

# MASTEROPPGAVE

Mastergrad i organisasjon og ledelse, helse- og sosialledelse og  
utdanningsledelse

## Læring og samhandling i et operasjonsteam

Operasjonsteamet sine forventninger til ledelsens tilrettelegging  
for læring og samhandling

av

Sissel Kristoffersen

Juni 2010



HØGSKULEN I  
SOGN OG FJORDANE



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i:

Organisasjon og ledelse, helse- og sosialledelse og utdanningsledelse

Tittel:

**Læring og samhandling i et operasjonsteam****Operasjonsteamet sine forventninger til ledelsens tilrettelegging  
for læring og samhandling**

Engelsk tittel:

**Learning and coordination in a surgical team****Expectation from a surgical team how a manager arrange for  
learning and co-operation**

Forfatter:

Sissel Kristoffersen

Emnekode og emnenavn:

MR 690 Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandidatnummer:

2

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (sett kryss):

JA  Nei 

Dato for innlevering:

01.06.2010

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):

Samhandling, læring, team, ledelse, organisasjon

Tittel og sammendrag:

## **Læring og samhandling i et operasjonsteam**

### **Operasjonsteamet sine forventninger til ledelsens tilrettelegging for læring og samhandling**

Studiet har som formål å vise hvilke utfordringer ledere i en operasjonsavdeling har for å kunne gi medlemmene i et operasjonsteam læring i fag og samhandling. Det er benyttet en kvalitativ metode ved å gjennomføre intervju med 9 spesialsykepleiere/ledere og 5 leger. Undersøkelsen er gjennomført ved to sykehus i to helseforetak. Funnene i undersøkelsen viser at endringer i pasientbehandlingen fører med seg endringer flere steder i organisasjonen. I en travel hverdag er det vanskelig å sette av tid til læring og utvikling i personlig mestring i faget og i samhandling i et operasjonsteam i en operasjonsavdeling. Det å ha nok tid til læring for å ivareta kvalitet i behandling av operasjonspasienter, er en utfordring for ledere i disse organisasjonene. Funnene i undersøkelsen er drøftet opp mot teori der forfatterne Senge og Wadel står mest setralt.

Ut fra funnene i denne undersøkelsen, er jeg av den oppfatning at lærende organisasjon over tid vil kunne være et virkemiddel i positive utvikling av enkeltmennesket og organisasjonen, noe som vil komme pasientene til gode.

Title and Abstract:

## **Learning and coordination in a surgical team**

### **Expectation from a surgical team how a manager arrange for learning and co-operation**

The objective of this study is to show the challenges managers in a surgical unit face in terms of teaching surgical team members both professional and organisational skills. The study uses qualitative methodology by interviewing nine nurse specialists/managers and five doctors at two hospitals in two regions in Norway. The study found that changes in patient treatment led to changes throughout the organisation. Practitioners found it difficult to prioritize professional training and personal development in a team at a busy surgical unit. Managers in these organisations are having trouble finding time for training and development while maintaining excellent patient care. The findings in this study are discussed in relations to theory particularly focusing on the writings of Senge and Wadel. Based on the findings in this study, I would say that in organizations focusing on learning, both members and the organisation as such will improve to the benefit of patients.

## **Forord**

Denne masteroppgaven er en del av en masterstudie i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Undersøkelsen er utført i to av helseforetakene på Vestlandet.

Studiet i organisasjon og ledelse har vært interessant og lærerikt. Jeg vil takke alle som har deltatt i undervisningen og har hatt ansvar for dette studiet.

Jeg vil også takke Øyvind Glosvik, rettlederen i masteroppgaven for konstruktiv veiledning og faglig tyngde. Ellers vil jeg rette en stor takk til informantene som har gitt av sin tid og bidratt med god informasjon i dette prosjektet.

Til slutt vil jeg takke min arbeidsgiver som har vært med å legge til rette for at det var mulig å delta og gjennomføre denne studien.



## Innholdsliste

1.0	Innledning .....	2
1.1	Problemavgrensing .....	4
1.2	Oppbygging av oppgaven. ....	5
1.3	Organisering av en operasjonsavdeling og det dagkirurgiske teamet. ....	6
1.4	Egen forforståelse, forskningsstrategi og fremgangsmåte .....	9
1.5	Forskning om teamarbeid i operasjonsavdelinger .....	9
2.0	Teoretisk innfallsvinkel.....	12
2.1	Organisasjonens målsetting.....	12
2.2	Ledelse i lærende organisasjoner. ....	20
2.3	Oppsummering. ....	22
3.0	Læringsteorier .....	22
3.1	Peter Senge, den femte disiplin .....	22
3.2	Læring i lærende organisasjoner .....	30
3.3	Kompetanse .....	33
3.4	Teamarbeid .....	33
3.5	Oppsummering .....	37
4.0	Metodisk tilnærming.....	38
4.1	Kvalitativ eller kvantitativ data .....	38
4.2	Valg av enhet og informanter .....	39
4.3	Det kvalitative forskningsintervjuet.....	42
4.4	Analyse og tolking av data .....	46
4.5	Generalisering, validering og reliabilitet.....	48
4.6	Etske vurderinger .....	53
5.0	Lederens oppgave med tilrettelegging av forholdene for samhandling og læring i et operasjonsteam .....	55
5.1	Demografiske data.....	55
5.2.	Forhold som virker inn på et teamarbeid i en operasjonsavdeling .....	56
5.3	Forhold som påvirker samarbeid og kommunikasjon i et operasjonsteam .....	58
5.4	Operasjonsteamet sine forventninger til praktisk tilrettelegging og informasjon fra leder	64
5.5	Oppsummering .....	74

6.0	Operasjonsteamets forventninger til hvordan ledere kan tilrettelegge for læring og samhandling .....	76
6.1	Personlig mestring .....	77
6.2	Mentale modeller .....	86
6.3	Felles visjon.....	93
6.4	Gruppelæring.....	94
6.5	Den femte disiplin.....	101
7.0	Konklusjon og videre forskning .....	104
7.1	Oppsummering og konklusjon .....	104
7.2	Videre forskning.....	106
7.1	Avslutning .....	107
	Litteraturliste.....	108
	Vedlegg.....	116

## 1.0 Innledning

I de senere årene har organiseringen av helsevesenet endret seg når det gjelder innleggelse i sykehusene av pasienter som skal gjennomføre et operativt inngrep. Før ble denne pasientgruppen tatt imot i sykehuset noen dager før operasjonen ble gjennomført. I denne perioden ble det tatt alle forberedende undersøkelser og prøver som er nødvendig for å kunne gjennomgå en operasjon. I dag er det slik at pasienten blir først vurdert på poliklinikkene, og deretter blir de forberedende prøvene tatt. De blir undersøkt og pasienten får skriftlig og muntlig informasjon om operasjonen og datoen for når denne skal utføres.

Flere typer operasjoner har endret seg fra å være store inngrep med langvarig behandling etter gjennomførte operasjoner, til mindre operasjoner der pasienten kan reise hjem etter kort tid. Grunnen til denne forandringen er både det tekniske utstyret og metodene som er blitt bedre, men også smertebehandlingen i tilknytning til operasjonene er utviklet til det bedre. Også informasjonen og kunnskapen hos pasientene er mer utfyllende og forklarende enn tidligere. Det er derfor lettere for helsepersonell å danne et samarbeid med pasientene når de kommer til sykehuset for å få sin behandling, noe som medfører at pasienten er tidligere i stand til å klare seg selv etter noen typer operasjoner.

I dagkirurgi reiser pasientene hjem samme dag som de blir operert. Denne metoden sparer helsevesenet for utgifter knyttet til pleie og omsorg i ettertid. Hvis det oppstår problemer etter operasjonene, kan pasientene ta kontakt med sykehuset. Det er beregnet at pasienten er henvist til å ta kontakt med sin fastlege eller legevakten om det oppstår problemer etter de har forlatt sykehuset.

Helsesektoren har i perioder blitt beskyldt for å gjøre for lite i forhold til ressursene de er tildelt. Det har oppstått et fokus på antall pasienter som blir behandlet innenfor en gitt periode. Et tall på pasienter som blir operert eller behandlet høyt, blir dette av noen definert som produktivitet, eller effektivitet. Andre definerer det høye kravet til effektivitet til det å kunne gi pasientene en kvalitetsmessig god behandling der pasienten føler seg trygg i situasjonen og behandlingen blir utført innen rimelig tid.

For å kunne tilby dagkirurgisk behandling, krever dette et personale som er godt kvalifisert innen sitt spesifikke fagområdet. Den raske utviklingen i teknologi og metoder medfører at de ansatte ved operasjonsavdelingen på sykehusene hele tiden prøver å tilegne seg nye kunnskaper. På operasjonsavdelingene arbeider som regel personalet i tverrfaglige team bestående av kirurg, anestesilege, to operasjonssykepleiere og to anestesisykepleiere. Kravene til kunnskaper hos den enkelte medarbeider i operasjonsteamene er høye for at et samarbeid mellom de ulike faggruppene i et tverrfaglig team skal kunne fungere godt. I følge Carneval (1991) vil kravene til den enkelte medarbeider sin evne til å motivere seg selv i forhold til oppgavene øke (Grønhaug, Hellestad og Kaufmann 2001, s. 301). Det er også høye krav til ledelsen. Jo bedre kvalitet det er på lederarbeidet, desto bedre kvalitet skapes det i virksomheten både på kort og lang sikt (Baugstad og Sørsveen 2006).

Lederne sine mange oppgaver både som pedagogiske veiledere, ledere og det å danne kollegarelasjoner, vil utvikle organisasjonen sine evner til å fungere godt i fellesskap. Det er både helsepersonellet og lederne sitt ansvar i følge Lov om helsepersonell § 4, å sørge for å holde seg faglig oppdatert. Organisasjoner som ønsker en faglig utvikling som innebærer læring, kalles i følge Wadel (2002) en lærende organisasjon. I lærende organisasjoner vil læringsforhold stadig fornyes og være i utvikling (Wadel 2002, s. 18). Selv om læring i følge Wadel (2002) ofte er uformelt, er det nødvendig for ledere å sette av tid til utvikling og læring. Dette blir derfor en av utfordringene for lederne i kunnskapsorganisasjoner i tider da de får beskjed om å ha en høy økonomisk bevissthet til drift av avdelingene.

Ved å bruke team i operasjonsavdelingene, er den adferdsmessige integrasjonen stor. Mengden og kvaliteten på informasjonen som blir utvekslet er høy. Dette krever at samarbeidet er godt og preget av gjensidig forståelse. Her blir innsikt og synspunkt fra deltakerne utnyttet (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001).

I denne oppgaven vil jeg ta for meg oversykepleierne eller lederne sine utfordringer i forhold til å legge forholdene til rette for operasjonsteamet, slik at de skal være i stand til å utføre sine oppgaver tilfredsstillende, og at de mestrer å samarbeide i tverrfaglige team. For det enkelte medlemmet i et operasjonsteam vil dette si at de skal mestre oppgavene de er tildelt, og ha kompetanse om faget sitt og kunne samarbeide i et operasjonsteam. Ved å intervju et antall medlemmer av de ulike faggruppene som er satt sammen i operasjonsteam, vil jeg på

bakgrunn av deres uttalelser finne ut hvilke forhold ledelsen må legge til rette for at læring i teamarbeidet skal fungere godt på en operasjonsavdeling. I denne studien vil det være fokus på hvordan lederne kan legge forholdene best mulig til rette for en utvikling og læring både i fag og samarbeid i teamene på en operasjonsavdeling.

### 1.1 Problemavgrensning

I en stor organisasjon som et sykehus, vil operasjonsteamet være en del av et større system der mange ulike avdelinger vil ha innflytelse på det enkelte operasjonsteam sine oppgaver og rekkefølgen av dem. De nærmeste tilsluttende avdelinger som har informasjon som operasjonsteamet er avhengig av for å kunne operere, er f.eks. laboratoriet, overvåkningsavdelingen, dag-kirurgisk avdeling, røntgen, poliklinikker og flere andre avdelinger som fungerer som støtteavdelinger til operasjonsavdelingen. Det vil bli alt for stort omfang å gå inn på alle faktorer som kan påvirke et operasjonsteam sine arbeidsforhold i denne studien. Jeg har derfor valgt å konsentrere problemstillingen om hvordan en leder av en slik avdeling kan legge forholdene til rette for at et operasjonsteam skal kunne fungere slik at både de ansatte og pasientene opplever forholdene som tilfredsstillende. I denne sammenhengen blir det spesielt fokusert på lederne til spesialsykepleierne, siden det er disse lederne som i størst grad administrerer og forholder seg til teamene.

Jeg delte temaet i problemstillingen opp i tre deler i denne studien:

- 1) Hvilke forhold er det som påvirker samarbeidet og læring i et operasjonsteam?
- 2) Hva må til for at kommunikasjon, informasjon og samhandling skal fungere i et operasjonsteam?
- 3) Hvordan kan lederne legge til rette forholdene for læring og samhandling i et operasjonsteam i en operasjonsavdeling?

Det er i denne undersøkelsen tatt utgangspunkt i de ansatte sine muligheter til å tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og samhandling. Formålet med denne studien er å beskrive hvilke forhold ledelsen må tilrettelegge for at kompetansen i samhandling i tverrfaglige team på en operasjonsavdeling skal være så god som mulig. Jeg ønsker her å få frem de ulike faggruppene sine meninger om hva som er nødvendig for at et operasjonsteam skal fungere i



forhold utfordringene de står overfor både faglig og når det gjelder samarbeid. Her håper jeg at funnene fra denne undersøkelsen kan bidra til å sette fokus på behovet slike avdelinger har når det gjelder læring og utvikling både i faget og i det å kunne jobbe sammen i team.

Temaet som er tatt opp i denne studien er bredt og omfattende, og det er ikke mulig å gå inn på alle momentene som kommer frem i undersøkelsen. Jeg håper likevel å kunne belyse noen av de mest sentrale utfordringene lederne for operasjonsteamene og personalet i et operasjonsteam står overfor i en periode der det blir mer vanlig å overføre operasjonspasienter til dagkirurgi.

## **1.2 Oppbygging av oppgaven.**

I dette kapitlet vil jeg presentere oppgaven, fortelle litt om min egen tilknytning til temaet, og til slutt vise til en del forskning som er gjort om teamarbeid på operasjonsstuer. I kapittel 2 vil jeg presentere teorien denne studien er knyttet til. Her vil jeg belyse begrep som organisasjon, den lærende organisasjon, kultur, struktur, kommunikasjon og teamarbeid. Det å forstå hvordan en organisasjon er bygget opp og hva som påvirker denne organisasjonen, gjør det lettere å se hvordan de ulike elementene i organisasjonen henger sammen og påvirker hverandre. Det at pasienten har kortere opphold i sykehuset, har medført en del endringer i organisasjonen. Det at rutinene endrer seg i en avdeling i en organisasjon, vil igjen påvirke andre avdelinger sine rutiner.

I kapittel 3 vil jeg ta for meg de fem disipliner i læringsteorien til Senge og Wadel sine teorier om læring i relasjoner. I kapittel 4 vil jeg presentere metodiske valg, og hvordan denne studien ble utformet og gjennomført. I kap.5 vil jeg presentere informantene sine uttalelser og beskrivelser av hvordan de opplever det å fungere i et operasjonsteam, og hva de forventer må legges til rette for at teamene skal kunne utvikle kunnskap både faglig og det å samhandle i et team. I kap.6 blir hovedtrekkene fra informantenes opplysninger drøftet i lys av Senge (1991) og Wadel (2002) sine teorier om lærende organisasjoner. I kap.7 blir det pekt på en del forslag til områder det kan forskes videre på når det gjelder hva som er nødvendig for at operasjonsteamene skal utvikle seg faglig.

### 1.3 Organisering av en operasjonsavdeling og det dagkirurgiske teamet.

For letter å forstå hvordan en operasjonsavdeling er organisert, vil jeg her vise hvordan en av operasjonsavdelingene hvor jeg foretok intervjuene er organisert. En operasjonsavdeling i denne sammenhengen, er et system bestående av flere operasjonsteam, der oppgavene til det enkelte medlem av operasjonsteamet er fordelt utifra ulike forhold. Det kan være yrke/fagfelt, kompetanse, kunnskap, interesser, ønsker o.s.v. Lederne i operasjonsavdelingen er oversykepleierne for operasjons- og anestesipersonalet. De har ansvaret for fag og personalet når det gjelder spesialsykepleierne. Andre faggruppene som kirurger, anestesileger, rengjøringspersonalet og portører har ledere for sine faggrupper. I organisasjonskartet for spesialsykepleierne i figur 1, er det satt opp en oversikt over hvordan spesialsykepleierne er organisert i forhold til sine ledere. Kirurger, anestesileger, assistentleger og andre er også medlemmer av et team (jfr. Fig. 2) men er organisert under sine ledere. Deres organisering kommer jeg ikke inn på her, da det er oversykepleierne som setter sammen operasjonsteamene og administrerer dem. Kirurgene blir bestemt utifra deres spesialitet.

Linjeorganisasjon operasjonsavdeling-spesialsykepleiere

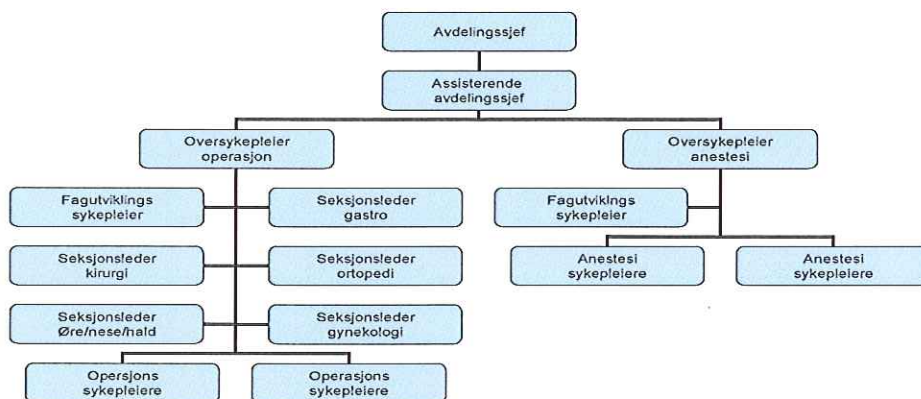
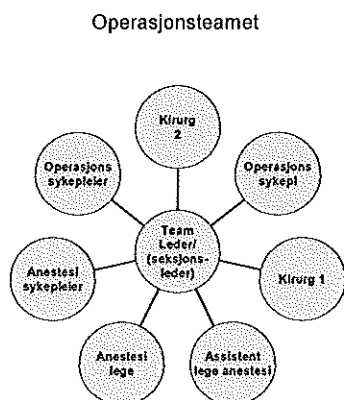


Fig.1 organisering av spesialsykepleierne i en operasjonsavdeling

Et av målene til ledelsen i denne avdelingen, er at de som går i turnus deltar i ulike team. De fleste mestrer oppgavene som inngår i de ulike operasjonsseksjonene. I tillegg er det også knyttet opp anestesipersonell til dagkirurgisk avdeling hvor det foregår forberedende

undersøkelser til dagkirurgiske operasjoner, og til oppvåkningsavdelingen. Avdelingen er organisert slik at de fleste utenom seksjonslederne og avdelingslederne går i turnus.

Oppbyggingen av et operasjonsteam kan se slik ut:



*Fig2. Oppbygging av et operasjonsteam. Her kan det være andre medlemmer av teamet alt etter hvilken type operasjon som skal utføres, og alt etter hvilken type spesialkompetanse dette krever.*

Et operasjonsteam består som regel av en eller to kirurger, en anestesilege, en eller evt. to anestesisykepleiere, to operasjonssykepleiere og evt. studenter. Ved spesielle operasjoner er det også annet personell å tilstede, for eksempel ved keisersnitt, der barnelege, jordmor og barnepleier også deltar under inngrepet

Operasjonsteamene er en del av et større system bestående av flere operasjonsteam med sine teamledere, seksjonsledere med ansvar for seksjonene, og oversykepleiere med overordnet faglig ansvar og personalansvar. Operasjonsavdelingen er delt i seksjoner, en kirurgisk seksjon med fagområder som gastro, kar og urologisk kirurgi, en gynekologisk seksjon, en øre-nese-hals seksjon, og en ortopedisk seksjon. Hver seksjon har sin seksjonsleder med ansvar for dette fagområdet og vedlikehold av utstyr og bestilling av nytt forbruksutstyr.

Teamlederen fordeler oppgavene i operasjonsteamet, og tar imot og videreformidler informasjon som gjelder gjennomføring av programmet. Denne oppgaven er ikke fast tilknyttet en person, men det er ofte seksjonsleder som har denne funksjonen, da seksjonslederen er godt kjent med utstyret tilknyttet denne seksjonen. Teamleder har ikke



personalansvar, men kan utføre oppgaver som organisering av oppgaver i teamet, veiledning, undervisning og formidle informasjon fra teamet til andre avdelinger. Teamlederen i hvert operasjonsteam er den som sørger for at kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom de ulike partene i dette systemet blir koordinert og fordelt i forkant av operasjonen. Disse opplysningene er med på å sikre at hvert team utfører operasjonen slik det er bestemt utifra de medisinske vurderingene som er foretatt i forkant. De fleste opplysningene kan hentes i pasientopplysningene elektronisk. Alle faggruppene har tilgang til data på operasjonsstuene. Det at alle opplysninger angående operasjonspasienten er på plass før operasjonen, blir undersøkt i forkant av operasjonsteamet.

Med en dagkirurgisk operasjonsavdeling mener jeg her en eller flere operasjonsstuer i en operasjonsavdeling, der det blir gjort dagkirurgiske inngrep. I løpet av en dag er det et visst antall pasienter som blir operert. Målet er at ingen operasjoner blir utsatt til neste dag. Pasientene kommer inn samme dag som inngrepet blir utført, blir så tatt imot og forberedt til operasjonen på en dagkirurgisk avdeling. Etter operasjonen blir pasienten ført tilbake til denne dagkirurgiske avdelingen, eller til en oppvåkingsavdeling, hvor de blir observert noen timer før hjemreisen.

En dagkirurgisk aktivitet er avhengig av mange støtteavdelinger, der det blir gjort forberedende undersøkelser av pasienten før operasjonen. Dette er seviceavdelinger som røntgen, oppvåkingsavdelingen, poliklinikker, laboratoriet og andre spesialistfunksjoner. Disse avdelingene har et tett samarbeid med dagkirurgisk avdeling for å forberede pasientene og samle informasjon om pasienten før gjennomføringen av det kirurgiske inngrepet.

Når det gjelder den kirurgiske delen av inngrepet som blir gjort av kirurgen, er det naturlig at denne delen av samarbeidet blir ledet av den som er faglig best kvalifisert til dette og har det formelle ansvaret, altså kirurgen. For at et operasjonsteam skal fungere godt sammen, er det nødvendig at de praktiske forholdene er tilrettelagt. Det er mange faktorer som må være ivaretatt før det er mulig å gjennomføre dagkirurgiske operasjoner. Kravene til operasjonsteamet er mange, både når det gjelder kunnskaper, og i forhold til de mellommenneskelige forholdene til pasientene og kollegaene.

#### **1.4 Egen forforståelse, forskningsstrategi og fremgangsmåte**

I undersøkelsen har jeg valgt å intervju ulike fagpersoner på operasjonsavdelinger som utfører dagkirurgi. Jeg begynte med å intervju personalet på to operasjonsavdelinger i to ulike helseforetak. Jeg ønsket å se etter styrker og svakheter i hvordan de to avdelingene organiserte sin drift. Avdelingene er ulike både i størrelse, organisering og rammevilkår, så jeg valgte å ta med intervjuene fra den minste operasjonsavdelingen som data, men jeg gjorde ingen sammenligning mellom de to avdelingene. Til det er driften og rammevilkårene for ulike.

Undersøkelsen er derfor gjennomført i den største operasjonsavdelingen der jeg selv er tilknyttet. Det er gjennomført intervju med 12 personer fra denne avdelingen og med to personer fra det andre helseforetaket. Intervjuene er gjort med alle faggruppene i et operasjonsteam for å få en bredest mulig uttalelse som grunnlag for denne studien.

Etter flere år som sykepleier og spesialsykepleier er jeg nok farget av de påvirkningene og omgivelsene jeg har vært i. Fordelen med å ha tilknytning til et av forskningsfeltene, er nettopp at jeg har inngående kjennskap til forskningsoppgaven. Dette kan være negativt om man fortolker informantene sine utsagn, eller om en overidentifiserer seg med situasjonen informantene er i. Dette er noe jeg har vært svært bevisst på i dette studiet, og jeg vil komme nærmere inn på i kapittel 4, der jeg tar for meg hva jeg legger i begrepene validitet, reliabilitet og generalisering.

I dette studiet har jeg valgt å bruke kvalitative data. Gjennom å bruke slike data, synes jeg at det var lettere å finne flere detaljer om hva de ulike teammedlemmene mener må til for at et teamarbeid fungerer godt. Jeg ønsket også å få frem hva de anså som er nødvendig for den enkelte sin læring og samhandling i et operasjonsteam.

#### **1.5 Forskning om teamarbeid i operasjonsavdelinger**

Stadig flere organisasjoner benytter teambaserte strukturer for å oppnå best mulig anvendelse av kompetansen og kunnskapen teammedlemmer besitter. Et av argumentene for å bruke denne type team er at komplekse problemstillinger krever innsikt fra ulike kunnskaper og kompetansebaser (Onyett og Ford 1996 sitert i Bele og Glasø 2010, s. 28)

I helsesektoren er det en viktig målsetting å unngå å påføre pasienter ekstra belastninger under et opphold på sykehus. Flere studier viser likevel at dette skjer. I følge Norsk pasientskadeerstatning ble det i 2007 mottatt 3737 klager der 27 % (963) fikk medhold. En amerikansk undersøkelse viser at 70 % av disse hendelsene kunne vært unngått, og 40 % skyldes menneskelig svikt (Brennan 1991, s. 324-370-6).

For å lære av feil og opparbeide sikkerhet, bør helsesektoren se til luftfart, olje og atomenergibransjen, som gjennom de siste 50 årene har oppnådd et høyt sikkerhetsnivå. Alle studier på mennesker som lever under press viser at feil blir gjort. I helsevesenet er det risikoer, både i forhold til prosedyrer og medikamenter. Uansett faglig dyktighet vil utilsiktede hendelser oppstå (Bjerkvik, Barkøy 2008, s.8).

I helsesektoren og på operasjonsavdelinger er et av målene å unngå å gjøre feil. Karl E. Weick og Karlene H. Roberts (1993) har sett på hvordan noen organisasjoner tilstreber nesten feilfrie operasjoner hele tiden, hvis ikke vil de oppleve katastrofer. De viser til et hangarskip som sender og tar imot jetfly lastet med atomvåpen, fester de i katapulter med motorene i gang, og lagrer dem under dekk. I slike system vet alle i gruppen som samhandler i mottagelsen av disse flyene hva som skal gjøres, og de har oversikt over hva andre skal gjøre. De vet at her er det ingen muligheter til å gjøre feil, da dette er noe som vil medføre en katastrofe. En del av opplæringen i denne gruppen er historiene om alle nestenulykker eller farlige hendelser som nye medlemmer i denne gruppen blir fortalt. De blir lært opp til å kunne huske sin del i samhandlingen, og se etter og vite hvilke oppgaver de andre gruppemedlemmene rundt dem har. Hele samarbeidet er preget av god planlegging, god kommunikasjon mellom gruppen og forsiktighet og nøyaktighet i samhandlingen.

Dette mener Weick og Roberts (1993) kan brukes i flere organisasjoner. De viser til Wegner et. al, som tar for seg gruppehukommelse som fokuserer rundt en tillært prosess. Der blir deler av en operasjon husket og gjennomført av den som har ansvaret for dette. Denne form for hukommelse kan i følge Wegner ikke bli gjort uten en nøye oppmerksomhet og god kommunikasjonsprosess blant gruppemedlemmene. De mener at medlemmer av en gruppe kan få innsikt i komplekse mønster og omkode disse til aktiviteter, hvis disse enhetene er godt sammensveiset, og at mønstrene av oppførsel er intelligente. I slike grupper er det en

hensynsfull oppførsel i teamet, der de viser forsiktighet, er kritiske, studerer situasjonen, er oppmerksomme, påpasselige, på vakt og bestemte i handlingene. Gruppefenomenet må likevel betraktes som et produkt av individuelle handlinger. Et eksempel på dette er når fly lander på dekket på hangarskipet, der personen i tårnet gir beskjed om innkommende fly, og samtidig vil mannskapet på landingsstripen gjøre det samme. Mannskapet i tårnet kvitterer på at informasjonen er mottatt, og det blir satt verk tiltak utifra dette. Her er mannskapet avhengig av å stole på hverandre når flyene blir mottatt og festet i katapulten, og motoren har full kraft. Piloten kommuniserer med bakkemannskap både via radio og fingerspråk. Hvis det ikke er samsvar mellom disse to kommunikasjonsformene, blir det heller ikke foretatt handlinger (Weick, Roberts, 1993). Slike sikkerhetssystemer kan sammenlignes med systemer som også finnes og er under utvikling i helsesektoren.

I følge Anesthetics' Non – Technical Skills (ANTS) Systems Handbook v 1.0, er det gitt eksempler på hva som er god og dårlig oppførsel i teamarbeid. Her kommer det frem hvordan oppførselen og kommunikasjonen mellom teammedlemmene virker på arbeidsmiljøet og samhandlingen i teamene. Det blir gitt en rekke eksempler på hvor viktig det er for sikkerheten at teamet deler en felles forståelse av situasjonen, og hvordan denne skal behandles for å ivareta at målene om kvalitet og sikkerhet i behandlingssituasjonen blir etterfulgt.

Gary Klein (2006) tar også for seg styrker og svakheter i team på operasjonsavdelinger. Han har undersøkt 24 tilfeller eller uhell i en operasjonsavdeling som er forårsaket av ulike grunner i teamarbeid. Her gjelder det hvordan informasjon blir gitt eller mottatt eller misforstått av operasjonsteamet. Han viser til hvordan et godt samarbeid mellom personer med ulike oppgaver gjør et team i stand til å løse vanskelige oppgaver på en raskere og mer effektiv måte (Klein 2006, i Bjerkvik og Bakøy 2008, s.14).

Undre et. al.(2006) har gjort undersøkelser der han viser svakheter med sikkerhet i teamarbeid. Han har også observert styrker og svakheter i kommunikasjon og samhandling hos 50 operasjonsteam ved en operasjonsavdeling i London. Det er tatt utgangspunkt i lignende undersøkelser i flytrafikken. Målet var å utvikle en praktisk metode for trening i teamarbeid som skal føre med seg en forebygging av feil som kan oppstå i et slikt samarbeid, både når det gjelder kommunikasjon, samarbeid, koordinering og ledelse i teamet. I denne undersøkelsen ble det funnet at kommunikasjon fungerte dårligst, mens samarbeid fungerte

best. Dette er ofte de viktigste problemstillingene, foruten informasjonsflyt, samarbeid og beslutningstaking som forekommer i team (Davis, 2005). I undersøkelsen har Undre et al. (2006) benyttet både kvalitative og kvantitative metode.

Smith- Jensen et al.(1998) har sett på hvilke styrker og svakheter teamet har til å oppfatte og samle inn informasjon. De fant at et team med god situasjonsforståelse, viser bedre evne til å oppfatte viktige momenter i situasjonen, forstå betydningen av disse, og forstå hvordan dette vil påvirke teamet sitt arbeid fremover. Dersom alle medlemmene i teamene hadde en felles forståelse av hva som er problemet, kan man i ettertid se at riktige tiltak er satt i verk (Smith-Jentsch et al,1998, i Bjerkvik og Bakøy 2008). Dette kalles felles mentale modeller, noe som blir forklart mer om i kap.3.

Forskning tyder på at undervisning ved hjelp av simulering er vel så bra som å trene i reelle situasjoner (Nement, Cook 2004). I helsevesenet brukes simulering stadig mer som verktøy for undervisning. Det finnes interaktive opplæringsprogrammer ved universitetene hvor det er utdanning av helsepersonell/leger, for eksempel [www.ferdighetssenteret uib.no](http://www.ferdighetssenteret.uib.no) (Bjerkvik og Bakøy 2008).

Jeg har her gitt noen eksempler på studier som er gjort av ulike team og hvilke forhold som virker inn på samhandling og læring i slike team. I forbindelse med gjennomføringen av denne studien har jeg vært innom internettadresser som [www.ct.labs.org](http://www.ct.labs.org) og [www.Trygpatient.dk](http://www.Trygpatient.dk) . Videre har jeg lest flere artikler i databaser som for eksempel Academic Search Premier i Bibsys (base for de norske universitet og høyskoler bibliotekene), som omhandler teamarbeid ved operasjonsavdelinger og pasientsikkerhet i tilknytning til denne studien.

## **2.0 Teoretisk innfallsvinkel**

### **2.1 Organisasjonens målsetting**

For å forstå hvordan en avdeling fungerer som en del av et større system, nemlig sykehuset som organisasjon, vil jeg i dette kapitlet først si litt generelt om organisasjonsteori. Deretter vil jeg ta for meg litt om hvordan et sykehus er bygd opp som system og hva som virker inn på dette systemet både utenfra og inne i organisasjonen.



Organisasjonsteori sier noe om måter en bedrift blir organisert på og hva som virker på de ansatte i deres arbeid. I følge Jacobsen og Thorsvik (2005) er en organisasjon et system som er konstruert for å realisere bestemte mål. Det sosiale systemet er samhandlingen mellom de ulike individene i et system avgrenset fra andre som samarbeider for å nå et bestemt mål. Organisasjonen er bevisst konstruert for å være mest mulig effektiv for oppgavene den skal løse. De ulike oppgavene er fordelt på forskjellige avdelinger, og det er laget mønster av ansvarsforhold. Denne modellen blir kallet "formell" struktur. (Jacobsen og Thorsvik 2005, s.12).

I dag er sykehusene pålagt å ha en økonomisk drift. (Stamsø 2005). Det er krav om å ta hensyn til å planlegge drift i forhold til inntak av pasienter. I sykehusene blir det sett på "inntekter" i forhold til hvilken type pasienter som blir behandlet og hvor mange DRG – poeng (Diagnoserelatere grupper) man får ved å behandle denne typen pasienter. Ledere blir oppfordret til å bruke minst mulig utgifter der dette er mulig. (Stamsø 2005, s.72). I forhold til dagkirurgiske pasienter blir det her snakk om å slippe døgnbehandling, men at de kan reise etter gjennomført inngrep.

Det stilles stadig større krav til effektivitet i helsesektoren. Effektivitet kan av noen defineres som produktivitet, der det blir lagt vekt på å få flest mulig pasienter gjennom behandlingssystemet i løpet av kortest mulig tid. Andre vil definere effektivitet som at pasienten blir frisk i løpet av oppholdet, og er ferdigbehandlet. Hvis effektivitet er produktivitet i løpet av en gitt tid, kan dette lett gå på bekostning av kvalitet når tilgangen på ressurser strammes inn. (Andreassen 1999). For å oppnå kvalitet er det nødvendig at de ulike faggruppene er oppdatert faglig. Dette krever en ledelse som setter kvalitet og utvikling høyt på listen over prioriteringer.

Kravet om effektivitet kan komme i konflikt med likebehandling i noen tilfeller. I offentlige bedrifter er det ikke alltid så klar sammenheng mellom mål og middel (Andreassen 1999). Målene i sykehus blir av Andersland (1993) definert som kvalitet, trygghet og effektivitet, og det å sette pasienten i sentrum. Effektivitet er i denne sammenheng både en produktivitetskomponent og en kvalitetskomponent.

