasjonssykepleier og anesthesisykepleier kan beskrives som «vertene» i samarbeidet. Anestesilege og kirurg tilkalles som «gjester i teamet», og deltar i avgrensede deler av arbeidsprosessen.

Når kirurg er tilstede er det operasjonssykepleier som jobber tettest med dem, siden de befinner seg fysisk på samme sted, og med samme fokus; omkring operasjonsfeltet og det medisinske tekniske utstyr og instrumentene. Anestesilege og anestesisykepleier samarbeider også om samme felt: anestesi til pasienten. I tillegg har disse gruppene flere samarbeidsarenaer utenfor operasjonsstuen.

Uttalelser fra respondentene viser at variasjoner i samhandling påvirker opplevelsen av hvem teamet består av, hvilket igjen kan medføre at opplevelsen av samarbeidet i teamet er ulik.

6.2.3 Profesjonenes forståelse av samarbeidets komponenter

Funn fra intervjuer viser at det ikke bare er opplevelsen av hvem som er deltager i teamet som er ulik, men også hva man legger i begrepet «samarbeid», og i de komponenter samarbeidet består av. Spørreundersøkelsen i første fase av studien tok utgangspunkt i fire påstander som med bakgrunn i teori handler om samarbeid. Det at respondentene har ulik forståelse av de ulike begrep vil kunne forklare diskrepans i opplevelsen de har av tverrfaglig samarbeid.

Ved gjennomgang av hva den enkelte respondent legger i begrepet «godt samarbeid» kommer det frem noen likheter, men også noen forskjeller. En operasjonssykepleier kommer med følgende beskrivelse:

«Godt samarbeid er at alle er godt forberedt på sin oppgave, og tar den veldig alvorlig. Og at vi samtidig løfter blikket og har øye for hverandre, og at vi kan være litt på tilbudssiden for å hjelpe hverandre også! Og, at man har den holdningen at dette er noe vi skal gjøre sammen som vi ikke kan gjøre alene. At vi er tydelige og har respekt for hverandres arbeidsoppgaver,,,»

Ved intervjuer kommer det frem noen felles faktorer de ulike respondentene mener begrepet «godt tverrfaglig samarbeid» innebærer. Disse faktorene presenteres i tabell 6:2:

Tabell 6:2. Respondentenes innholdsforståelse av begrepet «godt samarbeid»

	Operasjonssykepleier	Anestesisykepleier	Anestesilege	Kirurg
Forberedthet	+	+		
Respekt	+	+	+	+
God kommunikasjon	+	+	+	
Imøtekommenhet		+		
Tillit			+	
”Ting glir”		+		+
Beskjeder følges				+

Tabell 6:2 viser en variasjon i opplevelsen respondentene har av hva godt samarbeid betyr. De to gruppene sykepleiere har flest sammenfallende faktorer, mens gruppen kirurg skiller seg ut med minst samsvar med de andre gruppene. Til tross for en variasjon i faktorer kommer det til syne to hovedkomponenter: «respekt», som alle gruppene påpeker, og «kommunikasjon», som tre av gruppene oppgir som essensielt i godt samarbeid. Funn fra intervjuer viser at de ulike respondentgruppene har ulik innholdsforståelse av disse to komponentene:

6.2.3.1 Forståelse av respekt

Respekt er en faktor alle respondentene oppgir som viktig for å kunne samarbeide på en god måte. At respondentene har ulik opplevelse av respekt i teamet vil derfor prege hvilken opplevelse de har av samarbeidet som helhet.

En definisjon av respekt er «å vise at vi anerkjenner at den andre er verdig en aktelse enten som vår likemann eller som en vi setter høyere enn oss selv». Ordet *respekt* kommer fra det latinske *spici* og *spectare*. Begge varianter av verbet har betydningen «å se, å skue noe fremfor seg». Det norske verbet «respektere» kan bety: «å se om igjen, se påny» (Wikipedia). Ved analyse av funn kom det frem en signifikant korrelasjon mellom begrepene «støtte» og «respekt».

Kirurg definerer «respekt» som at beskjeder følges, at alt er på plass og at de har mulighet til konsentrasjon. Respekt i sykepleiergruppene innebærer derimot forståelse, å dra lasset sammen, trygghet, tillit, å bli sett og å bli tatt hensyn til. En operasjonssykepleier uttaler: *«det handler om å få en innsikt i de andres arbeidsoppgaver, og forståelse for at også andre har sine oppgaver som skal utføres, respekt for hverandres arbeidsoppgaver».*

I intervjuene kommer det tydelig frem hvilke forhold som eksisterer i teamet hva gjelder det å se hverandre og sette pris på den andres deltagelse i teamet:

Manglende støtte eller respekt synes ikke å være tema mellom anestesisykepleier og operasjonssykepleier. Operasjonssykepleier uttaler at *«det kan hende vi må svelge noen kameler ifht å samarbeide med anestesien, samtidig må de svelge noen kameler for å samarbeide med oss. Etter hvert så ser vi det og slipper å svelge de kamelene,,»*

Samtidig påpekes at når man ikke lenger har behov for å «svelge kameler» ifht hverandre, er respekten for at den andre også har en viktig rolle i situasjonen til stede.

Manglende støtte og respekt i teamet kommer i større grad til syne i forholdet lege – sykepleier. Anestesisykepleier uttaler sin manglende opplevelse av støtte fra anestesilege:

«Jeg synes godt anestesilegen kunne vært mer delaktig..Tatt initiativ til å lese i journal, være forberedt...Så kunne de på en måte da ha gått litt mer inn i det og vært litt mer servende funksjon..Men det er ikke alltid like lett å få til, vet du,,»

Gjennomgående i intervjuene er at operasjonssykepleier beskriver negative sider ved samarbeidet, spesielt i forholdet til kirurger. Uttalelsene indikerer at operasjonssykepleiere av og til føler seg urettferdig behandlet i samhandling med kirurg. Negative uttalelser har i stor grad vært fra operasjonssykepleier om kirurger:

«...når operatøren ser seg klar, og du får en eitrende forbanna operatør fordi ting ikke er på plass,,Da går det ut over teamet, det blir veldig dårlig kjemi på stua,,»

Operasjonssykepleiers selvstendige funksjon handler mer om oppgaver før og etter kirurgen er tilstede, enn om selve arbeidet peroperativt. I situasjoner hvor kirurg «krever» omgjøring

av planlagt inngrep eller planlagt leiring kommer operasjonssykepleier med en uttalelse som beskriver manglende respekt og støtte mellom operasjonssykepleier og kirurg:

«„de (les: kirurgene) driter i hvilke konsekvenser det får, for da må vi leire om, vaske og dekke på nytt,,De tar ikke inn denne konsekvensen,, I hvert fall istedenfor at de da bare går ut og setter seg, så kunne de ha hjulpet oss,,De kan gjøre akkurat hva de vil, de kan si hva de vil og være så mugne de vil og det er ingen som stiller dem til veggs, for det nytter ikke! Jeg tror vi sykepleiere tenker annerledes. Vi vet vi har pasienten i fokus, og at vi har forskjellige spesialområder. For å komme i mål må vi dra lasset sammen. Vi har kanskje mer av den der følelsen, ikke ”jeg”følelsen...»

(operasjonssykepleier)

Disse forhold kan altså være medvirkende til at denne respondentgruppen utmerker seg ved å ha minst opplevelse av støtte og respekt.

Men kirurger fremheves også av andre grupper. En anestesilege sier for eksempel at *«dersom de tas på riktig måte er det lett å snu en kirurg som er sur,,»*

Manglende respekt uttales altså mest som kirurg relatert hvor det refereres til situasjoner hvor kirurg overlege «kjefter» eller er «eitrende forbanna».

Beskrivelser viser også til kirurger som ikke kommer når de blir ringt etter. Det reageres også på at kirurgene ikke kan ringes etter i god tid, slik at de kan hjelpe til med for eksempel leiring og forflytning. Opplevelsen resten medlemmene har i forhold til at kirurg ikke «vil delta» kan i følge uttalelse fra kirurg stamme fra en feilaktig oppfatning av hva flere kirurger ønsker:

*«Det at noen har så respekt for legene at de ikke ringer før i siste liten- det er bare tull!
Dersom hele teamet skal måtte vente lenge før kirurgen kommer- det er jo helt sykt!»*

En overlege kirurg sier noe som kan forklare enkelte assistentlegers manglende opplevelse av støtte :

« Noen sykepleiere reagerer negativt dersom jeg har med en til som skal operere; at det tar lang tid..Operasjonssykepleierne kan ofte gi uttrykk for dette synes jeg,,Og så etpar av de gamle anestesisykepleierne,,Det synes jeg er dårlig. Vi må huske på at vi har vært nye vi også!»

