

Udviskede professionsgrænser –
interprofessionelt samarbejde mellem
læger og sygeplejersker inden for
klinisk anæstesi

Anne-Marie Gran Bruun
Anne-Marie Grell Ulrik

Master of Public Health

MPH 2008:4



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Udviskede professionsgrænser – interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anæstesi.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-40-5



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Udviskede professionsgrænser – interprofessionelt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anæstesi				
Författare				
1. Anne-Marie Gran Bruun 2. Anne-Marie Grell Ulrik				
Författarens befattning och adress				
1. Leder for videreuddannelse. Højskolen i Vestfold, 3103 Tønsberg 2. Ledende overlæge. Svalehøjvej 1, 5800 Nyborg				
Datum då uppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
2008-03-07			Forskningschef Rikard Eriksson	
Antal sidor	Språk – uppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
57	Dansk	Dansk, Engelsk	1104-5701	978-91-85721-40-5

Sammanfattning

Studiet har haft til formål at undersøge, hvorledes to fagprofessioners rolleopfattelse påvirker deres arbejde og indbyrdes relation inden for klinisk anæstesi. Der er valgt et kvalitativt afsæt med et salutogenetisk perspektiv med hovedvægt på at skabe et billede af forventningerne til den gode fagprofessionelle og det gode samarbejde. Samtidig afdækkes forskellige potentielle konfliktfelter. Rolleopfattelsen fremstår som et handlingsideal, der har fælles træk uafhængigt af professionsbaggrund. Der synes at være god overensstemmelse mellem professionernes forventninger til rolle og mandat. Dette kan danne basis for et godt samarbejde, men samtidig skabe grobund for konflikter. Der afdækkes en anerkendelse af værdien af begge fagprofessioners spidskompetencer i mødet med patienten. Typen af samspil mellem professionerne er afhængig af opgavernes karakter samt deltagernes personlighed og erfaringer. Overføring af opgaver til den anden profession kan opfattes som en provokation mod professionernes integritet. Hierarki og revirbeskyttelse synes at kunne give anledning til en vis rigiditet i arbejdets organisering. Viden og færdigheder udveksles på tværs af professionerne. Dette islæt af empowerment synes at resultere i en unik kollegialitet og binding. Ingen af de fagprofessionelle ønsker at arbejde i en monofaglig kontekst. Men den udtalte overlapning kan give anledning til mellem menneskelige udfordringer i forhold til både at give hinanden rum samtidig med, at man kræver plads til egne kompetencer og værdier.

Nyckelord

interprofessionelle relationer; professionsrolle; revir; hierarki; empowerment



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Blurred occupational boundaries – Inter professional co-operation between doctors and nurses in clinical anaesthesia				
Author 1. Anne-Marie Gran Bruun 2. Anne-Marie Grell Ulrik				
Author's position and address 1. Leder for videreutdannelse. Højskolen i Vestfold. 3103 Tønsberg 2. Ledende overlæge. Svalehøjvej 1. 5800 Nyborg				
Date of approval March 7, 2008			Supervisor NHV/External Director of Research Rikard Eriksson	
No of pages 57	Language – essay Danish	Language – abstract Danish, English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-40-5

Abstract

The study has had the purpose of examining how the self-perception of two professions affects their work and mutual relation in the area of clinical anaesthesia. A qualitative starting point with a salutogenetic perspective has been chosen with emphasis on creating a clear picture of expectations about what is good professionally and what is good teamwork. Concurrently, different potential areas of conflict are uncovered. The perception of roles appears as an ideal about how to act, which has common features independently of professional background. There appears to be good accordance between the different professions and their expectations of roles and mandate. This can create a basis for good co-operation, but at the same be a cause of conflict. Acknowledgement of the value of both professions' core competences in dealing with patients is uncovered. The type of teamwork between the professions is dependent on the character of the assignment as well as the participants' personality and experience. Transferral of assignments to the other profession can be seen as provocation against the integrity of both professions. Hierarchy and turf-protection appears to give rise to certain rigidity in the organisation of the work. Knowledge and skills are exchanged across the professions. This strain of empowerment seems to result in a unique collegiate spirit and binding. Neither of the two professions want to work in a mono professional context. But the pronounced overlap can give rise to inter-human challenges in connection to giving each other space while also demanding room for one's own competencies and values.