Læringsforholdene er den grunnleggende organisatoriske enhet i organisasjonen for at en slik utvikling skal kunne skje i organisasjonene. Det er et mangfold av ulike læringsforhold, og

det dannes hele tiden nye læringsforhold i lærende organisasjoner. Senge (1991) sin definisjon av en lærende organisasjon, er en organisasjon der mennesker i fellesskap hele tiden utvikler sine evner til å skape de resultater de virkelig ønsker. Slike organisasjoner har oppdaget hvor de kan vekke til live menneskers motivasjon, og bruker dette for å fremme evnene deres til å lære på alle nivåer i organisasjonen (Senge 1991, s.11).

### Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur fremmer stabilitet og forutsigbarhet. Den virker begrensende på adferd der arbeidstakerne får definert hva de skal gjøre og hva de ikke skal gjøre. Adferden til personer blir i følge Jacobsen og Thorsvik regulert av regler, rutiner og formelle strukturer, noe som kan føre til at personene opptrer som en samkjørt gruppe. Fysisk nærhet øker også gjensidig samordning mellom mennesker. Stabilitet og forutsigbarhet i virksomheter blir formalisert ved å lage regler og retningslinjer for hvordan de forskjellige oppgavene skal løses (Jacobsen og Thorsvik 2005, s.70).

Sykehusene er organisasjoner som i følge Mintzberg (1993) blir kalt fagbyråkrati, der arbeidet koordineres i produksjonskjernen av autonome profesjonelle gjennom standardisering av ferdigheter, og de er orientert mot løsninger for eksterne parter. Her ligger mye makt hos ekspertene, noe som i følge Mintzberg vil påvirke ledelsen i et sykehus.

En annen koordineringsmekanisme er standardisering av kunnskap. Fordelen med denne mekanismen er at den styrer organisasjonens kompetanse, i tillegg til at den fremmer ensartet faglig praksis. Den legger også til rette for faglig utvikling og forandring. Ulempene kan imidlertid være profesjonskamper og styringsproblemer, noe som i følge Jacobsen og Thorsvik (2005, s. 82) ofte er tilfelle i sykehus. Her er det som regel den formaliserte kunnskapen som kan hindre utnyttning av realkompetanse.

Normer og regler for adferd er også en måte å oppnå koordinering. For at man skal greie å koordinere arbeid gjennom standardisering av normer, er det nødvendig med et systematisk arbeid for å skape normer som fremmer tradisjon for hva som skal vektlegges i arbeidet. Standardisering av normer kan skape en sterk organisasjonskultur som vil styrke organisasjonens potensial for sosialisering, og som kan være motiverende i ønska retning for medarbeiderne (Jacobsen og Thorsvik 2005).

Organisasjoner med komplekse arbeidsoppgaver krever spesiell fagkompetanse blant de ansatte. Det er i slike organisasjoner profesjonalisering finner sted. Med profesjonalisering menes at organisasjonen rekrutterer personer med langvarig formell utdanning, som har fått hel eller delvis monopol på visse typer jobber (Torgeirsen i Jacobsen og Thorsvik 2005, s. 94).

I en operasjonsavdeling er det flere godt kvalifiserte faggrupper som hver for seg er i stand til å fungere selvstendig p.g.a. sin fagkompetanse og erfaring. I en slik organisasjon kan beslutningsmyndigheten i faglige spørsmål være delegert til de ansatte. De økonomiske og administrative forholdene ligger derimot hos ledelsen. Fordelene med et slikt profesjonelt byråkrati, er i følge Jacobsen og Thorsvik, at beslutningene og problemløsningene blir raskere behandlet. Ulempen kan være konflikter og rivalisering mellom grupper som har ulike fagtilhørighet, noe som igjen kan føre til samarbeids- og styringsproblemer. (Jacobsen og Thorsvik 2005, s.105).

### Organisasjonskultur

Kulturen fungerer som et sett kognitive tanker som gjør at enten kutter individet bevisst ut den informasjonen som ikke passer til de "skjemaene" en allerede har, eller de konsentrerer seg bare om den informasjonen som kan relateres til de opplysningene som "skjemaene" angir som relevante. Slik virker kultur i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) på samme måte som formell struktur, nemlig til å avgrense og systematisere informasjonstilgangen. Flere studier antyder at jo sterkere kulturen er, jo sterkere er tilliten mellom lederne og de ansatte i ulike enheter i organisasjonen. Desto mindre blir behovet for å overvåke og kontrollere hverandre. Tillit kan fungere som et substitutt for administrasjon og kontroll. Det krever både at det er utviklet en sterk fellesskapskultur i organisasjonen, i tillegg til at de ansatte må kjenne en lojalitet og er ærlige og pålitelige i forhold til organisasjonen sin (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Kultur vil i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) bidra til å fremme samarbeid og koordinering gjennom standardisering av regler og normer. En felles kultur vil da medføre at de ansatte deler grunnleggende antakelser, verdier og normer som fremmer en felles forståelse og tenking om hvordan arbeidsoppgaver og arbeidsform tilpasses for å realisere overordnede mål.



Organisasjonskultur kan skape sterk tilhørighet og fellesskap. Schein (1994) understreker at kulturen opprettholdes bare så lenge en oppfatter den som riktig. Den riktige måten å tenke på er bestemt av flertallet på arbeidsplassen. Bak en hver norm ligger en verdi for hva som er godt eller dårlig. Verdien i en organisasjon kan være et ønske om å foretrekke en situasjon fremfor en annen, da de mener dette er det riktige. Verdier kommer til uttrykk gjennom avgjørelser som blir tatt og de planer en legger til grunn for si virksomhet (Schein 1994).

En del av kulturen i en bedrift er læringskulturen. I følge Wadel har alle bedrifter en læringskultur med normer, verdier og virkelighetsoppfatning angående læring (Wadel 2002, s. 66). Denne læringskulturen kan være både formell og uformell. Den formelle læringskulturen er en del av organisasjonen sin "design". Den uformelle kulturen kan som regel være større. Her utvikler deltagerne sin egen læringsadferd og læringsforhold. I de lærende organisasjoner er det i dag mulighet for læring i det daglige arbeidet.

Alle organisasjoner har en form for læring. De besitter en sosial organisasjon for realisering av kulturelle oppskrifter med hensyn til læring (Wadel 1992, s.19). Lærende organisasjoner har en organisatorisk dimensjon som omfatter organisatoriske forordninger som nettverk i læringsforhold, som for eksempel læring i team. Forhold som kan hindre en organisasjon i å bli fullgode lærende organisasjoner er for eksempel mangel på læringsforhold, eller mangel på oppskrifter for å lære. Det kan også være mangel på læringsfremmende arbeidskultur og samsvar i læring.

Når det gjelder atferd overfor pasienten, gjelder det for leger at de er forpliktet til at pasienten skal være deres første hensyn. De internasjonale etiske regler for leger i Verdens legeforenings Geneve- erklæring, slår fast at leger skal handle i pasienten sin interesse når det gjelder medisinsk behandling i tilstander som svekker pasienten sin fysiske tilstand. (Helsedeklarasjon fra Verdens Legeforening og den Norske Legerforenings Etiske regler § 1).

Ansvaret for sykepleiere er flerfoldig. De skal forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelser. Det er også nedfelt i Loven om helsepersonell, at de skal ha en bevisst holdning til den økonomiske siden av pasientbehandlingen. I tillegg skal helsepersonell sørge for at helsehjelpen pasienten mottar ikke påfører pasienten, helseinstitusjonen, eller andre unødige tidstap eller utgifter. (Lov om helsepersonell 1999§69.)

Hvordan operasjonspasienten blir mottatt fra personalet i et operasjonsteam og hvordan teammedlemmene oppfører seg overfor hverandre, vil trolig bety noe for førsteinntrykket hos pasientene. De vil få en opplevelse av hvordan miljøet er i avdelingen og hvordan samarbeidsmiljøet er blant de ansatte. En pasient som skal inn til operasjon, selv om det er et lite inngrep, er gjerne både spent og engstelig for det ukjente denne situasjonen medfører. Dette krever at de som tar imot pasienten klarer å gjøre situasjonen mest mulig trygg for denne personen. En engstelig pasient har skjerpede sanser, og vil både høre godt etter og føle miljøet i denne avdelingen. Kulturen i en avdeling vil ofte gi uttrykk for: "slik har vi det her". Det blir derfor viktig at forholdene er best mulig lagt til rette for at pasientene skal få en god opplevelse av oppholdet i avdelingen og kjenne seg så trygge som mulig i denne situasjonen.

Organisasjoner sine mål kan gi et inntrykk av at de ønsker at personalet yter mest mulig i sin arbeidssituasjon. I følge Hertzberg (Jacobsen og Thorsvik 2005), er høyere yting knyttet opp mot graden av tilfredshet i arbeidet. Hertzberg mener at tilfredshet først og fremst er knyttet til arbeidets art. Mistriivsel er ofte knyttet til arbeidsmiljøet og hvordan folk blir behandlet. Motivasjonsfaktorer kan være lønn, status, sikkerhet i jobben, eller forhold mellom underordnet og overordnet om lederne har lederkompetanse. Analyser viser at belønning knyttet til selvkontroll, nye utfordringer og trivsel i jobben, er viktigere enn høyere lønn (Jacobsen og Thorsvik 2005, s. 247). Viktigheten av de ansatte sin motivasjon gjelder spesielt i forhold til å nå mål i organisasjonen. I sykehusene er for eksempel kvaliteten av tjenestene direkte avhengig av de enkelte sitt initiativ, prestasjoner og adferd, noe som er årsaken til at tjenesteproduksjonen stiller spesielle krav til individuell motivasjon (Jacobsen og Thorsvik 2005).

Personer lærer seg å opptre for å bli godtatt i organisasjonen. Når en organisasjon klarer å skape en felles organisasjonskultur, betyr det at de ansatte forstår helheten og organisasjonen. De kan beskrive hvordan de som medlem av organisasjonen inngår i en større sammenheng for å realisere overordna organisasjonsmessige mål (Schein, 1994).

### Kommunikasjon og informasjon.

Samarbeid og koordinering omkring arbeidsoppgavene krever kommunikasjon av informasjon mellom gruppe-medlemmer, ledere og ansatte. Jacobsen og Thorsvik definerer

kommunikasjon i en organisasjon som en kontinuerlig prosess, der medlemmene forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individ og grupper av mennesker både internt og eksternt. (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 251).

Kommunikasjon er ikke bare overføring av informasjon, men også av ideer, holdninger og følelser fra en gruppe til en annen. Når en kommuniserer mellom to ledd går informasjonen fra sender → meldingen slik en tenker at en sender den → koding av meldingen (språk tegn) → dekodning av meldingen slik mottaker oppfatter den → Mottaker mottar meldingen.

Den formelle kommunikasjonen følger vanligvis organisasjonsstrukturen, og er direkte relatert til virksomheten og arbeidet som blir utført. Den blir delt i vertikal kommunikasjon mellom ikke-hierarkiske nivå i organisasjonen, og horisontal kommunikasjon mellom enheter på samme nivå som driver med samme oppgaver.

Ofte er det problemer når det blir utvekslet informasjon vertikalt i bedriften. Det kan være bevisst tilbakeholding av informasjonen, eller det er uønsket å gi dårlige nyheter. Christer Bernard (Jacobsen og Thorsvik 2007) hevdet at gode ledere måtte bruke de uformelle kommunikasjonsnettverkene i organisasjonen som et supplement til formell kommunikasjon for å formidle informasjon og skape engasjement og motivasjon hos medarbeidere. I følge Jacobsen og Thorsvik er det et stort læringspotensiale i den uformelle kommunikasjonen, da denne sprer seg forttere, og den får større tillit hos medarbeidere enn den formelle kommunikasjonen fra ledelsen (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 265). I uformell kommunikasjon dannes sosiale grupper, og tillit vokser frem (evt. mistillit). De ansatte bestemmer i lag hvordan lederne sine utsagn skal tolkes og hvem som skal få de ansatte sitt mandat til å lede. Kommunikasjon kan være avgjørende for å sette planer ut i livet og realisere organisasjonsmessige mål (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 274).

I tverrfaglige team kan det være utfordringer med kommunikasjon både fordi de ulike faggruppene definerer seg selv både som en del av den faggruppen de tilhører og som en del av teamet de tilhører. De definerer ofte sitt team som en innegruppe, og de andre de forholder seg til som en utegruppe (Bele, Glasø 2010, s. 28). Språket er et verktøy for god kommunikasjon. Hver faggruppe har sitt språk, eller gruppekategoriseringer av språk (Rise og Einarsen 2002, i Bele og Glasø 2010). Språket kan være et verktøy for å styrke samholdet i

gruppen. Innen forskningslitteraturen viser all forskning at god kommunikasjon er en av de aller viktigste forutsetningene for å lykkes i denne type samarbeid (Simons et al., 1999 i Bele, Glasø 2010, s. 30).

Hall (2005) hevder at sterke profesjonsbaserte identitetsforankringer hos individer kan vanskeliggjøre tverrfaglig samarbeid. Han viser til et eksempel hvor legene i et tverrfaglig team vil kunne differensiere seg fra sykepleierne og samtidig utvikle en klar preferanse for sine kunnskaper, verdier og problemtilnærminger. Det samme kan sykepleierne gjøre overfor legene. Dette kan naturlig nok skape problem for interaksjonen i teamet.

Kommunikasjonsprosessen preges ikke da av ønsket om å lære og samarbeide med hverandre for å finne beste tilnærmingen til problemstillingene (Bele, Glasø 2010, s.31). Et godt samarbeid blant personer med ulike oppgaver, gjør et team i stand til å løse oppgaver på en rask og god måte. Problemet med kommunikasjon som oppstår i teamene er velkjent, og de forekommer oftest blant kirurger og anestesileger, eller spesialsykepleiere og leger (Davis, 2005).

Det å samle informasjon er viktig for medlemmene i teamet. Av og til kan man stå overfor alvorlig syke pasienter, der det er nødvendig med akutt behandling. I slike situasjoner vil det være nødvendig at teammedlemmene har situasjonsforståelse og evnen til å oppfatte viktige observasjoner og opplysninger i situasjonen. Dersom teamet har en slik felles forståelse, ser en ofte at det blir satt i verk riktige tiltak tidsnok. (Smith-Jensen, i Klein 2006). Denne felles forståelsen er det Senge (1991) kaller mentale modeller, som jeg kommer nærmere inn på senere i oppgaven (kap.3).

Det å overføre informasjonen kan virke "tidkrevende" og unødvendig, spesielt hvis man har hastverk. Dette kan ubevisst føre til at det blir utfiltrert viktige beskjeder. Det kan ha lignende effekt å gi for mye informasjon. Da kan den viktige informasjonen forsvinne i det som blir sagt. Derfor trengs det i følge Klein (2006) øvelse i å lære hvilken informasjon som er viktig å kommunisere i et team. Det kan være lett for at de ulike faggruppene kan se sitt fagområde som det viktige og derfor ønsker å fremme sine interesser i teamet som en hovedprioritet. I slike anledninger er det viktig å ha en leder med beslutningsansvar og erfaring (Klein 2006).

## 2.2 Ledelse i lærende organisasjoner.

I følge Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2007, s. 25) er det to grunnleggende mål for enhver organisasjon. Det ene er å vedlikeholde og videreutvikle organisasjonens indre struktur og sammensetning. Det andre er å tilpasse omgivelsene til krav og muligheter. Lederne i et sykehus ser etter en likevekt mellom etterspørsel av tjenester og produkter og den til enhver tid gjeldende kapasitet. I denne sammenheng er ledelse å samordne organisasjonen sine målsettinger, funksjoner og aktiviteter.

Det er også en fordel for en leder i en slik organisasjon å ha kunnskaper i å forholde seg til de ulike individene i gruppen på en slik måte at det skapes gode relasjoner og høy produktivitet. De prøver å samordne de ulike gruppene i organisasjonen. For at organisasjonen kan oppnå målene om å være produktive og effektive, er det viktig at de ulike arbeidsgruppene utfyller hverandre på best mulig måte, og at en for eksempel ikke gjør dobbelt arbeid. ( Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2007, s. 26).

I følge Jacobsen og Thorsvik er ledelse definert til å være *”en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre mennesker til holdninger og adferd”*.

Når ledelse skjer innenfor rammen av en organisasjon, er hensikten med ledelse å få andre til å arbeide for å nå bestemte mål, og motivere dem til å yte mer og trives med det de gjør (2007, s. 381).

Ledelse er ofte delt opp i tre ledelsesnivå i organisasjonen.

Det institusjonelle nivå----- Toppledelsen

Det administrative nivå----- mellomledernivået (oversykepleier/leder for faggruppene.)

Det operative nivå----- Ledere for den daglige driften (teamleder i operasjonsteamet.)

(Jacobsen og Thorsvik 2007.)

Mintzberg(1993) understreker at det er avgjørende for lederen å kunne fremme organisasjonen sine interesser og vinne respekt i omgivelsene. Lederne må vise at de er vel

orienterte og oppdaterte om organisasjonen sine virksomheter. Mintzberg (1993) tar også frem lederen som en kriseløser som løser konflikter mellom de ansatte, eller mellom andre parter i organisasjonen. Det er også denne personen som søker og mottar kontinuerlig informasjon som gjør organisasjonen i stand til å vurdere sin virksomhet og identifisere problemer og muligheter (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 384).

Lederen inspirerer og motiverer, gir retningslinjer og legger forholdene til rette slik at de ansatte kan nå de målene som er satt i organisasjonen. Å lede handler om å arbeide gjennom andre. En god leder er en person som får folk med seg, og som har god kommunikasjonskompetanse og samarbeidsevner. Det er ikke automatisk slik at en god fagperson er en god leder (Andersland 1993, s.150). Lederen sin rolle som bindingsledd til andre avdelinger eller organisasjoner er også en viktig funksjon. Gjennom uformelle kurs, foreninger og seminarer, kan lederen danne nettverk, etablere nye kontakter og utveksle informasjon og tjenester (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 387).

Det er satt nytt fokus på hvor viktig det er med gode kollegarelasjoner for at ledere skal få gjort det de ønsker. I følge Baugstad og Sørsveen kan det være fare for at en gruppe ikke får ta ut sitt virkelige potensial hvis ikke kollegarelasjonene er gode. De deler opp en oppgave i to sider, en sak- og et personforhold. Det at de som skal jobbe i lag kjenner hverandre og har bygget opp sine relasjoner, mener Baugstad og Sørsveen klart virker inn på kvaliteten av resultatet. De mener at jo bedre de ansatte kjenner organisasjonen sin og de menneskene som er der, desto mer effektive er arbeidsprosesser med samarbeid og kommunikasjon. Dette skaper igjen motivasjon og engasjement hos ledere og medarbeidere (Baugstad og Sørsveen 2006, s.129).

En god relasjon til en person kommer ikke av seg selv, det er noe man må arbeide med. Det er ikke nok i følge Baugstad og Sørsveen å skylde på "dårlig kjemi", eller "vi har en helt grei kontakt". Ledere må ta seg tid til å utvikle kollegarelasjoner i det daglige arbeidet, slik at en kan føle seg trygge på hverandre. Dette medfører at en kan løse saker på en effektiv måte og oppnå god kvalitet i felles arbeidsprosesser (Baugstad og Sørsveen, 2006, s.144).

Læringsledelse krever ferdigheter i å lære fra seg. Det krever også at en er i stand til å etablere mottakerferdigheter hos den eller dem som en vil lære fra seg til. Dette er en



sammenhengende prosess som krever at man tenker relasjonelt på læring og ledelse. Det kan være både formelle og uformelle ledere som har denne rollen. I følge Wadel (2002) har disse lederne ofte en overlegen kunnskapsbasis som gir både en samordning og en konflikt mellom formell og uformell læringsledelse. Læringslederen må opparbeide seg kunnskap om den samhandling og de roller lærende etablerer seg imellom.

I lærende organisasjoner er det ofte de uformelle lederne som setter i gang prosesser og legger forholdene til rette for formell og uformell læringsledelse. Wadel definerer læringsledelse som en samhandlingsprosess som setter fokus på hva som foregår mellom ledere og ledede i en organisasjon(Wadel 2002, s. 81).

### **2.3 Oppsummering.**

For å forstå hvordan struktur og kultur virker inn på en organisasjon, har jeg i dette kapitlet tatt for meg litt generell organisasjonsteori. Jeg har også tatt for meg litt om sykehusene som organisasjon sin målsetting, struktur og kultur. Jeg har prøvd å belyse hvordan kommunikasjon virker på medlemmene i organisasjoner, og gitt noen eksempler på ledelse i organisasjoner. Denne teorien er tatt med for lettere å kunne analysere funnene i undersøkelsen.

I det neste kapitlet vil jeg ta for meg Senge sine fem disipliner og Wadel sin læringsteori, som også bidrar til den teoretiske rammen rundt funnene i denne studien.

## **3.0 Læringsteorier**

### **3.1 Peter Senge, den femte disiplin**

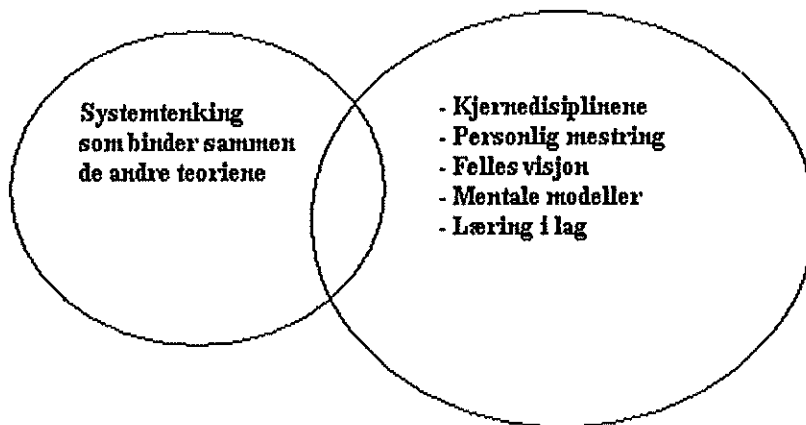
I sykehusene er de ulike avdelingene avhengige av hverandres ekspertise, og de fungerer derfor i et samarbeid. I et systemet der det er krav om høy ekspertise, er det nødvendig med utvikling blant personalet. En slik avdeling blir kallet en lærende organisasjon. Jeg vil her ta for meg to kjente læringsteorier som kan gi perspektiv på hvordan et operasjonsteam kan fungere i en lærende operasjonsavdeling.

I følge Senge (1991, s.16) kan en organisasjon være et lærende system, dersom de ansatte tenker og handler på bestemte måter. Dette kan være grunnlaget for hvorvidt organisasjonen er i stand til å klare seg i konkurranse med andre bedrifter. Dette synspunktet deler han med Argyris og Schön (1996). Det er enkeltmennesket i organisasjonen Senge (1991, s.145) starter

med når han ser organisasjonene som et lærende system. Han ser på hver enkelt sitt behov for ny kunnskap, personlig utvikling og deltakelse i problemløsning. Ved å sette fokus på personen sin utvikling, kan dette medvirke til at organisasjonen utvikler seg. Han tar for seg de fem disiplinene som må til for at dette skal skje. Ved å påpeke de ansatte og deres læring i organisasjonen, mener han at de utvider sin kapasitet og forståelse. Det at de ansatte hever sin kompetanse, er etter hans mening noe som kommer organisasjonene til gode (fig.3).

### Den femte disiplinen

### Kjernerdisiplinene



*Figur 3, Peter Senge:  
Omgrepsapparatet for å forstå den  
lærende organisasjon*

Denne figuren viser hvordan de fem disiplinene henger sammen i et system. Ved å benytte alle fem disiplinene tenker man i system, noe som øker forståelsen for læring i organisasjonen.

### Personlig mestring

Denne disiplinen mener Senge(1991, s.152) kommer innenfra. Visjonen er likevel et mål på at noe skal skje, og en prosess der en fokuserer på ens virkelige ønsker eller visjoner. I en kreativ fase kan en oppleve spenning med både engstelse, sorgmodighet, mismot, håpløshet eller spenning. Viljekraften gjør at vi mestrer dette ved å trene opp underbevisstheten. Vi fokuserer på hvordan vi klarer ønskede resultat, og treffer riktige valg og mål. Organisasjonen lærer ved at mennesket lærer. Denne mestringen krever mer enn kompetanse og ferdigheter, også en åndelig vekst. Personlig mestring er disiplinen om personlig vekst og utvikling. Det er streben etter en kontinuerlig læring om hvordan vi skal se vår virkelighet.



Det å oppnå personlig mestring er en kombinasjonen av en visjon (det vi ønsker) og et klart bilde av vår nåværende virkelighet (hvor vi befinner oss i forhold til hvor vi ønsker å være). En visjon kan være en idé. Den kommer innenfra. Den er ikke et mål, men man må ha evnen til å fokusere på et mål. Man må tåle forandringer og det å være søkende og ha vilje til å stå på og tåle motstand. Det er viktig å treffe valg og fokusere på resultater (Senge 1991, s.147).

Kombinasjonen mellom visjon (det vi ønsker) og hvor vi befinner oss, skaper denne åndelige veksten. Det er en kontinuerlig læring. Idet vi oppnår personlig mestring, vil en klarlegge strukturene som karakteriserer personlig mestring, slik som kreativ spenning og strukturell konflikt. Ledere ønsker å arbeide for å fremme et miljø hvor personlig mestring blir produsert daglig. Det er en organisasjon hvor mennesker er trygge nok til å skape sine visjoner. I denne sammenhengen vil ledere i følge Senge (1991, s.176) gå foran med et godt eksempel og ta si egen søken på alvor og vise at personlig vekst verdsettes i organisasjonen.

#### Mentale modeller.

De mentale modeller påvirker oss i måten å oppfatte ting på. Disiplinen mentale modeller utvikler organisasjonens evne både til å lære nye ferdigheter og ta i bruk institusjonelle nytenkinger slik at disse ferdighetene blir en del av alminnelig praksis. I følge Senge (1991, s.191) tar vi ikke i bruk ny innsikt fordi den er i strid med inngrodde forestillinger om hvordan verden er. Dette begrenser oss i måten å handle på. Våre mentale modeller bestemmes ikke av hvordan vi forstår verden, men hvordan vi handler. Mennesker forstår og oppfatter ting på ulike måter. De mentale modellene former våre oppfatninger (Senge 1991, s.179). Våre mentale modeller dikterer våre handlinger og meninger. Å utvikle en organisasjons evne til å bruke mentale modeller, innebærer å lære nye ferdigheter og ta i bruk institusjonell nytenkinger slik at disse ferdighetene blir en del av alminnelig praksis (Senge 1991, s.191). Det er i følge Senge en aktiv refleksjon der en har evne til å reflektere over egen tankevirksomhet samtidig som en handler (1991, s. 206). Det er nødvendig å kunne tenke i system for å forstå svakhetene i mentale modeller og endre vår måte å tenke på.

I et teamarbeid på en operasjonsavdeling vil dette for eksempel være som om vi tror at teamlederen ikke har oversikt over situasjonen. Da vil også de teammedlemmene opptre som at de tror at det er slik. Det påvirker teammedlemmene i måten de tror ting er på. Det er likevel forskjellig fra person til person. De underbevisste mentale modellene kan hindre

læring og hemme en organisasjon i læring i en foreldet praksis. Den sunne bedriften vil systematisere måter å bringe mennesker sammen i et fellesskap, hvor de mentale modellene blir utviklet best mulig, og hvor de er best mulig i stand til å handtere de situasjoner som måtte oppstå.

Åpenhet er viktig for å motvirke den usunne adferden som påvirker mennesket i en konfontrasjon. Beslutningsprosesser kan forandres hvis menneskene diskuterer mentale modeller. Argyris mener at vi fanges i et selvforsvar der vi hindrer gransking av våre mentale modeller (Senge 1991, s.181).

I disiplinen mentale modeller innebærer det å lære seg nye ferdigheter og ta i bruk institusjonelle nytenkinger, slik at disse ferdighetene blir alminnelig praksis.

I operasjonsteamet er det viktig å lære om mellommenneskelige forhold i en slik form for samarbeid. For at et en skapende og generativ læring skal kunne foregå, må det i følge Senge (1991, s.199) være ledere med refleksjons- og granskingsevner tilstede som legger til rette for slike forhold. I en gruppe utvikles det mer kunnskap og dynamikk enn en leder kan greie alene. Argyris mener at en må redusere tempoet i våre tankeprosesser slik at vi blir klar over hvordan vi danner våre mentale modeller og hvordan dette påvirker våre handlinger. Det å prøve å mestre disiplinen mentale modeller er å balansere mellom etterforskning og forsvar (Senge1991, s. 203).

### Felles visjon

En felles visjon må ifølge Senge være tilstede for å ha en lærende organisasjon. Det er ikke en idé, men det kan være inspirert av en idé og favner langt videre(Senge 1991, s.211). Det er evnen til å avdekke bildene av fremtiden. Hvis den vinner støtte fra flere enn en person, er det ikke lenger bare en abstraksjon. Visjon er i den enkleste sammenheng hva vi ønsker å skape sammen til en felles visjon. Visjonen skaper et overordnet mål. Dette målet tvinger frem nye tenkemåter og kan gjøre at vi gir opp inngrodde synspunkt. Personlige visjoner ligger bak fellesvisjonene i organisasjonen. Bak disse personlige visjonene ligger den personlige mestringen. For å skape de felles visjonene må man gi opp tanken om at visjonene bare kan komme ovenfra i organisasjonen. Denne visjonen er ikke løsningen på noe problem. Den er mer som et press som kan komme fra flere nivå i organisasjonen, og må argumenteres for om flere ønsker å gå inn for den. Det er et felles bilde som en forplikter seg til å ha sammen.

Visjonen blir klarere når mennesker snakker sammen om den. Den begrensende faktoren er evnen eller den manglende evnen til å klarlegge ulike visjoner på en slik måte at dypere felles visjoner kan vokse frem. Visjonen gir oss bilde av det vi ønsker å skape. Den blir kun en ledende kraft når mennesket tror på den. Den gir kraft til læring i organisasjonen. Felles visjoner springer ut fra personlige visjoner og skaper kreativ spenning hos dem som er oppe i det, samtidig som de gransker sin nåværende virkelighet (Senge 1991, s. 217).

### Gruppelæring

Gruppenivået er den fundamentale læringsplassen ifølge Senge (1990). I gruppen er det nødvendig å ha regler for samhandling. For å kunne samhandle gjennom dialog, mener Senge (1991, s. 236) at gruppen må vise tillit og respekt for hverandre sine meninger. Det kan ikke forekomme noen form for straff for dårlige idéer. Det blir viktig å utvikle en lagfølelse ved å lytte til hverandre, og ha aksept for hverandre sine meninger og synspunkt. Gruppen må ha felles mål og dra i samme retning. En gruppe utfyller som regel hverandre. Medlemmene i gruppen har grupperelasjoner som er fininnstilt overfor hverandre og fungerer som en helhet. De har felles retningsfølelse, der kreftene harmoniseres og det utvikler seg en utviklingsresonans og synergi. I følge Senge (1991), krever komplekse oppgaver et samarbeid. Denne form for samarbeid mener han gir grunnlag for sosial interaksjon, status og oppbygging av medlemmene sine selvbilde (Senge 1991, s. 239).

Gruppelæring er en kollektiv disiplin, den fordrer trening. Gruppen må ha evne til å analysere vanskelige samtaler i ettertid, og snakke om hva som evt. stopper den gode prosessen. Man må beherske dialog med en fri og kreativ utforskning av komplekse og vanskelige temaer, og ha evnen til å lytte til hverandre og sette sine egne synspunkt til side. I en diskusjon blir forskjellige synspunkt presentert og forsvart. Gruppen finner frem til en felles forståelse der alle vet hva som skal gjøres (Senge 1991, s. 238).

I en systemteoretisk sammenheng, er en gruppe en del av en større sammenheng. I følge Peter Senge (1991, s. 269) er det viktig å kunne se seg selv som en del av et større system. En må lete etter sammenhengene i delsystemene. Peter Senge mener at ” alt henger sammen med alt”. Ved å bruke systemtenking som et verktøy, bidrar denne formen for tenking til å skjønne adferdsmønstre som er skjult bak et høyt tempo i det daglige. Selv om vi har våre kognitive

begrensninger, mener Senge at vi har kapasitet i underbevisstheten til å takle mer. Dette må den enkelte trene på, slik at man får et samspill mellom det underbevisste og bevisstheten.

I følge Peter Senge (1991, s. 334), er det å skape en lærende organisasjon, å utvikle mennesker som lærer å se på samme måte som systemtenkere. De må utvikle sin egen personlige mestring, og lære å få fram og gjenskape mentale modeller sammen med andre. Lederen må i følge Senge være læreren eller veilederen i dette systemet. Han/ hun må også være forvalter for å bringe læring til bedriften. Det blir viktig å sette opp målsetting og strategi for å komme dit. For å kunne styre kursen i en slik strategi, er det en fordel for lederen å kunne være med i planleggingen av en slik utvikling for bedriften. Det må skapes en felles visjon, der lederen er en del av denne. Ved at en leder lytter til andres visjoner, blir han/hun en forvalter av dette.

I tillegg mener Senge (1991, s. 354) at lederen kan jobbe mot sin egen visjon. For at lederen skal kunne utvikle seg selv, hevder Senge at en bør ta pauser for å utvikle hypoteser, deretter handle, og så gi seg selv tid til å reflektere over denne handlingen. Lederen bør undersøke mentale modeller, sammenligne deres sammenheng og riktighet, for så å se om de kan settes sammen i en bedre sammenheng. For å være med å utvikle en organisasjon som leder, mener Senge at lederen også må kunne sette teoriene ut i handling.

Den tause kunnskapen og erfaringene vil vise igjen i handlemåten. I følge Senge blir det et resultat av strukturer, sosialisering og kultur i organisasjonene.

Argus og Schön (1996) snakker også om flere typer læring i en organisasjon.

Enkeltkretslæring vil i en organisasjon se slik ut:

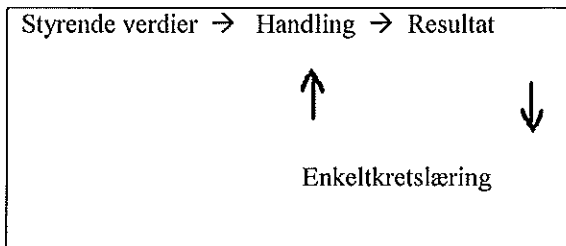


Fig.4 viser at tilbakeføring av kunnskap vil vise utfra om vi handler rett eller galt. Læringen medfører i følge Senge at vi tror på den uttrykte teorien

I en dobbelkretslæring i organisasjoner vil det i følge Argyris og Schön (1996) se slik ut:

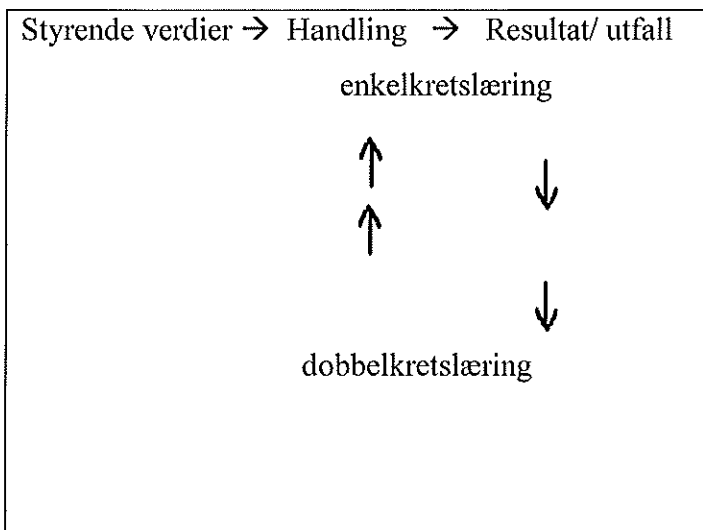


Fig 5: Denne figuren viser når vi reflekter utover det å handle rett eller galt

I figur 4 blir det de grunnleggende verdier og mål som styrer. Det vil vise igjen konkret i handlingene våre. Konsekvensene av handlingene blir gransket og målene vi tenker på blir utfordret. I en enkeltkretslæring meiner Senge at en organisasjon vil være i fare for å ikke tørre å utfordre seg selv. I dobbelkretslæring i figur 5, går vi inn i enkeltkretslæringen og lærer hvorfor denne læringen skjer.