Som assistentlege kirurg har man en annen posisjon i teamet enn man har som overlege, hvilket kan forklare diskrepansen mellom de to gruppene. Som en overlege kirurg uttaler:

«Når du er assistentlege har du ikke så mye du skulle ha sagt,,Du tar det utstyret du får, for å si det sånn,,Etter at jeg ble overlege har jeg ikke opplevd at jeg ikke har fått det utstyret jeg forlanger...»

En gruppe som i høy grad har opplevelsen av respekt i teamet vil ha en mer positiv opplevelse av samarbeidet, mens grupper som i liten grad har opplevelse av respekt også har en negativ samarbeidsopplevelse.

6.2.3.2 Forståelse av kommunikasjon

God kommunikasjon oppgis som en viktig del av godt samarbeid for begge grupper sykepleiere og gruppen anestesilege. Denne faktoren kom ikke direkte frem ved intervju av kirurg. Til tross for at kirurg ikke oppgir «kommunikasjon» som en viktig del av et godt samarbeid oppgir de «klare beskjeder», «dialog» og at «operasjonssykepleier vet hva jeg skal ha» som faktorer som fremmer samarbeidet. Dette handler også om kommunikasjon, og medfører at alle gruppene i operasjonsteamet mener at god kommunikasjon er essensielt for å fremme tverrfaglig samarbeid.

Det kommer frem at leger har en annen oppfatning av hva god kommunikasjon innebærer enn sykepleiere. Som kirurg uttaler:»,,,er jeg god på å kommunisere jeg vil ha, så får jeg det,,,det er jo jeg som er håndverkeren her,,,». Så lenge egne beskjeder følges opplever denne gruppen kommunikasjonen som god, og dermed samarbeidet som godt. Anestesilege setter også fokus på klare beskjeder: *«Jeg vil vite hva de for eksempel ser når de laryngosoperer..Du må si fra hva du ser! Jeg må vite hva du vet og kan,,,»*. Dette viser til at leger tillegger instrumentell

kommunikasjon størst betydning i samhandlingen: det å overbringe og motta tilstrekkelig informasjon til at inngrepet kan gjennomføres effektivt og sikkert for pasienten.

Respondentene i sykepleiergruppene mener at god kommunikasjon avhenger av mellommenneskelige faktorer, det relasjonelle: « „det å ha følelsen av å bli sett og hørt liksom,,Å føle at man kommuniserer med de man jobber sammen med,,». Trygghet, ros, å ville det samme og humor fremheves som viktig for opplevelsen av god kommunikasjon. Som en av anestesisykepleierne beskrev en situasjon preget av god kommunikasjon:

« „alt funket uten at vi kanskje må snakke oss i hjel på det,,Men at vi vet hvor vi har hverandre, den ene gjør ditt og den andre gjør datt,,og så utfyller vi hverandre liksom. Det glir litt av seg selv,,Vi kan rose hverandre og si at dette har gått bra,,»

Til tross for at alle gruppene direkte eller indirekte mener kommunikasjon er viktig for godt samarbeid, viser funn til en diskrepans i innholdsforståelsen de ulike gruppene har av begrepet. Leger som opplever at beskjeder følges og oppfattes vil i følge funn oppleve kommunikasjonen og samarbeidet som godt. Sykepleiere, som har andre forventninger til innhold og omfang av kommunikasjon, vil i en slik situasjon ikke ha den samme opplevelsen av god kommunikasjon og godt samarbeid. Den varierte forståelse de ulike gruppene har av hva god kommunikasjon betyr vil altså medvirke til variasjon i opplevd samarbeid i teamet.

6.2.3.3 Oppsummering

Det kommer frem et tydelig skille mellom sykepleier operasjon og anestesi på den ene siden og lege på den andre. Det viser seg at sykepleiere tillegger mellommenneskelige faktorer stor betydning når det gjelder forståelse av respekt og kommunikasjon, mens leger har en annen forståelse: at beskjeder følges, at alt er på plass og at forløpet er effektivt.

Sykepleiere og leger har altså ulike «krav» til innhold for en positiv opplevelse av samarbeidets komponenter, hvilket også påvirker funn med tanke på opplevelsen av tverrfaglig samarbeid.

6.2.3 Opplevelsen av stress

I intervjuet ble respondentene bedt om å uttrykke hva de selv mener påvirker kvaliteten på samarbeidet. Stress var den faktor som alle respondentene oppga som negativ med tanke på å oppnå godt samarbeid. De fleste gruppene opplever hverdagen i operasjonsavdelingen som stressfylt, med mangel på personale, uforutsigbarhet og stadige omgjøringer, hvilket medfører en utfordring i forhold til samarbeidet.

De ulike respondentene ble bedt om å beskrive en arbeidshverdag i operasjonsavdelingen. Både operasjonssykepleierne, anestesisykepleierne og anestesilegene opplever dagene som ganske travle. Som en operasjonssykepleier beskriver:

«,,det er stor pasientpågang. Det at pasientene i seg selv har blitt stadig tyngre, de har tilleggssykdommer og sånne ting som anestesi må forberede ifht det..det kan by på en del problemer ifht leiring også...»

I likhet med de andre gruppene oppgir kirurg stress som en negativ faktor med tanke på samarbeid. Samtidig er dette en gruppe som sjelden opplever travle dager i operasjonsavdelingen. En kirurg uttaler at hun har «fine dager» når hun på operasjonsstuen, siden hun da får gjort mer papirarbeid mellom hver operasjon. Kirurgene får ikke samme opplevelsen av endringer i operasjonsprogram, eller forandringer i pasientens tilstand, idet pasienten ligger klar for å bli operert når kirurgen ankommer avdelingen.

Opplevelsen de ulike gruppene har av sin arbeidshverdag sammenfattes i følgende tabell:

Tabell 6:3. Respondentenes opplevelse av arbeidsdagen (+ indikerer opplevelse, - indikerer fravær av opplevelse)

	Operasjonssykepleier	Anestesisykepleier	Anestesilege	Kirurg
Travel	+	+	+	-
Rutinepreget	+	+	+	+
Forutsigbar	-	-	-	+
Påvirkning på egen arbeidshverdag	-	-	-	+

Tabell 6:3 viser stor diskrepans i opplevelsen av egen arbeidshverdag i operasjonsavdelingen. Skillet går mellom kirurger på den ene siden, og resten av teamet på den andre. Kirurgene opplever dagene ved operasjonsavdelingen som «rolige», med stor mulighet for å påvirke innholdet. De resterende medlemmer av teamet opplever derimot en travel arbeidshverdag, som er lite forutsigbar og med liten reell påvirkningsmulighet.

Travelhet, uforutsigbarhet og liten innvirkning på egen arbeidsdag kan sies å øke stressnivået for medlemmene av teamet i stor grad. Stress kan medføre dårligere kommunikasjon, og evnen den enkelte har til å vise støtte og respekt for sine kollegaer. Når man ikke har en opplevelse av mulighet til å påvirke egen arbeidshverdag vil det også påvirke opplevelsen av respekt. Dette vil igjen påvirke opplevelsen av tverrfaglig samarbeid i negativ retning.

6.3 Oppsummering av årsaksforklaringene

Funn fra intervjuer viser til en rekke årsaksforklaringer til diskrepansen mellom profesjonene i opplevelsen av samarbeid i operasjonsteamet. Det er samsvar mellom respondentene innad i de ulike gruppene, hvilket viser til en profesjonsbasert forskjell lege - sykepleier. En overbyggende forklaring til diskrepansen i opplevelsen av samarbeidet er altså at respondentene har ulike profesjonsbaserte roller i et hierarkisk system, hvor kirurg er på topp, med anestesilege som «en god nummer to».

For det første er oppfatningen av hvem som er reell deltager i teamet ulik. Dette påvirker hvorvidt den enkelte respondent har opplevelse av å jobbe sammen som et team. Opplevelsen vil også preges av hvilke areaner for samhandling den aktuelle respondent er deltager i. Det er tydelig at jo flere uformelle eller formelle arenaer for samarbeid man deltar på, jo mer positiv opplevelse av samarbeid har respondenten totalt sett. Dette kan også handle om at man blir bedre kjent med hverandre dersom man tilbringer mer tid sammen, og samarbeider under forskjellige omstendigheter.

For det andre definerer de ulike gruppene samarbeid, respekt og kommunikasjon ulikt. Dette kan forklare diskrepans i funn på disse påstandene. Forklaring på at gruppene har ulik opplevelse av at man samarbeider godt kan være at respondentene har ulik mening om hva godt samarbeid innebærer. Sykepleiergruppene tillegger mellommenneskelige faktorer størst vekt, mens leger har fokus på at beskjeder som gis følges, og på effektivitet.