Key words

interprofessional relations; professional role; territoriality; hierarchy; empowerment

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE.....	3
INTRODUKTION	5
BAGGRUND OG TEORI.....	5
En sundhedsfremmende arbejdsplads	5
Den anæstesiologiske arbejdsplads.....	7
Professionalisme	8
Interprofessionelle relationer.....	9
Samspil i team.....	11
Revir.....	13
Hierarki.....	14
Genusperspektivet.....	15
FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL	17
METODE	17
Valg af metode.....	18
Valg af interviewpersoner	18
Forberedelse af interview	19
Gennemførelse af interview.....	20
Transskribering og analyse.....	20
Validitet og reliabilitet.....	21
RESULTAT.....	22
Anæstesisygeplejerskers og anæstesilægers handlingsidealer	23
Anæstesisygeplejerskens forventning til egen rolle og mandat.....	23
Anæstesisygeplejerskens forventning til anæstesilægens rolle og mandat	24
Anæstesilægens forventning til egen rolle og mandat	25
Anæstesilægens forventning til anæstesisygeplejerskens rolle og mandat	26
Den anæstesiologiske arbejdsplads.....	27
Den skandinaviske model.....	27
Fagkultur.....	28
Organisationskultur	29
Tværfaglig læring.....	29
Det interprofessionelle samspil.....	30
Teamkultur.....	31
Indflydelse på eget arbejde	33
Hierarki.....	34
Ansvar	35
Revir.....	37
Genus.....	39
DISKUSSION	41
Faget som binder.....	42
Empowerment som arbejdskultur	43
Mellem hierarki og revir	46
Udviskede professionsgrænser	48
Genus - det hele på den halve tid.....	49
Fremtidsperspektiv.....	51
Metodediskussion	52

KONKLUSION	53
REFERENCER.....	55

INTRODUKTION

Et tilfredsstillende og meningsfuldt arbejde i et trygt arbejdsmiljø kan være en af kilderne til en forbedret sundhedstilstand og et øget velbefindende. Hvis muligheden for at have indflydelse på de faktorer, der er afgørende for det velfungerende arbejdsmiljø, er til stede, vil det for mange være en væsentlig forudsætning for at trives på arbejdspladsen. Forudsigelighed og kontrol er nogle af de elementer, der kan skabe rammerne for det gode arbejdsmiljø. Det belastede arbejdsmiljø derimod kendetegnes ved stort arbejdspress, manglende autonomi, skiftende arbejdstider og ensformigt gentaget arbejde. Et stærkere fokus på et sundhedsfremmende perspektiv i arbejdsmiljøet kan bidrage til at reducere stressfaktorer og føre til større arbejdstilfredshed blandt de ansatte.

Dette studie tager afsæt i et sundhedsfremmende perspektiv på arbejdspladsen med fokus på at sikre rammerne for en personlig og social udvikling, der kan føre til empowerment gennem det interprofessionelle samspil. Sygeplejersken og lægen møder anæstesifaget med hver sin teoretiske og professionelle baggrund, mens udviklingen af professionernes kliniske kompetencer foregår i samme kontekst. Når der opstår overlappning i opgaveløsningen, kan det medføre en usikkerhed i rollefordeling, som kan være ophav til en belastning i arbejdsmiljøet. De to professioners placering på forskelligt niveau i hierarkiet kan forventeligt accentuere denne problemstilling og dermed være en hindring for den optimale udnyttelse af de tilstedeværende realkompetencer i det kliniske arbejdsfelt. Skal der i denne kontekst skabes rum for empowerment kræves der en afklaring af rollefordelingen mellem de to professioner og en gensidig forståelse for de eksisterende magtrelationer. Den livsverden de to professioner udtrykker gennem deres beskrivelse af professionsrollerne kan afdække, om de holdninger er til stede, som er nødvendige for at opnå synergieffekt i det interprofessionelle samarbejde.