I følge Argyris og Schön (1996) blir sannheten utfordret i dobbelkretslæring og menneskene reflekterer over seg selv, sine handlinger og konsekvensen av handlingene. Kunnskapen blir lagret i et hierarkisk nivå i mennesket og organisasjoner.

I følge Senge er gruppelæring en kollektiv disiplin. Det er to måter å snakke sammen på, dialog og diskusjon. Dialogen er den kreative utforskningen av komplekse og vanskelige

temaer. Her lytter man til hverandre og legger egne synspunkter til side. Dette fordrer ifølge Senge trening (1991, s. 241). En gruppe sin intelligens er høyere enn en person sin intelligens. Språk er nødvendig for å kunne gjøre seg forstått i gruppa. Dialogen kan kun finne sted når vi ser hverandre som kollegaer med søken etter dypere innsikt og klarhet.

Det blir balanse mellom dialog og diskusjon, som er dialogens motpart. I diskusjonen fatter man beslutninger og kommer frem til en konklusjon eller handlingsvalg. I en lærende gruppe eller et team mestrer man denne bevegelsen frem og tilbake mellom diskusjon og dialog. Den personlige visjonen gir oss fundament til felles visjon. I gode grupper blir konflikter som disse diskusjonene kan medføre produktive. I følge Argyris (Senge1991, s. 254) har vi en forsvarsrutine i frykt for at andre finner ut hvordan vi tenker. Dette kan en oppleve i et teamsamarbeid, der det ofte er mange gitte svar i diskusjoner. Men her er også mange problemstillinger som kan oppstå underveis i jobbsituasjoner som ikke er planlagt, og som må tas stilling til underveis. Her er det nyttig med en dialog der alle medlemmene i teamet er med og kommer med gode forslag. Det må ikke bli slik at det er noen som ikke tør å delta i dialogen fordi de er redd for hva andre synes om deres forslag.

Gruppelæring fordrer trening, noe flere moderne organisasjoner mangler. Det er et avgjørende skritt i det å skape lærende organisasjoner at en mestrer gruppetrening (Senge 1991, s. 241).

I en slik gruppetrening utforsker mennesker vanskelige spørsmål fra forskjellige synsvinkler, der de prøver å avsløre den manglende sammenheng i våre tanker (Senge 1991, s. 244). I dialogen kan mennesker observere sin egne tanker. I en slik dialog er det viktig at gruppen har felles språk.

I en dialog må en tåle å være uenig, og ikke tenke på hverandre som motstandere om man er uenig. Hierarki kan ikke stå i veien for at alle kan uttale seg, og bli respektert. Diskusjonen er dialogens motpart. Her fattes beslutninger, situasjonen blir analysert, og det blir veid for og imot alternative synspunkt. For å lære kollektive ferdigheter er det nyttig med gruppetrening. Treningen utøves i en virtuell verden der tempoet kan økes eller reduseres slik at man kan granske fenomener. Det å ta opp konfliktspørsmål som er vesentlig for gruppens arbeid er nyttig i denne sammenheng. Gruppemedlemmenes felles mentale modeller utvikles gjennom slike diskusjoner, der det blir avslørt hvordan den enkelte tenker, og alle sine personlige mentale modeller danner et felles mentalt bilde (Senge1991, s. 262).

### Den femte disiplinen

I følge Senge er det denne disiplinen som integrerer alle disiplinene til en enhet av teori og praksis (Senge 1991, s.17). De ulike disiplinene sees her som en helhet som henger sammen og påvirker hverandre. I følge Senge er det for mange beslutninger som er preget av mangel på helhetlig tenking. Man kan ikke fikse et problem på en enkel måte, fordi dette fører til en strøm av kortsiktige løsninger. Disse tiltakene får problemene til å se ut som de forsvinner, men de vender stadig tilbake.

I en gruppe som skal løse problem er det enda vanskeligere å mestre dette, da alle har sin lineære mentale modell som er fokusert på ulike deler av systemet. De legger kanskje vekt på forskjellige kjeder og årsaker som gjør det enda vanskeligere å danne et felles bilde av systemet. Alle tror at deres bilde og forståelse av systemet er den riktige. Ofte blir problemene i en organisasjon bare flyttet fra en del av systemet og videre til neste del. Dette fordi de som mottar problemet ikke er de samme som sendte det fra seg. Man kan ikke endre en del av et system uten at dette påvirker en annen del av systemet (Senge 1991, s. 270).

Systemtenking har en vesentlig plass i gruppelæring. David Bohm søker å fremme helhetlig perspektiv. Han mener at tanken har en tendens til å bryte tingene fra hverandre (Senge 1991, s. 271). Senge mener at man kommer lettere til løsninger ved å erkjenne at man har forsvarsholdninger, og at disse må brytes ned. Systemtenking er også viktig for ledelsen som må forholde seg til komplekse problem der enhver situasjon er i stadig forandring. For å forstå hverandre i en problemløsning er man avhengig av et felles språk (for eksempel som i regnskap) (Senge 1991, s. 270). Det kan bli et problem for en gruppe eller et team om et av medlemmene ser et problem på en mer systemmessig måte enn de andre. Da vil denne personen sin innsikt bli nedvurdert. Språk er kollektivt og må i følge Bohm (Senge 1991, s. 271) brukes, noe som skjer når en gruppe lærer systemtenkingens språk.

### **3.2 Læring i lærende organisasjoner**

Cato Wadel (2002 s. 5) mener at det foregår læring i alle typer organisasjoner, men at det foregår mer læring i noen typer organisasjoner enn i andre. Han legger vekt på at dette skjer i de mellommenneskelige relasjonene, slik som også Senge (1991) hevder. Wadel (2002, s. 27) peker på relasjonene mellom menneskene i denne sammenhengen. Han ser på mangfoldet av læringsforhold som kjennetegn på lærende organisasjoner. Wadel ser læringsforhold som en

sosial relasjon. Læring er noe som foregår i nettverk, team, lag eller par. I følge Wadel (2002, s.17), er mangfoldet av læringsforhold et kjennetegn på lærende organisasjoner.

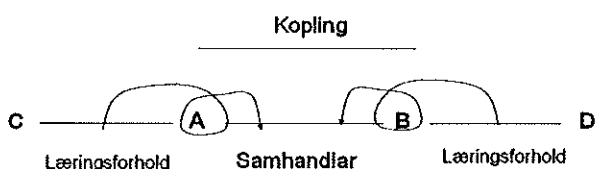
I disse relasjonene er det etter hans mening nødvendig å bygge opp tillit, gjensidig respekt og aktelse mellom de forskjellige teamene eller grupped medlemmene. Samtidig må det være en motivasjon for å lære. Læring er i følge Wadel en prosess, der det skjer noe med hvert enkelt individ. Denne prosessen mener han fører med seg frustrasjon og følelser, og gjør noe med det mellommenneskelige i gruppen. Resultatet blir i følge Wadel (2002) både den enkelte og organisasjonen sin læring. I en slik prosess lærer alle noe fra seg til andre, samtidig som de lærer noe selv.

Læringen kan måles i resultat. Det skjer læring både hos det enkelte individ (interpersonlig prosess), og hos organisasjonen (intrapersonlig prosess). Den interpersonlige prosessen er den som foregår i kommunikasjon mellom to personer. Den foregår i en sosial relasjon, som i følge Wadel (2002, s. 29) er overordnet i denne sammenhengen. Ellers mener han at det er et flytende og uformelt, kanskje lite synlig læringsforhold i en slik læringsprosess som også kan være lite synlig for omgivelsene.

Wadel (2002, s. 41) ser på et relasjonelt perspektiv som et nettverk av sosiale koblinger. Læringen skjer fra og til flere personer i et læringsnettverk eller et koblet læringsforhold. Man lærer noe på et tidspunkt, og lærer kanskje fra seg noe på et annet tidspunkt. Altså skifter en mellom å være sender og mottaker i et læringsforhold.

Læringen er i et nettverk, der koplingen av aktører som inngår i dette også inngår i ulike læringsforhold og sosiale relasjoner.

## Utvikling av relasjonar i nettverk



**Læring i nettverk – kopling av aktører som inngår i ulike læringsforhold – og forståing for at disse er – og inngår i - sosiale relasjonar**

*Fig.6 viser læring i nettverk – kobling av aktører som inngår ulike læringsforhold – og forståelse for at disse er – og inngår i – sosiale relasjoner (Wadel 2004).*



Wadel (2002, s. 44) sier at et team, f.eks. et fotballag, er forpliktet til å arbeide for et felles mål. I slike sammenhenger blir de nødt til å utvikle et læringsforhold til hverandre. Han mener at de utfyller hverandre også når det gjelder læring. Derfor kan det være at de blir nærmere knyttet til hverandre enn i et vanlig nettverk.

I følge Wadel (2002, s. 51) er det også et læringsforhold i et praksisfellesskap. I praksisfellesskapet er det felles praksis som laget deler. Fellesskapet er knyttet til en aktivitet og / eller en kunnskap. Her har hver enkelt sin funksjon eller delaktighet i denne sammenheng. Kunnskapen blir tatt vare på i form av utførte handlinger. Ofte er dette i en form som kun er synlig for medlemmene i gruppen. I følge Wadel (2002), er denne kunnskapen både verdifull og viktig for organisasjonen sin utvikling. Han definerer personalet som fungerer som veiledere for brukerne av en organisasjon, og personalet i denne organisasjonen, for frontpersonalet. Han mener at frontpersonalet ivaretar mange roller. De er både anfører, ressusfordeler, forbindelsesledd, kriseløser og leder. Også Mintzberg (1973) beskriver deler av frontpersonalet sin rolle som en lederrolle (Wadel 2002). I følge Wadel (2002, s. 57) mener han også at de må ta rollen som pedagogiske ledere, eller læringsledere. I tillegg til at frontpersonalet lærer fra seg til andre, sørger de selv for å tilegne seg ny kunnskap.

Wadel (2002) mener at praksisfellesskap er ulikt et samarbeid i team, da det kun er praksisen som er fellesskapet i gruppen. Fellesskapet kan være jobb, fag eller organisasjon, og er derfor ikke fagorientert eller et prosjekt. Han mener også det er identitetsskapende, p.g.a. medlemmene i fellesskapet tar med seg kunnskap inn i gruppen fra andre grupper de har tilhørighet til, og deler denne kunnskapen med den nye gruppen.

Wegner (1998) tar også for seg praksisfellesskapet og viktigheten for læring i dette fellesskapet. Han mener at i et slikt fellesskap blir kunnskap og kompetanse holdt oppe, forvaltet og videreført, samtidig som det gir deltakerne identitet.

### 3.3 Kompetanse

Kompetanse innebærer at man i kraft av sin stilling har rett eller myndighet til å gjøre noe. Man har de nødvendige kvalifikasjonene til å fylle stillingen, ivareta bestemte oppgaver og uttale seg om spørsmål. Der er det sammenfall mellom de oppgavene man gjør og de kvalifikasjonene man har (Skau 2005).

Den kompetansen et individ har påvirker produktiviteten i en arbeidssituasjon (NOU 1997, s. 25). Kompetanse og utvikling krever at en person tilegner seg ny kunnskap. Det å utnytte sin kompetanse og stimulere og legge til rette for kompetanseutvikling, er et sentralt element i arbeidet med kvalitetsutvikling (Øgar og Hovland, 2004, s. 25).

### 3.4 Teamarbeid

Bruk av team innebærer tilgang på komplementær kompetanse. For å oppnå teamfordeler må teammedlemmene ha ulike kunnskaper og ferdigheter, men samtidig ikke så forskjellige at de ikke kan kommunisere med hverandre. Hvis teamet er for opptatt av å komme frem til enighet, kan det i følge Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2001, s. 258), overskygge medlemmene sin motivasjon til å vurdere alle mulige handlingsalternativ og hvilke positive og negative konsekvenser som knytter seg til disse.

Gruppen kan være utsatt for å tenke for likt. Dette ser en ofte hvis teamet er for isolert, og eller at de arbeider under for høyt press. Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2001, s. 258) karakteriserer team, spesielt lederteam, som at de har pågangsmot, selvbevissthet og er målorientert.

Dette kan en også si om et operasjonsteam. De karakteriserer videre teamene som at de er satt sammen av fem ulike deler som virker inn på hverandre i samhandling. Det er:

- 1) Sammensetning
- 2) Struktur
- 3) Prosess
- 4) Lederskap
- 5) Insentiver

Strukturen vil være den gjensidige avhengighet i forhold til oppgavene som skal løses. Rollen kan forstås som forventninger knyttet til en viss posisjon, for eksempel lederen av teamet som skal opptre på en spesiell måte, ta ansvar osv. Problemet i teamene kommer ofte om det er uklarheter i forhold til roller. Dette kan skje når gruppene er uklart definert i sammensetning eller hvilke kvalifikasjoner de ulike gruppelemmene har. Her er det snakk om grad av formell kompetanse, og hvilken erfaring en har i tilknytning til alder. Incentiver, eller hva som driver den enkelte sitt engasjement i teamarbeidet, er også et element. Er det behovet for anseelse og prestisje, eller andre moment? De prosessene som skjer i teamet, er viktige for dets effektivitet og handlinger. Samtlige element i denne figuren virker inn på et samarbeid i et team, der gruppeleder står i sentrum

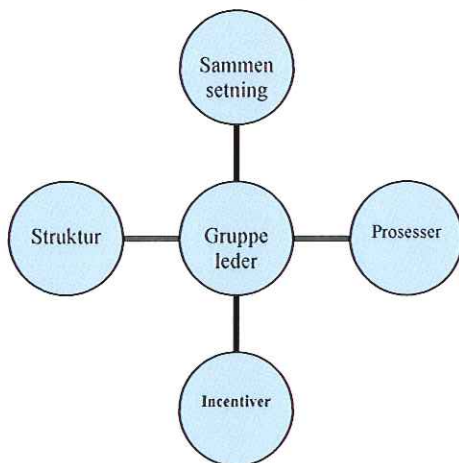


Fig. Nr. 7 Element i et team. (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann, 2001, s.258)

Problemet med å sette sammen team, er at personer har ulik bakgrunn, kompetanse og erfaringer, i tillegg til at de har ulike måter å opptre på. Slike forhold kan gi grobunn for misforståelser, manglende engasjement og konflikter. En oppnår ofte positiv teameffekt når teamet ikke er for stort og medlemmene har tilstrekkelig til felles til at de kan kommunisere sammen.

I et team der den atferdsmessige integrasjonen er stor, er mengden og kvaliteten på informasjonen som blir utvekslet høy, samarbeidet godt og preget av gjensidig respekt og forståelse. Her blir innsikt og synspunkt fra deltakerne utnyttet (Grønhaug, Hellesøy, Kaufmann 2001).

Basert på tidligere forskning kom en av de fremste forskerne på toppledere og adferdsmessig integrasjon, Donald Hamric (1994) fram til følgende konklusjoner:

- a) Det er vanskelig å utvikle toppledere i team i store organisasjoner.
- b) I en organisasjon med knappe ressurser og ingen midler til ekstra innkjøp eller etterutdanning av medarbeidere, er det liten slakk eller ressurser eller frihetsgrad til medarbeidere.
- c) Desto lengre medlemmene i et (toppleder)team arbeider i lag, desto større er tendensen til felles synspunkt.

For å unngå feil eller begrensninger, må gruppen blant annet vurdere målene og ikke overse viktige fordeler ved andre alternative metoder. De må om nødvendig hente inn ekstra informasjon fra "eksperter". En må også ifølge Hamric bruke nok tid til å vurdere hindringer og ulemper med det man gjør (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001).

Årsaken til at det skjer feil i gruppetenking er i følge Janis (1982), at gruppene kan være for isolerte fra andre sine vurderinger, og er hindret fra motforestillinger og informasjon. Mangel på etablerte tradisjoner kan hindre gruppen / teamleder å forfølge egne idéer og oppfatninger, i stedet for å oppmuntre til åpen vurdering av andre handlingsalternativ. Det kan også være mangel på normer som betinger at medlemmene i gruppen anvender systematiske prosedyrer for å innhente informasjon. Hvis medlemmene i teamet er for like, eller de enkelte medlemmene i teamene mangler selvtillit, er det lett å la seg lede av en sterk person i gruppen, for eksempel teamlederen (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001).

I følge Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2001), blir det viktig å avklare en del forhold i et teamarbeid, og at teamet har entydige mål. Det er også nødvendig å være åpen for nye impulser og å ha klare prioriteringer. Det å ha forventninger til hverandre er det nødvendig å være åpen om. Om teamene kjenner hverandre som personer og yrkesutøvere, viser dette seg å være en stor fordel. Å arbeide i team blir langt mer interessant om en får nye og utfordrende oppgaver som er med å utvikle den enkelte. I teamarbeidet er det ifølge disse forfatterne viktig å legge vekt på samhandling, lytte til andres synspunkt og ha respekt for de andre medlemmene i teamene sine meninger og synspunkt. Det å stille seg åpen for andre meninger og løsninger er med på å utvikle et samarbeid i en gruppe.

I et teamarbeid kan ledelsen stimulere den enkelte medarbeider sine evner og motivasjon til å videreutvikle sin kompetanse. Ledelse gjennom overvåking og kontroll er lite egnet til dette. Det dreier seg om å finne organiseringsformer som gjør det mulig å utnytte den enkeltes kunnskap på en best mulig måte, samt å overføre kunnskaper til andre. Den store ovenfra og ned-pyramiden må her vike plassen for mer fleksible nettverksorganisasjoner med innslag av teamarbeid og prosjektgrupper. Dette er en stor overgang fra de tradisjonelle arbeidsformene. Kravene til den enkelte medarbeiders ferdigheter til å administrere og motivere seg selv i forhold til oppgavene vil derfor øke. (Carneval 1991, i Grønhaug, Hellestad og Kaufmann 2001, s. 301).

#### Læringsforhold i team.

Læringsforhold i team er koblinger av læringsforhold som gjør team til lærende "mikro"-organisasjoner (Wadel 2002, s. 43). I team vil deltakerne utvikle lederroller med hensyn til læringsforhold. Alle i teamet arbeider og forholder seg til alle. Læringsforholdene mobiliseres i tette sekvenser. De har felles mål som de står gjensidig ansvarlig for å nå. Teamdeltakerne søker kunnskaper om hverandre sine ferdigheter, antagelser og perspektiver.

Det kan utvikles sterke motivasjonsforhold i team. Teammedlemmene motiverer hverandre og lar seg motivere. Det oppstår en rasjonell dynamikk som beskriver samhandling hvor stadig nye læringsforhold virker inn på hverandre. I følge Wadel veksler teammedlemmene mellom ulike roller i teamet som informasjonsmottakerrollen, informasjonsgiverrollen, koordinatorrollen og evaluatorrollen. Denne vekslingen mellom roller skaper dynamikk i teamet (Wadel 2002, s. 45).

I følge Wadel krever en teamutvikling samordning i læring. Kunnskap skal ikke holdes tilbake, men oppmuntres til å utveksles. Dette er avhengig av aktelsesforhold, tillitsforhold, følelsesforhold og motivasjonsforhold mellom teammedlemmene (Wadel 2002, s. 45).

For at et team skal oppnå læring forutsetter han at medlemmene av teamene har kommunikative ferdigheter, konsentrasjon og evne til å lytte. Det å lytte mener han tar tre ganger lengre tid enn å snakke sammen (Wadel 2002, s. 45).



## Selvadministrering av team

Selvadministrering er å finne måter å administrere seg selv og sin egen adferd for å redusere avviket fra en gitt standard. Selvadministrering er et bredere område av selvinnflytelse, strategier og selvadministrering, og måter å handtere bestemte oppgaver på.

Selvadministrering blir her å lede andre til å lede seg selv. Det blir populært kalt superledelse (Grønhaug, Hellestad og Kaufman 2001, s.303).

I følge Mainz og Sims (1993) kan en lede andre til å lede seg selv. Hver og en ser og vurderer seg selv og styrer og leder seg selv. Dette gjør de med selvobservasjon og sette egne mål. De motiverer seg selv og fremmer egen adferd. I følge Grønhaug, Hellestad og Kaufmann (2001), øver og repeterer den enkelte på jobbaktiviteter, i tillegg til å belønne eller straffe seg selv om de synes dette er nødvendig. Det å tenke muligheter i stedet for trusler, og skape seg positive tankemønster blir viktig i denne sammenheng.

Et team er en gruppe som er sammensatt på en slik måte at det ideelt sett får fram en synergi av individuell kompetanseferdigheter og ytelser. Såkalt selvstyrte team har sitt opphav i teorier om sosiotekniske system, der formålet var å kunne optimalisere både den tekniske og sosiale siden av arbeidet. (Emery & Trist 1965, i Grønstad et al. 2001). Det at team er selvstyrte, kan man ofte hevde også innen kirurgi eller dagkirurgi. Alle i teamet er godt utdannet og opplært i sitt fag og vet til enhver tid hva de skal gjøre. Det er først når det er behov for å organisere eller det oppstår spesielle faglige problem det vil være nødvendig for teamet å dra i samme retning for å løse et problem. Det er da det ofte melder seg et behov for en organisatorisk eller faglig ledelse.

### **3.5 Oppsummering**

I dette kapitlet har jeg tatt for meg læringsteoriene til Senge (1991) og Wadel (2002). Senge sine fem disipliner viser hvordan det er å lære i et fellesskap. Wadel sine læringsteorier viser hvordan teamene utvikler relasjoner i ulike samarbeidsformer. Jeg har også tatt for meg litt teori om hvordan team kan organiseres og ledes. Denne teorien kan knyttes til en del av funnene i denne studien. I følge Senge og Wadel er det nødvendig for organisasjonen sin utvikling at enkeltindividet har en faglig utvikling. Både arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker har ansvar for den enkelte sin utvikling og kompetanse i forhold til det som er



påkrevd og forventet (Lov for helsepersonell § 5, 1999). Her blir lederne viktige i forhold til at dette blir lagt til rette for læring i et operasjonsteam i en operasjonsavdeling.

#### **4.0 Metodisk tilnærming**

I denne studien ønsket jeg å skaffe meg innsikt i hvordan medlemmene i et operasjonsteam i en operasjonsavdeling opplever sin hverdag i forhold til det å klare å samhandle og tilegne seg nye kunnskaper samtidig som man skal klare å sette pasienten i sentrum, gi dem en opplevelse av trygghet og at de kjenner seg fornøyd med den behandlingen de får. Jeg ønsket å få frem hva operasjonsteamet forventer ledelsen kan legge til rette for teamene når det gjelder læring og samhandling. Jeg har valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode i denne undersøkelsen fordi jeg synes den er godt egnet til å få frem kunnskaper om informantene sine tanker, erfaringer, opplevinger, motivasjon og holdninger (Malterud 1996).

Gjennom innsamlede data kan en forstå hvorfor mennesker handler som de gjør (Thagaard 1998). I denne undersøkelsen har jeg tenkt å benytte meg av den fenomenologiske metode, da det i følge Malterud (1996) er nyttig å bruke en slik metode når en velger å innta en beskrivende posisjon for å så lojalt som mulig innhente opplysninger fra informantene sine erfaringer. I dette kapittelet vil jeg først presentere hvordan jeg har gått frem for å velge denne metoden i undersøkelsen. Deretter vil jeg si litt om hvordan jeg gikk frem for å få innpass til å gjennomføre undersøkelsen. Endelig vil jeg ta for meg betydningen av validitet, reliabilitet og etiske vurderinger av denne studien.

#### **4.1 Kvalitativ eller kvantitativ data**

For å finne ut hvilke forhold som må være tilstede for at medlemmene i et operasjonsteam skal oppleve det å arbeide i team som tilrettelagt for læring og samhandling, vurderte jeg først å bruke en kvantitativ undersøkelse med spørreskjema. Den kvantitative metoden er i følge Grønmo(2004) et undersøkingsopplegg der en henter inn informasjon om mange enheter. Her blir det benyttet statistiske metoder.

Den kvalitative metoden er både systematisk og krever innleving. Ideer til fremgangsmåter og fortolkningen av materialet kan komme spontant og uventet (Thaagård 2009, s.15). I denne oppgaven opplevde jeg at den kvalitative metoden kan gi nyanser og gjøre det lettere å forstå

de ulike meningene om hvordan et teamarbeid ideelt sett bør fungere i en operasjonsavdeling. I denne studien ønsket jeg å få frem de ulike medlemmene i et kirurgisk team sine meninger om hva som er nødvendig for en leder å legge til rette for at teammedlemmene i et operasjonsteam kan utvikle seg i fag og samhandling. Jeg ville bygge undersøkelsen på data som er teammedlemmene sine erfaringer. Dette synes jeg kommer best frem i en kvalitativ undersøkelse, der en i følge Repstad (2002) kan beskrive det som finnes. Det ga meg også fleksibilitet med tanke på at jeg kom nær informantene mine. Jeg har også muligheter til å gjøre justeringer underveis. Svarene jeg får kan jeg tolke ut fra relevans, i motsetning til kvantitative data som blir analysert i forhold til presisjon (Grønmo 2004, s.129).

Denne metoden tar utgangspunkt i den fenomenologiske metoden. Den fenomenologiske metode søker å forstå en dypere mening i personer sine erfaringer, med enkeltmennesket sine subjektive opplevelser som et utgangspunkt. Den fenomenologiske reduksjon har informanten sine opplevelser av fenomenverden i fokus, mens den ytre verden blir satt i bakgrunnen. Det sentrale blir da å forstå fenomen på bakgrunn av informanten sitt perspektiv og beskrive verden ut fra deres verden (Thaagård 1998 s. 34). Fenomenologien bygger på underliggende antagelser slik folk oppfatter den (Kvale 2002). Ut fra dette vitenskapssynet er det personen selv som bestemmer hvilke meninger og erfaringer fenomener får.

Ulempen med ikke å velge kvantitative dater, kan være at en ikke får så mange svar, og derfor ikke får så godt bilde av hva flertallet mener. Det kan også være lettere å svare ærlig på anonyme spørreskjemaer.

#### **4.2 Valg av enhet og informanter**

For å få lov til å foreta denne undersøkelsen, henvendte jeg meg først til direktøren ved kirurgisk klinikk ved helseforetaket og lederen ved den aktuelle operasjonsavdeling i det andre helseforetaket. Jeg informerte om undersøkelsen og spurte om det var mulig å gjennomføre den. Dette stilte de begge seg positive til. Deretter sendte jeg en skriftlig formell søknad med samme informasjon (vedlegg 1). Etter å ha mottatt løyve til å gjennomføre studien, laget jeg en intervjuguide og forespørsel til et prøveintervju. Jeg gjennomførte dette prøveintervjuet i perioden da jeg sendte søknad til NSD (Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS) og ventet på tilbakemelding fra dem. I denne tiden brukte jeg dette prøveintervjuet til å planlegge videre hvordan jeg ville gjennomføre resten av intervjuene.

Utifra erfaring fra prøveintervjuet, oppdaget jeg at lyd kvaliteten i dette opptaket var dårlig. Grunnen til den dårlige lyd kvaliteten var at opptakeren lå for langt fra informanten. Jeg erfarte også at jeg hadde for mange like spørsmål i intervjuguiden. Etter å ha rettet opp i dette, fant jeg at det ville fungere bedre å la informanten snakke litt fritt rundt temaet, og heller bruke intervjuguiden som veiledning og huskeliste. Etter kort tid fikk jeg svar fra NSD, der jeg fikk en skriftlig veiledning om hvordan jeg skulle gå frem videre i prosessen for å gjennomføre denne undersøkelsen (vedlegg 2).

I denne studien hadde jeg i utgangspunktet tenkt å se på to ulike enheter, men p.g.a. ulike rammevilkår hos de to avdelingene besluttet jeg å forholde meg til kun den ene operasjonsavdelingen i det ene helseforetaket. I denne undersøkelsen er de fleste intervjuene gjort ved helseforetaket som jeg selv har tilknytning til. Det er likevel en del nyttige data fra intervjuene i det andre helseforetaket. Disse har jeg valgt å ta med i denne studien, da begge avdelingene har erfaring med samarbeid på operasjonsavdelinger.

Ifølge Grønmo (2004) er utvalgsrammen og utvalgseenheter startet før undersøkelsen startet. Undersøkelsen startet først med utvalg av to enheter, som senere ble begrenset til kun å gjelde den ene og største av de to enhetene (Grønmo 2004, s. 93). Utvalget er en stratifisert utvelgelse av informanter (Grønmo 2004, s. 88). Personene er så ulike som mulig utifra rollene de har i et operasjonsteam og fordelingen på ulikt kjønn og alder. Utvelgelsen innenfor universet er delt inn i kategorier bestående av ulike personer fra ulike faggrupper. Dette er gjort for å oppnå så stor variasjon som mulig i dette tilfellet (Grønmo 2004, s. 89). I denne undersøkelsen ble derfor både operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, ledere for de ulike spesialsykepleiere, kirurger, anestesileger og assistentleger intervjuet. Alle disse er faste medlemmer i et operasjonsteam. I dette utvalget er fagkategorien spesialsykepleiere overrepresentert i forhold til leger. Legene ble med i utvalget fordi jeg vurderte det som nødvendig å få deres mening om hva de mener om samhandling og kommunikasjon i team. Selv om legene er en del av et operasjonsteam, er de ikke alltid med i forberedelser, tilrettelegging og avslutningen av operasjonene.

Det at spesialsykepleierne er overrepresentert i forhold til legene, må ifølge Grønmo (2004) tas hensyn til når en vurderer analyseresultatene, der en må veie resultatene for den underrepresenterte gruppen, legene, slik at disse meningene tillegges større vekt enn

spesialsykepleierne. Innenfor spesialsykepleiegruppen og leger er utvalget tilfeldig valgt. Dette utvalget kan man kalle en enkel tilfeldig utvelgning, der en fra en fullstendig liste over alle enhetene i universet trekker en tilfeldig enhet identifisert ved et navn (Grønmo 2004, s. 89).

I kvalitative studier blir ifølge Grønmo (2004) de strategiske og teoretiske vurderingene som ligger til grunn for utvelgningen gjerne videreutviklet gjennom datainnsamlingen og underveis i studien. I en slik prosess er valg av enheter mer fleksibel enn den er i sannsynlighetsutvalg. I valget av informanter, måtte jeg ta hensyn til å få størst mulig bredde i svarene. I denne undersøkelsen ønsker jeg å få frem de ulike medlemmene i et kirurgisk team sine meninger om hvordan de mener forholdene rundt et slikt team må være tilrettelagt for at teamet skal fungere optimalt i samhandling og læring i et operasjonsteam. Denne problemstillingen har hovedfokus på hva lederne i en operasjonsavdeling gjør for at teamene skal kunne fungere, både i forhold til hverandre, men også med det som mål at pasienten skal være fornøyd med behandlingen.

For å kunne gjennomføre en slik undersøkelse, kom jeg frem til at jeg måtte intervju noen representanter fra alle som har et samarbeidsforhold til et kirurgisk team, og fra dem som samhandler i kirurgiske team. Jeg intervjuet derfor fire ledere/seksjonsledere, to operasjonssykepleiere, tre anestesisykepleiere, fire leger og en nyutdannet lege.

To informanter er under gjennomsnittsalderen på resten av gruppen. Den ene av dem har noen års erfaring i teamarbeid på operasjonsstuen, mens en av dem er nyutdannet. Etter å ha vurdert svarene fra legene, besluttet jeg å ta et ekstra intervju med en kirurg med lengre erfaring.

Dette gjorde jeg for å sikre meg at det var bredde i svarene også fra denne gruppen. De som ble intervjuet er derfor fordelt i alder og erfaring. I gruppen er det 50 % kvinner og 50 % menn. Det skulle derfor være bredde både i alder, faggrupper og fordeling av kjønn. Det eneste er at det kunne være flere representanter innen hver gruppe, men da det ikke kom til nye opplysninger etter disse intervjuene var gjennomført, avsluttet jeg intervjurunden. I følge Repstad er det greit å gi seg når intervjuene ikke generer ny innsikt (2002, s.70).

I gruppen som jeg valgte, er det derfor noen fra alle faggrupper, informanter fra begge kjønn og med ulik alder. Gruppen kunne nok ha hatt større spredning slik at en hadde fått bredde i variablene (Repstad 1998, s. 67). I følge Thaagard bør ikke utvalget være større enn at det går an å gå igjennom dyptgående analyser (2009, s. 60).



Etter å ha tatt kontakt med informantene, informerte jeg dem først muntlig om undersøkelsen og intervjuet, og deretter sendte jeg en forespørsel pr. brev. I tillegg orienterte jeg om temaet, den praktiske gjennomføringen av intervjuet, bruk av opptaker, om at informasjonen ville være anonym og sikret, og at de kunne trekke seg fra undersøkelsen når de ønsket (Vedlegg 3 og 4).

Alle så nær som en ville la seg intervjuet. Det ble avtalt intervjutidspunkt og sted med informantene. Dette bestemte de selv. Det endte opp med fjorten informanter, der en av disse var prøveintervjuet. Etter disse intervjuene opplevde jeg et metningspunkt der det ikke kom til nye opplysninger.

### 4.3 Det kvalitative forskningsintervjuet.

Ved innsamling av data kunne jeg som tidligere nevnt valgt ulike metoder til dette. Foruten kvantitative og kvalitative undersøkelser, kunne det også vært aktuelt i denne sammenhengen å ha en deltagende observasjon. Dette gikk jeg bort fra både på grunn av tiden jeg hadde til disposisjon og også fordi jeg er kjent i organisasjonen. Jeg vurderte det slik at jeg kanskje ikke er nøytral nok i observasjon av handlingene til personer som jeg kjenner. Min vurdering ble at det er nøytralt å vurdere og sammenligne svar fra dem som ble intervjuet, da denne samtalen gir et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over sin situasjon (Thaagard 2009, s.12).

I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 45) fokuserer det kvalitative intervjuet på informantene sin opplevelse av emnet. Den fenomenologiske tilnærmingen er utbredt i kvalitativ forskning. Fenomenologi er mer et bestemt begrep som peker på interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktøren sine egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves for informantene, ut fra den forståelsen at virkeligheten er den de oppfatter. Kvale viser til den forståelse og kunnskap som kommer i denne samtalen mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet (2005, s. 8).

I tillegg til at intervjuet gir store mengder data der man deler erfaringer, følelser og kunnskaper, har en også mulighetene til å observere den man intervjuer underveis.

Intervjueren skal i følge Kvale, Brinkmann (2009, s. 49) være ute etter informasjon fra den som blir intervjuet som gir ny kunnskap og ny innsikt. Intervjueren registrerer og fortolker meningen med det som sies og måten det blir sagt på.

I intervjusituasjonen legger Kvale/Brinkmann vekt på å stille seg åpen for nye fenomener, slik at en ikke er forutinntatt og ukritisk til egne hypoteser under intervjuet (2009, s. 50). Om det oppstår flertydige svar eller misforståelser, er det viktig å få disse oppklart med det samme. Den mellommenneskelige situasjonen er viktig i intervjusituasjonen. I denne situasjonen vil personene virke inn på hverandre. I følge Kvale, Brinkmann(2009, s. 50), vil det mellommenneskelige samspillet i situasjonen være den kunnskapen som produseres i denne samhandlingen. Det er likevel ikke to likeverdige parter i en slik samtale, men et klart asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og den som blir intervjuet.

Jeg la vekt på at de jeg intervjuet selv skulle bestemme når og hvor det passet å gjennomføre intervjuet. Denne sekvensen startet med at jeg presenterte meg selv og forklarte min rolle som forsker i denne sammenhengen. Etter å ha informert om undersøkelsen, gjentok jeg at opplysningene er anonyme og at de har anledning til å trekke seg fra undersøkelsen når og om de ønsker det. Jeg sa også ifra om at de hadde anledning til å svare på spørsmål de ønsket å svare på. Intervjuguiden (vedlegg 6) ble brukt til å sikre at jeg fikk svar på de temaene jeg ønsket å få svar på i undersøkelsen. Elles informerte jeg om bruken av opptaker, og at denne informasjonen ville bli sikret slik at den forblir anonym.