Som et tredje forhold vil opplevelsen av støtte og respekt påvirkes av at respondentene har en opplevelse av temaet som todelt: Operasjonssykepleier server kirurg, mens anesthesisykepleier og anestesilege samarbeider om felles oppgaver. Negative uttalelser og opplevelser knyttes oftest opp mot kirurg. Det at operasjonssykepleier er gruppen med minst opplevelse av støtte og respekt kan derfor forklares med at det er de som jobber tettest på «sjefen» i teamet, med de som oftest lar eget humør gå ut over sine kollegaer.

Videre preges opplevelsen av støtte og respekt også av at respondentene har ulik oppfatning av hvilke oppgaver de ulike aktørene burde utføre. Sykepleiergruppene har ønske om at legene skal delta i flere oppgaver enn de faktisk gjør: operasjonssykepleier ønsker kirurg sin deltagelse i leiring og dekking, anesthesisykepleier ønsker anestesileges engasjement i det å forberede anestesen.

Til slutt vil variasjon i opplevelsen av stress påvirker hvilken opplevelse de ulike respondentene har av samarbeid, respekt og kommunikasjon. Kirurg opplever en lite travel, men forutsigbar arbeidsdag hvor de har stor innvirkning på eget arbeid. Dette står i motsetning til hva de andre gruppene opplever. Både anestesilege, anesthesisykepleier og operasjonssykepleier har opplevelsen av en arbeidshverdag som er travel, med liten innvirkning på oppgavene og lite forutsigbarhet. Selv om anestesileger i utgangspunktet stiller likt med kirurger i det hierarkiske systemet opplever de ofte at kirurg går vinnende ut av en

diskusjon om ressursfordeling eller prioritering av pasienter. Denne diskrepansen i opplevelsen av arbeidsdagen kan også medvirke til diskrepans i opplevelsen av samarbeid.

7.0 TEAMMEDLEMMENES OPPLEVELSE AV SAMARBEID OG FAKTORER SOM FORKLARER DENNE

Funn fra spørreundersøkelsen i den ekstensive casestudien beskriver en variasjon i opplevd samarbeid blant medlemmene av operasjonsteamet. Funn fra casestudien samsvarer til en viss grad med de fra undersøkelser gjennomført av blant annet Mills et al (2008), Carney et al (2010) og Awad et al (2005): kirurger *har* en mer positiv oppfatning av samarbeidet enn de andre medlemmene av teamet. Men denne studien viser at anestesilege har den mest positive opplevelsen sammenlagt. Dette gjelder i størst grad når samarbeidet fokuseres på arbeidet inne på operasjonsstuen. Når fokus settes på samarbeid mellom avdelinger respondentene forventes å samarbeide med svekkes denne opplevelsen. Studien kommer også med et supplement til tidligere forskning: det eksisterer en variasjon i opplevd samarbeid også innad i sykepleiergruppen, mellom operasjons- og anestesisykepleier, og innad i legegruppen, mellom overleger / assistentleger kirurg og anestesilege. Den største diskrepansen viser seg å være mellom kirurger og operasjonssykepleiere.

Studien avdekker flere årsaksforklaringer til diskrepansen i opplevd samarbeid, hvilket ikke er fokusert i tidligere studier:

- Hierarki og todeling av operasjonsteamet
- Ulik deltagelse i arbeidsprosessen
- Ulik innholdsforståelse av samarbeidet og dets komponenter
- Ulikhet i opplevd stress

Faktorene som avdekkes som årsaker til ulik opplevelse av tverrfaglig samarbeid har alle utgangspunkt i *en* overordnet faktor: profesjonsbakgrunn. Denne danner grunnlag for organiseringen av teamet, maktforhold og det enkelte medlems deltagelse i arbeidsprosessens ulike ledd. Profesjonene samsvarer innad i gruppen, men mellom gruppene eksisterer en ulikhet i forståelsen av samarbeidets sentrale komponenter. Tidligere forskning (Jfr Makary et al., 2006) har også sett på opplevelsen av samarbeid basert på *hvem* man samarbeider med. Leger opplever samarbeidet som bedre med sykepleiere enn vise versa. Alle gruppene rangerer samarbeidet best innad i egen gruppe. Også funn i den intensive studien viser at det eksisterer en diskrepans i opplevd samarbeid basert på hvem man samarbeider med, hvor

samarbeidet med kirurg overlege anses mest utfordrende i alle grupper. Det vises også til en utfordring i samarbeidet mellom de to sykepleiergruppene, men denne kuperes når man opparbeider en gjensidig opplevelse av tillit og respekt.

I dette kapitlet vil empiriske funn fortolkes og drøftes i lys av relevant teori.

7.1 Operasjonsteamets hierarki

Studien viser til en hierarkisk inndeling av operasjonsteamet, der hvert av medlemmene har sin posisjon og rolle. På toppen av hierarkiet, med størst grad av makt, befinner kirurg seg. Teamet deles inn i to hovedprofesjoner: leger og sykepleiere. Det er leger som bestemmer forhold som operasjonsprogram, innkjøp av utstyr eller annen ressursbruk. Avgjørelser som tas med hensyn til hvilke inngrep som skal utføres og hva slags utstyr som skal benyttes vedtas av legene, men har størst praktisk betydning for de andre medlemmene av teamet sin arbeidshverdag. Kirurg vil i samarbeid med anestesilege avgjøre hvilke pasienter som skal opereres når. Det er anestesilege som har avgjørende myndighet med tanke på hvilken form for anestesi som skal gis til de ulike pasientene. Sykepleiere opplever å befinne seg i bunnen av hierarkiet, idet legenes avgjørelser påvirker deres arbeid i stor grad. Anestesisykepleier har likevel i større grad enn operasjonssykepleier opplevelse av kontroll over eget arbeid.

Den hierarkiske inndeling av operasjonsteamet kan tilskrives flere faktorer:

For det første vil graden av profesjonalisering føre til at den som har størst kontroll over det akademiske kunnskapssystemet, med relevans for arbeidsprosessen i operasjonsavdelingen, befinner seg på toppen av hierarkiet. Profesjonell praksis består av handlingstrinn som tar utgangspunkt i det formelle kunnskapssystemet (jfr. Abbot, 1988). Leger har i større grad enn sykepleiere kontroll over profesjonens kunnskapsbase, det vil si større makt og prestisje over den akademiske kunnskap. Dermed vil deres avgjørelser tillegges mest vekt i operasjonsteamet.

For det andre har legegruppen med bakgrunn i profesjonaliseringen større jurisdiksjon over arbeidet (jfr Abbot, 1988). Dette innebærer at det finnes en rekke formelle regler som anerkjenner legenes kunnskap, og dermed legger til rette for at deres vurderinger i arbeidsprosessen tillegges størst vekt (jfr. Helsepersonelloven, 1999).

Til slutt legger forskjellen i profesjonalisering og den formelle kontrollen via profesjonens jurisdiksjon, føringer for organiseringen av arbeidet. Mintzberg (1983, p.153) viser blant annet hvordan legenes rolle i et profesjonsbyråkrati fører til at myndigheten til å fatte avgjørelser ligger hos denne gruppen. Dette kommer til synes ved at leger i større grad har kontroll over koordineringsmekanismer som gjensidig tilpasning, standardisering av arbeidsprosesser og standardisering av kompetanse (jfr. Mintzberg, 1983, pp.3-9). Kirurg bestemmer hvem som gjør hva, hvilket utstyr han / hun vil benytte og hele fremdriften i operasjonsforløpet. Dersom en kirurg ønsker å benytte et spesielt instrument, til tross for at operasjonssykepleier vet dette er dyrere eller innebærer mer tidsbruk, er det kirurgen som får det siste ordet. På den måten vil kirurgens makt over standardiseringene påvirke operasjonssykepleier. Dette gjelder i størst grad overlege kirurg, idet assistentlegene som operasjonssykepleier uttrykker det, er lettere å «kunne veilede». Anestesileger har også med bakgrunn i jurisdiksjon kontroll over ulike koordinasjonsmekanismer. Likevel vil ikke deres rolle i like stor grad bære preg av makt, idet anestesilegene sjelden er tilstede under hele operasjonsforløpet.

Leger har i større grad representanter i toppledelse og teknostruktur (jfr. Mintzberg, 1983), hvilket medfører at legene vil ha større mulighet for påvirkning ved fordeling av ressurser og ved planlegging av aktiviteter i operasjonsavdelingen. Siden legene også er sterkere representert i teknostrukturen vil de ha større påvirkningsmulighet når det gjelder å sette standarder for arbeidet og for kompetansenivået ved de enkelte inngrep.