BAGGRUND OG TEORI

En sundhedsfremmende arbejdsplads

I Ottowacharteret af 1986 defineres det sundhedsfremmende arbejde som en proces, der sikrer individet en øget kontrol over de faktorer, der er bestemmende for dets sundhedstilstand og dermed individets mulighed for at påvirke sin egen livssituation. Ud fra den betragtning vil såvel arbejde som fritid være kilder til befolkningens sundhed. Samfundets organisering af arbejdet skal understøtte opbygningen af et sundt samfund (1). Sundhedsfremme skal generere livs- og arbejdsbetingelser som er sikre, stimulerende, fyldestgørende og behagelige. Det påpeges, at de stadige miljøforandringer, herunder også forandringer i arbejdsmiljøet, kræver at der gennemføres en kontinuerlig vurdering af forandringernes betydning for de ansattes sundhedstilstand (2).

Ifølge WHO beskrives en sund arbejdsplads som et sted, hvor alle arbejder målrettet hen imod at nå den fælles vision om arbejdstagernes sundhed og velbefindende. Arbejdspladsen skal sikre alle medarbejdere både fysiske, psykiske, sociale og organisatoriske forhold, der varetager og fremmer medarbejdernes sundhed og sikkerhed. Arbejdspladsen skal medvirke til at såvel ledere som medarbejdere opnår kontrol over deres egen sundhedstilstand og får mulighed for at forbedre denne. Med andre ord en arbejdsplads som skaber det nødvendige rum for empowerment. En sund arbejdsplads fremmer således udviklingen af en sund arbejdsstyrke, som er essentiel for samfundets økonomiske og sociale vækst. Den arbejdsføre del af befolkningen tilbringer mere end 30 procent af deres tid på arbejdspladsen. Arbejdspladsen opfattes derfor som en ideel kontekst for det sundhedsfremmende arbejde. Den helsefremmende arbejdsplads er bevidst om de ikke-arbejdsbetingede faktoreres betydning for arbejdstagernes sundhed og inddrager derfor såvel familie som det omgivende samfund i det sundhedsfremmende arbejde. Den langsigtede effekt af en målrettet indsats i forhold til sundhedsfremme på arbejdspladsen forventes at være en forstærkning og stabilisering af organisationen. Fordelene ved den sundhedsfremmende virksomhed fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Fordelene ved den sundhedsfremmende virksomhed (3).

Benefits of A Healthy Workplace	
To the organization	To the employee
<ul style="list-style-type: none"> • A well-managed health and safety programme • A positive and caring image • Improved staff morale • Reduced staff turnover • Reduced absenteeism • Increased productivity • Reduced health care/ insurance costs • Reduced risk of fines and litigation 	<ul style="list-style-type: none"> • A safe and healthy work environment • Enhanced self-esteem • Reduced stress • Improved morale • Increased job satisfaction • Increased skills for health protection • Improved health • A healthier family and community

WHO har udfærdiget en række retningslinjer for at udvikle og fastholde den sundhedsfremmende arbejdsplads. Heri lægges der vægt på, at indsatsen vil være vidtspændende og rumme en række interventioner for at skabe et sikkert, sundhedsfremmende og støttende arbejdsmiljø. Det er vigtigt, at alle niveauer i organisationen er involveret i såvel identifikationen af behovene for sundhedsfremmende indsatser som udviklingen af metoder til at løse de sundhedsrelaterede problemstillinger. Derudover skal indsatsen integreres i en samlet tværfaglig og intersektoriel sundhedsfremmende indsats, der involverer adskillige samfundselementer fra regering til frivillige organisationer. Et vigtigt princip er, at den sundhedsfremmende indsats skal være tilgængelig for alle, der er tilknyttet arbejdspladsen, uanset hierarkisk placering, køn eller etnisk gruppe. Indsatsen omfatter ligeledes de, der kun har en midlertidig ansættelse. For at blive betragtet som en

sundhedsfremmende arbejdsplads skal sundhedsfremme indarbejdes i arbejdspladsens kultur med et langsigtet dynamisk perspektiv, således at indsatsen løbende tilpasses de til enhver tid eksisterende behov (3).