I selve intervjuet lot jeg dem snakke fritt ut frå spørsmålet som ble stilt. Det hendte jeg fikk uklare svar og måtte følge opp med: "kan du si litt mer om dette?" Eller: "Forstår jeg deg rett når du sier ...". Jeg benyttet også spesifiserte spørsmål, tolkningsspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Jeg opplevde intervjuene ulike. Noen pratet lett om temaer, og svarte forklarende på spørsmålene. I slike sammenhenger kunne jeg forholde meg mer taus, men nikket kanskje om jeg kjente meg igjen i eksemplene de kom med. I andre sammenhenger måtte jeg stille konkrete spørsmål angående temaet.

Det kunne være vanskelig å innta rollen som ukjent med situasjonen og personene, men stort sett synes jeg dette gikk greitt. Alle hadde sin oppfatning om temaet. Dette gjorde at jeg opplevde å utvide mine egne perspektiv etter hvert som intervjuene ble gjennomført.



Intervjuguiden skal gjenspeile hvordan forskeren vurderer informasjonsbehovet (Grønmo 2004, s.161). I dette studiet ønsket jeg å finne ut hva de ulike faggruppene i et operasjonsteam mener må være tilstedes for å kunne lykkes i samhandling og læring i et operasjonsteam. I denne sammenheng konsentrerte jeg meg om å stille spørsmålene som problemstillinger er delt opp i, og fulgte opp med spørsmål fra intervjuguiden hvis ikke disse temaene ble tatt med i samtalen (vedlegg 6).

I oppbyggingen av intervjuet så jeg det som viktig å oppnå fortrolighet hos den jeg intervjuet. I følge Thagaard (2009) kan rekkefølgen av temaene være avgjørende for hvordan intervjuet utvikler seg. Det kan derfor være en fordel å starte med nøytrale emner, for deretter gradvis å komme inn på mer emosjonelle emner. Videre kan man gå over til mer nøytrale emner på slutten av intervjuet. Dette prøvde jeg også å tenke på i gjennomføringen av intervjuet. Det hendte jeg måtte stille oppklarende spørsmål underveis i intervjuet for ikke å misforstå eller feiltolke informasjonen fra informantene. Dette var også nødvendig for å gjøre det lettere å analysere dataene i ettertid.

I følge Kvale er kvaliteten på intervjuet avgjørende for kvaliteten på den senere analysen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet (2005, s.174). Intervjueren må ha gode kunnskaper om temaet og samtalemessige ferdigheter. Kvale og Brinkmann tar frem kunnskapen som blir produsert i et intervju. De sier at kvalitative intervju kan gi oss velfundert kunnskap om vår samtalevirkelighet. De viser til kunnskapsinnhenting og kunnskapskonstruksjon (2009, s. 67). I denne sammenheng opplevde jeg å ha god nytte av min for forståelse av temaet.

Fog (2004, s.107) ser på den dobbelbetydningen som ligger i intervjuet. Her blir samtalen fremstilt som en levende prosess. Men det kan også være produktet som kommer ut av samtalen. Her er forskeren i dialog med teksten. Det er forskjell på forskerens deltakelse i intervjuet og det produktet en sitter igjen med i ettertid. I intervjuet er ikke samtalen eller informasjonsmengden stoppet og endelig slik som i det ferdige utskriftet. Intervjuet er et møte mellom mennesker. Produktet av det som kommer ut av intervjuet skyldes et samarbeid (Fog 2004). Jeg brukte opptaker til intervjuene. Alle opptakene har jeg etterpå lagret på PC. Dette kan jeg spille av på lavere hastighet om det er nødvendig.

Gjennomføringen av intervjuene var mer interessant enn jeg hadde forestilt meg på forhånd, noe som gjorde intervjuene til en positiv erfaring. Alle faggruppene svarte utfyllende og holdt seg til temaet. Hvis det var noe jeg lurte på underveis, passet jeg på å få utdypende svar på dette. Jeg opplevde selv å få nye perspektiv på arbeidssituasjoner jeg trodde jeg kjente. Det samme ga en del av dem som ble intervjuet inntrykk av. Etter intervjuene transkriberte jeg dem og sendte dem tilbake til informanten, der jeg ba om tilbakemelding i løpet av en viss tid. Det kom ingen reaksjoner på at det som ble transkribert ikke var riktig. Jeg gjorde fortetninger og tolkinger av meningen med det informanten sa underveis og sjekket ut at jeg forsto det som ble sagt (Kvale1997).

Alle intervjuene tok ca. en time. Intervjuene ble gjennomført i november-desember 2009, og noen i januar-mars 2010. Det siste intervjuet ble gjennomført i midten av april. Det ble avtalt fordi jeg ønsket et ekstra intervju med en erfaren lege for å sikre bredde i uttalelsene fra denne faggruppen. I hele denne perioden pågikk det flere forbedringsprosjekt på avdelingen. En del av personalet avdelingen var i denne fasen oppdelt i prosjektgrupper som var engasjert med ulike oppgaver. Dette var en situasjon som medførte endringer for de fleste og krevde at de tenkte igjennom alternative forslag til forbedringer. Noen av deltakerne i prosjektene var påvirket av dette og ble engstelig for at noen av forbedringsprosjektene kunne medføre for store forandringer i deres situasjon.

Jeg kjente de fleste av dem jeg intervjuet. Men da jeg startet med datasamlingen, hadde jeg som utgangspunkt å samle opplysninger fra to helseforetak. Derfor har jeg også intervjuet personer fra to helseforetak som benytter teamarbeid begge steder. Dette gjorde at jeg fikk erfaring med å intervju både kjente og ukjente informanter. Intervju med ukjente informanter, resulterte i at man måtte bruke litt mer tid på å etablere kontakt før intervjuet.

I de intervjuene der jeg kjente intervjuobjektene litt fra tidligere, ble det nødvendig å tenke over den rollen jeg hadde som forsker og det å kunne holde seg objektiv til de opplysningene jeg fikk. Dette var ikke så enkelt. I følge Føg (2004, s.70) er det kvalitative intervju et ad hoc, et kortvarig og ofte intenst forhold. Det å ikke kjenne på egne følelser når det kom enkelte utsagn og meninger, var noe jeg måtte være bevisst på. Her kunne man ikke være enig eller uenig. Det ble viktig å ikke overinvolvere seg verken i temaet eller i den andre personen. Man

må være oppmerksom på hvor lett det er å overføre følelser for eksempel i temaet til hverandre i en intervjusituasjon (Fog 2004).

Det å forske i egen organisasjon er nok ikke alltid en fordel, da det kan diskuteres om en er i stand til å holde seg tilstrekkelig nøytral. Det å holde seg objektiv er et krav i forskning, men det er kommet frem en erkjennning at det å holde seg nøytral i forskning ikke er mulig. Det å forske i fremmede organisasjoner er nok på mange måter lettere enn å forske i egen organisasjon, da en ikke er kjent i noen annen rolle enn som forsker. Man har heller ikke de følelsene verken for temaet som blir tatt opp eller dem som kommer med sine meninger (Fog 2004). Her vil svarene være påvirket av hvorvidt forskeren klarer å bruke seg selv som intervjuer, og hvorvidt en får den gode kontakten med den man skal intervjuer.

#### 4.4 Analyse og tolking av data

I følge Brinkmann, Kvale (2009) er det nødvendig å tenke igjennom hvordan vi analyserer data før vi begynner intervjuene. Analysemetoden styrer hvordan man stiller spørsmålene i intervjuet og også hvordan man bygger opp intervjuguiden. Den styrer også intervjuprosessen og transkriberingen. Ofte starter analysen allerede i intervjusituasjonen. Den kan i enkelte situasjoner i følge Kvale og Brinkmann (2009) være over når intervjuprosessen er over. Det kan være et poeng å tenke på hvordan man kan utføre intervjuene, slik at de kan analyseres på en sammenhengende og kreativ måte. Det viktige her blir å finne ut hva en stiller spørsmål om og hvorfor en ønsker å gjennomføre denne undersøkelsen. Man må finne ut hva disse intervjuene forteller om det man ønsker å vite. Hvordan kan intervjueren øke kunnskapen om de fenomenene man ønsker å undersøke.

Transkripsjonene er verktøyet for hvordan man skal fortolke det som blir sagt i intervjuene. De skal si litt om hva personen fortalte på en måte som beriker og utdyper meningen med det han/hun sa. En har som forfatter en dialog med teksten som en har forfattet i lag med den man intervjuer (Kvale og Brinkmann 2009).

Kvale og Brinkmann (2009) tar for seg ulike metoder å analysere teksten etter. De viser til at koding og kategorisering tidligere var tilnærming til tekstanalyser. Koding medfører at det knyttes et eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt, for senere kunne identifisere en uttalelse.

Koding av en tekst i meningsinnhold i kategorier gjør det mulig å kvantifisere hvor mange ganger tema blir nevnt i en tekst (Kvale, Brinkmann 2009, s. 210). I kategorisering vil det i følge disse forfatterne være meninger i intervju-utsagn som blir redusert til kategorier.

I denne oppgaven har jeg strukturert informasjonen etter emner i teksten. Jeg brukte fargekoder og sorterte utsagnene etter de tre spørsmålene oppgaveteksten er delt inn i. Deretter så jeg på hvor mange som deler de ulike meningene. Jeg har foretatt en datareduksjon før presentasjonen av meningene til dem jeg har intervjuet. Jeg lagt vekt på hvilke meninger de ulike informantene har om hvordan de opplever at lederen legger til rette for teamarbeid i en operasjonsavdeling. Utsagnene er delt inn under hovedspørsmålene som oppgaveteksten ble delt inn i.

Intervjuene er tolket etter de hermeneutiske fortolkningsprinsippene, der prinsippet gjelder den kontinuerlige frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet som er en følge av den hermeneutiske sirkel. Teksten blir tolket i deler, og settes deretter i ny relasjon til helheten. Meningsfortolkning er ofte en mistenksomhet overfor meninger som er uttrykt tidligere (Kvale, Brinkmann 2009, s. 216).

Meningsfortetning er en forkortelse av intervjupersonen sine uttalelser. Meningsfortolkning vil si at en går utover det som er sagt og finner meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke framtrer umiddelbart i en tekst. Jeg har benyttet meg av alle disse metodene. Jeg har både sett etter mønster i svarene, og hvor ofte de er like. Disse trekkene har jeg knyttet opp mot teorien jeg har benyttet i oppgaven for å kunne begrunne analysen i teorien.

I referatene av hva som er gjengitt, har hver informant sin alfabetiske bokstav. Verken kjønn, alder eller fagkrets så ut til å være viktige variabler i denne undersøkelsen, men jeg har tatt det med kun som informasjon. Anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere er kalt spesialsykepleier og bokstaven som representerte dem. Hvis det er ledere har jeg kalt dem det i tillegg. Kirurger og anestesileger er kalt lege, enten de er overleger eller har annen tittel. Dette er gjort for at utsagnene deres ikke skal være gjenkjennbare. Jeg har heller ikke sagt noe om det er kvinne eller mann når jeg gjengir uttalelsene. I undersøkelsen er det halvparten menn og halvparten kvinner. I dette tilfellet vil ikke det kunne gjøre uttalelsene noen lettere å kjenne igjen, da forholdet i tall mellom kvinne og mann er så likt, og det er også alderen på de

intervjuede personene. Kun to av informantene er unge og har ikke så lang erfaring i et operasjonsteam. Dette var også grunnen til at jeg ønsket et ekstra intervju fra en lege med lengre erfaring, slik at også denne faggruppen er representert med litt bredde i denne undersøkelsen.

Et femte trinn i Kvale sin analyse av intervjuene er gjenintervju. Dette opplevde jeg ikke at det var noe behov for. I det sjette trinnet forlenger man tolkningen til å omhandle handling på bakgrunn av ny innsikt (Kvale 2005). I dette tilfellet kan det for eksempel være å påvirke ledere til å legge vekt på forhold i operasjonsavdelingen som kan forbedre forholdene for læring og utvikling i teamarbeid.

#### **4.5 Generalisering, validering og reliabilitet**

##### Validitet

I følge Fog (2004, s.183) er høy reliabilitet nødvendig for å ha en høy validitet i kvalitativ forskning. Høy reliabilitet skal bety at uavhengige målinger skal gi tilnærmet identiske resultater (Halvorsen, 2005, s. 41). Validitet er i følge Thagaard (2009) knyttet til tolking av data. Det er å stille spørsmål om gyldighet av tolkingene forskeren er kommet frem til (Kvale 2005). Vi kan vurdere validiteten med tanke på om resultatet av undersøkelsen gir svar på de spørsmål vi egentlig har stilt (Silverman 2006, s. 289, i Thagaard 2009).

De tre områdene av validitet som et kvalitativ studie ofte blir vurdert ut fra, er kompetansevaliditet, kommunikativ validitet, og pragmatisk validitet. Kompetansevaliditet har som mål å knytte forskeren sin kompetanse til datamaterialet sin validitet. Kompetanse er uttrykk for forskeren sine kunnskaper, erfaringer og kvalifikasjoner for å kunne samle data. Her er en avhengig av at forskeren knytter et nært forhold til kildene, slik at det er mulig å komme frem til informasjon som er mest mulig relevant for problemstillingen (Grønmo 2004, s. 234).

I kommunikativ validitet bygger man på dialog og diskusjon mellom forskeren og andre om materialet er godt og treffende i forhold til problemstillingen. I fortolkningen tydeliggjør forskeren grunnlaget for disse ved å redegjøre i analysen for hvordan man er kommet frem til det man finner ut. Det må være en gjennomsiktighet slik at man styrker validiteten i undersøkelsen (Thagaard 2009). I denne sammenhengen er det også kommet kritikk om at



forskeren kan være forutinntatt, og bevisst eller ubevisst søke informasjon som støtter opp under konklusjonen, mens annen informasjon blir utelatt. Dette er en av grunnene til at man hele tiden må gjennomføre en grundig utspørring av det som blir sagt og kontrollere informasjonen som blir gitt (Kvale 2005, s.165).

Den pragmatisk validitet viser ifølge Grønmo (2004, s. 236) i hvilken grad datamaterialet og resultatene i en studie danner grunnlag for bestemte handlinger. Den pragmatiske validiteten blir ofte brukt til å utvikle en bestemt praksis eller nye handlinger (Grønmo 2004).

Hovedkritikken mot kvalitative studium er at de er subjektive og at forskeren har en forforståelse av emnet p.g.a. tilknytningen til miljøet som skal studeres (Thagaard 2009, s. 203). Dette kan gjøre at tolkingen kan utvikles i relasjon til egne erfaringer. Forskeren kan overse det som er forskjellig fra egne erfaringer, og dermed være mindre åpen for de nyanser som skal studeres (Thagaard 2009). Men på den annen side kan det være en utfordring for forskeren å ikke kunne basere seg på egne erfaringer. Validiteten er høy dersom den utgjør et godt handlingsgrunnlag. Dette er relevant når forskeren selv samhandler med ulike aktører for å utnytte sine forskerresultat i praktisk handling (Kvale1997 og Grønmo 2004).

I følge Fog (2004) vil det i en moderne sannhet blir validitet oppnådd i dialog og diskusjoner. Validiteten sikres ved å søke etter kildene til ugyldighet. Dette krever en kontinuerlig kontroll og motspørsmål i undersøkningen. Validitet handler ikke bare om metodene som blir benyttet, men også forskeren som person (Fog 2004, s.184). Hvordan han/hun bruker seg selv er avgjørende for evalueringen av den kunnskapen som blir produsert (Kvale, Brinkmann 2009, s. 253).

Også i møtet mellom intervjuer og intervjupersonen må en se på om det kan oppstå noen feilkilder. Dette kan også oppstå i neste fase hvor forskeren er i dialog med teksten. Om det oppstår et problem i innsamlingen av empiri, vil dette også være et problem i senere faser. Her vil forskeren sitt forhold til seg selv, sine fordommer, sin kjennskap til emnet og til seg selv om intervjuer være viktig i forhold til validiteten i undersøkelsen. Forskeren kan være forutinntatt, og bevisst eller ubevisst søke informasjon som understøtter opp under konklusjonen. I fortolkningen tydeliggjør derfor forskeren materialet ved å redegjøre i analysen hvordan man kommer frem til det man har funne ut. Gjennomsiktigheten styrker validiteten i undersøkelsen (Thagaard 2009).



Det at forskeren har samme bakgrunn som de som er i forskningsfeltet, gjør at det kan være en fare for at man ønsker å få stadfestet egne synspunkt i en slik studie. Egne erfaringer kan på denne måten ha negative sider i en slik undersøkelse. Det blir derfor viktig at jeg som forsker er bevisst på dette og stiller meg åpent og profesjonelt til svarene og utsagnene fra informantene. Jeg har prøvd å bruke min forforståelse til å gå dypere i temaet og stille kritiske spørsmål, slik at dataene i studien ble best mulig. Det viktige er å være bevisst på sin forforståelse og gjøre rede for denne i forskningsprosessen. Gjennom fasen med datainnsamling og intervju var jeg hele tiden bevisst på å ikke la min forforståelse påvirke min evne til å opptre profesjonelt og stille meg åpen for den informasjonen jeg fikk. Jeg opplevde noen ganger at jeg måtte være bevisst på å sette mine egne meninger tilside og lytte til hva intervjuobjektet sa om emnet. Min egen forforståelse kunne jeg dra nytte av ved å lettere kunne forstå hva personene mente da de ga uttrykk for ønsker om tilrettelegging av tiltak som kan påvirke deres situasjon i et teamarbeid på en operasjonsavdeling. Dette var noe jeg også sjekket underveis ved å stille spørsmål om jeg hadde forstått dem rett når de sa det slik.

Det å velge opptaker under intervjuet viste seg å være veldig nyttig. Lydfilene ble lagt inn på PC og spilt opp igjen flere ganger. Intervjuene ble skrevet av på et muntlig språk. Referatet ble sendt tilbake til intervjuobjektet for godkjenning. Dette for å sikre validitet fordi muntlig og skriftlig språk har forskjellige regler, og transkripsjoner er mer abstrakt enn den muntlige versjonen (Kvale, s. 2005).

### Reliabilitet

Grønmo (2004, s. 228) sier at det i kvalitative studier ikke er mulig å finne ut av reliabiliteten ved standardiserte metoder. Datasamlingen ved kvalitative studier foregår i nær tilknytning til analyse og tolkning. I praksis vil det være umulig å gjøre de samme målinger flere ganger. Vi vil neppe få de samme resultatene flere ganger etter hverandre på ulike tidspunkt. Forskeren sin fremgangsmåte og intervjuguide vil ha påvirkning på resultatene.

I intervjuet lot jeg informanten snakke om seg selv og det forholdet han/hun har til emnet. Dette ble gjort utifra at det er kjent at både intervjuguiden og intervjusituasjonen kan påvirke informanten i intervjusituasjonen (Thagaard, s. 2009). Forskereffekten er hvordan intervjueren påvirker samtalen og hvilke evner man har til å se situasjonen på en annen måte

enn man vanligvis gjør (Grønmo 2004, s. 228). Det blir derfor viktig at jeg som intervjuer stiller meg åpen for det som blir sagt, og ikke påvirker svarene med mine meninger. Som intervjuer er det viktig å kunne lytte til det informanten sier, noe jeg prøvde å være bevisst på i intervjusituasjonen.

Reliabilitet har å gjøre med forskningsresultatenes konsistens og sannhet. Ledende spørsmål er noe som stiller spørsmål ved forskeren sin tillit. Reliabilitet handler om det er samlet inn pålitelige data, noe som vil gi høy grad av reliabilitet. Dette gjelder både i intervjustadiet, transkripsjonsstadiet, og analysestadiet (Kvale 2001, s. 164).

Det at prosjektet er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte gjør at den kvalitative forskningen gir uttrykk for troverdighet (Thagaard 2009, s.198). Det å være konkret og spesifikk i rapportering av fremgangsmåter ved innsamling og analyse av data er viktig for å oppnå reliabilitet og gjøre forskningsprosessen gjennomiktig, eller transparent (Silverman 2006, s. 282, i Thagaard 2009, s.199). Siden forskere reagerer ulikt på ulike informanter, og på samme informant på ulike tidspunkt, må reliabiliteten knyttes opp til at forskeren gjør rede for fremgangsmåten i prosjektet (Thagaard 2009).

Bevissthet på sin faglige bakgrunn og kjennskap til noen av informantene medfører at i denne situasjonen må man sette slike forhold til side og forholde seg profesjonelt i rollen som forsker. Man kan derfor ikke identifisere seg med informantene eller deres meninger, men lytte til hva de sier og bruke innholdet i det de uttaler som data. Hvis det er noe man opplever som uklart, eller man tror man har hørt feil, må de bare gjenta utsagnet slik at man er sikker på at de får sagt det de opplever som viktig for dem. Det er også viktig at man får ro under intervjuet slik at informanten får konsentrere seg (Thagaard 2009).

Kun to av intervjuene ble foretatt utenom arbeidsstedet. Som forsker må en reflektere over konteksten for innsamling av data, og hvordan relasjonen til informanten kan influere på den informasjonen forskeren kan få (Thagaard 2009, s. 200). Det ønskelige er derfor å tilstrebe rolige forhold rundt intervjuet, der informanten ikke opplever forstyrrelser av noen art. I intervjusituasjonen lyttet jeg til hva som ble sagt, og ga uttrykk for å følge den som fortalte ved å nikke og vise at jeg fulgte deres samtale. Jeg var bevisst på å forholde meg åpen for det som ble sagt, og om det dukket opp noe jeg lurte på, ventet jeg til en naturlig pause og stilte

spørsmål om dette. Jeg lot den som ble intervjuet bestemme hvor og når de ønsket å la seg intervju. I de fleste tilfeller skjedde intervjuene på arbeidsplassen i matpausen. Vi trakk oss da tilbake på et kontor for å unngå avbrytelser og forstyrrelser. I de aller fleste tilfellene fungerte det greitt.

Etter intervjuene var gjennomført ble de skrevet ordrett ned slik som informanten uttrykte seg. Dette ble gjengitt på bokmål og litt mer leservennlig. Hver informant fikk sin bokstav (kodet), slik at deres anonymitet ble sikret. Dataene som ble samlet er kun tilgjengelig for forsker og veileder. Den interne reliabiliteten er god om de innsamlede data er rimelige i forhold til hverandre og i forhold til datamaterialet i helhet. Den eksterne konsistensen er god om det er samsvar mellom datamaterialet i studien og annen tilgjengelig informasjon om forholdene som skal studeres (Grønmo 2004, s. 230).

#### Generalisering.

Hvis resultatene kan overføres til andre personer eller situasjoner, er de generaliserbare. Det er to typer generalisering, statistisk og teoretisk generalisering. Statistisk generalisering brukes i kvantitative undersøkelser og bygger på sannsynlighetsteori, mens teoretisk generalisering brukes i kvalitative studier (Grønmo 2004, s.86). Studiet kan brukes til å utvikle begreper, hypoteser eller teorier som med bakgrunn i teori kan antas å gjelde for hele universet. Det kvalitative studiet tar sikte på å la den informasjonen man har skaffet om en enhet, eller et utvalg i universet være representativt for hele universet, og danne grunnlag for mer generell kunnskap. Å trekke slutninger fra informasjonen om dette utvalget kalles derfor generalisering (Grønmo 2004, s. 85).

Datamaterialet er godt om det bygger på vitenskapelige prinsipper for sannhetsprinsipper og logisk drøfting, og dersom utvelgingen av enheter og informasjonstyper som innsamling av data er gjennomført på en systematisk og forsvarlig måte. Det er vanskelig å teste reliabiliteten i kvalitative studier. I praksis er det umulig å teste undersøkelsesopplegget fordi dette blir utviklet under datainnsamlingen og dels er avhengig av data etter hvert som disse blir innsamlet. Undersøkelsesopplegget og datasamlingen vil være avhengig av når studien gjennomføres og hvem som gjennomfører studien.

Stabiliteten i studien blir vurdert utifra at notatene og lydopptakene blir gjennomgått kritisk flere ganger (Grønmo 2004, s. 231). Dette ble gjort i analyseprosessen i denne studien. Her ble lydopptakene lyttet til flere ganger. Det transkriberte materialet ble systematisert ved hjelp av fargekoder og plassert i kategorier eller under spørsmålene som ble stilt til intervjuobjektene. Disse ble senere fordelt etter de tre spørsmålene oppgaven er delt opp i.

I følge Grønmo (2004, s. 88), er hensikten med en slikt studie som her er gjennomført, å utvikle en helhetsforståelse av hva medlemmene av et operasjonsteam mener om hva lederen bør legge til rette for at det skal være utvikling av læring og samhandling i et operasjonsteam. Her vil det være mer fruktbart å foreta teoretisk generalisering basert på strategisk utvelgelse av den informasjonen som skal studeres. Den helhetsforståelsen som utvikles i studiet, vil i følge Grønmo (2004), forutsette en fleksibel utvelgelse av enheter. Vurderinger underveis i studien vil kanskje medføre stadige revurderinger av hvilke enheter som skal inkluderes i utvalget. I forbindelse med teoretisk generalisering og strategiske utvalg, finnes det ingen metoder for å beregne hvor stort et utvalg bør være. Intervjuene avsluttes når det ikke kommer ny informasjon til undersøkelsen (Grønmo 2004, s.89).

I denne undersøkelsen ble antallet informanter utvidet med en lege da denne faggruppen var underrepresentert i forhold til spesialsykepleierne. Det at en av legene er nyutdannet gjorde at for å sikre bredde i svarene fra denne faggruppen, anså jeg det som nødvendig å utvide antallet informanter med en ekstra representant fra denne gruppen.

#### **4.6 Ethiske vurderinger**

Det vitenskaplige i undersøkelsen ligger i samtalen mellom den som blir intervjuet og den som intervjuer. Intervjuer må ha respekt for det informanten kommer med av opplysninger underveis i intervjuet. Personen må ikke bli forledet til å gi mer informasjon enn det som var tenkt, og på den måten få problem i ettertid (Thagaard, 2005).

Prinsippet om at informanten ikke skal ta skade av å delta i forskingsprosjektet bør være rettesnor for hvor nærgående forskeren kan være i intervjusituasjonen. Kvale (2004, s.110) viser til at et informert samtykke er at informanten får informasjon om hva prosjektet går ut på og fordeler og ulemper ved å delta er gjort kjent. Som tidligere nevnt ble alle som deltar i denne studien informert om muligheten til å kunne trekke seg fra prosjektet. Dette ble de også

gjort kjent med da de mottok referatene fra intervjuene. Jeg ba da om tilbakemelding på referatene og spurte om de fortsatt ønsket å delta i prosjektet. Det informerte samtykket i denne studien sikret at informantene fikk et samtykkebrev (vedlegg 4) tilsendt før intervjuet startet. De fikk både skriftlig og muntlig informasjon om hvordan dataene skulle benyttes (vedlegg 3). Her fikk de også informasjon om hvordan dataene skulle behandles og oppbevares og senere makuleres.

I følge Kvale (2004, s. 71) er det konfidensielt at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonen sin identitet. Derfor har jeg selv valgt informanter, og ikke fortalt til noen om hvem jeg har intervjuet. Jeg kan derimot ikke hindre dem i å fortelle dette til andre. Derfor vil kanskje noen kunne kjenne igjen refererte utsagn i ettertid. De tilbakemeldingene jeg har fått fra dem jeg har intervjuet, er at de syntes det var kjekt å være med i dette prosjektet.

Som før nevnt er det at man er kjent med dem man intervjuer, ofte en fordel, da man slipper å bruke ekstra tid på å bygge opp et tillitsforhold. Ulempen er at man kan bli identifisert som en av informantene, og ikke som forsker. Det er også lett å overidentifisere seg med en av informantene, da man har satt seg inn i situasjonen og har reflektert over de problemstillingene som jeg har tatt opp. Man må være seg bevisst på disse farene og benytte egen subjektivitet til å oppnå større objektivitet. I denne studien vil det derfor være slik at om de som kjenner meg holder opplysninger tilbake, er det fare for at det kan påvirke resultatene av undersøkningen (Kvale 1997, s.71).

#### Oppsummering.

I dette kapitlet har jeg tatt for meg de metodiske valg jeg har gjort og prøvd å begrunne hvorfor. Dette har jeg gjort for å prøve å gjøre det forståelig for andre hvorfor disse valgene ble foretatt. Da det ikke er mulig å gjenskape intervjusituasjonene jeg har hatt, vil det være vanskelig å etterprøve et slikt metodisk opplegg. Jeg har likevel prøvd å forklare og begrunne hvordan jeg ønsker å gjøre denne undersøkelsen til et grunnlag for overførbarhet som kan være relevant i andre lignende undersøkelser.



## 5.0 Lederens oppgave med tilrettelegging av forholdene for samhandling og læring i et operasjonsteam

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra datainnsamlingen. Dataene er samlet fra intervju av til sammen 14 personer fra de to helseforetakene. De fleste som er intervjuet er fra samme sykehus i det ene av de to ulike helseforetakene. Disse intervjuene resulterte i mange sider tekst som jeg har kategorisert og samlet under de tre spørsmålene denne problemstillingen ble delt opp i. Først vil jeg presentere demografien rundt intervjuobjektene. Deretter vil jeg presentere deres meninger og refleksjoner om hva de legger vekt på for å få teamarbeid til å fungere på en operasjonsstue. I denne presentasjonen vil jeg gjengi det informantene har sagt til meg i intervjuene.

### 5.1 Demografiske data

Jeg tatt med meg data fra alle 14 som er intervjuet, da jeg synes det er nyttig å ta med alle opplysningene i denne undersøkelsen. Det er syv kvinner og syv menn som er intervjuet. De fleste er i aldersgruppen fra 39 til 60 år, med flere års erfaring. En av dem er helt nyutdannet i sitt fag. De fleste av informantene har minst en spesialutdanning i tillegg til grunnutdanning i sykepleie, eller legeutdanning. Samtlige er eller har vært i et operasjonsteam. Noen av disse er seksjonsleder eller ledere. De er alle interesserte i teamarbeid i en operasjonsavdeling og har meninger om hva som må til for at et operasjonsteam skal fungere.

I den største av operasjonsavdelingene der de fleste intervjuobjektene er tilknyttet, arbeider alle foruten oversykepleiere og seksjonsledere i turnus. De som går i vaktturnus skifter mellom team og seksjoner alt etter når de er på vakt. Det er altså en stor utskifting av folk i teamene.

Ved den andre operasjonsavdelingen arbeider de ansatte ikke i turnus, og her er det kun to operasjonsteam. På den måten er det mindre folk å forholde seg til, noe som igjen har betydning for oversikten over personalet og gjøremål.



## 5.2. Forhold som virker inn på et teamarbeid i en operasjonsavdeling

Et kirurgisk team og teamlederen har mange hensyn å ta for å sørge for at et operasjonsprogram kan bli gjennomført i løpet av en dag. Det er et ønske både fra operasjonsteamet, teamleder og oversykepleierne eller ledelsen i avdelingen at teamet skal ha et godt samarbeid i gjennomføringen av de oppgavene de er satt til å løse. Målet er å gjennomføre dagens program på en kvalitetsmessig god måte slik at pasientene kjenner seg trygge og fornøyde med behandlingen. Noen ganger er det studenter tilstede under operasjonene. De ulike faggruppene kan ha undervisningsansvar for studenter samtidig som de skal være med å gjennomføre dagens program tilfredsstillende. Noen av informantene ga uttrykk for at det er lite tid til undervisning av studenter, da det oftest er nødvendig å prioritere oppgaver knyttet til pasienten. I en travel hverdag kan slike valg være med å forskyve eller sette til side veiledning eller undervisning til studenter.

Flere av dem som fungerer i rollen som teamledere, synes det er store krav til denne funksjonen. Dagen starter med en gjennomgang av hvilke pasienter som skal opereres, deres problemstilling, hva de skal opereres for, og om det er spesielle hensyn å ta i hvert enkelt tilfelle. Her var det viktig å planlegge tiltak, og gjerne fordele oppgaver og bli enig om hvem som skal gjøre hva. Noen av informantene synes ennå teamlederrollen er uklar:

Spesialsykepleier A:

”Jeg opplever at det mangler instruksjoner til teamlederen. De har alle ulikemeninger om hvordan å administrere oppgavene. Målene deres kommer ikke godt nok frem. Da blir det en instrumentell løsning av oppgavene for å få gjennomført disse.”

Det var flere av dem som ble intervjuet som var inne på at det er veldig personavhengig hvem som passer til å være teamleder. Derfor kunne ledelse og organisering av arbeidsoppgaver, undervisning og veiledning variere alt etter hvem som ble tildelt rollen som teamleder. De syntes også at medlemmene av teamene ble dyktigere i samhandling, kommunikasjon og informasjon etter hvert som de fikk mer trening i dette.

To av dem som ble intervjuet la vekt på at et godt samarbeid er avhengig av at en har respekt for hverandre og de arbeidsoppgavene man utfører. De mente at alle har sine forpliktelser for fellesskapet. Teamene vil være ulike og endre seg alt etter hvem som er der.

Teammedlemmene må respektere at en er ulike og har forskjellige måter å arbeide på.

Spesialsykepleier E seier dette om å ha respekt for hverandre:

”Alle har forpliktelser i et fellesskap. I denne sammenheng er det etter min mening to begrep som er essensielle. Det ene er kommunikasjon, og det andre er respekt. Det blir viktig å vise respekt for alle faggruppene og personene i teamet og for pasientene. Folk er ulike, og slik er det også i et team. I tillegg må vi tenke at faggruppene har sine forskjeller.”

Det kom frem fra flere at de opplevde at noen kunne være usikker på hvilke konkrete oppgaver de har i et team. Operasjonssykepleierne skulle se til at pasientene ble tatt imot sammen med anestesisykepleierne. Deretter skulle de se til at pasienten ble lagt godt til rette på bordet, for å unngå trykkesår og nerve/muskelskader. Dette er også et ansvar de deler med anestesisykepleieren. Deretter skal en gå igjennom sjekklisten (se vedlegg 5), og se til at en har alt av utstyr som er ønsket av kirurgene. Denne måten å organisere teamarbeidet på er ennå ny for enkelte. Derfor kan det oppstå litt forvirring hos dem som ennå ikke er kommet inn i denne måten å samarbeide på. Det har tidligere vært tradisjon at noen oppgaver hører til bestemte faggrupper, uten at disse oppgavene er spesielt fagrelaterte. I et teamarbeid vil disse oppgavene være naturlig å dele på, alt etter hvem som har tid til rådighet.

Det kan også oppleves som krevende for flere å arbeide sammenhengende over lengre tid, uten å være kjent med om det er mulig å få seg en ”drikkepause” eller gjøre andre nødvendige ærend. Noen av informantene uttrykte et ønske om at slike pauser blir planlagt på forhånd, samtidig som arbeidsoppgavene blir fordelt.

Det kom også frem at det er kort tid fra en kjører ut pasienter som er nyoperert til neste pasient kommer inn på operasjonsstuen. Her er det ønske om en ekstra operasjonsstue, hvor en del av teamet kan ta i mot og forberede neste pasient i den tiden resten av teamet vekker den nyopererte pasienten. Tiden mellom to operasjoner blir som regel benyttet av teamet til å gå igjennom informasjon om den nye pasienten, og til å forberede operasjonsstuen både i forhold til rengjøring, fjerne utstyr og ta inn utstyr til neste operasjon. Noen av de intervjuede mente likevel at her kunne det spares tid ved å start forberedelsene med ny pasient samtidig som forrige pasient blir vekket.

De fleste informantene ga uttrykk for hvor viktig det er med pause midt på dagen når resten av dagen er så opptatt av faste gjøremål. Derfor mente flere av dem at denne pausen ikke

måtte komme for langt utpå dagen. Noen av informantene syntes det kan være vel travelt for operasjonsteamene å bli ferdig med et operasjonsprogram. Dette kunne av og til oppleves som stressende situasjoner. Flere mente at hvor godt samarbeidet fungerer mellom de ulike i teamene er personavhengig.