Forskjellen som finnes mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere kan ha bakgrunn i at det er operasjonssykepleierne som i størst grad «føler på kroppen» den makt kirurg har. Operasjonssykepleierne jobber tettest med «sjefen» i teamet og har minst grad av selvstendig funksjon. Flin & Mitchell (2009) beskrev at operasjonssykepleiere definerer sitt hovedansvar som å «ikke gjøre kirurgen opprørt» eller «gjøre kirurgen fornøyd». Forskjellen mellom anesthesi- og operasjonssykepleier kan altså forklares ved de ulike posisjoner de har i hierarkiet i kraft av sin spesialutdannelse og sine funksjonsområder.

Profesjonenes formelle status med utgangspunkt i den akademiske kunnskapsbase og jurisdiksjon over arbeidet medvirker til en organisering av arbeidet som medfører et skjevt maktforhold mellom de ulike medlemmene av operasjonsteamet. Teori (jfr Strandvåg, 2009) viser til at den «gammeldagse oppfatningen» av at legen er på topp i hierarkiet fremdeles lever til en viss grad, hvilket bekreftes i intervjuer i denne studien. Dette kan også forklare hvorfor så mange av legene opplever respekt. Som en operasjonssykepleier beskriver «,, På topp i hele teamet er kirurgen da! Udiskutabelt! ». At kirurgen er «sjefen» uttrykkes av begge sykepleiergrupper, av anestesileger og av kirurger selv.

Til tross for at operasjonsteamet består av ulike aktører som integrerer og kombinerer sin spesielle kompetanse i gjennomføringen av arbeidsprosessen (jfr. Lauvås & Lauvås, 2004), vil de inneha ulik makt og kontroll som følge av deres sosiale posisjon i teamet. Dette innebærer i følge Fisher (2006) et betydelig potensial for destruktive konflikter. Den skjevhet som eksisterer i maktfordeling vil medføre ulik kontroll over arbeidsprosessen og ulik sosial posisjonering i teamet. Disse faktorene medfører at opplevelsen av tverrfaglig samarbeid er som beskrevet i teamet: økt opplevelse av makt medfører en mer positiv opplevelse av samarbeidets komponenter, mens det motsatte gjelder ved liten opplevelse av makt og kontroll.

7.2 Ulik deltagelse i arbeidsprosessen

Studien viser at arbeidsprosessen i operasjonsteamet er inndelt i sekvenser hvor hvem som samarbeider når varierer. Operasjonssykepleier og anestesisykepleier samarbeider ved planlegging og forberedelse av pasient til det operative inngrep, samt etter avsluttet operasjon. Disse to gruppene har størst grad av kontinuitet i samarbeidet. Anestesilege og kirurg deltar i avgrensede deler av arbeidsprosessen.

Respondentene har ulik opplevelse av hvem teamet består av. Et flertall av respondentene viser til en opplevd todeling av teamet, med operasjonssykepleier og kirurg som en del, og anestesisykepleier og anestesilege som en annen. En respondent har opplevelsen av at «teamet, det er jeg og en eller to operasjonssykepleiere».

Opplevelsen av å jobbe som et team påvirkes av de ulike aktørenes deltagelse i formell og uformell samhandling. Leger har i størst grad formell samhandling med andre leger både inne på operasjonsstuen og utenfor, mens sykepleiere i størst grad har både formell og uformell samhandling med andre sykepleiere.

Teamet består av profesjonelle med ulik kompetanse, hvor teammedlemmene er avhengige av hverandre for å ivareta optimal og sikker pasientbehandling (jfr Strandvåg, 2009). Teamarbeid innebærer per definisjon samhandling mellom representanter med ulik kompetanse (jfr. Berlin et al., 2009). Rammer for samhandlingen settes ved organiseringen av arbeidsprosessen, hvor de ulike aktørene i teamet utfyller hverandres kunnskaps - og ferdighetsområder. Det er flere årsaker til at ulik deltagelse i arbeidsprosessen påvirker opplevelsen av samarbeidet:

For det første er teammedlemmene i følge Lauvås & Lauvås (2004) avhengig av å kombinere sin kompetanse i de ulike ledd av arbeidsprosessen. Ved å integrere teori og metoder fra de ulike fagene vil felles tverrfaglig innsikt skapes. I de ulike faser av arbeidsprosessen med en operasjonspasient vil det være varierende behov for kompetanse på spesielle områder. Dette medfører at det kun er operasjonssykepleier og anestesisykepleier som samarbeider fra sengeventerom til oppvåkingsavdeling, og som har hele forløpet til en operasjonspasient som utgangspunkt for sin opplevelse av tverrfaglig samarbeid.

For det andre vil stor avstand i kompetanse mellom aktørene i teamet medføre at det er vanskeligere å skape fleksible og integrerte arbeidsprosesser (jfr. Lauvås & Lauvås, 2004). Profesjonsbakgrunn og kunnskapssystem medfører at det er operasjonssykepleier som samarbeider tettest med kirurg. Kirurg er på topp i hierarkiet, med størst grad av kontroll og jurisdiksjon (jfr. Abbot, 1988). Anestesisykepleier og anestesilege har i stor grad overlappende oppgaver i forhold til operasjonspasienten. Anestesisykepleier har større grad av jurisdiksjon over eget arbeid enn det operasjonssykepleier har. Den avstand i kompetanse som eksisterer i teamet under selve operasjonen vil påvirke opplevelsen av arbeidsprosessen.

Til sist vil muligheten for en tilnærming mellom aktørene avhenge av felles samhandlingsarenaer basert på organiseringen av arbeidet. Studien viser at leger i størst grad har formell samhandling med andre leger, mens sykepleiere både har formell og uformell samhandling med andre sykepleiere. Kommunikasjon benyttes i følge Berlin et al (2009) som verktøy for å skape felles kunnskap og kompetanse, felles mål og verdier. Dette krever både

formell og uformell samhandling (jfr. Mintzberg & Glouberman, 2001). Det at lege og sykepleiere i liten grad har felles samhandlingsarenaer vil påvirke den mulighet de har for tilnærming til hverandre.

Kollektiv identitet handler om felles symboler, om det å skape forestillinger om hvordan ting bør være og hvordan ting skal gjøres (jfr. Molander & Trenum, 2008, s.323). Denne kollektive identitet kan være årsak til samsvar i funn innad i de ulike gruppene.

For å være et team kreves samhandling. Leger og sykepleiere har ulik deltagelse i arbeidsprosessen med operasjonspasienten. Dette medfører at sykepleiere har mest samhandling med hverandre, mens leger har mindre grad av uformell og formell samhandling med sykepleiere. Når teammedlemmene skal beskrive sin opplevelse av samarbeidet i teamet omkring operasjonspasienten vil deltagelse i arbeidsprosessen være en medvirkende faktor: Sykepleiere har i liten grad opplevelse av godt samarbeid, idet legene kun opptrer som «gjester i teamet». Leger deler ikke denne opplevelsen, men mener at samarbeidet fungerer godt, den delen av arbeidsprosessen de er tilstede.

7.3 Ulik forståelse av samarbeidets komponenter

Studien viser at sykepleiere legger stor vekt på relasjonelle faktorer når de skal beskrive opplevd samarbeid og opplevelsen av samarbeidets komponenter. Kirurgene oppgir derimot det at «ting glir» og «beskjeder følges» som viktige faktorer for godt samarbeid. Leger har en mer teknisk, instrumentell forståelse av samarbeidet. Dette kan ha bakgrunn i flere faktorer:

For det første vil det ved utvikling av en kollektiv identitet som profesjonsidentiteten være slik at de ulike profesjonsgruppene tar i bruk felles symbolikk, som skaper forestillinger om hvordan ting bør være og hvordan ting skal gjøres (jfr. Molander & Trenum, 2008). Dette medfører at de ulike gruppene vil ha ulik oppfatning av hvordan ting bør være. Carney et al. tydeliggjør dette i sin studie som viser at sykepleiere beskriver samarbeid som at deres innspill blir respektert, mens legene beskriver det som at sykepleierne fanger opp deres behov og følger instruksjoner (jfr. Carney et al., 2010). Operasjonssykepleiere definerer i følge Flin

og Mitchell (2009) sitt hovedansvar som å «ikke gjøre kirurgen opprørt» eller «gjøre kirurgen fornøyd».