I WHO's koncept for Health Promoting Hospitals (Forebyggende Sygehuse) indgår ikke blot hospitalernes forpligtelse i forhold til en sundhedsfremmende indsats over for patienterne. Som et af konceptets fem delelementer præciseres ledelsens ansvar for at skabe en sundhedsfremmende arbejdsplads for de ansatte. Der er udviklet en standard, som indebærer, at al personale skal sikres mulighed for at tilegne sig og benytte viden om de nationale direktiver i forhold til såvel det fysiske som det psykiske arbejdsmiljø. Eksempelvis skal der tilrettelægges oplæringsprogrammer, der sikrer at nyansat personale får kendskab til hospitalets sundhedsfremmende personalepolitik, der skal udvikles i multidisciplinære teams (4, 5).

Dette stemmer overens med indholdet i konceptet for "Reorienting Health Services". Her lægges der vægt på, at det sundhedsfremmende perspektiv skal integreres på såvel individniveau og organisationsniveau som samfundsniveau. Reorienteringen af sundhedsvæsenet imod det sundhedsfremmende perspektiv er et af kerneelementerne i en gennemgribende indsats for at øge samfundets sundhedstilstand. Der kan forventes en modstand mod denne forandringsproces fra sundhedspersonalets side, fordi forandringen umiddelbart kan synes at indebære en øget arbejdsbelastning og et fokusskifte. En forudsætning for gennemførelsen af forandringsprocessen vil derfor være at bibringe sundhedspersonalet en forståelse for forandringsbehovet samt et ejerskab til processen gennem personlig involvering og integrering af det sundhedsfremmende arbejde som en naturlig del af den daglige drift. Succesen afhænger desuden af, at ledelsen synliggør et vedholdende engagement i forandringsprocessen i en bevidsthed om, at det sundhedsfremmende arbejde er et kontinuerligt projekt (6).

Den anæstesiologiske arbejdsplads

Indenfor fagområdet anæstesi har der siden midten af 1900-tallet, hvor specialet udskiltes fra det kirurgiske speciale i Norden, været to fagprofessioner med overlappende opgaveløsning. Med baggrund i mangel på læger og lægers vurdering af fagområdet som lavstatus, har specialsygeplejersker fortrinsvist varetaget den praktiske kliniske anæstesi i Norge, Sverige og Danmark. Denne arbejdsdeling inden for klinisk anæstesi benævnes "Den skandinaviske model". Den monofaglige, lægelige varetagelse af anæstesigivningen, som det indtil for nylig har foregået blandt andet i Storbritannien, betegnes som "Den angelsaksiske model"(7). I Skandinavien indebærer fagområdets udvikling fra lavteknologisk æterbedøvelse under simpel klinisk patientobservation til højteknologisk multimetodologisk anæstesi, at læger i stigende omfang deltager i opgaveløsningen (8).