Som spesialsykepleier C sier det her:

”Jeg opplever at det er et greitt samarbeid mellom de ulike faggruppene. Men det er personavhengig hvordan det fungerer. Det gjelder også hvordan teamleder fungerer i rollen sin. Men jeg synes det fungerer bedre nå enn for kort tid tilbake. Vi er blitt flinkere til å organisere arbeidet vårt, og til å informere underveis.”

De fleste liker denne formen for samarbeid, men de la vekt på hvor avhengig man er av en god informasjon, kommunikasjon, og god ledelse. De syntes også det er nødvendig at medlemmene i teamet kjenner hverandre og har en god tone inne på stua og en positiv holdning til det å løse problemer i fellesskap. Betydningen av å ha en god tone i samarbeidet uttrykker leder I slik:

Leder I: ”Kjemien mellom folk er viktig. Det er nødvendig at vi slutter en arbeidsdag med at medlemmene i teamene får ”luft ut” hvordan de synes dagen har vært, hva man synes har fungert bra, og hva fungerer dårlig? Ledelsen må være villig til å motta denne tilbakemeldingen uten å møte med ”piggene” ute. Innstillingen bør være slik at dette er noe vi skal gjøre i fellesskap. Hvordan skal vi klare dette? Men som leder ser jeg at knapphet av ressurser kan gjøre samarbeidet vanskelig.”

### **5.3 Forhold som påvirker samarbeid og kommunikasjon i et operasjonsteam**

I operasjonsavdelingen er det lederen eller oversykepleier som setter sammen teamene utifra personer sin kompetanse, erfaring og hvilken seksjon de ønsker å være tilknyttet. Det er lederen som fordeler oppgavene til operasjonsteamene. Om morgenen går teamet og teamlederen igjennom den oppsatte pasientlisten og fordeler oppgavene. Det må planlegges hvordan programmet skal gjennomføres, både i forhold til når de ulike operasjonene kan starte og når teammedlemmene skal få pauser i løpet av dagen. Målet for teamet er å oppleve at dagens program blir gjennomført på en god måte for alle involverte parter i dette samarbeidet. Noen vil si at programmet blir utført effektivt, der man kan definere effektivitet med at det teamet utfører skal være riktig utført første gangen det blir gjort. For å kunne gjennomføre et godt samarbeid med høy kvalitet, er teammedlemmene avhengig av god

kommunikasjon i teamet, og mellom teamet og ledelsen. I denne sammenheng har teamlederen et ansvar for å sørge for at informasjon til teamet blir gitt videre til medlemmene i teamet. Om kommunikasjonen mellom teammedlemmene sier spesialsykepleier A dette:

Spesialsykepleier A: ”Jeg synes det går greit med samarbeid og kommunikasjon i teamene i dag. Men det oppstår unødvendige problem når pausen ikke er avklart på forhånd. Dette gjelder også når det ikke er avklart hvem som skal kalle pasienten til operasjonsavdelingen. Jeg opplever at teamarbeidet av og til er preget av at ”ting går seg til”. Ofte opptrer noen som uformelle ledere. Dette er ikke bra for samarbeidet i teamet.”

De fleste faggruppene stilte seg åpne for samarbeid på tvers av fagene. En del av dem som jobbet ved den største operasjonsavdelingen, mente det er for lite praktisert at de ulike faggruppene hjelper hverandre med gjøremål. Det er ikke kultur for dette på dette arbeidsstedet.

Noen av anestesisykepleierne stilte seg uforstående til at ikke de kunne gå til hånd for den operasjonssykepleieren som står steril, for lettere å kunne avvikle pauser eller andre situasjoner om denne personen må ut av operasjonsstuen. De argumenterte for at deres kunnskap om åpning av sterilt utstyr er like god som en operasjonssykepleier sin kunnskap på dette området. Dette argumentet har blitt avvist fra operasjonssykepleierne, da de mener at hygiene er et fagområde operasjonssykepleierne har spesialkompetanse og erfaring i å praktisere.

Personer fra alle fagområdene mener det er mye å tjene på å hjelpe hverandre med oppgaver som flere av gruppene har kunnskaper om, både fra grunnutdanningen og spesialutdanningen. Disse gjøremålene er i dag knyttet til ulike fagområder, alt etter hvem som praktiserer de ulike handlingene mest. Områder som flere i et operasjonsteam kan gjøre, kan være leiring og tilrettelegging av en operasjonspasient på et operasjonsbord, mottakelse av en operasjonspasient, tilkobling av overvåkningsutstyr og å legge inn veneflon eller tilgang til væskebehandling i en blodåre hos operasjonspasienten. Med leiring menes her det å legge pasienten til rette i det leiet personen skal ligge i under inngrepet, slik at operasjonsfeltet er lett tilgjengelig for kirurgen. Samtidig må pasienten ligge i en god stilling der de unngår trykkskader på muskler eller nerver, og de må være sikret slik at de ikke kan falle utfor bordet. Disse oppgavene blir som regel utført av faste faggrupper i operasjonsteamet. Det kan fort bli ineffektivt om for eksempel noen venter på at andre i teamet skal gjøre slike oppgaver



som kan gjøres av flere. Dette er noe teamet bør avklare i forkant og bli enig om hvordan de vil løse.

Noen av de intervjuede synes at enkelte gjøremål var litt for oppdelt i faggruppene. De ønsket derfor en endring i kulturen og holdningene slik at man kan jobbe lettere og mer effektivt sammen og utføre oppgaver for hverandre i operasjonsteamene.

Lege B sier dette om det å hjelpe hverandre i et operasjonsteam:

”Det er ikke tradisjon i helsevesenet å tenke at en skal hjelpe hverandre. Alle har fokus på sine oppgaver og blander seg ikke inn i hva andre gjør.”

Det kom frem at noen av informantene savner en fleksibilitet når det gjelder arbeidsoppgaver. Tre av informantene mente at teamlederen burde delegere oppgaver til teammedlemmene om de ser oppgaver som kan utføres av flere i et operasjonsteam.

På den mindre operasjonsavdelingen er ikke slike temaer hyppige problem. Her er det slik at om en av legene var tilstedes i forberedelsen til en operasjon, kunne denne personen tilby seg å holde f. eks en fot, slik at operasjonssykepleieren kunne vaske den steril. Dette ble begrunnet med at når denne personen måtte være til stede i kraft av sin kompetanse, og ikke er opptatt med sitt fagområde, kan han/hun avhjelpe situasjonen ved å hjelpe til i forberedelsene.

På den større avdelingen er oppgavene mer delt opp i forhold til fag, noe som gjør at teamene fordeler slike felles oppgaver mellom seg underveis i programmet. Noen av dem som ble spurt om hvilke forventninger de har til et teamarbeid, la vekt på den enkelte sin forståelse av å fungere i et team. Forståelsen av hva som kreves og forventes i et samarbeid ble viktig for dem. Her er det felles oppgaver som alle må stå sammen om å løse. Et av intervjuobjektene mente at om en deler oppgavene etter fag alene, og ikke klarer å bryte kulturen slik at en kan hjelpe hverandre, vil dette samarbeidet bli forsinket eller stoppe opp.

Lege B sa dette om samarbeid i team:

”Et teamarbeid er likt uansett hvilket team man er i. For meg er ikke den faglige bakgrunnen til vedkommende det viktigste. Det viktige er at enhver gjør sitt for at samarbeidet er til det beste både for pasienten og de som er i teamene. Det må ikke være ”skott” mellom faggruppene slik at dette hemmer kommunikasjonen eller kreativiteten i et team. Det å ha en god tone på tvers av faggruppene gjør det

kjekkere å jobbe sammen. Om et team fungerer godt er de som ”gamle ektefeller”. De kan snakke om alt. Arbeidsoppgavene blir fordelt naturlig etter kunnskapsområdet.”

Det er flere som har vært innom det å ha respekt for hverandre både som fagpersoner og som medlemmer i teamet. Spesialsykepleier E mente at om alle viser respekt for hverandre vil dette gi respekt tilbake. Dette mente han bedret kommunikasjonen. Man må ha respekt for at vi er ulike og fungerer ulikt i et samarbeid som teamarbeid er. To av informantene mente at de som ikke fungerer godt i teamarbeid, vil tjene på å få tilbakemelding om dette. Lege J mente at det vil være mennesker som aldri vil fungere i en slik form for samarbeid, da de ikke er i stand til å se andre enn seg selv. De fleste av informantene opplevde som kjekt og meningsfullt å arbeide i team. Når det fungerte greit med samarbeid, kommunikasjon og informasjon, opplevde de en dynamisk og utfordrende hverdag med et godt arbeidsmiljø.

Hvordan man snakker og oppfører seg på en operasjonsstue under selve operasjonen har mye å si for hvordan samhandlingen og samarbeidet utvikler seg. Pasientene som kun har lokalanestesi (anestesi kun i det området som blir operert) eller regionalanestesi (bedøvelse i for eksempel en arm eller en fot), kan være våkne gjennom inngrepet. Operasjonspasienter er som regel spente før en operasjon. Stemningen på stuen virker inn på pasientene i de fasene de er våkne nok til å få dette med seg. Den virker også inn på de personene som skal løse oppgavene sammen. Om personalet har en god tone seg imellom og virker trygge i situasjonen de er i, vil dette automatisk virke beroligende på pasienten.

Flere av dem som ble intervjuet, mente at de fleste i operasjonsteamene er blitt flinkere til å tenke over hva de snakker om inne på stua med våken pasient. Noen av informantene reagerte på at pasientene måtte svare på samme spørsmålene flere ganger, og de mente at dette burde unngås med å ha en felles gjennomgang sammen med pasienten.

Spesialsykepleier A sier om dette:

”Vi er nødt til ta oss den tiden som er nødvendig til hver pasient. Skjer det noe utenom det vanlige, hadde det vært fint å kunne ta oss tid til å gå igjennom dette. Hvis folk er samkjørte, er det ofte lettere med denne typen samtaler enn forklaringer i ettertid.”

Alle informantene la vekt på viktigheten av å utveksle informasjon underveis både blant teammedlemmene og til pasienten. Dette er kanskje spesielt viktig for nytilsatte og studenter



som ikke er vant til teamarbeid, og som har behov for å forstå denne formen for samarbeid. Noen av informantene mente at om det står mye på programmet, kunne det være problematisk å få tid til undervisning og veiledning til studenter. Flere av de intervjuede opplevde selv at de savnet faglig påfyll. Noen ønsket seg mer kunnskap i veiledning, spesielt når man har ansvaret for undervisning og veiledning av studenter.

I følge spesialsykepleier H, mente denne personen at kommunikasjonen mellom medlemmene i teamene er noe av det viktigste i organisering av operasjonsteam. En annen av informantene opplevde at det av og til kunne være mangelfull kommunikasjon og informasjon i teamene. Han mente at den mangelfulle kommunikasjonen kunne man se igjen når det f.eks. ikke ble opplyst underveis om hvor langt kirurgen er kommet i operasjonen, og de gangene det ikke ble opplyst når det er planlagt å avslutte et inngrep. Det at de ulike faggruppene ikke informerer hverandre om dette, kan virke som en manglende forståelse for hverandre sin situasjon, og hva en legger i det å samarbeide i et operasjonsteam. Det å ikke få informasjon underveis om hvor lang tid en har igjen av en operasjon, opplevde flere av anestesisykepleierne som frustrerende.

Som spesialsykepleier C sa:

”Det verste jeg hører er: Nå er vi ferdig! De forstår ikke at det ikke er så lett å se over bøylen til en hver tid. Vi har jo våre oppgaver vi må observere og se til. Jeg ser selvfølgelig etter hva som er den planlagte operasjonstiden, men dette kan nå variere. Det kreves lang erfaring for å ha oversikt over andre sine fagområder.”

Som spesialsykepleier H sa om dette:

”Gammel kultur gjør at vi ikke er flinke nok til å snakke med andre faggrupper.”

Dette fikk hun støtte i hos to andre informanter. En av dem hevdet at faggruppene er oppdelt i egne klikker. De blander seg ikke så mye med hverandre sosialt.

Spesialsykepleier E sier dette om denne delingen av faggruppene på pauserommet:

”Dette synes jeg kommer frem på pauserommet. Der deler vi oss i faggrupper eller klikker. Vi har faste plasser på pauserommet. Vi har også fast rekkefølge for når vi slipper til i forberedelsen av pasienter som skal til operasjoner. ”

De fleste pekte på et godt samarbeid som et mål i teamarbeid. Her mente de at god kommunikasjon kanskje er det viktigste tiltaket for å få dette til.

Lege B sa dette om hvordan han opplevde en god kommunikasjon i samhandling:

”Jeg mener det er viktig å tenke høyt og ha en god tone i et samarbeid. Hvis man lytter til hverandre på tvers av fag og roller, er det flere gode forslag som man kan bruke. Det er ikke viktig hvem som gjør hva, men at de tiltakene som blir gjort blir gjort riktig. Det er naturlig å fordele arbeidsoppgaver etter kunnskapsområder og hva man blir enige om hver enkelt kan gjøre.”

En av informantene fikk også frem viktigheten av hvordan man snakker til hverandre.

Leder F sier det slik:

”Det er mange måter å snakke til hverandre på. En kan jo være kritisk i måten en henvender seg til hverandre, noe som fører med seg at denne personen vil reagere likedan. Men om man sier at jeg foreslår at vi kan gjøre det slik....,da vil en merke at vedkommende blir mer åpen for alternative løsninger og et samarbeid.”

Leder F mente at det å ha toleranse for hverandre sine meninger er viktig for et godt samarbeid. Det at man er interessert i å finne felles løsninger må ikke bli oppfattet som at en blander seg eller vil overstyre andre sine oppgaver.

Som tidligere nevnt er det vanskeligere for personalet ved den største avdelingen å bli godt kjent med alle sine kollegaer som går i turnus. I det andre helseforetaket der forholdene er mindre, mente de å ha fordeler av å kjenne hverandre godt. Det at de ikke går i turnus og ikke er flere enn kun to team, gjør at det er færre mulige alternativ i sammensettingen i team. Det at personene kjenner hverandre godt, og gjør inngrepene ofte sammen, medfører at de har mer erfaring med å samhandle og kommunisere med hverandre. Her er det mindre variasjoner i inngrep, noe som medfører at de opplever seg kjent med metodene og instrumentene som blir brukt til disse operasjonene. Hvis det også er god kjemi mellom dem som skal samarbeide, fører dette til at de opplever et godt arbeidsmiljø. Da er det heller ikke så vanskelig å ta opp problemene med hverandre.

Når det gjaldt spørsmålet om hvordan teamene kommuniserer med ledelsen i avdelingen, mente flere av informantene at det er forskjell mellom faggruppene i hvordan de forholder seg til sin leder. På det minste sykehuset er det liten avstand mellom lederen og de to operasjonsteamene. Her er det mulig å ta opp saker jevnlig utover arbeidsdagen, da lederen

har sitt kontor i tilknytning til avdelingen. I den store operasjonsavdelingen i det andre helseforetaket er det vanskeligere å få det samme forholdet, både på grunn av større administrative forhold og størrelsen på avdelingen. I dette foretaket er det også forskjell på faggruppene i hvor ofte de har kontakt med sine fagledere, eller oversykepleiere. En av faggruppene tok oftere kontakt med sin leder enn de andre. Noen av dem som hevdet dette, mente at det å ha god kontakt med lederen virker inn på samholdet i faggruppen og tryggheten i arbeidsforholdet.

#### **5.4 Operasjonsteamet sine forventninger til praktisk tilrettelegging og informasjon fra leder**

I det minste helseforetaket har de kun en leder, som er oversykepleier, for de to teamene. Foruten å være faglig leder for teamene, er lederen også personalansvarlig. Det faglige ansvaret for gjennomføringen av operasjonen ligger hos kirurgen. Teamene organiserer hverdagen sin selv. Om det oppstår problemer i gjennomføringen av de oppsatte operasjonene, eller i forhold til organisatoriske problemer, henvender de seg til oversykepleieren. De praktiske utfordringene løser teamet selv. Det gjelder også når de ønsker å ta pauser. Når operasjonsteamet var ferdig med det oppsatte programmet, var de også ferdig med arbeidsdagen.

I dette foretaket har de også muligheten til å samle opp dagkirurgiske pasienter og jobbe lengre dager i perioder. Disse dagene kunne de avspasere i tilknytning til helg og ferier, noe som virker som en "gulrot" og motivasjonsfaktor i det å stå på litt ekstra i perioder.

Som før nevnt arbeider de samme personene ofte med hverandre, slik at de blir godt kjent. De har en stå på vilje og er motiverte. Som leder I sier det:

"Når vi er ferdig med dagens program kan vi avslutte dagen. Om vi hjelper hverandre blir vi tidligere ferdig."

Noen fra den største avdelingen ga uttrykk for at de mangler litt av denne motivasjonen. Det at de jobber i turnus gjør det vanskeligere å praktisere slike ordninger. Det er også flere ved den store avdelingen som på grunn av faste arbeidstider ikke kan dra nytte av en slik ordning, så derfor er dette vanskeligere å gjennomføre. Det vil bli ulik behandling av personalet.

I den store operasjonsavdelingen er det flere operasjonsteam som har hver sine teamledere (se figur 2 s. 7). Her er det en leder eller oversykepleier for seksjonslederne og operasjonspersonalet, og det er en oversykepleier for anestesisykepleierne. Disse to har øverste faglige ansvar og personalansvar.

Flere av de intervjuede kommenterte at de opplevde for stort fokus på at dagens program skulle gjennomføres. Noen opplevde at det passet dårlig å få en arbeidsdag som blir lengre enn det de hadde planlagt hvis programmet ikke ble ferdig i løpet av oppsatt tid. Noen savnet det å bli belønnet for å yte noe ekstra de dagene det var ekstra mye å gjøre. De påpekte viktigheten av det å bli motivert ikke nødvendigvis bare av lønn, med for eksempel med nye utfordringer, kurs, avspasering, og liknende. De viste til eksempel på kurs eller prosjekter som nylig ble gjennomført på denne avdelingen, der de opplevde det å delta i disse prosjektene som motiverende og interessant.

For lederne eller oversykepleierne er det viktig å oppleve at operasjonsteamene fungerer godt i lag. Dette er også viktig for teamene og for teamlederen med ansvaret for å fordele oppgavene og se til at disse blir gjort. Noen av informantene ga uttrykk for at når teamarbeidet fungerte, opplevde de dette samarbeidet som givende og kjekt. Noen ganger ønsket de også å få høre fra ledelsen hvordan de opplevde arbeidet ble gjort. Spesialsykepleier A sier dette:

”Ledelsen bør gi hver enkelt tilbakemelding og anerkjennelse når noe er gjort bra, og tilbakemelding når de opplever at noe er mindre bra. Det er feil av ledelsen å tro at om hver enkelt gjør jobben sin, så vil dette fungere av seg selv. Da blir det en instrumentell tilnærming til oppgavene vi skal utføre.”

Dette ble også pekt på av lege B:

”Det må være mer vanlig å si til noen om en synes de har gjort en god innsats. Jeg opplever at mange savner dette. Dette kan være nok til at en medarbeider får en bedre hverdag, og blir løftet litt i forhold til det de har gjort.”

Spesialsykepleier D var bekymret om hun maste for mye, eller var for styrende overfor teammedlemmene. Hun følte også at det var teamlederen som måtte ha oversikt over oppgavene som skulle gjøres og fordele disse, og at det var viktig at dette ble respektert av det enkelte teammedlem. Hun syntes hun var både tydelig og klar og klarte godt å sette opp felles mål for gruppen. En annen informant pekte på at ideelt sett skulle ikke teamene trenge å bruke lederne eller oversykepleierne noe særlig, da hvert team burde klare seg selv. Om

faggruppene ikke er så strikt på hva de skulle gjøre, burde dette være mulig. Da kunne de hjelpe hverandre med oppgaver på tvers av fag.

I den største avdelingen har det vært mest vanlig å bruke fast personell, som for eksempel seksjonslederen, som teamleder. I det andre foretaket har ikke denne rollen vært tildelt en fast person, men fordelt på hele gruppen. Der har kirurgen vært mer delaktig underveis, både i forberedelser, gjennomføring og avslutningen i operasjonen. Her fremstår kirurgen mer som lederen for teamet. I avdelingen hvor seksjonslederen er teamleder, har de sett at dette har både fordeler og ulemper. Fordelene er at seksjonslederen har god oversikt både på fag og utstyr, og kan veilede dem som har bruk for det. Ulempen er at denne personen også har oppgaver som bestilling av varer og oppfølging av utstyr. De trenger derfor frigjort tid til å gjøre slike oppgaver. Flere av informantene opplevde det mer utviklende og utfordrende for teammedlemmene om det er flere som får lære seg hva oppgaven som teamleder fører med seg. Teammedlemmene får oversikt over hva som skal til for å kunne administrere, gjennomføre og løse oppgaver i tilknytning til drift av operasjonsteamet. Denne kunnskapen er noe de har nytte av på vakter, der det er få å henvende seg til, og de må ta vurderinger og beslutninger på egenhånd.

Spesialsykepleier H sier dette om seksjonslederen som teamleder:

”Jeg synes ikke det absolutt er seksjonsleder som bør være teamleder. Seksjonslederne sine oppgaver er primært å sørge for at det nødvendige utstyret som de ulike teamene trenger er tilstede. De trenger ikke ha ansvaret for å drive et operasjonsteam hver dag. Kanskje kan seksjonslederne være med når man setter opp program for tiden fremover slik at de allerede da kan begynne å planlegge hva som må til av utstyr fremover. De er også frontpersonale som veileder og underviser i fag, utstyr og metoder som er tilknyttet denne seksjonen”.

Diskusjoner om hvem som bør være teamleder, har ført med seg ulike meninger blant informantene i denne avdelingen. I følge spesialsykepleier G er det slik:

Spesialsykepleier G:

”Hvem som helst i min gruppe kan ha denne rollen. Det bør helst være en som har oversikt over hvilket utstyr og instrumenter som er nødvendig for operasjonen. Dette mener jeg fungerer best når det er en operasjonssykepleier som har denne oppgaven. Jeg ser mer en anestesisykepleier som en støttefunksjon til operasjonssykepleieren i denne sammenhengen”.

Lege B sier det slik:

”Det bør nok ikke være et fastlåst system for hvem som skal være teamleder i et operasjonsteam. Seksjonslederen kan være den som følger opp personalet, utstyr og instrumenter. Teamlederen er den som loser operasjonsteamet gjennom arbeidsdagen.”

Spesialsykepleier H sier dette om hvem som bør være teamleder:

”Teamlederen bør være kjent med prosedyrer og tydelig fordeling av oppgaver. Det må gis tilbakemelding om uløste oppgaver. Et team er som et fotballag, hvis et av leddene i samhandlingen ikke fungerer, er ikke dette samarbeidet godt nok. Hvis en gjør en feil, går det ut over alle i dette samarbeidet.”

Informantene hadde forventninger til at teamlederen klarer å organisere en arbeidsdag for gruppen der de får sine planlagte pauser. I denne funksjonen kreves at en må være strategisk og logisk. Flere av dem som ble intervjuet mente at teamlederen har ansvar for tilrettelegging av utstyr og informasjon i operasjonsteamet. Det er også denne rollen som bør ha kontakt med dagkirurgisk avdeling, der pasientene er innom både før og etter operasjonen. Hvis teamlederne får problemer med slike forhold, bør de henvende seg til oversykepleierne eller lederne og få hjelp til å finne løsninger på problemet. Det er lederne eller oversykepleierne som har ansvaret for å legge til rette forholdene for teamene, og er det også de som har best oversikt over programmet.

Noen av informantene mente at det ikke er alle faggrupper som kan ta på seg oppgaven som teamleder, da de har for dårlig oversikt over hvilket utstyr som er nødvendig å bruke. Tre av informantene var veldig klare på at det bør være en kirurg som bør være teamleder, fordi kirurgen er den som har den faglige oversikten over hvilket utstyr som trengs og hvordan dette utstyret skal brukes.

Som lege J sier det:

”For meg er en teamleder den som fører gruppen ut i krigen. Oftest er dette kirurgen. Men det er jo situasjoner der det kirurgiske ikke er utfordringen, men for eksempel anestesidelen, eller en annen komplikasjon som krever en spesiallege. I slike kritiske situasjoner er det denne personen som trer inn i rollen som teamets leder. Jeg ser på et team som ufullstendig uten kirurgen som leder. Hvis jeg skal ha spesielt utfordrende operasjoner, ønsker jeg å være med å sette sammen operasjonsteamet som skal delta i denne operasjonen. Jeg ønsker å kjenne til hvilke kvalifikasjoner de som jeg skal samarbeide med har. Jeg ønsker å toppe laget.”



Nesten alle som ble intervjuet har store forventninger til teamlederrollen. De bør ha oversikt over hvor en er i dagens program til en hver tid. Om det skjer organisatoriske endringer inne på operasjonsstuen, blir det teamlederen sin oppgave å handtere dette sammen med lederne. I tillegg blir det teamlederen sin oppgave å sørge for at teammedlemmene som er i operasjonsteamene har det bra. Hvis det er studenter som er der for å tilegne seg kunnskap, er det viktig at det er tid nok til å undervise dem. Ikke minst det å se til at pasienten har det bra og har en så god som mulig opplevelse av situasjonen er en viktig oppgave å prioritere for en teamleder. To av de spurte mente at rollen å lede et operasjonsteam kan fordeles på hele teamet, som i fellesskap kan dele dette ansvaret.

Dette er ikke lege K enig i. Han sier dette om teamlederfunksjonen og fordeling av ansvaret i et operasjonsteam:

Lege K:

”Det er ingen tvil om hvem som har det formelle ansvaret for operasjonen. Det er kirurgen som har dette ansvaret. Anestesilegen har ansvaret for pasienten, og bedøvelsen denne personen får. Organiseringen av forarbeidet er likevel andre faggrupper som tar seg av, der de har ansvaret for det arbeidet de gjør. Kirurgen er den som gjennomfører operasjonen, med de andre som støttespillere. Alle vet hva de skal gjøre, og de følger hverandre i deres oppgaver.”

Som tidligere nevnt er de fleste av dem som er intervjuet enig om teamlederrollen kan rullere hos alle teammedlemmene. Alle faggruppene har god kompetanse innenfor sitt fagområde, og noen har også tilegnet seg tilleggskunnskap om organisasjon og ledelse. Noen av informantene var også inne på at ledelse av et team er veldig personavhengig og er avhengig av personlige kvaliteter. De viste til teamlederen sine personlige evner til å kommunisere med andre. Det er opp til den enkelte teamleder om de vil prioritere det å legge vekt på samarbeid og sørge for en læring i et teamarbeid. Ikke alle teamledere synes de har tid til veiledning og undervisning. Derfor blir det ofte at tiltak blir satt i verk utifra tidligere kunnskap og erfaringer. To av informantene pekte på viktigheten av teamlederne sine evner til å få folk til å kommunisere, samhandle og jobbe mot felles mål.

Leder F sier det slik:

”Folk er ulike. Ikke alle liker å være teamleder, eller passer til det.

Ikke alle er like tydelige og har den samme oversikten over hva som skal gjøres. Noen er flinkere å forholde seg til oppsatte planer og tider. Alle faggruppene kan fungere som teamledere. Kirurgen eller anestesilegen kan godt være teamledere. Da må de

holde seg på avdelingen, og ikke ha andre oppgaver enn å delta i oppgavene angående pasientene dette teamet har ansvar for. Vi kan ikke bli forsinket i vår fremdrift ved å vente på dem.”

En tredel av informantene uttrykte at de opplever at de ulike rollene er uklare i forhold til ansvar og oppgaver. Av og til kan det oppstå forvirring om hvilke forventninger teammedlemmene har til hverandre i teamet.

Spesialsykepleier H uttrykte dette slik:

”Jeg opplever ikke at seksjonslederne gjør alle oppgavene de er tiltenkt. De får ikke anledning til det når de i tillegg skal være teamleder. Derfor blir det feil å gi disse enda flere oppgaver. Da er det bedre med en oppsummering og kvalitetsforsikring om at alle vet hvilke oppgaver de har i et teamarbeid på operasjonsstuen.”

De fleste mente at legene som har det medisinske ansvaret for behandlingen av pasientene, har mange oppgaver med pasienter på ulike avdelinger. Dette gjør at de ikke får være i ro på en operasjonsavdeling og følge opp oppgaver som er prioritert i et operasjonsteam. To av informantene mente at kirurgen burde slippe andre oppgaver på dager de opererer, og fungere som teamleder. Dette syntes noen også om seksjonslederne. De opplevde at seksjonslederne har for mange oppgaver til å kunne fungere som teamleder hver dag.

Tre informanter mente at seksjonslederen er den som peker seg ut som den som bør være teamleder, både på grunn av den faglige kompetansen, men også på grunn av ansvaret og oppgavene som er knyttet til denne stillingen. Noen av dem som ble intervjuet mente at denne oppgaven kan gå på omgang. Her påpekte enkelte at det mest naturlige er at denne funksjonen bør ivaretas av en operasjonssykepleier, da det var de som har oversikt over utstyret som skal brukes i operasjonen. I samarbeid med kirurgen har operasjonssykepleierne oversikt over hva som skal være tilstede før en operasjon.

Lege L sier det slik:

”Ideelt sett skulle en ikke ha bruk for teamleder. Det viktige er at de som er i gruppen kjenner seg trygg på hva som skal gjøres og hva som er deres oppgave i dette samarbeidet. Arbeidet er uansett et nært samarbeid, og det burde være unødvendig at noen behøver å ha ansvaret for å drive dagens program igjennom. Det viktige for å få dette til er at her er nok folk på jobb til å gjennomføre dette. Dette bør være et ansvar alle kjenner på.”

Som før nevnt har verken teamlederen eller seksjonslederen personalansvar. Dette ansvaret har oversykepleieren eller avdelingssykepleieren. De fleste mente de så for lite til lederen i avdelingen. De savner at lederne har tid til dem og kan spørre dem hvordan de har det. Noen mente at det kunne være nyttig også for lederne å tilbringe mer tid i avdelingen, da de ville bli mer kjent "hvor skoen egentlig trykker" for de ansatte. De fleste oppfattet det som at lederne har det for travelt med administrative oppgaver.

Noen av informantene mente at det er ledelsen sin oppgave å legge forholdene til rette slik at det ikke oppstår forsinkelser eller kluss med utstyr, som for eksempel at flere ønsker å bruke røntgenapparatet på samme tid. Om det å ha oversikt over hva de ulike teamene har bruk for i gjennomføringen av et operasjonsprogram sier lege M dette:

Lege M:

"Lederne på avdelingen må være så mye ute blant teamlederne og teamene, at de vet hvor skoen trykker. Det er ikke hjelp i å lage nye vedtak for teamene, hvis en ikke er kjent med hvordan de fungerer. Samtidig må hver av teammedlemmene tåle å få tilbakemelding uten at en tar dette personlig eller tar det ille opp. Alle i teamet har som mål at alt skal fungere til det beste for pasienten."

Det var flere av dem som ble intervjuet som syntes at pasientene kommer for sent til operasjonsstuen. Dette kan i verste fall føre til en forskyvning av dagens program. De stilte spørsmål om hvorfor det er slik og om ikke dette var noe ledelsen burde ta tak i. To av dem som ble intervjuet var også inne på at den dagen pasienten skal gjennomføre et dagkirurgisk inngrep, kunne pasientene sette av hele denne dagen til dette. På den måten kan operasjonsteamet kalle dem inn så snart det er en anledning til det. Dette gir også muligheter til å snu om på programmet om det er i nødvendig. Slikt kan skje f.eks. på grunn av frafall hos pasienter på grunn av sykdom og lignende. Det hender også at det oppstår problemer på operasjonsavdelingen med for eksempel at en ikke har utstyret klart og autoklavert (sterilisert) fordi det er mer i bruk enn planlagt. Det som kunne tale imot at pasientene burde sette av dagen og vente på sykehuset for å gjennomgå en operasjon, er blant annet at flere ventende pasienter krever bedre og større lokaler. Derfor er det ikke sikkert at dette er en god idé på dette tidspunkt med nedskjæringer og sparing i helsesektoren, og det ikke er noen utsikter til økning av arealet med det første.

At det er for lite areal til antallet pasienter var det flere av dem som ble intervjuet som poengterte.

Spesialsykepleier E sier det slik:

”Vi må ha nok operasjonsstuer til å kunne gjennomføre de operasjonene teamene er satt til å gjennomføre i løpet av en dag. I dag har vi ikke det. Derfor må vi vente på rengjøring og klargjøring mellom hver operasjon. Hvis vi hadde flere stuer, kunne vi tatt imot pasienten tidligere. Når resten av teamet avslutter og vekker pasienten, kan deler av teamet gå inn på ny stue og ta i mot og forberede ny pasient der.

Det samme gjelder utstyr. Det må være nok utstyr til å kunne gjennomføre et oppsatt program uten å måtte vente på at utstyret skal rengjøres og autoklaveres. Dette forsinker programmet unødvendig. I dag får vi ikke penger til å kjøpe mer utstyr slik at vi kan gjøre flere operasjoner, og på den måten være mer produktive.”

Elles var det flere som hadde ønsker om å være tilknyttet faste seksjoner. I dag er det gjennomført delvis seksjonering av personalet. Det vil si at de fleste er på faste seksjoner når de er på dagvakter. Når personalet går i turnus på kveld, nattevakter eller helgevakter, tar de imot alt av øyeblikkelig hjelp, samtidig som denne bemanningen fungerer som akutt-team ved hjertestans og traumer (store skader). Dette medfører at de kan være på alle seksjonene i operasjonsavdelingen. De mestrer ulike typer inngrep, alt etter hvilke pasienter og diagnoser som inntreffer når de er på vakt.

Noen av dem som uttalte seg om hva de syntes om slik turnering av bemanning i turnus og på ulike team, kom frem med at de opplevde at det kunne være en del utskifting av folk på de ulike teamene. De mente at personalet ikke bør flytte for mye mellom de ulike teamene og seksjonene. Spesialsykepleier G mente at ikke bare operasjonssykepleierne bør være seksjonerte, men også de andre faggruppene vil ha nytte av å bli fordelt på faste seksjoner. På den måten vil sammensetningen i teamene bli mindre endret. Teammedlemmene vil bli bedre kjent med hverandre og på den måten arbeide lettere sammen. Da vil de også bli bedre kjent med utstyr og oppgavene ved denne seksjonen. På den måten mener spesialsykepleieren at arbeidsgiverne sine ønsker om en effektiv gjennomføring av et operasjonsprogram vil la seg lettere kunne gjennomføre.

En av dem som ble intervjuet, påpekte faren med at ledelsen kunne legge for mye vekt på produktiviteten i avdelingen. Det at sykehusene har studenter og nyansatte, medfører at de har undervisningsplikt. For å kunne undervise, må de ulike fagpersonene ta seg tid til dette. Det

gjør at gjennomføringen av et program ikke vil være like effektivt som når en slipper å ta slike hensyn. Dette er en av vurderingene ledere må ta med i planleggingen av gjennomføringen av operasjoner.

Alle informantene la vekt på at ledelsen har et spesielt ansvar for å se til at teamlederen har nødvendige forutsetninger for å kunne gjennomføre det de er satt til å gjøre. Lederne må etter deres mening stille seg til disposisjon som faglige rettledere, og hjelpe til å øke deres faglige kompetanse om de trenger det.

Spesialsykepleier D sier:

”Lederen bør følge med teamene utover dagen og se hvor langt de er kommet i programmet. Teamlederne trenger oppfølging og hjelp med å avvikle pause. Foruten å se til at alt er organisert i riktig rekkefølge, kan ledere hjelpe til å skaffe tilveie nødvendig utstyr om ikke seksjonslederen er tilstede eller teamleder har fått anledning til det. På slutten av dagen bruker de å se etter hvor langt teamene er kommet i programmet, og om det er nødvendig å redusere programmet for å bli ferdig før vaktskiftet.”