For det andre vil hva de profesjonelle legger i begrepet samarbeid være preget av at legene hører hjemme i «cure» og «control» gruppene (jfr Mintzberg & Glouberman, 2001, p. 63), mens sykepleierne finnes igjen i «care» gruppen. Leger er opptatt av effektivitet og at «ting er på plass», mens sykepleiere er mer opptatt av mellommenneskelige faktorer i tverrfaglig samarbeid.

Forskjellig oppfatning av hva «godt samarbeid» betyr kan altså medvirke til diskrepansen i funn med hensyn til opplevelsen av at man «samarbeider godt på tvers av avdelinger som har behov for å samarbeide». En årsaksforklaring er også ulik oppfatning av hva den enkelte legger i «avdelinger», og «behov for å samarbeide».

Det faktum at de ulike gruppene legger ulike ting i, og følelser bak begrepene «Samarbeid», «Respekt» og «Kommunikasjon» kan bidra til å forklare diskrepansen i opplevd samarbeid. Ved en gjennomgang av samarbeidets komponenter er det «respekt» og «kommunikasjon» som er fremtredende i alle gruppene:

7.3.1 Ulik forståelse av respekt

Per definisjon er respekt «å anse den andre som likemann eller en som står høyere enn oss selv» (Wikipedia). Respekt og støtte har stor grad av korrelasjon, og kan derfor ses i sammenheng. Studien viser at det er enighet i alle grupper om at respekt er essensielt for godt samarbeid. Respondentene i de ulike profesjonsgruppene har ulik innholdsforståelse av begrepet respekt:

Sykepleiere definerer respekt som «forståelse», «å dra lasset sammen», «trygghet og tillit», «å bli sett» og «å bli tatt hensyn til». Anestesisykepleier og anestesilege har i stor grad utfyllende roller og like arbeidsoppgaver. Dette kan bidra til at anestesisykepleier opplever at man «drar lasset sammen». Samtidig jobber anestesisykepleier mye alene i løpet av hele arbeidsprosessen, hvilket kan bidra til en følelse av respekt ved å bli vist den tilliten det er å

gjennomføre anestesi til pasienten på egenhånd. Operasjonssykepleier har i liten grad en selvstendig funksjon, og jobber tett på «sjefen» i teamet. Dette kan forklare hvorfor denne gruppen i minst grad har opplevelsen av respekt i teamet.

Kirurg definerer respekt som at «beskjeder følges» og at de «har mulighet til konsentrasjon», de har en forventning om «å være på topp i hierarkiet» (jfr Strandvåg, 2009). Dette kan forklare hvorfor kirurg overlege har 100 prosent opplevelse av støtte og respekt: Beskjedene deres følges, de har kontroll i situasjonen. Diskrepans i forhold til assistentlege kan forklares ved et «kirurgiske hierarki», hvor spesielt nyere assistentleger til en viss grad underordnes operasjonssykepleier.

Profesjonsbakgrunn henger sammen med kontroll over eget arbeid, jurisdiksjon, og opplevelsen av støtte og respekt. Legene har høyere grad av jurisdiksjon over det medisinskfaglige arbeidet med pasienten (jfr Abbot, 1988). Strandvåg sin studie (2009) viste at personlige egenskaper i samarbeidsrelasjonene har større innvirkning på samhandlingen enn hvilken profesjon den enkelte tilhører. Dette synes ikke å være fremtredende i denne undersøkelsen. Leger sin forståelse av respekt medfører at de i stor grad har en positiv opplevelse av å være respektert i teamet, mens operasjonssykepleier ikke har opplevelsen av respekt. Disse forhold vil medvirke til diskrepans i opplevelsen av tverrfaglig samarbeid.

7.3.2 Ulik forståelse av kommunikasjon

God kommunikasjon er essensielt for å oppnå godt tverrfaglig samarbeid. Svikt i kommunikasjon er en vanlig årsak til utilsiktet pasientskade, høyere dødelighetsrate blant pasienter, lengre sykehusopphold, mer postoperativ smerte og lavere funksjonsnivå blant pasientene (jfr Carney et al., 2010 & Mills et al., 2007). Dette tydeliggjør hvor viktig det er med god kommunikasjon. Forskning viser til at forskjeller i opplevelsen av samarbeid samsvarer med forskjellig opplevelse av kvalitet på kommunikasjonen (Carney et al., 2010; Mills et al., 2007): leger har en mer positiv oppfatning av kvaliteten på kommunikasjonen enn sykepleiere. Dette stemmer overens med funn fra case studien.

God kommunikasjon er en faktor som direkte eller indirekte oppgis av alle respondentene som grunnleggende i godt tverrfaglig samarbeid. Studien viser at profesjonsgruppene har ulik

forståelse av hva god kommunikasjon betyr. Dette kan forklares med at operasjonsteamet består av to hovedgrupper profesjonelle, sykepleiere og leger:

Sykepleiere tillegger relasjonelle faktorer stor betydning når det gjelder forståelse av kommunikasjon. Sykepleierne i studien bruker begrepet «god kommunikasjon» i samme setning som «følelsen av å bli sett og hørt». Thomassen (2005) viser til at sykepleiere trenes opp til å vise sympati og forståelse, å oppnå kontakt mellom to personer ved hjelp av kommunikasjon. Dette bekreftes i denne studien.

Leger har en annen forståelse av hva god kommunikasjon innebærer. Kirurgene oppgir «at beskjeder følges» eller «at jeg er god på å kommunisere det jeg vil ha» som eksempler på god kommunikasjon. Legene får i motsetning til sykepleiere opplæring i bruk av konsultasjonskart, og samtaleteknikker som er ment å være faktafrembringende. Til tross for et økt fokus ved landets medisinstudier på kommunikasjonens relasjons- og profilbyggende elementer siden 1999 (Halvorsen, 2000), er dette tilsynelatende ikke implementert i det aktuelle case hvor leger har fokus på innhold i kommunikasjonen.

Ulike formelle og uformelle arenaer for samarbeid medvirker til ulike muligheter for «oppklarende kommunikasjon» (jfr Mintzberg & Glouberman, 2001). Operasjonsteamet har per i dag ingen formelle eller uformelle møtepunkter hvor alle medlemmene av operasjonsteamet samles for felles diskusjon eller undervisning utenfor operasjonsstuen. Kommunikasjon danner grunnlaget for en helhetlig forståelse av en situasjon, en mulighet for å fastsette arbeidsprosesser og opparbeide respekt og tillit (jfr Willumsen, 2009). Dermed vil ikke tilfredsstillende kommunikasjon påvirke de ulike respondentenes opplevelse av støtte, respekt og samarbeid. Opplevelsen av god kommunikasjon vil altså medføre en mer positiv opplevelse av samarbeidet, og motsatt vil manglende kommunikasjon medføre negativ opplevelse.

7.4 Ulik opplevelse av stress

Stress er den faktor som alle profesjonsgrupper i intervjuer oppgir som negativ med tanke på godt tverrfaglig samarbeid. Studien viser et sprik med hensyn til i hvilken grad de ulike medlemmene av teamet opplever sin arbeidshverdag som stressfylt.

Ved beskrivelse av egen arbeidshverdag tegner alle grupper unntatt kirurg et bilde av en dag som er travel og uforutsigbar. Kirurg har opplevelsen av en forutsigbar og rolig dag som gir rom for en del «papirarbeid mellom operasjonene». Kirurgen deltar ikke på de ulike forberedelser, men møter på operasjonsstuen når pasienten ligger klar for operasjon. Anestesilege deltar ofte heller ikke ved forberedelse og istandgjøring, men har også oppgaver utenfor den ene operasjonsstuen. Det kan være årsak til deres opplevelse av en stressende hverdag.

Det er anesthesisykepleier og operasjonssykepleier som oftest opplever de praktiske utfordringene ved omgjøring i operasjonsprogram, akutte operasjoner og andre uforutsette hendelser. For de to gruppene sykepleiere medfører dette ekstra arbeid, med klargjøring av nytt utstyr, andre medisiner og annen planlegging.. Det er flere årsaker til at medlemmene av teamet har ulik opplevelse av stress, jfr. Karasek (1979) sine tre hypoteser:

For det første vil endringer i operasjonsprogram, øyeblikkelig hjelp operasjoner samt effektivitetskrav fra ledelsen medføre en sterkere opplevelse av stress. Endringer medfører som oftest økt arbeidsbelastning kun for sykepleiere, mens effektivitetskravet påvirker alle gruppens opplevelse av stress.