Om ettermiddagen er det vaktskifte, der det kun kommer et team på vakt. Det er derfor viktig at det ikke pågår for mange operasjoner i denne perioden, da dette teamet som kommer på vakt i tillegg til å være akutt-team skal avløse og avslutte de pågående operasjonene. Slik er det også om natten og i helgene.

Ved den minste operasjonsavdelingen avsluttes dagens program når de hadde operert pasientene som var oppsatt på programmet. Siden de driver med dagkirurgi, reiser de fleste pasientene hjem kort tid etter operasjonen. På denne avdelingen har oversykepleieren ansvar for at alt ligger til rette for personalet, samtidig som det også blir sørget for at utstyr som skal brukes er til stede før hver operasjon.

I den større avdelingen ligger dette ansvaret hos lederen. Der kan dette ansvaret bli delegert til teamlederne. Dette gjelder også det å se til at personalet får de pausene de har rett på.

Angående dette sier informant C:

Spesialsykepleier C:” Jeg tror lederne våre er klar over når vi trenger avløsning i løpet av en dag. Av og til savner jeg at de setter seg inn i hvordan de ulike teamene har det utover dagen.”

Flere av informantene opplevde at lederne har mange administrative oppgaver borte fra avdelingen.

Som lege B uttalte om dette:

”Det bør vurderes om en del av lederne sine oppgaver kan fordeles på andre. Det er lett å bli hengende i gamle systemer. Noen faggrupper er mer opptatt av dette enn andre. Ofte er det slik at de som har vært lengst i et system har størst problem med å endre holdninger. Forandringer må være kjekke og gjøres på en hyggelig måte.”

Hvis det skjer endringer i dagens program er det lederen eller den som administrerer alle teamene som ordner opp i dette.

De som vanligvis fungerte som teamledere, ga uttrykk for ønske om å ha mer kontakt med denne lederen utover dagen, for å få informasjon fortløpende om hvordan situasjonen er i avdelingen.

Som spesialsykepleier C sier det:

”I avslutningen av en arbeidsdag kan det fortsatt være høy aktivitet på operasjonsstuen. Det kan synes som det er umulig å komme i mål med programmet. Jeg har lurt på hvorfor det ofte blir slik?”

Spesialsykepleier D sier dette om kontakt med ledelsen:

”Jeg synes kontakten med lederne er blitt sjeldnere enn før. Det er for få av de dagligdagse forholdene som havner hos lederne. Dette tror jeg ikke er fordi de ikke ønsker det, men det er ikke tid og rom for slike saker i en hektisk hverdag.”

Det kom også frem at flere opplevde at muligheten til å delta på kurs utenom deres eget helseforetak er mindre enn tidligere. De mente dette er blitt slik på grunn av den stramme økonomien i helsesektoren. De var også opptatt av å få kartlegge sine egne behov for faglig påfyll og utvikling. Alle mente det er positivt med den tiden som er satt av til undervisning, og opplevde både denne undervisningen og avdelingsmøtene som positive og utviklende for faggruppene og avdelingen.

I en hektisk hverdag opplevde flere av informantene at det kunne være vanskelig å legge inn tid til gjennomgang av situasjoner som hadde oppstått eller læring av nytt utstyr og metoder. Ikke alle opplevde det like enkelt å bruke fritid til å tilegne seg ny kunnskap som er nødvendig for å kunne utføre de oppgavene man blir satt til. Ellers så de at det kunne være nødvendig å bruke avdelingsmøter til undervisning. Flere informanter hadde et ønske om mer tid og kunnskap til veiledning av studenter i avdelingen. De hadde også lyst til å utvide sin egen kompetanse, for eksempel gjennom kurs eller utdanning, men de så ikke at de hadde tid



eller råd til dette. Informantene så positivt på fagdager der alle faggruppene deltar, eller at det ble arrangert øvinger der man simulerer ulykker, der de ulike faggruppene kan trene på samhandling, kommunikasjon og dialog.

## 5.5 Oppsummering

I denne undersøkelsen har jeg intervjuet spesialsykepleiere med spesialutdanning i anestesi og operasjon, og anestesileger og kirurger. To av spesialsykepleierne kommer fra et annet helseforetak. Hvorvidt bakgrunnen deres og hvor de kommer fra har noen innvirkning på svarene, har jeg ikke noen mening om. Alle har ganske like arbeidsforhold og oppgaver. Dette kom også frem i svarene, hvor de viser hva de legger vekt på i et teamarbeid i en operasjonsavdeling.

De fleste spesialsykepleierne har et fleksibelt forhold til hvem som skal være teamleder i et operasjonsteam. De mener at det kunne egentlig være hvem som helst fra de ulike faggruppene, men det er mest praktisk om en operasjonssykepleier tar seg av den organisatoriske delen av forberedelsene til et kirurgisk inngrep. Det kom også frem at seksjonslederne opplevde at det som naturlig at de har teamlederrollen, fordi seksjonslederne har oversikt over tilgjengelig utstyr på seksjonen. Noen av legene ga uttrykk for at det er mest naturlig at kirurgen er teamleder, da det er kirurgen som utfører operasjonen. Disse svarene gir teamlederrollen to funksjoner, en organisatorisk del og en faglig del, der den ene delen av rollen er tilrettelegging og forberedelser av operasjonen, og den andre delen er selve gjennomføringen av inngrepet som er kirurgen sitt ansvar. Hvis det oppstår problemer med anestesen til pasienten, blir det anestesilegen sitt ansvar. Legene mener det er nødvendig at de hele tiden burde være tilstede i samarbeidet med operasjonsteamet. I dag er det ikke mulig, da de har oppgaver i forhold til pasienter også på poliklinikken og i avdelingen. De ga likevel uttrykk for at det hadde vært ønskelig å være med helt fra tilrettelegging og forberedelsen av en operasjon og til pasienten våkner. Dette er bare mulig om legene er hele dagen på operasjonsavdelingen og er en del av operasjonsteamet i alle delene av et operasjonsteam sitt samarbeid.

De fleste informantene ga uttrykk for ønsket om å ha mer kontakt med oversykepleierne eller lederne i avdelingen. De opplevde at lederne var for opptatt med administrative oppgaver og for lite ute blant operasjonsteamene.

Informantene la vekt på teammedlemmene sine behov både for faglig kompetanse, men også behovet for kompetanse og trening på samarbeid og kommunikasjon i et team. De ga også uttrykk for ønske om klare instruksjoner og kjennskap til hvilke roller hver enkelt har i teamet, og hva som er knyttet av forventninger til deres rolle. Selv om det blir holdt en del faglige møter og undervisning, kom det frem ytterlige ønsker om trening i samhandling og kommunikasjon. Flere av informantene påpekte at slike øvinger kan gjøre hverdagen lettere og arbeidet mer effektivt, noe som kommer alle de berørte parter til gode.

Noen av informantene kom også med forslag til hvordan man kan gjøre samarbeidet bedre ved for eksempel kurs om disse temaene, der en kunne fokusere på en slik samarbeidsmetode ved praktiske øvelser. Ikke alle hadde tro på at dette nyttet. Noen mente at dette er områder de fleste har en del kompetanse i gjennom sin utdanning, noe de forventet å se igjen i praksis. Andre mente at medarbeidersamtaler er det eneste som nytter, da dette vil gi hver enkelt tilbakemelding om hvordan man fungerer, noe som kan gi den enkelte en klarere målsetting om hva en bør ha som personlig målsetting. Her mente informantene at man kan kartlegge ønsker og mål til hver enkelt arbeidstaker.

I den største operasjonsavdelingen ble det jobbet med å gjennomføre forbedringsprosjekter der en del av de ansatte deltar i disse prosjektene. Noen av personalet ble inndelt i grupper med ansvar for sitt prosjekt. Her kom det frem et ønske fra flere å være kjent med innholdet i disse prosjektene og hvordan resultatet av gjennomføringen ble. Ellers kom det frem at flere synes det er for stort fokus på daglige oppgaver, og at programmene er så tettepakket at det er sjelden tid til felles gjennomgang, drøftinger eller oppsummering i løpet av arbeidsdagen. De opplever høyere tempo og større forventning til produktivitet.

Denne avdelingen har en skoletime undervisning før oppstart av programmet to ganger i uken, som de kan bruke til undervisning. Da er det som regel undervisning for hver av faggruppene. Ellers hender det at firmaer holder kurs, spesielt ved innføring av nye instrumenter og metoder, eller at de har undervisning i emner som angår alle faggruppene. Hver andre uke ble det holdt avdelingsmøte to timer om ettermiddagen. Det å ha tid til å kunne motta undervisning ble satt pris på av alle informantene. De opplevde som positivt og nyttig å gå igjennom relevante faglige emner.

Flere syntes det å få støtte til kurs utenom helseforetaket er blitt vanskeligere. Noen av informantene hadde gjort seg tanker om at det kunne være den stramme økonomien helseforetakene står overfor som påvirket muligheten til å få støtte til kurs eller videreutdanning utenfor helseforetaket. Dette syntes de var lite fremtidsrettet, da det ble hevdet at det kan være utviklende å se hvordan forholdene er andre steder i andre helseforetak.

Den største operasjonsavdelingen har en kompetanseplan. I denne planen blir det stilt krav til de ulike faggruppene, hva de må mestre og ha gjennomgått for å kunne fungere i turnus ved denne avdelingen. Dette er noe hver enkelt må kvittere på å ha fått veiledning og gjennomgang i. Det finnes også en kompetanseplan for hele helseforetaket, der det er forventet at hver enkelt går igjennom dette i ledige øyeblikk. Her er informasjon og øvinger som er beregnet at man kan utføre elektronisk i ledige stunder.

Flere av informantene opplevde forventinger til dem om å veilede studenter, noe de opplevde som tidkrevende i et allerede stramt tidsskjema. De syntes likevel det er en utfordrende og grei oppgave som flere ønsket seg mer kompetanse i. Noen av informantene påpekte behovet for å få større kjennskap til de omliggende avdelinger som de daglig samarbeider med. De ønsket å vite mer om deres forventinger til hvordan samarbeidet mellom de ulike avdelingene bør være (dagkirurgisk avdeling og oppvåkings- eller intensiv avdeling). Noen informanter opplevde at noen (anestesisykepleierne) kjente godt til dette, da de av og til jobber der, mens andre faggrupper var der kun ved mottakelse og avlevering av dagpasienter. Det å kjenne til avdelingene som er knyttet opp mot den avdelingen man selv er knyttet opp mot, så mange som en fordel og styrke, og de gav uttrykk for et behov om å få mer informasjon om dette.

## **6.0 Operasjonsteamets forventninger til hvordan ledere kan tilrettelegge for læring og samhandling**

I dette kapittelet vil jeg ta utgangspunkt i de data jeg har samlet og drøfte denne informasjonen i forhold til spørsmålet jeg har stilt i denne undersøkelsen. Disse dataene vil jeg drøfte i lys av teorien som tidligere er presentert. Jeg vil blant annet drøfte det opp mot Senge sine fem disipliner og Wadel sin samhandlingsmodell. Spørsmålet som er stilt i denne



studien er hvordan kan en leder legge til rette forholdene for læring og samhandling i et operasjonsteam? I denne sammenhengen er lederne oversykepleierne, da de har det øverste faglige ansvaret i avdelingen, og også personalansvaret for den største gruppen som er spesialsykepleierne i operasjonsavdelingen.

## 6.1 Personlig mestring

### Forhold som påvirker samarbeid i et operasjonsteam

I denne undersøkelsen kom det frem at alle som ble spurt syntes det er utfordrende og kjekt å jobbe i team. De likte samhandlingen, dynamikken i dialogen og det tverrfaglige samarbeidet. De opplevde likevel uklarheter i forhold til hvilke roller de har i teamene og hva de andre teammedlemmene forventet av dem i et samarbeid i teamet. De opplevde også uklarheter i forhold til hva som er teamleder sin rolle eller funksjon, og om fordeling av oppgaver som utføres skal gjøres av flere faggrupper i teamene. Det er nødvendig at alle i operasjonsteamet er kjent med rollene sine og forventningene de har til hverandre i teamet. Det er også nødvendig at de er kjent med hverandre både som personer og kvalifikasjoner. For å kunne oppnå et godt samarbeid i teamene, kom noen av informantene frem med behov for tillit mellom de forskjellige teammedlemmene og respekt for hverandre sine uttalelser og meninger. De opplevde at for at en gruppe kan være kreativ, er det nødvendig med frihet, tillit og utfordringer. Da vil teamet ha bedre forutsetninger for å være kreativt, og det tåler utfordringer (Svedberg 2002, s. 328). Å undervurdere iboende vanskeligheter kan føre til at den enkelte ikke får nytte sin kapasitet. Da kan gruppen som helhet komme til å fungere ineffektivt (Andreaa 1999, s. 79).

Operasjonsteamet har en målsetting om å ha en samhandling og et samarbeid der pasientene er fornøyd med den behandlingen de mottar. Dette er høye mål. Det krever at det enkelte teammedlem har gode kunnskaper om faget sitt, men også at de mestrer samhandling og kommunikasjon. Informantene i denne studien ønsket å fungere så godt som mulig i et slikt samarbeid. Det å kjenne på usikkerhet om hva som forventes av dem, kunne av og til oppleves som litt frustrerende. De ønsket at teamleder tar en klar ledende rolle og avklarer, tar beslutninger og fordeler oppgaver. Hvis disse oppgavene er for vanskelige må teamledere overlate oppgavene til oversykepleierne eller lederne. Ifølge uttalelsene til flere av informantene i denne undersøkelsen, bør teamleder være den som har det organisatoriske ansvaret i teamet inntil kirurgen eller andre leger overtar denne rollen under operasjonen.

De fleste i undersøkelsen opplevde teamarbeid som en endring i forhold til tidligere former for samarbeid i grupper. Før ble oppgavene løst mer oppdelt i faggrupper. Endringen i organiseringen av et operasjonsteam, der det å klare å lære seg nye metoder å utføre kjente oppgaver på, kan være en utfordring for de fleste, noe flere av informantene ga uttrykk for. Det å endre sine arbeidsmetoder krever at man er bevisst på dette og lærer seg nye måter å samarbeide på. I følge Peter Senge (1991, s. 354), er en leder veileder og bør sette fokus på personene sin utvikling. Det at enkeltmennesket utvikler seg, vil etter hans mening gjøre at organisasjonen også utvikler seg. Dette stiller også krav til lederne, som må fungere både som pedagogiske veiledere, informasjonsformidlere, koordinatore og organisatoriske bindeledd i organisasjonen.

I denne studien kom det frem at de fleste av de intervjuede ønsket at teamlederrollen sirkulerte mellom de ulike faggruppene. Slik som det fungerer i dag er denne rollen mest ivaretatt av operasjonssykepleiere, og det er gjerne de samme operasjonssykepleierne, eller seksjonslederne, som går igjen i denne funksjonen. De fleste syntes at den enkelte teamleder sine personlige egenskaper påvirket hvordan teamet blir ledet. Det å ha kunnskap om ledelse vil i følge Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2007, s. 25) være en fordel for *å skape gode relasjoner og være produktive og effektive*. Likevel oppfattet de det som en tillit fra ledelsen til teamene når det gjaldt å overlate ansvaret for å organisere og løse oppgavene på egenhånd.

Selv om organisasjonen og hvert av medlemmene i operasjonsteamet har sine mål i det å utføre sitt arbeid på en rask og god måte, er det også et mål at pasienten ikke blir påført skade under inngrepet. I tillegg skal pasienten kjenne seg mest mulig trygg under oppholdet. Kvaliteten av det utførte inngrepet skal være så god som mulig. I intervjuene kom det frem at det å ha tid nok til å gjennomføre oppgavene på en sikker og rolig måte, økte også kvalitetssikkerheten for pasienten. Dette er også i tråd med det Weick og Roberts (1998) fant ut i forhold til samarbeid på dekket til hangarskip som mottar fly lastet med atomvåpen. Der ble arbeidet utført med sikkerhet, forsiktighet, oppmerksomhet, og det ble tilstrebet en bortimot feilfri organisasjon (kap.1.5, s.10). Dette er også et mål for et operasjonsteam. Samarbeidet mellom teammedlemmene skal utføres så sikkert og godt at det ikke blir gjort noen feil i denne samhandlingen som kan påføre pasienten ekstra belastninger etter å ha gjennomgått et kirurgisk inngrep.

En av grunnene til at et operasjonsteam kjenner faglig trygghet, er at teammedlemmene opplever at de behersker faget og samarbeidet med kollegaer. Denne tryggheten er det viktig at alle opparbeider seg ved å trene på samarbeid og tilegne seg kompetanse i både fag og samhandling. Nesten samtlige av informantene som ble spurt om hva de ønsket å legge vekt på i fremtiden, påpekte ønsket om en videre personlig utvikling. I følge Senge (1991) vil organisasjonen utvikle seg når den enkelte personen i organisasjonen utvikler personlig mestring. I denne sammenhengen kan lederne være med å utvikle en kultur i organisasjonen som gir aksept og forståelse for den enkelte sitt behov for å utvikle seg. Det kom også frem at det å delta på kurs kan virke motiverende på den enkelte medarbeider, noe som igjen vil virke som en inspirasjon på den enkelte til å gjøre en bedre jobb (Jacobsen og Thorsvik 2007, s. 387).

I studien kom det frem fra flere av de spurte, at de la vekt på det å bli lyttet til og behandlet med respekt og tillit. Selv om adferden i organisasjoner er styrt av regler, rutiner og formelle strukturer, og dette fører med seg stabilitet for den enkelte, vil kulturen i organisasjonen og den enkelte sin oppførsel være med på å skape et miljø i avdelingen og i teamet. Schein (1994) sier: *”kulturen opprettholdes bare så lenge en opplever den riktig”* (kap.2.1, s.16). Dette blir ofte bestemt av flertallet på arbeidsplassen. Verdiene på arbeidsplassen vil være avgjørende for hvordan situasjonen vil bli oppfattet. Her får lederen en viktig funksjon i det å føre an i å utvikle en kultur, hvor det å vise en god adferd og respekt for hverandre blir et viktig tiltak.

Det at teammedlemmene opplever tillit og respekt fra ledere og kollegaer, medfører ifølge Senge (1991) at hver enkelt opplever større mestring. De opplever tillit til å kunne være med å administrere sine egne oppgaver, og på den måten utvikler de en kommunikasjon og samhandling med andre både i og utenfor teamet. Ved å sette felles mål og fremme egen adferd blir de utfordret til å være kreative. Dette skaper positive tankemønstre hos den enkelte gruppemedlem, og gjør at de føler seg medansvarlige for resultatet i gruppen. Slike utfordringer kan oppleves som motiverende og er en synergi av individuell kompetanse, ferdigheter og ytelser (Senge 1991, s.147).

Mangel på samarbeid i operasjonsteam vil i følge Klein (2006) i verste fall kunne medføre uhell i operasjonsavdelinger (Bjerkvik og Bakøy 2008, s.14). Et godt samarbeid i teamet vil



føre med seg en god situasjonsforståelse, noe som viser bedre evne til å oppfatte hva som er viktig i situasjonen og sette i verk riktige tiltak i fellesskap (Smith-Jentsch et al. 1998).

### Kommunikasjon og informasjon i teamet

Når en pasient blir tatt imot av operasjonsteamet, vil personene i teamet først presentere seg for pasienten, og forsikre seg om at de har rett pasient og kontrollere at det er samme operasjon som er satt opp som skal gjøres. Dette kontrolleres både ved å henvende seg til pasienten og ved å gå igjennom pasientopplysningene på data. Opplysningene blir samlet inn etter en formell spørsmålsstilling der spørsmålene blir lest opp til de ulike medlemmene i teamet, og alle må kvittere med svar. Dette skjemaet er inndelt i tre faser, en fase før pasienten er lagt i narkose, en fase før knivtid, og en fase etter operasjonen er avsluttet. Skjemaet ivaretar alle viktige spørsmål som kan påvirke pasienten under operasjonen (se vedlegg nr. 5). Skjemaet er utarbeidet i forbindelse med et av prosjektene som blir gjennomført ved den største operasjonsavdelingen. Det blir kalt "Trygg kirurgi" ("Safe surgery"). Dette prosjektet er godt mottatt av alle faggruppene, da det er en god kvalitetssikring i forhold til nødvendige sjekkpunkt når det gjelder operasjon og anestesi til operasjonspasienter.

I denne studien kom det frem at ikke alle informantene opplevde å få nok informasjon i tilknytning til de oppgavene de var satt til å løse i løpet av en arbeidsdag. De opplevde at informasjonen kunne bli gitt til enkelte, for eksempel teamleder, og denne personen kunne glemme å gi den videre, eller de vurderte det ikke som nødvendig for alle medlemmene i teamet å være kjent med dette. Informasjonen blir ofte sett på som tidkrevende å gi, noe som kan medføre at det filtreres ut viktige beskjeder, og at avgjørende informasjon ikke kommer godt nok frem. Enkelte av de intervjuede synes at ikke alle faggruppene har behov for samme informasjon, selv om dette slett ikke alltid er tilfelle. Noen ganger opplever man at informasjonen ikke blir gitt fordi man tror at alle andre allerede vet. Dette kommer frem i Undre et. al.(2006) sin artikkel. Også Klein (2006) tar for seg kommunikasjonsproblemer i operasjonsteam. Det å tro at andre vet, og at de har fått informasjon, uten å kontrollere om de virkelig vet, er det samme som å ta fra dem en del av grunnlaget for å mestre situasjonen de skal løse. Informasjonsflyt og samarbeid kan også fungere dårlig hvis holdninger og adferd hos faggruppene medfører en intern konkurranse. Godt utdannede teammedlemmer kan ifølge Klein (2006) oppfatte sitt fagområde som det viktigste. Hvis de ønsker å fremme sine

interesser i teamet kan dette bli et problem for gruppen. I slike situasjoner er det viktig å ha en teamleder med beslutningsansvar, overblikk og erfaring.

For å legge til rette for personlig mestring er det viktig at rett informasjon er gitt til rett person. Lederne kan systematisere informasjon som er nødvendig for det enkelte teammedlem for at teamet skal kunne få en felles forståelse for hvordan utføre arbeidsoppgavene og nå felles mål. Noen av de viktigste problemstillingene knyttet til teamarbeid gjelder kommunikasjon, informasjonsflyt, samarbeid og beslutningstaking. Et godt samarbeid blant personer med ulike oppgaver, gjør team i stand til å løse vanskelige oppgaver på en raskere og effektiv måte (Davis 2005). I starten i et teamarbeid er teammedlemmene opptatt av innhente og oppfatte viktig informasjon som gjør dem i stand til å gjennomføre den oppgaven de er satt til. De ønsker å få et overblikk av informasjonen som foreligger, og finne ut hvilke problemer man står overfor. I slike situasjoner bruker de sine kunnskaper og erfaringer. Om de opplever behov for hjelp, søker de som regel hjelp fra lederen.

Informasjon kan bli sett på som noe som er forbeholdt enkelte i teamet. Dette kan medføre at det filtreres ut viktige beskjeder, og at avgjørende informasjon ikke kommer godt nok frem. Hvis lederen av teamet ser informasjon som forbeholdt en leder, en faggruppe, kan dette gi grobunn for misforståelser, manglende engasjement og konflikter. I et team der den adferdsmessige integrasjonen er stor, er informasjon som blir utvekslet omfattende, samarbeidet godt og preget av gjensidig respekt, forståelse og innsikt, og synspunkt fra teammedlemmene blir brukt i dette samarbeidet (Grønhaug, Hellesøy, Kaufmann 2001).

Noen av informantene synes at ikke alle faggruppene har behov for samme informasjon, selv om dette slett ikke alltid er tilfelle. Noen ganger opplever man at informasjonen ikke blir gitt fordi man tror at alle andre allerede vet. Både Undre et. al.(2006) og også Klein (2006) tar for seg kommunikasjonsproblemer i operasjonsteam i sine artikler. Informasjonsflyt og samarbeid kan også fungere dårlig hvis holdninger og adferd hos de faggruppene medfører en intern konkurranse.

Det er ofte lederne, eller oversykepleierne, som mottar og formidler videre størstedelen av informasjonen i en operasjonsavdeling. Denne informasjonen kan være nødvendig for teammedlemmene for å kunne gjennomføre de oppgavene de er satt til å gjøre. Det er derfor

nødvendig at hele teamet deler informasjon som blir gitt til teamet. I denne studien kom det frem at hvordan teamledelsen ble utført er avhengig av hvem som innehar denne funksjonen. For at samarbeidet skal fungere godt er det nødvendig at teamlederen og resten av teamet er kjent med hvilken betydning informasjon og kommunikasjon har for dette. I denne sammenhengen har ikke teammedlemmene bare behov for den faglige, teoretiske eller praktiske kompetansen, men også for den sosiale og etiske kompetansen som bygger på de sosiale relasjoner (Baugstad Sørsveen 2006, s.129). Ledere er avhengig av å kjenne de ulike medarbeidere sine styrker og svakheter for å sikre at den enkelte kan utvikle sine egenskaper på disse områdene og ivareta slike funksjoner. En god kommunikasjon ble av informantene sett på som viktig for samarbeidet i teamet og for kommunikasjon og samhandling. At dette fungerer både mellom teamleder og teammedlemmene, men også mellom teamet og lederen i avdelingen kan skape motivasjon og engasjement i denne formen for samarbeid (Jacobsen og Thorsvik, s. 274).

I følge Bele og Glasø (2010, s. 28), er det ofte slik at et operasjonsteam blir en ”innegruppe” og de andre teamene er ”utegrupper” i forhold til dette teamet, noe som kan gjøre at det er lett for en leder å dele ut informasjon som er tiltenkt det enkelte team. Noen ganger kan det være funksjonelt at teamene får informasjon om hverandre, slik at om det oppstår endringer som kan få konsekvenser for andre team, er de innstilt på dette på forhånd.

Samtlige i et operasjonsteam er avhengig av at det blir gitt informasjon til teamet på en slik måte at teammedlemmene forstår det som blir sagt. I det tverrfaglige teamet har ofte hver faggruppe sitt språk, eller gruppekategorisering av språk (Rise og Einarsen 2002 i Bele og Glasø 2010, s. 30). Språket blir en medvirkende faktor til at alle forstår den informasjonen som blir gitt. I denne studien påpekte informantene hvor viktig denne forståelsen er, spesielt i akutte eller vanskelige situasjoner. I slike situasjoner kan dette være en av forutsetningene for å lykkes i denne type samarbeid (Simons et al., 1999 i Bele, Glasø 2010, s. 30).

#### Lederen sin tilrettelegging for læring og samhandling i et operasjonsteam.

En del av informantene opplevde at det av og til manglet klare mål for det enkelte teamet. Målene som ble satt opp tok utgangspunkt i det å bli ferdig med dagens program. De fleste var opptatt av at om det oppstår endringer i sammensetning av team eller gjøremål som påvirker den enkelte, ønsket de å være kjent med dette i god tid slik at det ikke påvirket dem i forhold til endret arbeidstid.

Flere av informantene la vekt på at pausene blir fordelt utover arbeidsdagen, både i forhold til den enkelte sin helse og trivsel, men også fordi de opplevde at det er nødvendig for sikkerheten. Noen syntes det virket mer avstressende om pauser er avtalt på forhånd, slik at de vet noe om hvordan dagen kommer til å forløpe og for at den enkelte kan legge sine egne planer for dagen/ vekten.

I en operasjonsavdeling vil de ulike fagpersonene befinne seg på forskjellige nivå, alt etter erfaringer, fag og personlig utvikling. Dette er noe lederne kan skaffe seg oversikt over ved å bruke f. eks medarbeidersamtaler med jevne mellomrom. Da kan de få en oversikt over hva den enkelte ønsker å tilegne seg av faglig påfyll eller utvikling, og de kan kanskje bruke dette til å sette opp en kompetanseplan sammen med hver ansatt, hvor en ser på den enkeltes behov for videre utvikling.

De fleste som ble spurt om ønsker om faglig utvikling, mente det er viktig å oppdatere seg faglig for å oppleve nødvendig mestring i sin arbeidssituasjon. Selv om det er utarbeidet en kompetanseplan i denne avdelingen, med krav om at den enkelte går gjennom denne planen og kvitterer for mottatt undervisning, er det hele tiden en rivende utvikling innen teknisk utstyr og metoder. Den personlige kompetanseutviklingen må derfor følges opp, både fra den enkelte selv, men også fra ledelsen. På den måten kan det sikres en kvalitet ved at personalet får bygge opp seg selv. Informantene var av den formening at ved at den enkelte opplever høy personlig mestring, vil det oppleves som mer tilfredsstillende å jobbe i et tverrfaglig team. I følge Wadel (2002, s.81) krever læringsledelse ferdigheter i å lære fra seg, og at lederne legger til rette forholdene for læring.

I et operasjonsteam er det en komplementær kompetanse. Teammedlemmene har ulike kunnskaper og ferdigheter. Evnen til å kommunisere sammen kan være avgjørende for hvordan de løser oppgavene sammen (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2001, s. 258). Tverrfaglig samarbeid er ofte konfliktfylt (Lauvås og Lauvås, 1994, s. 21). Her blir lederen, eller oversykepleieren, sin evne til å kommunisere ofte satt på prøve, noe som kan være en læring både for lederen og teammedlemmene i hvordan å mestre en konflikt i et team. Disse konfliktene er ikke negative i seg selv, men hvordan man møter dem og bearbeider dem er avgjørende for om arbeidssituasjonen skal få en positiv eller negativ utvikling.

Informantene ga inntrykk av at de i det daglige kunne de henvende seg til seksjonsledere, lederen i avdelingen, undervisningslederen eller andre av personalet som fungerte som veiledere i metoder og nytt utstyr. Dette personalet kaller Wadel for frontpersonale (Wadel 2002, s. 57). Frontpersonalet er etter hans mening personale som er en mellommann mellom avdelingen og personalet. De kan ofte også være en veileder for kollegaer. Ledere er i følge Senge (1991, s. 334) veiledere eller pedagogiske ledere. De er veiledere både i faglige temaer, samt i å utvikle kollegarelasjoner i det daglige arbeidet.

Den enkelte ansatte sin utvikling vil være avhengig av hvordan kulturen for læring og utvikling er i organisasjonen. Hvis det er en kultur der det blir lagt vekt på personalet sin faglige utvikling, vil det bli akseptert at personalet bruker tid til dette. I følge Lov om helsepersonell § 5, 1999, har hver enkelt faggruppe ansvar for visse grunnleggende fagkunnskaper og det de setter i verk av tiltak. Dette kom flere av informantene frem med som et motiv for at de ønsker å holde seg faglig oppdatert og på den måten forebygge og forhindre at feil kan skje på grunn av manglende kunnskaper.

Lederne sine kunnskaper om hvordan å motivere og tilrettelegge for utvikling hos det enkelte teammedlem, vil påvirke personen sin utvikling og læring. Læringen for medlemmene i teamet vil være preget av hvordan kulturen er på arbeidsplassen. Det at teammedlemmene opplever at det er lett å kommunisere med hverandre, at de ikke er redd for å si dumme ting, og det å bli lyttet til, er noe av det som kan læres i et slikt nettverk (Wadel 2002). Hvis samhandling og kommunikasjon fungerer i dette samarbeidet, øker det også sikkerheten og tryggheten for alle parter. I følge Lov om helsepersonell § 5, 1999, er det ikke bare helsearbeideren selv som har ansvar for å holde seg faglig oppdatert, men arbeidsgiver skal sørge for at ansatte gis opplæring og etterutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne gjøre sitt arbeid forsvarlig.

I følge Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2003) vil det være flere momenter som virker inn på den enkelte sitt samarbeid i team. Alle teammedlemmene kan ha ulike insentiver i et teamarbeid. Med disiplinen personlig mestring kan den enkelte arbeide for sine egne personlige mål. De kan for eksempel ha et ønske om en personlig utvikling innen sitt fag. I en kultur der likhetstankegangen ofte er sterkt utviklet, er ikke dette alltid like lett. I følge Senge

(1991) er det viktig at de som har slike ønsker blir støttet og oppmuntret av lederne. Det å motivere den enkelte til en større personlig mestring, blir ofte en positiv utvikling for omgivelsene. Det motiverer andre til å se på om dette er noe de kan tenke seg å gjøre. Den som opplever denne støtten fra sine omgivelser, vil ønske å gi noe tilbake. Flere av informantene ga uttrykk for at får de anledning til en personlig utvikling, ønsker de å gi noe tilbake til omgivelsene som virker positivt og motiverende på miljøet.

De fleste informantene påpekte viktigheten av personlig mestring for å unngå å gjøre noe feil i de oppgavene man er satt til å gjøre. Om man gjør en feil i utførelsen av en slik oppgave vil en i følge fig. 4, s. 28, få tilbakemelding om denne handlingen er utført feil og lære dette til neste gang. De fleste ønsker seg en personlig utvikling, der de ønsker en kontinuerlig og utviklende læreprosess. Dette gjelder kanskje spesielt dem som har jobbet i mange år, og kanskje på samme sted. De ønsker å bidra med sin kunnskap til avdelingen, samtidig som de selv får utvikle seg faglig. I følge Argyris og Schön (1996) vil det foregå en dobbelkretslæring når den enkelte reflekterer over handlingene sine og konsekvensene av disse. I et operasjonsteam kan en dobbelkretslæring, altså å gå i dybden av en situasjon, være nyttig for utvikling av et samarbeid (fig. 5, s. 28).

Informantene i denne studien la vekt på samarbeid og det å ha en god tone inne på operasjonsstuen. De så det som viktig for teamet at samarbeidet fungerer godt. Cato Wadel (2002) legger vekt på den enkelte sin evne til å fungere og samhandle i relasjoner. Han ser på læringsforholdet i sosiale relasjoner mellom mennesker. Informantene i denne studien gav uttrykk for at de opplevde det som positivt å jobbe sammen i en gruppe over tid, slik at man blir bedre kjent, både som kollegaer og som mennesker. De mente at man kunne lære av hverandre både i forhold til fag og hvordan løse oppgaver sammen, og dermed jobbe lettere sammen. Det å utvikle en relasjon til en man jobber sammen med, er i følge Wadel (2002) styrkende for arbeidsrelasjonen. Han hevder at kollegaer som kjenner hverandre jobber lettere sammen hvis de også utvikler sosiale relasjoner med hverandre. Wadel (2002) viser til eksemplet på et fotballag eller et praksisfellesskap, der fellesskapet er knyttet til aktiviteten og kunnskap. Ofte er dette en taus kunnskap, der alle er kjent med hva de skal gjøre utifra kunnskap og tidligere erfaring. Også Wadel peker på lederen som anfører og veileder i slike former for samarbeid.



Forutsetningen for denne formen for læring, er at den bygger på tillit og gjensidig respekt. Alle lærer noe, enten de lærer fra seg eller til hverandre i et nettverk (Fig. 6, s. 31). I følge Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann (2001), vil en gruppe være utsatt for å tenke for likt. Dette kan skje om teamet er for mye isolert over tid, eller jobber under for høyt press. En slik utvikling i et team er noe både lederne og teammedlemmene bør være klar over, slik at man kan søke råd om det blir oppdaget. Dette er kanskje et argument for lederne når det gjelder hvor lenge operasjonsteamene skal ha samme besetning.

For å kunne utvikle ledere og teamarbeid på en operasjonsavdeling, vil det være en forutsetning at organisasjonen er en lærende organisasjon. I en lærende organisasjon gis det i følge Senge (1991) anledning til å ha målsettinger som legger vekt på å utvikle medarbeiderne sin kompetanse og personlig mestring. På spørsmålet om hva informantene mente ledelsen kan gjøre for å tilrettelegge for at et tverrfaglig teamarbeid skal lykkes i operasjonsavdelingen, påpekte flere av de intervjuede at de opplevde en god ledelse som en forutsetning for god samhandling og kommunikasjon i et operasjonsteam. Det at alle opplever å bli hørt og får den tryggheten som er nødvendig for å kunne delta i en dialog i et operasjonsteam. Her ble det også pekt på viktigheten av aksept, respekt og det å bli lyttet til som viktige argumenter for en positiv utvikling av miljøet i avdelingen og for en god samhandling i teamene. Prosjektet "Safe Surgery" ble oppfattet som en slik form for trening i å mestre det å snakke til en samling av ulike faggrupper (se vedlegg 5). Med god ledelse mente de at det å legge vekt på den enkelte sin personlige utvikling, og å ha tid til refleksjoner og læring om samarbeid i det daglige arbeid, er av stor betydning for at det faglige og sosiale miljøet i avdelingen skal utvikle seg positivt.

## 6.2 Mentale modeller

Senge kaller den andre disiplinen mentale modeller. Denne disiplinen påvirker hvordan ulike sammenhenger oppfattes og former handling hos mennesker i en organisasjon.

I følge Senge (1991, s.178) mener han at de inngrodde forestillingene våre om hvordan vi mener verden er, er med på å begrense oss i måten vi handler på, noe som kan begrense og hemme vår læring.

I kulturen på arbeidsplassen er våre normer og verdier i bedriften det som styrer personen sine holdninger til kunnskap og læring. Senge (1991, s.178) viser til Argyris og Schön sine handlingsteorier, der han hevder at det ikke alltid er slik at menneskene handler i samsvar

med det de sier, men i samsvar med sine teorier i bruk. Det krever at vi må inn og justere våre indre bilder av verden. Hvis vi ikke gransker nærmere de mentale modellene vil det kunne begrense våre operative områder.

I denne studien kommer det frem at flere av informantene er kritiske til hvordan de ulike faggruppene ser på hverandre i et fellesskap som et teamarbeid. De mente at gammel kultur gjør at de ulike gruppene ikke har tradisjon for å hjelpe hverandre på tvers av fag. De mente også at forskjellene mellom faggruppene viste blant annet på vaktrommet, der faggruppene delte seg inn i egne grupper som sosialiserte seg mest med hverandre i pausene. Det kan jo være flere naturlige grunner til denne delingen, og det mest sannsynlige er at personene i faggruppene er bedre kjent med hverandre. Det er likevel interessant og noe som kunne være en idé å diskutere og reflektere rundt i et felles møte.

I et operasjonsteam er det et fellesskap på tvers av fag. Målet til operasjonsteamet er å gjøre en god jobb sammen, slik at pasienten blir fornøyd. Ved å kjenne hverandre, kan det være lettere for et operasjonsteam å nå disse målene. Utifra Senge(1991) og Wadel sine læringsteorier er det å danne relasjoner til dem man jobber med, positivt for kommunikasjon og samhandling i et samarbeid. Også Jacobsen og Thorsvik (2007) og Baugstad og Sørsveen (2006) viser til hva gode kollegarelasjoner har å si for motivasjon, samarbeid og kommunikasjon og mer effektive arbeidsprosesser for ledere og medarbeidere i grupper.

I et teamarbeid kan det skje en skapende og generativ læring ved å reflektere over handlinger som blir gjort (Senge 1991, s.199). Da er det nødvendig å stille seg åpen for å diskutere og granske våre mentale modeller som styrer handlingene våre om vi skal kunne benytte oss av disiplinen mentale modeller (Senge, 1991, s.191). I følge Argyris er det lett å havne i et selvforsvar når vi bruker våre mentale modeller. Organisasjonsstrukturen og kulturen kan være med på å påvirke om man får anledning till å lete etter sine mentale modeller. Ofte er fagområdene så klart inndelt i et operasjonsteam, at dette setter rammer for hva de ulike gruppene kan foreta seg. Derfor er faren for at man foretar seg kjente problemløsninger være til stede, og man vil på den måten bare oppnå en enkeltkretslæring (se fig. 4 kap.3.1, s. 28 ).

For å oppleve en utvikling i organisasjonen, er vi nødt å finne ut hva som skal til for at et operasjonsteam skal kunne fungere optimalt. Er det at noen opplever hverdagen som

stressende slik som kom frem i denne undersøkelsen, et symptom på at noe bør gjøres annerledes? At personer fungerer i ulike team over lengre tid uten muligheten til å gå inn i slike spørsmål, kan nok medføre at de har behov for å komme frem med sine opplevelser i det å være i team. Det å undertrykke meninger kan gjøre at man opplever dette som stress. Etter en tid trenger personer som jobber i grupper å utvikle seg og fornye seg. I følge Otto Granberg definerer han en slik fornying som en planlagt, langsiktig virksomhet for å øke organisasjonen og arbeidstagerne sine evner til å løse problemer som henger sammen med forutsetningen i og utenfor virksomheten (Grønberg 2001).

I den minste operasjonsavdelingen er operasjonsteamene selvstyrte. Dette kan nok også fungere i den avdelingen hvor denne undersøkelsen er gjort. Det som er spesielt i selvstyrte team, er at her er det teamets oppgave selv å arbeide frem målene for utvikling og å formulere dem med hensyn til organisasjonens overordnede retningslinjer og målsetninger.

Et slikt selvstyrt team må ha eget ansvar og myndighet til å fullføre oppgavene de er pålagt. Dette gjør de ved å kartlegge gruppens nåværende funksjon og hvordan de mener de bør fungere (Svedberg 2002, s. 333).

I et operasjonsteam vil det å klargjøre indre bilder av verden og oppdage hvordan disse påvirker våre beslutninger og handlinger, være viktig for hvordan teamet samhandler. I løpet av en dag med flere pasienter som skal opereres, opplevde flere av de intervjuede at det kan gå fort i svingene. Som tidligere nevnt fikk de ikke anledning til å stoppe opp og gjennomgå eller reflektere over situasjoner som de syntes krevde dette. I følge Senge (1991, s.196) vil det å reflektere over situasjoner fremme læring. Teamet og lederen må i følge Senge (1991, s. 241) lære seg å sette ord på slike situasjoner og kommunisere sine tanker for å lære av situasjonen og vite hvordan man skal handle i lignende situasjoner i fremtiden.

Det kom også det frem at noen av de intervjuede syntes det var for store skott mellom faggruppene. Andre påpekte at det er ikke tradisjon at de ulike faggruppene hjelper hverandre, da alle har størst fokus på sine oppgaver. Teamet er et læringsfellesskap på tvers av profesjonsgruppene. Det å gjøre arbeidsoppgaven mindre preget av monopolordninger, kan være med å utvikle et større læringsområde på tvers av faggruppene. For å utvikle et slikt samarbeid, er øvelser og treningssituasjoner et hjelpemiddel til å finne ut hva som er de ulike faggruppene sine mentale modeller. Det at teammedlemmene oppfatter ting på ulike måter,

gjør at våre mentale modeller bestemmes ikke av hvordan medlemmene forstår verden, men hvordan de handler og hva de mener (Senge 1991, s.179).

I dette studiet kom det frem at det var ønskelig fra flere å kunne hjelpe hverandre med oppgaver som i prinsippet kunne utføres av flere faggrupper, men som p.g.a. den sterke arbeidsdelingen var forbeholdt spesielle faggrupper. Det viktige er at operasjonsteamet danner et felles mentalt bilde av hvordan oppgaven skal løses (Senge1991,s.191).

Å utvikle organisasjonene sine evner til å bruke mentale modeller, innebærer å lære nye ferdigheter og ta i bruk institusjonelle nytenkinger, slik at disse ferdighetene blir en del av alminnelig praksis.

I opplysninger som kom fra informantene i denne studien, kommer det frem at det finnes mange eksempler på mentale modeller i et operasjonsteam. Det kan være i forberedelsen til operasjonen, der teamet blir enige om hvordan pasienten skal ligge under operasjonen. Det kan også være en gjennomgang av det kirurgiske utstyret, der operasjonspersonalet danner seg en mening om hva som er det beste utstyret av det man har til rådighet og kirurgen etterspør som passer i denne sammenhengen. Det kan også være når man skal ta imot pasienten, hvordan pasienten skal bedøves, om han bør overvåkes på oppvåkningsavdelingen etter operasjonen, eller kan bringes til dagkirurgisk avdeling. Operatører kan drøfte hvordan dette inngrepet skal gjøres og hva som må til for å løse problemet. Eller det kan være mellom operasjonssykepleier og kirurg der kirurgen etterspør ekstra utstyr underveis eller de blir enige om hvordan pasienten skal bandasjeres når inngrepet er ferdig. Det er i det hele mange mentale modeller i et slikt team for å oppnå et resultat alle parter er fornøyd med. I følge Senge er en aktiv refleksjon, der en har evne til å reflektere over egen tankevirksomhet samtidig som man handler, en mental modell (Senge 1991,s.179).

Det er vanskelig for nye teammedlemmer å komme inn i et samarbeid der et operasjonsteam har felles mentale modeller og forstår hverandre i hvordan de som gruppe skal løse oppgaven. Medlemmene i gruppen kjenner hverandre og har sin måte å kommunisere med hverandre, ved blick, nikking, sitt språk eller fagterminologi, og sine kontrollspørsmål til hverandre. Dette er noe av det Weick og Roberts (1993) viser til i sin forskningsartikkel. Det er denne formen for kommunikasjon og samhandling som i tillegg til en god informasjon og

kommunikasjon er med på å gjøre operasjonsteamet til et team med høy kompetanse som har som mål å være en mest mulig feilfri organisasjon.

Informasjon fra informantene i denne studien viste at det opplevdes som lite tilfredsstillende av enkelte av teammedlemmene å ikke ha nok tid til å undervise og informere nye medarbeidere eller studenter. Nye medarbeidere oppfatter det som vanskelig og uoversiktlig å komme inn i denne form for samarbeid som et operasjonsteam har. Her er det er en del taus kunnskap og nonverbal kommunikasjon som kanskje bare blir forstått av de erfarne team medlemmene som har denne felles mentale modellen.

Noen av informantene la vekt på felles trening for å få mer kunnskap om hvordan å samarbeide og fungere bedre sammen i team. I en lærende gruppe skal den individuelle kompetansen virke sammen og utvikles til en kollektiv kompetanse. I produktet vil kunnskap både om kultur i avdelingen, strukturen i organisasjonen og verdiene på arbeidsplassen påvirke medlemmer i et team. Det enkelte teammedlem vil også ha med seg sitt menneskesyn, kunnskaper og arbeidsmåte. I teoridelen i kap.2, fig 4, s. 28, har jeg vært innom dette. Her gjorde jeg også rede for Argyris og Schön sitt begrep om dobbelkretslæring der man går bak de synlige handlingene og stiller spørsmålet om grunnlaget for hvorfor handlingen blir utført. Dette er også noe man må gjøre for å få en utvikling i organisasjonen. Der alle tenker likt, tenker ingen mye.

I et teamarbeid er det lett at det kan oppstå konflikter eller konfrontasjoner, da det hender at det er flere ulike meninger som skal tilpasses hverandre. I en slik gruppe utvikles mer dynamikk enn en leder klarer alene. I denne undersøkelsen ble det hevdet fra en av informantene at hvordan teammedlemmer snakker til hverandre kan ha betydning for hvordan de handler. Det ble lagt vekt på at en åpen og positiv holdning gjør det lettere å lete etter gode løsninger i fellesskap. Utifra dette utsagnet vil både adferd og holdninger hos den enkelte kunne ha betydning for hvordan problemer blir løst. Også forholdet mellom dem som kommunisere kan påvirke hvordan løsningen på samhandlingen er. Her kan det også være en fordel at man kjenner den man skal løse problemet sammen med. Det å samhandle og kommunisere i sosiale nettverk (Wadel 2002), kan være et viktig tiltak for å kunne gå inn i de mentale modeller. Det å kunne kommunisere og opprette en meningsfull dialog er nødvendig

for å kunne sette ord på og finne ut hvilke områder man skal satse på i teamet for å oppnå en utvikling.

I denne studien kom det frem et ønske om større deltagelse fra lederne i det daglige virket. Det var et ønske om å ha lettere tilgang til å kunne snakke med dem, både om spørsmål i arbeidssammenheng, men også i forhold til at lederne har personalansvar. De ansatte ønsket ikke å oppleve at vedtak ble gjort uten at de var informert om det på forhånd. Det er vanskeligere å godta endringer hvis de ikke er presentert og drøftet før de blir vedtatt. I et operasjonsteam vil det være sammenheng mellom lederens effektivitet og hans/hennes forbedring av mentale modeller. For en teamleder vil det ikke være mulig å påtvinge medarbeiderne bestemte modeller. Det må være en del av deres egne beslutninger. Mentale modeller gjør personen bedre i stand til å tilpasse seg forandringer i omgivelsene eller situasjoner (Senge 1991).

I et operasjonsteam utvikles det mer dynamikk og kunnskap enn en person kan klare alene. Målet er ikke ensretting, men folk trekker bedre sammen om de diskuterer målene i fellesskap. I følge Senge, er vi mennesker slik at vi vil prøve å manipulere situasjoner for å unngå å hankses med våre virkelige følelser og tanker. Vi kan på denne måten hindre en uheldig situasjon i å bli forbedret. I følge Argyris og hans kollegaer (Senge 1991, s. 203), vil det å endre en situasjon medføre at flere kan lære ved å balansere mellom gransking og forsvar av eget syn.

I et samarbeid i et operasjonsteam vil det bety at om en leder klarer å løse problemer for teamet, må denne personen få rede på det som må gjøres og skaffe seg støtte til å få gjennomføre dette. For å få frem menneskelig læring, må en som leder forfekte sitt syn på den ene siden, og ha en undersøkende evne på den andre. Den mest fruktbare læringen skjer vanligvis når ledere kombinerer evnen med både forfekting og søking. Vi er åpne for data og det å finne svakheter i våre synspunkt. I følge Senge (1991) vil det å etterforske og forsvare sitt syn og lære å gjøre egne resonnement klart og tydelig, fortelle hvordan man er kommet frem til dette og hvilke fakta det er basert på. Andre bør oppmuntres til å komme frem med sine synspunkt.



Informantene uttrykte hvor viktig de mente det er å skaffe seg nok informasjon før operasjonene slik at man kan få et felles overblikk over hva som skal gjøres. For operasjonsteamet og teamlederen kan det å skaffe seg en situasjonsforståelse hjelpe teamet i deres beslutninger. Å skaffe en situasjonsforståelse der teammedlemmene er enige om en felles tolkning av situasjonen krever praksis. Slik praksis kan man skaffe seg ved øving eller simulering. Flere forskere viser til at man må ha vært tilstrekkelig ganger opp i en situasjon for å gjenkjenne eller skaffe seg oversikt over situasjonen (Klein 2006).

I følge Senge vil det ikke skje noen utvikling i en organisasjon om ikke de mentale modellene i organisasjonen blir gransket nærmere. Det er derfor viktig å stille spørsmål om rutiner og metoder for å være med å utvikle disse. Her blir lederen en rollemodell og går inn i sine egne mentale modeller. Det å av og til stille spørsmål om rutiner og vaner kan gjøres på en ny og bedre måte, gjør at avdelingen er i kontinuerlig utvikling. I denne avdelingen pågikk det en del prosjekter i perioden denne undersøkelsen pågikk. De som fikk være med i disse prosjektene opplevde det som interessant og utfordrende at det ble stilt spørsmål om forhold som hadde vært uforandret over tid. En del av disse forholdene ble forbedret i denne perioden studien pågikk.

I operasjonsavdelingen som var med i dette studiet, er faggruppene inndelt i fagområder, med sin leder eller oversykepleier. Problemer som er relatert til faglige områder er tatt opp i avdelingsmøter, der avdelingen er oppdelt i faggrupper også på disse møtene. Noen ganger er disse møtene felles for alle faggruppene. Kulturen på arbeidsplassen vil være viktig for hva som er vanlig å gjøre i forhold til læring og utvikling hos faggruppene. Det å utvikle kulturen på arbeidsplassen ved å utvikle mentale modeller på tvers av faggruppene i et operasjonsteam, vil være utfordring for lederne av faggruppene.

Hvis medlemmene i teamene er for like, vil det også bli for lik tankegang i gruppen. Når fagfolk fungerer godt sammen som team, er det viktig at de utfordrer hverandre på de ulike gruppene sine mentale modeller i forhold til tverrfaglig samhandling og kommunikasjon. På den måten kan man skape en større bevissthet om hvilke problem man står sammen om som team i hverdagen. Da kan man oppnå læring og utvikling ved å bruke de mentale modellene, stille spørsmål og få frem en felles refleksjon om dette. Hvis det er slik at det er for stort skifte

i teamene og i deres oppgaver, kan man gå glipp av denne utviklingen, noe som kan føre til et tap i forhold til læring i dette samarbeidet.

### 6.3 Felles visjon.

Det at de fleste av informantene har et ønske om en videre personlig faglig utvikling er positivt for en organisasjon. De fleste som ble spurt om dette i denne studien, ønsker å tilføre organisasjonen noe, men de kjenner seg begrenset av daglige oppgaver og gjøremål. De opplevde at det ikke var tid til annet enn å gjennomføre oppgavene som var satt opp på programmet. Hvis en organisasjon skal være en lærende organisasjon, må den i følge Senge(1991, s. 211) ha en felles visjon. I disiplinen felles visjon er utgangspunktet at hver og en har sin egen visjon. En felles visjon må i følge Senge (1991) være tilstede for å skape et felles mål. På den måten kan man ved hjelp av felles verdier tvinge frem nye handlemåter. Bak disse personlige visjonene ligger personlig mestring. Det å ha kultur for at teamene skal klare personlig mestring blir derfor en forutsetning for at de skal ha en felles visjon. Visjonen er ikke en løsning på et problem, og den kan komme fra ulike nivå i organisasjonen, ikke nødvendigvis fra toppen. Ved å ha en felles aktivitet, vil operasjonsteamet se på seg selv som en del av en større helhet som har felles mål. For å nå disse målene, må man argumentere og få andre med seg på dette. Visjonen blir klarere når den blir snakket om. Det er i følge Senge (1991, s. 211) få krefter som rommer mer styrke enn en visjon.

I denne studien har det kommet frem et engasjement fra de intervjuede om å være med å utvikle arbeidsplassen sin positivt. De ønsker å delta i en utvikling av en sterk og engasjert avdeling. Her blir det viktig at lederne legger til rette for at de personlige visjoner blir samlet til felles visjoner som står i forhold til overordnede mål i avdelingen. Det skal ikke være de ansatte sin lydighet til visjonen som skal være det overordnede målet med en felles drivkraft, men å avdekke et bilde av fremtiden som fremmer innsatsvilje og deltakelse. En slik visjon vil skape begeistring og være oppmuntrende (Senge 1991, s. 215).

I et operasjonsteam er det en mangfoldig relasjonell påvirkning mellom teammedlemmene. Det som læres her har tendens til å bli felleseie (Wadel 2002, s. 48). Teamet utvikler gjerne sin egen læringskultur. Det er, som i lagspill, oppskrifter på hvordan å utføre dette spillet. En viktig dimensjon blir å være åpen for det som blir sagt og bygge relasjonelle ferdigheter sammen med de andre teammedlemmene. Dette kan også gjøres ved øvelser både i

ferdigheter og samhandling i teamet. En felles visjon gir kraft til læring i en organisasjon (Senge 1991).

Flere av de intervjuede har meninger om hvordan forholdene må være for å kunne oppnå læring og samhandling i avdelingen. De opplever at det vil komme endringer som følge av at det er nødvendig. En av informantene pekte på behovet for flere operasjonsstuer, større dagkirurgisk enhet, og mer utstyr. Andre ønsket å være tilknyttet faste seksjoner, slippe å gå så mye vakter og endre arbeidssituasjonen sin så ofte. Dette er eksempler på praktiske forhold som kan bety noe for den enkelte sin læring. Men visjoner kan være mer dagligdagse mål man ønsker å skape sammen til en felles visjon. I personlige visjoner må man i følge Senge (1991) gi opp inngrodde synspunkt og erkjenne personlige og organisasjonsmessige svakheter. En felles visjon i et operasjonsteam tar utgangspunkt i det enkelte medlemmet i teamet sin visjon.

Operasjonsteamet sin målsetting vil være teamet sin felles visjon. Her vil det ha betydning hvor godt det enkelte teammedlem kommuniserer sine mål, eller om det enkelte teammedlem har sine personlige mål som virker inn på teamarbeidet (se kap.3.4 fig.7, s. 34). Mål kan også være knyttet til de ulike faggruppene sine mål. Teamet sine mål trenger ikke å være det samme som andre grupper i organisasjonen sine mål, eller organisasjonen sine overordnede mål. Visjoner virker ikke bare oppmuntrende og skaper begeistring i en organisasjon, men de skaper også felles overordnet mål og felles identitet på arbeidsplassen (Senge 1991, s.211).

I dette studiet kom det frem at informantene hadde ulike personlige mål for det å fungere i et operasjonsteam. Noen forholdt seg til det å gjennomføre oppgavene de ble tildelt på en best mulig måte. Andre hadde mål om at arbeidet de gjorde ikke skulle medføre forsinkelser andre steder i systemet. Noen av de intervjuede hadde ingen personlige målsettinger utover det å trives på jobb og oppleve at de fungerte best mulig i den rollen eller den jobben de var satt til å gjøre. I en lærende organisasjon er det i følge Senge (1991) det å skape en felles visjon eller felles mål det samme som å snakke med de ansatte om organisasjonen sine mål, og motivere dem til å ha personlige mål hvor de utvikler sin personlig mestring.

#### **6.4 Gruppelæring.**

I den fjerde disiplinen til Senge (1991) mener han at medlemmene utfyller hverandre i et samspill der de har felles mål og drar i samme retning. I gruppen er deres felles intelligens

større enn hver enkelt gruppemedlem sin evne. Gruppen sin visjon er en forlengelse av hver enkelt sin visjon.

Det man lærer kan taes i bruk og spredes til andre grupper i organisasjonen.

I et operasjonsteam bestående av ulike faggrupper, vil disse ha gjensidige læringsforhold og ulike roller i forhold til hverandre. Disse rollene skaper en dynamikk i læring og læringsadferd og læringsforhold (Wadel 2002, s. 46).

I et operasjonsteam foregår det en gruppelæring hvor de ulike faggruppene lærer til og fra hverandre i en samhandling (Wadel 2002). Dette skjer i dialoger gjennom denne samhandlingen. I denne dialogen har lederen en viktig funksjon i forhold til å organisere aktivitetene og lede diskusjonene. Det å balansere mellom dialog og diskusjon er i følge Senge ikke enkelt (1991, s. 250). I gruppelæring er diskusjonen dialogens motpart. Under en operasjon lar det seg vanskelig gjøre å presentere og forsvare forskjellige synspunkter. Dette bør om mulig vente til en anledning der det ikke er pasient tilstede. I en dialog kan man derimot presentere og forsvare sine synspunkter med det for øye å oppdage nye syn eller andre alternative løsninger.

Når pasienten kommer på stuen er operasjonsteamet mest opptatt av å ta imot pasienten, hilse på personen, snakke med han/henne og skaffe seg oversikt over situasjonen. Selv om mye av denne informasjonen finnes elektronisk, blir det også gitt informasjon av helsepersonell ved overlevering av pasienten. Dette er også en fin anledning til å komme i kontakt med pasienten, og bli litt bedre kjent med problemstillingen. Det er også en enkel kontroll av at opplysningene som følger pasienten er riktige. Hvis ikke pasienten klarer å gi denne informasjonen selv, er det som regel noen kjente eller pårørende som følger vedkommende inn på operasjonsstuen og kan gi denne informasjonen. Denne personen får være der til narkosen er gitt.

I fasen der pasienten blir lagt i anestesi, er det stille på stuen, og samhandlingen foregår mellom anestesilege og anestesisykepleier. Etter pasienten er lagt i narkose eller gitt anestesi, begynner operasjonspersonalet og eventuelt kirurg å legge til rette pasienten i forhold til den operasjonen som skal utføres. Det blir sikret at pasienten ligger godt og stabilt på bordet, ved hjelp av ekstra puter og støtter. Det blir sørget for at han/hun ikke blir avkjølt under operasjonen ved å montere varmelaken med varmluft. Dette gjør at pasienten har større



mulighet til å holde temperaturen under operasjonen. Deretter blir operasjonsområdet vasket og dekket sterilt, det sterile utstyret åpnet, klargjort og kontrollert, og det er klart til å starte operasjonen.

Informantene i denne undersøkelsen la vekt på fasen når de mottar ny pasient og får ny informasjon. De var veldig opptatt av å innhente riktig og nok informasjon i denne perioden. Teamet får en del av informasjonen om pasienten om morgenen når de går igjennom pasientlisten. Om det dukker opp ny informasjon under operasjonen, mente flere av informantene at det er viktig at alle blir kjent med denne informasjonen, enten den kommer fra andre avdelinger, eller fra lederne for faggruppene. Resten av informasjonen om operasjonspasienten som er nødvendig for å kunne gjennomføre inngrepet, får teamet når "Safe Surgery" skjemaet (se vedlegg 5) blir lest opp for hele teamet og pasienten. Her blir de mest nødvendige opplysningene gjennomgått og kvittert for.

Det er likevel slik at det kan dukke opp ny informasjon underveis i operasjonen som teamet må forholde seg til. Dette vil som regel påvirke flere faggrupper i operasjonsteamet. Et samarbeid i et tverrfaglig team vil kreve en kommunikasjon og dialog mellom de ulike faggruppene. Utveksling av informasjon er nødvendig også i forhold til sikkerheten og kvaliteten i situasjonen. En dialog er i følge Senge (1991, s. 236) en samhandling i en gruppe med felles mål, respekt for hverandres synspunkt og tillit til hverandre. Dialogen kan føre til at man kan samhandle og løse komplekse oppgaver. Hver og en gjør dette med sin kompetanse. De bruker hverandre og styrken i det at flere tenker bedre enn en. Ved hjelp av dialog og diskusjoner kommer de frem til løsninger og metoder i fellesskap.

Det er ikke som i en diskusjon, hvor synspunkt blir presentert og forsvart. Dette ble også hevdet fra en av informantene, at det ikke er riktig å diskutere inne på en operasjonsstue under en operasjon. Det vil skape for mye støy for kirurgen og resten av teamet.

I dialogen kan gruppen ved hjelp av fri og kreativ utforskning finne løsninger på vanskelige spørsmål utifra forskjellige vinkler. På den måten kan de utforske hverandre sine tanker, ved å lytte til andre sine synspunkter. Om gruppen er uenig, kan de sette av tid for å diskutere seg gjennom hva uenighetene går ut på. I diskusjonen vil gruppemedlemmene lytte til hverandre sine synspunkt og argumentere for disse. Under en operasjon er det ikke tid og anledning til

dette. Da bør gruppen være mest mulig samkjørt og enige om fremgangsmåter i forkant av handlingen.

Dialog og diskusjon kan være komplementære, og man må bevege seg bevisst mellom dette (Senge 1991, s. 240). Et operasjonsteam som mestrer det å skape et deltagende inkluderende samarbeid, der man tåler å ha ulike synspunkter, skaper et miljø for gruppelæring og utvikling. Konstruktive diskusjoner fører ofte med seg nye synspunkter og forslag til handlinger. Gruppemedlemmer som blir lyttet til og som kan uttale seg uten hensyn til hierarki eller frykt for å avsløre det de tenker, vil tilføre gruppen kunnskap, samtidig som de selv oppnår ny kunnskap ved å ta imot alternative synspunkt. Det er dette Wadel (2002) mener skjer i relasjoner hvor gruppemedlemmene som danner relasjoner til hverandre, lærer av hverandre (fig. nr.6, s. 31).

Lederen i gruppen blir viktig i en dialog. Under operasjonen er det kirurgen som har lederrollen i operasjonsteamet. Det er også kirurgen som har den høyeste faglige kompetansen. Derfor er det kirurgen som ofte blir gruppelederen i denne delen av operasjonen, og som etterspør dialogen der gruppemedlemmene blir utfordret til å komme med sine forslag eller refleksjoner rundt en problemstilling (Fig. 7, s. 34). Hvis det dukker opp problemstillinger der for eksempel hovedproblemet er innen anestesi, skifter denne rollen til at anestesilegen er gruppeleder, og er den som etterspør forslag og refleksjoner rundt en problemstilling.

I denne studien kom det frem at flere informanter ønsket trening i å utvikle samarbeid med dialog. Disse gruppeferdigheter bør de tilegne seg ved å trene sammen i en virtuell verden der tempoet kan økes og reduseres slik at man kan granske gamle fenomener. Her kan det lages spilleregler for dialog, og gruppemedlemmene kan oppfordres til å ta opp konfliktspørsmål som er vesentlig for gruppens arbeid (Klein, 2006). Her kan også trenes på prosedyrer, kommunikasjon, situasjonsforståelse og bruk av teknisk utstyr. Fordelene med simulering er at her har en tid til å gi teammedlemmene i operasjonsteamet en standardisert gjennomgang, og strukturert tilbakemelding om ferdighets- og kunnskapsnivå. Det gir også en tverrfaglig øving i samarbeid, ledelse, kommunikasjon, mønsterkjenning og beslutningstaking.



I følge Anesthetics' Non – Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0, hvor de tar for seg hva som er god og dårlig oppførsel i et operasjonsteam, kommer det frem hvor viktig samtalen mellom medlemmene i operasjonsteamet er både for overføring av informasjon og for at informasjonen når dem som skal motta denne. Det blir også påpekt hvordan adferd i team kan påvirke en samtale i et team. Tidligere forskning som f. eks Nement, C. (2004) viser hvor viktig det er å trene for å utvikle denne dialogen og samhandlingen. For å oppnå en slik utvikling kan det ikke være et sterkt fagbyråkrati slik som Mintzberg (1993) hevder, eller kultur med normer som er så styrende at de ulike faggruppene i teamet ikke tør å uttrykke hva de mener, eller opplever at de ikke blir hørt i en dialog.

I slike sammenhenger kan lederen påvirke kulturen i avdelingen ved eventuelt å lage en oppskrift på hvordan avdelinger kan utvikle læringsforhold, og motivere de ansatte til å nå personlige mål og utvikling på dette området. Ved å påvirke til en felles organisasjonskultur som verdsetter denne form for kommunikasjon og læring, vil det også medføre at organisasjonen utvikler seg. På den måten vil arbeidsgruppene utfylle hverandre på en best mulig måte og organisasjonen være mest mulig effektiv (Grønhaug, Hellesøy og Kaufmann 2007, s. 26)

Det at flere av informantene i studien opplevde usikkerhet i sine roller, og også usikkerhet i forhold til andres forventninger om deres roller, kan avklares i en felles treningssituasjon. Teamutvikling krever samordning i læring. Ideelt sett bør alle teammedlemmene ha kunnskaper om det som angår sakene teamet samarbeider om. I samhandling i et operasjonsteam er det i perioder en utfordring å tenke innsiktfullt på komplekse spørsmål. I en slik samhandling er det behov for innovativ og koordinerende handling, der gruppen kan opptre både spontant og samtidig på en koordinerende måte. Dette krever tillit blant teammedlemmene om at en vil opptre på måter der en utfyller hverandre (Senge 1991, s. 231). En gruppe som mestrer dette har grupperelasjon og fininnstilling og er et team som fungerer som en helhet. Medlemmene i et operasjonsteam kan ikke ha ulike mål og på den måten sløse med energi. Her tilstreber medlemmene en synergi i gruppen der man har en felles visjon og et felles mål, og medlemmene i gruppen kan utfylle hverandre.

I denne studien etterspør noen av informantene flere kurs for å tilegne seg mer kompetanse innen disse områdene. I følge Senge (1991), vil ikke individuell læring alltid gjøre utslag i

gruppen, men gruppelæring vil i følge Senge gi læring til andre i nærmiljøet (1991, s. 237). Gruppen sin læringen er en kollektiv disiplin som omfatter individuelle ferdigheter og forståelse, der man drar nytte av hele gruppen sin intelligens.

Det kom frem i studien at noen av informantene la vekt på at det ikke er kultur for å gjøre andre oppgaver enn de som er tilknyttet faggruppene. Kultur kan i følge Jacobsen og Thorsvik (2007) bidra til å fremme samarbeid gjennom standardisering av normer eller regler. Her kan en leder ved hjelp av god dialog og læringsledelse prøve å endre denne kulturen slik at ikke oppgaver som i dag er knyttet opp mot spesielle faggrupper er så fastlåste, men kan utføres av flere.

Operasjonsteamet kan ved hjelp av en dialog i gruppen, fokuserer på like årsaksfaktorer og forsøke å finne et felles mentalt bilde. Gruppen er avhengig av å ha et felles språk for å beskrive denne kompleksiteten som gjør at operasjonsteamet kan hanskles med kompleksiteten på en positiv måte (Bele, Glasø 2010, s.27). Ved å mestre å bruke et slikt system, vil det være kollektivt på tvers av faggruppene og en stor fordel for operasjonsteamet. Det vil også sikre en formell kommunikasjon i teamet, og ivareta pasienten sin sikkerhet både før, under og etter inngrepet.

Hver for seg har alle gruppe medlemmene i et operasjonsteam mye kunnskap i forhold til hva de skal gjøre og i forhold til pasienten som skal opereres. For å nytte denne kunnskapen bedre i utvikling og læring, er det nødvendig å ha felles arenaer der de ulike faggruppene får være kreative. I denne undersøkelsen kommer det frem at det finnes flere arenaer for dette. Foruten avdelingsmøter og fagmøter, arrangeres det også undervisning som foregår utenom arbeidstid. Det var mest vanlig at faggruppene ble oppdelt hver for seg, og at det ikke var stor interesse for å ha disse møtene i fellesskap. Det å få omfordelt kunnskap fra individuell til kollektiv kunnskap vil være et kritisk punkt i slike sammenhenger (Jakobsen og Thorsvik 2002, s. 337).

Informantene opplevde det som interessant å arbeide i team. De opplevde at de lærte av hverandre og at samarbeidet er dynamisk og utviklende. Et teamarbeid er i følge Wadel(2002) en form for praksisfellesskap der informasjon blir byttet mellom de ulike aktørene. Likevel sier Wadel (2002, s. 52) at læring i et praksisforhold vil variere mer enn i team enn i andre

arbeidsrelasjoner, for i et team har alle et læringsforhold til alle. I denne formen for samarbeid må alle faggruppene forholde seg til hverandre og ikke bare til sine egne faggrupper.

Hvordan teamet eller teamlederen er med å organiserer dagens gjøremål, vil ha betydning for om teamet får muligheten til å dele sin kunnskap med hverandre. Også hvordan teamet er sammensatt vil virke inn på hvordan gruppen jobber i lag. Det at teamet planlegger hvordan de skal gjennomføre oppgavene, fordele disse og hjelpe hverandre til å få oppgavene utført, vil ha mye å si for hvor god anledning der vil være til å bruke tid på å gjennomgå læringssituasjoner. Læringssituasjoner kan i dette tilfelle være å gå gjennom alternative metoder til å utføre oppgaver, nye instrumenter, eller evt. ta opp situasjoner man har vært gjennom eller spesielle operasjoner som skal foregå i nærmeste fremtid. Det at teamene varierer med hvem som jobber i lag, har sin styrke i det at flere blir kjent med hverandre og utvikler relasjoner til hverandre. Ulempen ved å ikke være i et fast operasjonsteam og på en fast seksjon, er at man ikke blir så godt kjent med hverandre og oppgavene, at man utvikler rutiner på oppgaver og samarbeidsmetoder. Så lenge det ikke er faste teammedlemmer i operasjonsteam, vil de ha mindre sjanse for å bli for like, eller isolerte eller hindret fra motforestillinger og informasjon.