For det andre kan ulikheten i autonomi i arbeidsprosessen bidra til å forklare diskrepansen i opplevelsen av stress (jfr Karaseks, 1979 "Job – demands - control"- modell). Kontroll over koordinasjonsmekanismer vil gi den profesjonelle autonomi i sin del av arbeidsprosessen (jfr Mintzberg, 1983). Stor grad av autonomi medfører en opplevelse av påvirkningsmulighet og kontroll, hvilket igjen kan medføre opplevelse av respekt, og manglende opplevelse av stress (jfr Karasek, 1979). Manglende autonomi i arbeidsprosessen vil også styrke opplevelsen av stress ved økende arbeidsbelastning (jfr Karasek, 1979). Autonomi øker tilfredshet i arbeidet, og opplevelsen av samarbeidet blir også mer positiv.

Til sist vil opplevelsen av autonomi fungere som en buffer ved økt stress, hvilket igjen styrker at leger sin opplevelse av stress ikke påvirkes i like stor grad ved økt arbeidsbelastning.

Leger har stor grad av autonomi, og i følge Karasek (1979) vil derfor stressopplevelsen reduseres. Anestesisykepleiere har i større grad enn operasjonssykepleiere autonomi i arbeidsprosessen. Operasjonssykepleier har minst grad av autonomi i arbeidsprosessen hvilket også kan forklare at denne gruppen har minst opplevelse av respekt.

Denne studien viser stort samsvar med Karaseks (1979) modell, og kan bidra til å forklare diskrepansen i opplevd samarbeid: Opplevelse av stress i sammenheng med liten grad av autonomi i arbeidsprosessen vil medføre en negativ opplevelse av samarbeid. Stress i sammenheng med stor grad av autonomi vil ikke i like stor grad påvirke opplevelsen av samarbeid i negativ retning.

7.5 Oppsummering

Tidligere studier viser til en forskjell i opplevd samarbeid mellom leger og sykepleiere (jfr Mills et al., 2008; Carney et al., 2010 & Awad et al., 2005), hvilket bekreftes i denne studien. Opplevelsen kan ses i lys av de roller og profesjoner som arbeidet i teamet består av. Funn både i fase en og to av denne studien viser til at det eksisterer stor grad av profesjonsidentitet blant medlemmene i teamet.

Diskrepansen mellom leger og sykepleiere kan belyses ved hjelp av profesjons-, organisasjons- og kommunikasjonsteori. De eksisterende forskjeller mellom lege og sykepleier har alle bakgrunn i operasjonsteamets hierarkiske inndeling. Diskrepans innad i de to gruppene lege / sykepleier forklares ved en opplevd todeling av teamet, hvor operasjonssykepleier jobber i team med kirurg, mens anestesisykepleier og anestebilege utgjør et eget. Sykepleiere og leger har ulike forventninger til innhold for en positiv opplevelse av samarbeidets komponenter.

Diskrepans i opplevelsen av samarbeid kan også forklares med at medlemmene av teamet deltar i ulike faser av arbeidsprosessen. Forholdet mellom uformelle og formelle

samhandlingsarenaer er ulik. Dette medfører varierende mulighet for å utvikle en felles forståelse og felles målsetninger.

Leger opplever stor grad av autonomi i eget arbeid. Rollen som anestesisykepleier innebærer også mulighet for autonomt arbeid, med en høy grad av jurisdiksjon i arbeidet. Dette i motsetning til operasjonssykepleier, som «server sjefen i teamet». Mindre grad av autonomi i arbeidsprosessen medfører en økt opplevelse av stress og en mindre positiv opplevelse av samarbeidet.

Strandvåg (2009) fant i sitt masterprosjekt at personlige egenskaper i samarbeidsrelasjonene har større innvirkning på samhandlingen enn hvilken profesjon den enkelte tilhører. Den individuelle identiteten syntes altså i hennes studie å være sterkere for en profesjonsutøver enn den kollektive identiteten. Dette ser ikke ut til å være tilfelle i denne studien. Uttalelser om samarbeids-situasjoner som utpeker seg som negative eller hemmende handler om samme profesjonsgruppe. Samspillet profesjonsbakgrunn og personlighet vil alltid være der, og danne bakteppe for tverrfaglig samarbeid.

Funn bekrefter i stor grad den forforståelsen jeg satt inne med: operasjonsteamet har en tendens til å jobbe seksjonert med hver sine oppgaver, og mangler en felles opplevelse av samarbeidet. Til en viss grad er dette forståelig idet man faktisk har ulik kompetanse og adskilte ansvarsområder. Likevel burde målet være det samme: å gi pasienten et trygt, effektivt og kvalitetsmessig godt operasjonsforløp via fokus på godt tverrfaglig samarbeid.

Vurdering av det kirurgiske utfallet er de senere år snudd fra å handle om pasientens tilstand og kirurgens ekspertise og evner, til å omfatte kirurgens tekniske, kognitive og «oppførselsmessige» evner, operasjonsomgivelsene og tverrfaglig samarbeid på operasjonsstuen (jfr Flin & Mitchell, 2009). Denne utviklingen kan også bidra til å sette samarbeidet i operasjonsteamet i et annet lys.

8.0 KONKLUSJON

Sykehuset som organisasjon danner et komplekst bakteppe for caset i denne studien. Casestudien har søkt å beskrive de ulike gruppedlemmenes opplevelse av samarbeid for å se om dette samsvarer med tidligere forskning: at leger har en annen og mer positiv opplevelse av samarbeid enn sykepleiere. Dette viste seg å være tilfelle.

Studien har i tillegg identifisert ikke tidligere beskrevne gruppeforskjeller; mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger, overleger og assistentleger i kirurgi. Tidligere forskning har heller ikke søkt å finne årsaksfaktorer til diskrepans i opplevelsen. Hensikten med denne studien var derfor todelt:

1. Å beskrive de ulike teammedlemmenes opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet
2. Å finne årsaksforklaringer til denne opplevelsen

Hensikten er oppnådd; det interessante spriket i opplevelsen av samarbeid og mulige årsaksforklaringer til dette er påvist.

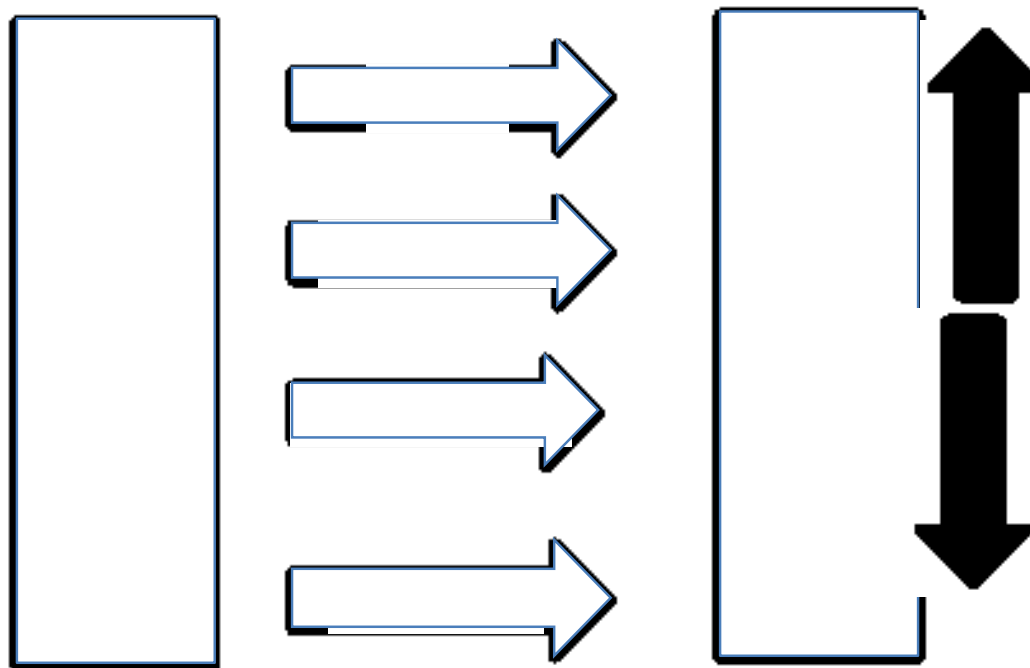
San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla (2005) viser i sin review artikkel til faktorer på systemisk, organisatorisk og relasjonelt nivå som fremmer eller hemmer tverrfaglig samarbeid. Flere av funnene fra casestudien kan relateres til disse faktorene. Skjev maktfordeling, ulik opplevelse av samarbeidet og inndeling i arbeidsoppgaver og ansvarsområder basert på jurisdiksjon oppgis i reviewartikkelen som systemiske faktorer som *hemmer* godt samarbeid. I forhold til relasjonelle faktorer nevnes overveiende fremmende faktorer i artikkelen til San Martin-Rodriguez et al (2005), hvor god kommunikasjon og en høy grad av gjensidig respekt er de mest sentrale. Dette påpeker viktigheten av å sette fokus på årsaker til diskrepans i opplevd samarbeid:

Teori viser til at der hvor man har ulik opplevelse av samarbeid vil samarbeidet påvirkes i negativ retning, idet man «drar i ulik retning». Ved forbedringsarbeid i helsevesenet, påpekes at det er nødvendig å ha forståelse for hvilke barrierer som kan forekomme. I tillegg må de konkrete barrierene ved egen organisasjon og avdeling identifiseres, for kunne utfordres og overvinnes. Det er ingen metode alene som kan overkomme samtlige av de identifiserte

barrierene, fordi ulike tilnærminger vil være effektive for ulike personer i ulike situasjoner. Det er den enkeltes ansvar å ta del i en slik diskusjon og jobbe med egne verdier opp mot en felles forståelse. Det er deltakerens fleksibilitet og evne til å anerkjenne forskjeller som kan bidra til bedre samarbeid.

Nyere teori hevder at tiden kanskje er inne til å etablere nye syn på samarbeid der fokuset i større grad er å utfylle hverandres kompetanse i samhandlingen. Implisitt i dette ligger det at utvikling og implementering av effektive metoder for konflikthåndtering kan være et særlig viktig tiltak for å lykkes med arbeid i tverrfaglige team. Virksomheten ved operasjonsavdelingen er fullstendig avhengig av teamsamarbeidet! Viktig i dette blir å verdsette ulikheter som en ressurs for samarbeid, i motsetning til å fokusere på dem som et problem og en negativ utfordring. Økt kunnskap om hverandre og om de ulike spesialitetenes relasjon til helheten vil fremme det tverrfaglige samarbeidet. Forhåpningen er at denne studien kan fungere som en vekker i miljøet, og sette søkelys på de utfordringer som finnes. Bevissthet alene kan påvirke flere forhold i positiv retning.

Flere faktorer som er kommet frem i de respektive datasamlinger med formål å forklare ulik opplevelse av samarbeid er beskrevet av Headrick et al. (1998) som barrierer til tverrfaglig samarbeid. Dette viser hvor viktig det er å sette fokus på disse faktorene. Svaret på studiens to forskerspørsmål sammenfattes i modell 8:1



Modell 8:1: Variasjon i opplevd samarbeid

Modellen viser at oppbygningen av operasjonsteamet med de ulike profesjonene danner utgangspunkt for en hierarkisk inndeling og organisering av teamet hvor medlemmene har ulik deltagelse og makt i de ulike ledd av arbeidsprosessen. Innholdsforståelsen av samarbeidets komponenter og opplevelsen av stress tar ulik form basert på hvilken profesjon man tilhører. Disse faktorene forklarer den diskrepans som eksisterer i opplevd samarbeid innad i teamet.

For å imøtegå disse utfordringene som operasjonsteamet står ovenfor anbefales at det tilstrebes et felles fora for diskusjon og kommunikasjon mellom alle medlemmene av operasjonsteamet. Dette blir en utfordring til ledelsen.

Pålagte veiledningsgrupper, hvor tema for veiledningen er en dagligdags situasjon på operasjonsstuen er også et forslag. Dette for å skape felles forståelse og innsikt mellom alle

medlemmene av teamet.

I en «fiktiv virkelighet» ville hospitering i hverandres profesjoner kunne gi økt forståelse for de andres arbeidsoppgaver og utfordringer, og gjennom dette bedre samarbeidet.

Som utgangspunkt for videre forskning ville det være interessant å undersøke om disse forhold eksisterer også ved andre operasjonsavdelinger. Det ville også være spennende å undersøke om den «tradisjonelle» hierarkiske inndelingen mellom sykepleier og lege eksisterer også ved andre sykehusavdelinger, sykehjemsavdelinger og helseforetak, og i hvilken grad dette eventuelt innvirker på tverrfaglig samarbeid.

Referanseliste:

Abbot, A. (1988). *The system of professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press, Chicago and London.

Allan, D. (2002). *Time and space on the hospital ward: shaping the scope of nursing practice*. I: Allan D & Hughes D (red.). *Nursing and the Division of Labour in Healthcare*. Palgrave Macmillan.

Alpert, H.B., Goldman, L.D., Kilroy, C.M. & Pike, A.W. (1992). *Toward an understanding of collaboration*. *Nursing Clinics of North America* 27, p. 47-59.

Arslanian-Engoren, C.M. (1995). *Lived experiences of CNSs who collaborate with physicians: A phenomenological study*. *Clinical Nurse Specialist* 9, p. 68-74.

Avery, L.H. (1995). *Nurses and physicians attempt to define collaboration and practice roles*. *AORN* vol 62: 1.

Awad, S.S., Fagan, S.S., Bellows, D. , Albo, B., Green-Rashad, M., De la Garza, D.H. & Berger, B. (2005). *Bridging the communication gap in the operating room with medical team training*. *Am J Surg* 190(5), p. 770-4.

Baggs, J.G., Schmitt, M.H. (1997). *Nurses and resident physicians perceptions of the process of collaboration in an MICU*. *Research in Nursing & Health* 20, p. 71-80.

Bele, E., Glasø, E. (2010). *Tverrfaglige team: et tveegget sverd?* Hentet 1/3-12 fra <http://www.magma.no/tverrfaglige-team-et-tveeggget-sverd> .

Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. Anchor Books.

Berggren, L. (1986). *Non-physical Territoriality in Health Care Organizations*. Diss.Göteborg.

- Berlin, J., Carlstrøm, E. & Sandberg, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorgserfarenheter och reflektioner*. Studentlitteratur.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. (3. Utgave). Gyldendal akademisk.
- Borril, C., West, M.A., Dawson, J., Shapiro, D., Rees, A. & Richards, A. (2002). *Team working and effectiveness in health care. Findings from the health care team. Effectiveness project*. Aston Centre for Health Service Organization Research.
- Bradford, B. (1989). *Obstacles to collaborative practice*. Nursing Management 20, p. 721- 72.
- Brink, P.J., Wood, M.J. (1998). *Advanced design in nursing research*. (2. Utgave). California: Sage Publication.
- Burd, A., Cheung, K.W., Ho, W.S., Wong, T.W., Ying, S.Y., Cheng, P.H. (2002). *Before the paradigm shift: concepts and communication between doctors and nurses in a burns team*. Burns 28, p.691-695.
- Busch, T., Vanebo, J.O. (2000). *Organisasjon, ledelsen og motivasjon*. Universitetsforlaget.
- Catchpole, K.R., Giddings, E.B., Wilkinson, M., Hirst, G., Dale, T. & de Leval, M.R. (2007). *Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations*. Surgery 142; 1.
- Carney, B., West, P. & , J.Neily. (2010). *Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for use of a Briefing Checklist in the OR*. AORN J 91, p. 722-729.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P.G. & Røvik, K.A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. (2. Utgave). Universitetsforlaget.
- Colla, J.B., Bracken, A.C., Kinney, L.M. & Weeks, W.B. (2005). *Measuring patient safety climate:a review of surveys*. Qual Saf Health Care 14, p. 364-366.
- Corser, W.D. (2000). *The contemporary nurse-physician relationship: Insights from scholars outside the profession*. Nurs Outlook 48, p. 263-268.

- Cresswell, J.C. (2007) *Qualitative inquiry & research design; Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California, Sage Publications Inc.
- Crozier, M. (1964). *The Bureaucratic Phenomenon*. University of Chicago Press.
- Davies, C. (2000). *Getting health professionals to work together*. BMJ: British Medical Journal 320(7241), p. 1021-1022.
- DeFontes J. & Surbida S. (2004). *Preoperative Safety Briefing Project*. The Permanente Journal 8, p. 21-27.
- Den norske legeforening. (2008). Reglement for Rådet for legeetikk. Hentet 6/12-12 fra <http://www.legeforeningen.no/id/16481.1>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). *Å skape data fra kvalitative forskningsintervju*. Sykepleien forskning, 5 (4), s. 332-335.
- Eriksson, R. (2007). *Sjukhusets inverterade hierarki*. Kommunal ekonomi och politik 11; 3, s. 7-24.
- Finlay, L. (2000). *Safe Haven and Battleground: Collaboration and Conflict within the Treatment team*. s. 155-162. I C. Davies m.fl. (ed.): *Changing practice in health and social care*. Sage, London.
- Fisher, R.J. (2006). *Intergroup Conflict*. p. 166-185. I: Coleman, P.T., Deutsch, M. & Marcus, E.C. (ed.). *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Flermoen, S. (2004). *Søkelys på organisasjon og ledelse. Innføring for helse- og sosialsektor*. Fagbokforlaget.
- Flin, R. & Mitchell, L. (2009). *Safer Surgery- Analysing Behaviour in the Operating Theatre*. Ashgate.

- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalisation of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago press.
- Giddens, A. & Birdsall, K. (2001). *Sociology*. (4. Utgave). Cambridge, Polity.
- Glaser, B.G. (1967). *Theoretical sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA, USA: The Sociology Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A. (1978). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, USA: Aldine Publishing Company.
- Grey, C. (2005). *A very Short, Fairly Interesting and Reasonably Cheap Book about Studying Organizations*. London: Sage.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Universitetsforlaget.
- Grund, J. (2006). *Kunnskapsorganisasjoner- hva er ledelses og styringsutfordringene?* MAGMA- econos tidsskrift for økonomi og ledelse, 2.
- Hall, P. (2005). *Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers*. Journal of Interprofessional Care 19(2), p. 188-19.6.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet*. Cappelen akademisk.
- Halvorsen, P. (2000). Er leger kløner i kommunikasjon? Tidsskr Nor Lægeforen 120, s. 2334-5.
- Hanson, C.M., Spross, J.A. & Carr, D.B. (2000) . *Collaboration*. I : Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (ed.) *Advanced Practice Nursing*.(4th edition). Elsevier.
- Haugum, M., Bjertnæs, Ø.A. & Lindahl, A.K.(2012). *Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten i 2012: en undersøkelse med basis i Galluppanelet*. Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten. Oslo. Hentet 27/11-12 fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Pasientsikkerhet+og+kvalitet+i+helsetjeneste+n+i+2012%3A+en+unders%C3%B8kelse+med+basis+i+GallupPanelet.15766.cms>

- Henneman, E.A., Lee, J.L. & Cohen, J.I. (1995). *Collaboration: A concept analysis*. Journal of Advanced nursing 21, p. 103-109.
- Henneman, H., Warren, M.L., Houston, S. & Luquire, R. (1998). *Collaborative practice teams: from multidisciplinary to interdisciplinary*. Outcomes Management for Nursing Practice 2, p. 95-98.
- Hovland, B.I. (2011). *Narrativ etikk og profesjonelt hjelpearbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Hughes, D. (2002). *Nursing and division of labour: sociological perspectives*. I: Allan, D. & Hughes, D. (ed.). Nursing and the Division of Labour in Healthcare. Palgrave Macmillan.
- Jacobsen, D.I. (2010). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. Utgave). Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A. (2008). *Introduksjon til SPSS*. (3. Utgave). Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. Utgave). Abstrakt forlag.
- Kinnear, P.R. & Gray, C.D. (2009). *SPSS 16 Made Simple*. London: Psychology Press.
- Kjørup, S. (2001) *Den ubegrundede skepsis: en kritisk diskussion af socialkonstruktionismens filosofiske grundlag*. Sosiologi i dag 31 (2), s. 5–22.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy press.
- Krebs, L.U., Myers, J., Decker, G., Kinzler, J., Asfahani, P. & Jackson, J. (1996). *The oncology nursing image: lifting the mist*. Oncology Nursing Forum 23, p. 1297-1304.
- Kvale, S. (1997). *Interview. En introduction til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative intervju*. s. 121-177. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lauvås, K. & Lauvås, P.(2004). Tverrfaglig samarbeid-perspektiv og strategi. (2. Utgave). Universitetsforlaget.

Leonard M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004). *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Qual Saf Health Care 13(1), p. i85–i90.

Lingard L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G. & DeVito, I. (2002). *Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices*. Acad Med 77, p. 232-237.

Long, S., Neale, G. & Vincent, C. (2009). *Practicing safely in the foundation years*. BMJ 338, p. b1046.

Lov om helsepersonell m.v. 2. juli. (1999). nr.64 (Helsepersonelloven) Hentet 26/11-12 fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>.

Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

Makary, MB., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millmann, A., Rowen, L. & Pronovost, P. (2006) . *Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder*. J Am Coll Surg 202, p. 746-752.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mariano, C. (1989). *The case for the interdisciplinary collaboration*. Nursing Outlook 37, p. 285-288.

Mckay, C.A. & Crippen, L. (2008). *Collaboration through clinical integration*. Nurse Admin Q 32(2), p. 19-16.

Meeuwisse, A., Sward, H., Eliasson-Lappalainen, R. og Jacobson K. (2010). *Forskningsmetodikk for sosialvitere*. Gyldendal Akademisk.

Mills P., Neily, P. & Dunn, E. (2007). *Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety*. J Am Coll Surg . doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281.

Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives. Designing effective organizations*. Prentice-Hall Inc, New Jersey.

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management. Inside our strange world of organizations*. The Free Press.

Mintzberg, H. & Glouberman, S. (2001). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part I: differentiation, Part II: Integration*. Health care management rev 26(1), p. 56-92. Aspen publishers Inc.

Mishra, A., Catchpole, K. & McCulloch, P. (2009). *The Oxford NOTECHS System: reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre*. Qual Saf Health Care 18, p. 104-108.

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

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.(2012). *I trygge hender 24/7*. Hentet 6/11-12 fra <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+kampanjen/Hvorfor+en+pasientsikkerhetskampanje%3F.906.cms>

Norsk sykepleierforbund.(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 6/12-12 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.

Olsen, E. (2008). *Reliability and Validity of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch Hospitals*. BMC Health serv Res 8, p. 1-9.

Petrie, H.G. (1976). *Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry*. Journal of Aesthetic Education 10(1),p. 29-43.

Polit, D.E. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research*. (8. utg.). Philadelphia: Lippincott.

Reese, D.J. & Sontag, M.A. (2001). *Successful interprofessional collaboration on the hospice team*. Health & social work 26, p. 167-175.

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

I Croskerry, P. *Patient Safety in Emergency Medicine*, p. 177-181. Wolters Kluwer, Philadelphia.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour D. & Ferrada-Videla M. (2005). *The determinants of successful collaboration: A Review of theoretical and empirical studies*. Journal of Interprofessional Care 1, p. 132-147.

Schein, E.H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Mercuri Media Forlag.

Schultz, M. (1984). *Organizational Socialization and the Profession of Management*. Industrial Management Review.

Sexton, J.B., Holzmueller, C.G., Pronovost, P.J., Thomas, E.J., McFerran, S., Nunes, J., Thompson, D.A., Knight, A.P., Penning, D.H. & Fox, H.E. (2006). *Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units*. Journal of perinatology 26, p. 463-470.

Sicotte, C., D'Amour, D. & Moreault, M. (2002). *Interdisciplinary collaboration within Quebecs community health care centers*. Social Science & Medicine 24, p. 203-219.

Silen-Lipponen, M., Turunen, H. & Tossavainen, K. (2002). *Collaboration in the operating room; The nurses perspective*. Journal of Nursing Administration 32, p. 16-19.

Simons, T., Pelled, L.H. & Smith, K.A. (1999). *Making use of Difference: Diversity, Debate and Decision Comprehensiveness in Top management Teams*. Academy Of Management Journal 42(6), p. 662-673.

Smeby, J.C. (2008). *Profesjon og utdanning*. I: Molander, A., Terum, L.I. (red.). Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet 2005...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015.) Oslo, Sosial-og helsedirektoratet.

Stein, L.I. (1967). *The doctor-nurse game*. Arch Gen Psychiatry 16; 6, p. 699-703.

Strandvåg, M. (2009). *Profesjonsidentitet og profesjoners samhandling i traumeteam*. Masteroppgave, Masterstudium i endringsledelse, UiS.

Strauss, A.M. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage.

Svensson, R. (1996). *The interplay between doctors and nurses- a negotiated order perspective*. Sociol Health Illn 18; 3, p. 379-398.

Tajfel, H. & Turner, J.C. (2004). *An Integrative Theory of Intergroup Conflict*. I: M.J. Hatch & Schultz, M. (ed.). *Organizational Identity: A Reader*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thomas, E.J., Sexton, J.B. & Helmreich, R.L. (2003). *Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*. Crit Car Med 31(3), p. 956-959.

Thomassen, G. (2005). *Den flerbunnete treningssamtalen : en studie av samtaler mellom pasient og student fra sykepleier- og medisinerutdanning*. Doktoravhandling NTNU.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. (2. Utgave). Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.

Way, D.O., Jones, L. & Busing, N. (2000). *Implementation strategies: Collaboration in primary care-family doctors & nurse practitioners delivering shared care*. The Ontario College of Family Physicians.

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

Wheelan, S. (2010). *Att skapa effektiva team*. Studentlitteratur.

Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wilson, G.L. (2005). *Groups in Context: Leadership and Participation in Small Groups*. Boston: McGraw-Hill.