Det å bli kjent med hva som er andre faggrupper i et operasjonsteam sine oppgaver, er viktig for å forstå faggruppene sine utfordringer og hva de gjør. Det ligger en del uformell læring ved at man samarbeider om felles oppgaver, og da er det av og til nødvendig å sette ord på dette. En god måte å gjøre dette på er å observere hverandre og gi en konstruktiv tilbakemelding på det som blir gjort eller det som mangler. I denne undersøkelsen var det noen av informantene som opplevde tilbakemelding på sine handlinger som kritikk. Dette opplevde de som mangel på aktelse og lite motiverende. De aller fleste savnet å få ros eller positiv tilbakemelding på arbeid de følte de hadde gjort godt, eller om de hadde stått ekstra på for å at teamet skulle bli ferdig med dagens gjøremål. Det å motivere er både i følge Wadel(2002) og Senge(1991) viktig for den enkelte sitt ønske om å lære. For å få en lærende organisasjon, vil læringsledelse og ledere som har evne til å lære fra seg på en pedagogisk måte og med god kommunikasjon og samhandling med personalet, være både inspirerende og motiverende for de ansatte, og gi dem en mulighet til å nå sine personlige mål.

Noe av det viktige i læring i team, foruten det å skape motivasjon og trivsel hos den enkelte, blir å jobbe for å få til en mest mulig feilfri organisasjon slik som Weick og Roberts (1993) beskriver i sin artikkel. Sikkerheten i samhandling i et operasjonsteam øker når medlemmene i teamet blir så trent i samarbeid og kommunikasjon at de kvalitetssikrer sin informasjon ved å be om tilbakemelding om informasjonen er forstått. Det er også en form for kvalitetssikring at medlemmene i et operasjonsteam vet så mye om hverandre sine funksjoner og gjøremål, at de klarer å følge hverandre gjennom samhandling under en operasjon, og at dette blir sikret gjennom god informasjon og kommunikasjon mellom teammedlemmene. Ellers er det en utfordring for ledere å skape en kultur der de ansatte opplever det som kjekt og motiverende å tilegne seg ny kunnskap.

## 6.5 Den femte disiplin

I denne studien kom det frem et ønske fra flere av de intervjuede om at de ville vite hvor langt de andre teamene var kommet i løpet av en dag. Dette begrunnet de mest med at det kunne påvirke deres situasjon om det ble forandringer i operasjonsprogrammet. Men det kan også være at de fleste tenker på seg selv som en del av et større system, der en skal bidra til å nå en slik målsetting. Det er denne helhetlige tenkingen Senge(1991, s. 269) mener vi må ha for å binde de fire andre disiplinene sammen gjennom måten man handler på og tenker. I en operasjonsavdeling vil dette si at når en setter i verk tiltak, må man også ha i tankene konsekvensene det får for pasientene og andre avdelinger i tilknytning til denne avdelingen. Utefra det Senge hevder, vil et uløst problem en plass i dette systemet bare forskyve seg videre ut og bli et problem som andre i tilknytning til dette systemet overtar (Senge1991, s. 270).

I de fleste team er i dag kompetansen til de ulike teammedlemmer så høy at de selv burde være i stand til å se sammenhenger og konsekvenser, og til å ta beslutninger. De er selv i stand til å se hvilke konsekvenser deres egne handlinger har for omgivelsene og systemet rundt dem. En forsinkelse i operasjonsavdelingen vil føre med seg at pasienten blir lenger på oppvåkningsavdelingen eller på dagkirurgisk avdeling, noe som igjen vil føre til en opphopning av pasienter på disse avdelingene i perioder. Det vil også føre til en forskyvning av bruk og sterilisering av instrumenter, noe som kan medføre ventetid for andre pasienter. Hvis det blir operert for mange pasienter i løpet av en dag, kan dette igjen medføre en oppsamling eller for mange pasienter på oppvåkningsavdelingen.

De fleste som jobber innenfor dette systemet, tilegner seg kompetanse i det å se sammenhengen i dette systemet. I intervjuene i denne studien kom det frem at de ansatte var bekymret for at det kunne oppstå forskyvninger i systemet som medførte forandringer andre steder i samme system. Det at teammedlemmene tenker i system, viser at det derfor ikke nødvendig med en detaljstyrt ledelse i teamene. Lederen kan heller fungere som en tilrettelegger, praktisk organisator, inspirator og retningsgiver. Det kan være en som hjelper teamet eller organisasjonen med å strukturere samarbeidet og få orden i oppgavene ved å involvere seg og engasjere gruppen i det arbeidet som skal gjøres. (Tjosvold 1997, i Jacobsen 1993, s. 38)

I denne studien kom det frem at flere ønsket individuelle kompetanseplaner som går utover de kompetanseplanene som er satt generelt for alle. Mange har sine interesseområder de ønsket å utvikle spesielt, men de opplever ikke det er tid eller økonomi til å kunne gjennomføre dette. Ved å unngå underbemanning på avdelingen, høyt tidspress, mangelfulle rutiner, utydelige prosedyrer og regelverk, mangelfull informasjonsflyt, hyppige avbrytelser, sviktende teamarbeid, svakheter i teknisk utstyr og dårlig interaksjon med teknisk utstyr, vil forholdene være bedre tilrettelagt for medlemmene i operasjonsteamene og sikkerheten for pasientene øke (Reason 1990, i Bakøy og Bjerkvik 2008).

I studien ble det påpekt av informantene at de kunne oppleve arbeidsdagen som stressende. De opplevde et økt fokus på antall pasienter, inntjening av DRG- poeng og reduksjon av utgifter. For operasjonsteamene vil målet være for mye dominert av å gjøre ferdig et oppsatt program i løpet av en gitt tid, der ingen pasienter skal strykes eller utsettes slik at man får ekstra utgifter. Slike forhold er ikke alltid gitt i denne sammenhengen. Det kan oppstå uforutsette problemer som ikke er planlagt på forhånd. Det kan for eksempel være ekstra operasjonspasienter på programmet, eller problem med utstyr og / eller forsinkelser. I et allerede bestemt tidsskjema kan slike faktorer virke stressende på enkelte personer, noe som også kom frem i denne studien at det gjør for enkelte av informantene.

Det er viktig for en leder å ha kjennskap til stresshåndtering og hvordan løse konflikter som kan oppstå i operasjonsteam. Hvis det ikke er mulig for teamlederen å løse problem som oppstår i et team, er det nødvendig at lederne i avdelingen kan hjelpe til med det. I et

teamarbeid er det et samspill både av kultur, mål, motiver, interesser, forventninger, ferdigheter og hvordan gruppen fungerer sammen. Alt dette vil påvirke gruppen sin evne til å danne sine mentale modeller og binde disiplinene sammen. I denne sammenhengen kreves det at lederen har evne til å kommunisere og har kjennskap til hvordan kommunikasjon virker på enkeltpersoner. Hvis lederen kjenner sine påvirkningsmuligheter og bruker disse på en grunnleggende pedagogisk måte, kan det være mulig å påvirke teammedlemmene sin adferd på en positiv måte i utvikling og søken etter ny kunnskap. Det at lederne, seksjonslederen eller teamlederen er villig til å involvere seg faglig, personlig, etisk og ledelsesmessig er nødvendig for utviklingen av samarbeidet i teamet. Kommunikasjonen mellom medlemmene i teamene blir også viktig. Det at man kontrollerer underveis at mottakeren av informasjonene har forstått det som blir sagt, og at medlemmene kjenner hverandres oppgaver og følger med hverandre for å sikre at det ikke skjer noen feil. Dette er det samme som at de tenker i system, og tenker over konsekvenser av handlinger, i tråd med Senge sine fem disipliner.

Det kom frem i intervjuene at hvordan teamlederen fungerer som leder og organisator, og sammensetningen i operasjonsteamene, har mye å si for hvordan dagens program ble administrert og gjennomført. I følge Jakobsen (1993) vil det være lettere for ledere å bygge et team om de mestrer det å diagnostisere hvordan situasjonen er i et team og hvordan å inspirere dem til å utvikle seg både faglig og i samarbeid. Det å ta seg tid til å lytte til det enkelte teammedlem sitt budskap, vil være et viktig tiltak for å oppleve et gruppefelleskap der medlemmene er enige om hva som skal gjøres.

Noen av informantene pekte på viktigheten av at pasientene kommer til operasjonsavdelingen til rett tid og at programmet og forberedelser og utstyr er godt planlagt i forkant. Blir blodprøver eller undersøkelser tatt for sent, blir også pasienten forsinket til sin operasjon. Dette er noe både lederne og teamlederne har oversikt over i løpet av dagen. Disse opplysningene er også tilgjengelig for alle i operasjonsteamet elektronisk. Ellers vil det være kommunikasjon mellom de ulike avdelingene, ledere og operasjonsteamene fortløpende gjennom dagen, der avdelingene følger med hverandre og hvor langt de er kommet i programmet. Dette er også opplysninger som er tilgjengelig for operasjonsteamet elektronisk. De fleste av informantene opplevde at de var opptatt av hvor de var i dette systemet i løpet av en dag. De pekte på forhold som kunne påvirke og endre deres system. Dette kan for



eksempel skje ved forsinkelser eller pasienter som må vente eller at det er brukt mer utstyr enn planlagt slik at man må vente til dette er vasket og autoklavert om igjen.

Det kan være vanskelig å legge inn tid til refleksjoner og læring i løpet av et oppsatt program. I denne organisasjonen hvor undersøkelsen er gjort, har de likevel to skoletimer i uken til rådighet til å gjennomgå slike forhold. Det blir derfor en utfordring for lederne å bruke tiden de har til rådighet til å tenke helhetlig, slik at man kan tilstrebe en lærende organisasjon. Hvis den enkelte medarbeider lærer å se seg selv som en del av et større system, vil de i følge Senge(1991, s. 269) lære seg å tenke helhetlig. Senge viser til at endrer man noe i en del av systemet, vil dette medføre endringer andre steder i samme system. Dette gjelder også i endring av organiseringen av en arbeidsdag i en operasjonsavdeling.

Hvis målet for avdelingen skal være forenlig med målet sykehusene har, noe de er blitt pålagt å utføre fra helseforetakene, nemlig å behandle flere pasienter innenfor samme økonomiske ramme som før, vil dette medføre en travlere hverdag for de ansatte på sykehusene. Det vil igjen medføre flere operasjoner utført innenfor samme tids- og personalrammer som tidligere. Dette økte kravet om effektivitet eller produktivitet, vil nødvendigvis medføre en del endring i måten å utføre de samme oppgavene som før, men innenfor kortere tidsbruk. (Jacobsen 1993, s.19).

I systemtenking er det viktig å se alle disiplinene i en sammenheng. En leder i en operasjonsavdeling som ønsker positiv utvikling av samhandling i operasjonsteamene, må se dette systemet som en helhet der hver del virker inn på hverandre, for å kunne legge til rette forholdene for videre utvikling av denne delen av organisasjonen.

## **7.0 Konklusjon og videre forskning**

### **7.1 Oppsummering og konklusjon**

Teamarbeid i en operasjonsavdeling er utifra informantene i denne studien sin uttalelser både utfordrende og interessant. Det er utfordrende i forhold til at det krever at det enkelte teammedlem må ha nødvendig kunnskap og kompetanse om de oppgavene man skal utføre, og det er interessant med dialogen og dynamikken som er i denne samhandlingen mellom teammedlemmene.

I analysen i den kvalitative undersøkelsen av hvordan lederne bør legge til rette forholdene for læring og samhandling i et operasjonsteam, er det gjengitt uttalelsene til 14 personer som er intervjuet i denne undersøkelsen. De har pekt på viktige forhold som de mener er nødvendige for at lederne i operasjonsavdelingen kan legge til rette forholdene for utvikling og læring i et operasjonsteam. Disse uttalelsene er drøftet opp mot teoridelen i denne oppgaven.

Denne undersøkelsen viste at alle de intervjuede likte å jobbe i et operasjonsteam. Flere av dem ønsket seg mer stabilitet ved å være i samme teamet og i samme seksjon over en viss tid, slik at man kunne oppleve det å bli bedre kjent med dem man jobber sammen med, og med de spesielle oppgavene som er knyttet til denne seksjonen.

Noen opplevde uklarhet i forhold til hva som ligger i teamlederrollen, og hva som er forventet av de ulike rollene i et operasjonsteam. De fleste var enige om at teamlederrollen kan sirkulere mellom teammedlemmene, der disse har ansvaret for organisering og fordeling av oppgavene inntil kirurgen overtar denne funksjonen når operasjonen starter.

For at teammedlemmene kan ha muligheten til å få oversikt faglig og i samarbeidet med kollegaer, ble det pekt på flere nødvendige faktorer som må være tilstede for at dette skal kunne skje. Det er blant annet viktigheten av god informasjon, kommunikasjon, avtalte pauser, god logistikk, organisering og fordeling av oppgaver og pasienter og det at faggruppene kan hjelpe hverandre i oppgaver på tvers av fagområder hvis dette er et behov. Det ble også pekt på lederen sin rolle i forhold til å sette sammen team med kvaliteter som passer sammen. Tilrettelegging av gode læringsforhold og utvikling av samhandling i teamene burde ifølge informantene trenes på i situasjoner der man har tid til å reflektere og gi konstruktive tilbakemeldinger. Det at operasjonsteamet øver seg i å føre en dialog, vil utifra informantene føre til at de mestrer bedre det å argumentere for sine meninger og få gjennomslag for disse. Ønsket om personlig utvikling og egne kompetanseplaner er noen av de områdene informantene mente må være tilstede for å oppnå læring og utvikling i organisasjonen.

Ellers ble det pekt på viktigheten av kontinuerlig faglig påfyll ved å bruke anledninger som avdelingsmøter, undervisningstid, eller undervisning i fritid. De fleste så det som viktig at det blir gitt anledning til å gå gjennom situasjoner fortløpende hvis det er behov for det. Det å ha tid og kompetanse til å undervise og veilede studenter som er i praksis ved denne avdelingen, er også et område som flere ønsket å ha tid og kompetanse i.

Det å være en avdeling i læring vil være en kontinuerlig streben etter ny kunnskap og utvikling. Det er en organisasjon der man klarer å se sammenhengen mellom teori og praksis og se forhold som påvirker hverandre i system. Problemene for medlemmene i operasjonsteamene er at de innenfor en gitt tidsramme bør utføre oppgaver med høy kvalitet og sikkerhet, samtidig som det er andre oppgaver som undervisning og veiledning av annet personale. For å kunne utføre slike oppgaver så godt som mulig vil det ofte medføre et eget ønske om personlig mestring hos et medlem i et operasjonsteam.

## 7.2 Videre forskning.

De funn som er gjort i denne oppgaven fører med seg noen områder som kan være fristende å få opplysninger om i fremtiden. Her er noen forslag til videre forskning:

- 1) Det å utføre en kvalitativ undersøkelse om samme temaet, ville kanskje gi større bredde i opplysningene enn det som er kommet frem i denne studien. Denne studien kunne man også utvide til å gjelde andre helseforetak. Her kunne det også vært interessant å gjøre en sammenligning mellom de ulike helseforetakene og se om det er noe som fungerer bedre eller dårligere i organisering og administrative forhold mellom de ulike stedene. Det er også mulig å utføre en kombinasjon av en kvalitativ og en observerende undersøkelse mellom ulike avdelinger i ulike helseforetak. Direkte observasjon av hvordan medlemmer i team løser sine oppgaver vil mest sannsynlig gi helhetlig innsikt og forståelse i forhold til hvordan det er å være i et operasjonsteam og hvilke utfordringer disse står overfor og må finne løsninger på.
- 2) Det kunne også være aktuelt å gjennomføre en studie i om andre avdelinger har samme erfaringer med teamarbeid og det å lære og utvikle seg i team og samarbeid. Dette kan være interessant for å finne ut om holdninger til utvikling og læring i sykehusavdelinger er ulike i andre avdelinger eller faggrupper i organisasjonen.
- 3) En problemstilling som har nær tilknytning til denne studien, er om kravet til økt effektivitet i sykehusene påvirker kvaliteten av behandlingen av pasientene. Dette er en undersøkelse som både kunne vært utført kvalitativt og kvantitativt, og både hos de ansatte og pasientene. Her kan man få frem hvordan de ansatte opplever at deres arbeidsdag blir påvirket av at flere pasienter har kortere liggetid på sykehusene. Ved å



bruke spørreskjemaer til ansatte på ulike avdelinger, og foreta intervju kan man få et bredere bilde av hvilke problem slike endringer fører med seg i sykehusavdelingene.

## 7.1 Avslutning

I årene som kommer vil det bli enda større utfordringer for sykehusene. Kravene til kunnskap og personlig mestring vil øke proporsjonalt med utviklingen av teknisk utstyr og metoder hos de ansatte. Samtidig vil det ikke bli mindre krav i forhold til den økonomiske driften i helseforetakene. I tillegg er de fleste brukerne godt vant med helsetilbud i nærheten av bosted, noe som ikke alltid er mulig å gå med på for politikerne. Det vil derfor på sikt bli et spørsmål om å få mest ut av hver helsekrone. Hvis sykehusene prioriterer kvalitet gjennom godt kvalifiserte faggrupper i helsesektoren og godt medisinsk utstyr, vil dette medføre at sykehusene forsetter å utvikle seg som kunnskapsbedrifter. Dette vil igjen føre med seg et krav til den enkelte helsearbeider når det gjelder personlig faglig utvikling.

Utgangspunktet for helsebedriftene for å utvikle personalet er å sørge for at flest mulig får lære av den kunnskapen som allerede er i organisasjonen. Det å stimulere til læring og utvikling vil fortsatt være en viktig lederoppgave. Utvikling av teamarbeide i denne sammenheng vil stå sentralt. Det vil derfor bli en utfordring for lederne å lage rom og muligheter for utvikling av fagpersoner og team i sykehusene i fremtiden.

## Litteraturliste

Alvesson, Mats (2001): ” *Understanding organisationell culture.* ”  
London: SAGE Publications.

Amundsen, Marthe (2008) Artikkel: ”Organisasjonskultur”.  
<http://nexus.student.no/files/afs/kunnskap/Organisasjon%20og%20ledelse/Orgkultur>

Andersland GK (1993): *Service, kvalitet, ledelse*, i Lahnstein G red (1993): *Kvalitet i helsetjenesten*. Universitetsforlaget, Oslo

Andersland R. S (1999): *Effektivt nok? Hvordan har krav til effektivitet og produktivitet påvirket sykepleietjenesten i operasjonsavdelingen?* Hovedoppgave ved Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.

Andreaa, Inger (1999): *Relasjoner i teamarbeid*. Notem Gyldendal, Oslo

Argyris, C og DA Schön (1996): Part I An Introduktion to Organization Learning. 1  
*Organizational learning II: theory, method, and practice*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, c1 996

Bele E, Glasø L (2010): ”*Tverrfaglige team- et tveegget sverd?*” *Magma*. Årgang 13.0210.s 27-35, Oslo

Brun W. Ekornås B., Kobbeltvedt T, et al. (2003): *Betydningen av felles mentale modeller i operative team*. Norsk militært tidsskrift nr. 11

Bukve, Oddbjørn (2009): *Styringsdialog- styring eller dialog. Om vilkåra for samhandling ved fleirnivåstyring*. *Norsk statsvitenskaplig tidsskrift* 2009:1

Baugstad Ingeborg og Sørsveen Åge (2006): ”*Ledelse i hverdagen*”.  
[www.ledelsepånorsk.no](http://www.ledelsepånorsk.no). Com-project. Trykk: PDC Tangen AS (2006)

Bjerkvik C og Bakøy E (2008): "Hvordan oppnå bedre pasientsikkerhet og færre feil: En oversikt over forekomst, kompleksitet og intervensjon" Studentoppgave Medisinske fakultet Universitetet , Bergen.

Brun W. Ekornås B. Kobbeltveit T, et al. (2003): "Betydningen av felles modeller i operative team." Norsk militær tidsskrift nr 11.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. (1991): "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients". Result of Havard practise Study i Engl J Med, 324:370-6.

Dale, E. L. (1999): *Utdanning med pedagogisk profesjonalitet*, Ad notam Gyldendal, Oslo (utdrag).

Dale, Ranveig og Thorsen, Kirsten (2004): "Velferdstjenester i endring – Når politikk blir praksis" Fagbokforlaget, Bergen

Fog Jette (1997): *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervju*. Akademisk forlag, København.

Davies J. M. (2005): *Team communication in the operating room*. Acta Anaesthesiol. Scand. 49: 898-901

Fog, Jette (2004): *Med samtalen som utgangspunkt*. Akademisk forlag, København

Fuglestad, o. I og S Lillejord (1997): (red.)" *Pedagogisk ledelse. Et relasjonelt perspektiv*". Fagbokforlaget, Bergen . Utdrag.

Flin R, Fletcher G Garvin R et al. (2003): *Anaesthetists' Non-Technical Skills(ANTS) System Handbook v1.0* UK University of Aberdeen .Tilgjengelig hos: [www.abdn.ac.uk/jprc/ants](http://www.abdn.ac.uk/jprc/ants)



Gilje, N og Grimen, H (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget, Oslo

Grønhaug K, Hellesøy O, Kaufmann G (2003): *Ledelse i teori og praksis*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen

Glosvik, Ø: (2002): Om læring på ulike nivå i organisasjoner. *Norsk vitenskaplige tidsskrift (Vol 18 117-114 Universitetsforlaget 2002)*. (24s.)

Gordon J.A., Oriol N.E., Cooper J.B. (2004): *Bringing good teaching casis"to life": A simulator-based medical education service*. Acad Med 79:23-7

Grønmo, Sigmund (2004): *Samfunnsvitenskaplege metoder*. Bokforlaget, Bergen

Halvorsen, Knut (2005): *Grunnbok i helse og sosialpolitikk*. 3. utgave. Universitetsforlaget, Oslo

Jakobsen, Dag Ivar og Thorsvik, Jan (1997): *"Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse"*. Fabrikkforlaget, Bergen

Jacobsen, Dag Ingvar (1993): Hvorfor samarbeid er så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad, P(red) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Tano, Oslo

Kaufmann G og Kaufmann B (2003): *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Fagbokfolaget, Bergen

Klein G. (2006): *The strengths end limitations of teams for detecting problems*. Cogn Technol Work: 8:227-36

Kvale S (2002): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Kvåle, Gro og Wæraas, Arild (2006): *"Organisasjon og identitet"*, Det Norske Samlaget, Seksjon høgere utdanning, Oslo.

Lauvås K. og Lauvås P. (1994): *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Tano, Oslo

Larsen, Rolf Petter (1998): *Teamutvikling. Teambygging og teamarbeid*. Cappelen Akademiske forlag, Oslo

Levin, Morten og Klev, Roger (2002): *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Fagboklaget, Bergen

*,Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.:(2005, sist endret 2006)*

*Lov om helsepersonell mv.(1999,sist endret 2003)*

*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.:(1999, sist endret 2003).*

Malterud K (1999)(1996): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Tano Aschehoug, Oslo

Mintzberg, Henry (1993): *Structure in Five: Designing effektive organizations*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.

Nemeth C, Cook RI, Patterson A et al. (2004): *Afterwords: The quality of medical accident investigations and analyses. Proceeding of the Human Factors and Ergonomics Society National Conference, New Orleans*.

NOU 1997:2: *Pasienten først!* Ledelse og organisering i sykehus. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

NOU 1972:25: *Kompetanse*. Grunnlaget for en helhetlig etter – og videreutdanningspolitikk

Opstad, Leif (2003): *"Økonomisk styring i helse og sosialsektoren"* 2. utgave: Gyldendal Akademisk forlag, Oslo

Repstad Pål (2004): *"Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis"*. Universitetsforlaget, Oslo

Ringdal, Kirsten.:(2007): *"Enhet og mangfold."* Bergen, Fagbokforlaget 2. Utgave.

Rørvik, Kjell Arne (2007): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundredets organisasjon.* Universitetsforlaget Oslo

Shein, E (1994): *"Organisasjonskultur og ledelse"*. København: Valmuen.

Schön, D A (1991): *The reflective practitoner. How professionals think in action.* Aldershot: Avebury, utdrag.

Senge, Peter M (1991): *"Den femte disiplinen."* Hjemmets bokforlag, Oslo.

Senge, Peter M, mfl. (Charlotte Roberts, Richard B. Ross, Bryan J. Smith, Art Kleiner) (1994): *"The Fifth Discipline, Fieldbook"*. British Library Cataloguing in Publication Data, Nicholas Brealey Publishing, London.

Skjørshammer, Morten (2004): *"Bedre planlegging i helsesektoren i et systemisk perspektiv"* Høyskoleforlaget, Oslo

Smith-Jentsch KA, Johnson JH, Payne SC (1998): *American Psychological Associations .Making decisions under stress :implications for individual teamtraining,s.61-87.* Cannon-Bowers, Washington.

Stamsø, Mary Ann (2005): *"Velferdsstaten i endring. Norsk helse og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre."* Gyldendal forlag, Oslo

Strand, T (2000): *Ledelse, organisasjon og kultur.* Fagbokforlaget, Bergen

Svedberg, Lars (2003): *Gruppepsykologi. Om grupper, organisasjon og ledelse.* Abstrakt forlag, Oslo

Thagaard, Tove.: ”Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.”  
Fagbokforlaget, Bergen

Ulleberg, Inger (2004): “Kommunikasjon og veiledning” Universitetsforlaget, Oslo

Undre Shabnam, FRCS et. al (2006): *Observation Assessment of Surgical Teamwork: A Feasibility Study*. World J. Surg (2006) 30: - 1774-1783

Undre et. al (2006): *Teamwork in the operatin theatre: cohension og confusion ?* Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12, 2, 182-189

Undre et. al (2007): *Multidisisciplinary Crisis Simultations: The Way Forward for Training Surgical Teams*. World J. Surg (2007) 31: 1843-1853

Undre et. al (2007): *Observational Teamwork Assessment for Surgery (OTAS): Refinement and Application in Urological Surgery*. World J. Surg (2007) 31:1373-1381

Wadel, Cato.(2002): Læring i lærende organisasjoner. Seek a/s, Flekkefjord

Wadel, Cato(1997): *Pedagogisk ledelse og utvikling i læringskultur*. I: Fuglestad, o. og Lillejord, S(red) *Pedagogisk ledelse*. Fagbokforlaget, Bergen

Weick K og Roberts K. (1993) :”*Collective Mind in Organisations: Heedful Interrelating on Flight Decks*.” *Administrative Science Quarterly*, Vol 38, No. 3 (Sept, 1993) pp. 357-381, Johnson Graduate School of Management, Corell University

Wenger, E. (1998): *Communities of practise. Learning, Meaning and Identity*. Cambridge university Press: Cambridge.

[www.ctlabs.org](http://www.ctlabs.org).

[www.tryggpatient.dk](http://www.tryggpatient.dk).

Øgard Petter og Hovland Tove (2004): *Mellom kaos og kontroll: ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Søknad til avdelingssjef

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Forespørsel til informantene om å delta i studien

Vedlegg 4: Informert samtykke

Vedlegg 5: "Trygg Kirurgi" eller "Surgical safety checklist", kontrollskjema før, under og etter en operasjon.

Vedlegg 6: Intervjuguide



Til avdelingssjef ved operasjonsavdelingen ved .....sykehus

Navn:.....

**Forespørsel om løyve til intervju til masteroppgave.**

Jeg ber herved om lov til gjennomføre noen intervju blant de ulike faggruppene i et operasjonsteam ved operasjonsavdelingen på dette sykehuset i forbindelse med min masteroppgave. Jeg har tenkt å intervju 12-14 ansatte fordelt i to helseforetak. Formålet med studien er å finne ut hvordan ledere kan legge til rette forholdene for læring og utvikling i et operasjonsteam. Alle opplysninger er konfidensielle og anonyme, og vil bli slettet etter undersøkelsen er gjennomført. Informantene blir opplyst om at de kan trekke seg fra undersøkelsen når de måtte ønske det i den tiden undersøkelsen pågår. Oppgaven er forventet å være ferdig i juni 2010.

Studiet er meldt til personvernet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste A/S.

Veileder av oppgaven er Øyvind Glosvik, Dr. Polit, førsteamanuensis, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Er det spørsmål angående denne henvendelsen kan jeg kontaktes på adressen under eller telefon:.....

Med vennlig hilsen

Sissel Kristoffersen, Adresse og telefonnummer.



Øyvind Glosvik  
Avdeling for økonomi, leing og reiseliv  
Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Postboks 133  
6851 SOGNDAL

Vår dato: 23.11.2009

Vår ref: 22961 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22961

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

*Operasjonsteamet - eit effektivt samarbeid med pasienten i sentrum*

*Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens overste leder*

*Øyvind Glosvik*

*Sissel Kristoffersen*

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

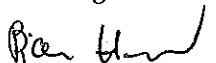
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Sissel Kristoffersen, Skipardalen 14, 6900 FLORØ

**Forespørsel og informasjon om intervju til masteroppgave**

**Tittel: Hvordan kan en leder legge til rette forholdene for læring og samhandling i et operasjonsteam?**

I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å gjennomføre noen intervju blant de ulike faggruppene i et operasjonsteam ved to sykehus i to helseforetak. Formålet med studien er å finne ut hvordan ledere kan legge til rette forholdene for læring og utvikling i et operasjonsteam. Jeg ønsker å finne ut hvordan det er mulig at teamarbeid på en operasjonsstue fungerer best mulig, samtidig som pasienten er fornøyd med behandlingen han får.

Intervjuet vil inneholde spørsmål om hva de ulike faggruppene legger vekt på i samhandling i et operasjonsteam, og hvordan man kan utvikle samarbeid og læring i et operasjonsteam.

Intervjuet vil ta omtrent en time. Spørsmålene vil bli presentert på forhånd.

Alle opplysningene er anonyme. Jeg vil bruke opptaker slik at det er mulig å høre intervjuene om igjen. Intervjuene vil bli skrevet ned og sendt til deg for godkjenning før jeg bruker dette videre.

Det er selvfølgelig frivillig å delta, og du kan når som helst og uten forklaring trekke din deltakelse tilbake. Oppgaven skal etter planen være ferdig i juni 2010, og da vil dette materialet bli slettet.

Studiet er meldt til Personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste A/S.

Veileder i oppgaven er Øyvind Glosvik. Dr. polit, førsteamanuensis, Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Er det spørsmål i tilknytning til denne henvendelsen, kan jeg kontaktes på adressen under.

Med vennlig hilsen

Sissel Kristoffersen, Adresse og telefonnummer.

Informert samtykke

Jeg er blitt informert om denne studiens hensikt og gjennomføring.

Jeg er kjent med at min deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst og uten forklaring kan trekke min deltagelse i studien.

Jeg er også kjent med at intervjuet og opplysninger er anonyme og konfidensielle, og at de ved publikasjon holdes anonyme. Etter oppgaven er ferdig blir alt datamaterialet makulert.

På dette grunnlaget er jeg villig til å stille til intervju.

Deltakerens navn:

Dato:

**Safe Surgery, Sjekkliste for Trygg Kirurgi**

Denne norske sjekklisten bygger på WHO's "Surgical safety checklist"

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> i den utgaven som er laget for England og

Wales <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/>

**Norsk enhet for pasientsikkerhet** har sett igjennom sjekklisten sammen med to helseforetak på Vestlandet, og den har vært på høring i fagmiljøene i Norge. Sjekklisten dekker ikke alle mulige problem. Listen kan tilpasses lokale behov, men den bør ikke ha for mange punkt.

**Kunnskapssenteret, Pasientsikkerhet, Norsk enhet for pasienttrygghet**

**Forberedelse**

Før innledning av anestesi.

**1) Har pasienten bekreftet?**

- Identitet
- Operasjonsfelt
- Type inngrep
- Implantater

**2) Er operasjonsfeltet merket?**

- Ja
- Ikke aktuelt

**3) Er anestesisjekk gjort og medikament kontrollerte?**

- Ja

**4) Har pasienten:**

**Kjent allergi?**

- Ja
- Nei
- 

**Vanskelige luftveier /risiko for aspirasjon?**

- Ja, og utstyr/ assistanse er tilgjengelig
- Nei

**Risiko for mer enn 500 ml blodtap?( over 7 ml/kg hos barn)**

- Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig
- Nei

**Risiko for hypotermi (tap av kroppstemperatur)?**

- Ja, og tiltak er planlagt eller satt i verk
- Nei

**Er nødvendig bilde-informasjon tilgjengelig?**

- Ja
- Ikke aktuelt

**Operasjonsstart**

**1) Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?**

1) Ja

**2) Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:**

- Hva heter pasienten?
- Hvilken prosedyre, operasjonsfelt og – side er planlagt?
- Ligger pasienten i rett leie?

**3) Gjennomgang av farlige hendelser:**

**Kirurg:**

- Hva er forventet blodtap?
- Er det særlige risikofaktorer teamet bør vite om?
- Er det behov for særlig utstyr eller ekstra undersøkelser?
- Hvor lang tid regner man med at operasjonen vil ta?

**1) Anestesilege og anestesisykepleier:**

- Hva er pasienten sin ASA- klassifikasjon (Hvor frisk pasienten er til å klare å gjennomgå en operasjon)?
- Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?



## **2) Operasjonssykepleier:**

- Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikator)?
- Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?

## **6) Særlige infeksjonsforebyggende tiltak.**

- Ikke aktuelt
- Er antibiotikaprofylakse (forebyggende antibiotikabehandling) gitt i løpet av de siste 60 minuttene?
- Er tiltak for å forebygge hypotermi (tap av kroppstemperatur) satt i verk?
- For pasienter med diabetes (sukkersyke): Er blodsukkeret innenfor normalområdet?

## **7) Er tromboseprofylakse gitt?( forebyggende behandling mot blodpropp)**

- Ikke aktuelt
- Ja
- Nei: Hvorfor:

## **Avslutning:**

### **Teamet gjennomgår muntlig:**

- Hvilket inngrep er gjort?
- Stemmer tallet på instrument, kompresser /duker, nåler og annet utstyr (eller ikke aktuelt)?
- Er prøvematerialet rett merket(inklusive pasientens identitet) og lagt på rett medium?
- Har det vært problem med utstyret, det vil si problem som skal meldes fra om?
- Hva er viktig postoperativ behandling for denne pasienten?

### Intervjuguide

Spørsmålene i intervjuguiden er inndelt etter de tre spørsmålene problemstillingen er delt opp i.

A) **Hvilke forhold virker inn på samhandling og læring i et teamarbeid?**

- 1) Hva synes du om teamarbeid og det å være en del av et team?
- 2) Hvordan opplever du din rolle i teamet?
- 3) Hvordan opplever du teamlederrollen?
- 4) Hvordan opplever du at andre oppfatter sin rolle i teamet?
- 5) Hvilke forventninger har du til at et godt fungerende team skal kunne fungere?
- 6) Hvilke forhold påvirker samhandling og læring i et operasjonsteam?
- 7) Hvilke muligheter er det for undervisning og veiledning av teammedlemmene gjennom en arbeidsdag?

B) **Hva må til for at kommunikasjon og informasjon skal fungere best mulig i et teamarbeid?**

- 1) Hvordan skaffer operasjonsteamet seg den nødvendige informasjonen om pasienten før operasjonen?
- 2) Hvem har ansvaret for at informasjonen blir gitt til teammedlemmene?
- 3) Hvordan blir det sikret at alle teammedlemmene har den nødvendig informasjon om pasienten før operasjonen starter?
- 4) Hvordan foregår kommunikasjonen mellom teammedlemmene på operasjonsstua under en operasjon?
- 5) Blir det fokusert på kommunikasjon og dialog i et operasjonsteam?
- 6) Hva mener du bør gjøres for at teammedlemmene skal bli bedre i å kommunisere eller føre en dialog?

C) **Hvordan kan lederne legge til rette forholdene for læring og samhandling i operasjonsteamene?**

- 1) Hvilke forhold mener du bør ligge til rette for at et teammedlem skal kunne oppleve mestring i fag og samhandling i et operasjonsteam?
- 2) Hvilke forhold må lederne legge tilrette for operasjonsteamet for at de kan ha et godt samarbeid og oppleve situasjonen som tilfredsstillende både for operasjonsteamet og pasienten?
- 3) Hvem synes du bør være teamleder i et operasjonsteam?
- 4) Hvordan kan ledelsen legge til rette for utvikling og læring i samhandling og fag i et operasjonsteam?