Anæstesisygeplejersker har igennem flere generationer varetaget oplæringen af anæstesilæger i praktisk klinisk anæstesi under deres speciallægeuddannelse (9). At en

faggruppe varetager uddannelsesopgaven i forhold til en anden faggruppe med hierarkisk højere placering, kan være en del af årsagen til den uklarhed i rolleopfattelsen, der til tider kan ses mellem de to fagprofessioner i den daglige arbejdssituation, når arbejdet skal foregå i horisontalt organiserede teams (10). Samarbejdet mellem anæstesiologer og anæstesisygeplejersker under skandinaviske forhold er baseret på en tillid til, at anæstesisygeplejerskerne har den nødvendige kundskab og erfaring til at kunne varetage anæstesigivningen. Samarbejdet er velfungerende, men der beskrives anspændte situationer i forhold til ansvarsfordeling, specielt når anæstesilægen under oplæring arbejder sammen med en erfaren anæstesisygeplejerske. Den erfarne anæstesisygeplejerske har mange års praksis, mens den uerfarne læge har sin ballast i en velfunderet teoretiske kundskab, men utilstrækkelig klinisk erfaring (11).

Larsson (2003) beskriver fire rolletyper, der er karakteristiske for speciallægen i anæstesiologi: den professionelle håndværker, den barmhjertige samaritan, koordinatoren og servicemedarbejderen. Den enkelte anæstesilæge rummer flere af rolletyperne, som fremtræder med vekslende penetrans afhængig af forandringer i kontekst (12). Der findes ikke tilsvarende beskrivelse af de skandinaviske anæstesisygeplejerskers rolleopfattelse, ligesom betydningen af lægernes rolleopfattelse for det interprofessionelle samarbejde med anæstesisygeplejerskerne ikke er beskrevet.

Professionalisme

Set fra en professionsteoretisk synsvinkel er der i Skandinavien primært sket en overførsel af en lægelig opgave til den sygeplejefaglige profession i en tid, hvor anæstesifaget havde lav status inden for den lægelige profession. Lægerne har bibeholdt den overordnede kontrol gennem jurisdiktionen. Under fagets udvikling har sygeplejerskernes fortsatte varetagelse af de opgaver, der traditionelt opfattes som lavstatus blandt lægerne, sikret lægerne muligheden for at kunne udvide sit virkefelt gennem åbenhed over for nye arbejdsområder. Det drejer sig for eksempel om intensiv medicin og smertebehandling. Det har medvirket til, at faget har opnået en højere status i det traditionelle lægelige specialehierarki (8).

Freidson (13 s.17) definerer professionalisme som :”...a set of institutions which permit the members of an occupation to make a living while controlling their own work.” Professionalisme indebærer tre elementer: et kognitivt, et normativt og et organisatorisk. Det kognitive tager afsæt i en specialistkompetence, baseret på en lang erfaring og det normative baseres på etiske principper, der blandt andet indebærer et engagement for sikring af det bedste for det enkelte individ uden tanke for egen vinding. Både det kognitive og det normative perspektiv reguleres og varetages af en organisation med disciplinær magt. En profession opnår status og magt proportionelt med den prestige, der tillægges professionens kundskab (13). Denne prestige ”reflects the publics mistaken belief that abstract professional knowledge is continuous with practical professional knowledge, and hence that prestigious abstract knowledge implies effective professional work”. (14 s. 54) I følge Abbott (1988) er det abstrakte

kundskabssystem den vigtigste valuta i konkurrencen mellem professioner. Han beskriver professionerne ud fra den jurisdiktion, de opgaver og den ekspertviden, som er nødvendig for at løse de professionsbundne opgaver. Moderne professioner etableres gennem skabelse af interne strukturer, der skal sikre professionens position i forhold til andre professioner i både kooperative og kompetitive relationer. Abbott påpeger professionens sårbarhed forårsaget af ændringer i professionens opgaveportefølje i forhold til kerneopgaverne. Overgår opgaverne til en anden profession enten som følge af organisationsforandringer eller forandring af opgavernes karakter, kan det opfattes som en provokation mod professionens integritet. Professionen sikrer sin jurisdiktion gennem at opnå eneret på kerneydelserne i forskellige arenaer: i forhold til klienterne, gennem formel juridisk stadfæstelse og gennem hævdundet ret i den konkrete arbejdssituation. Professionens rekruttering styres gennem rigide rammer for adgangsgivende uddannelse og karriere. Begrænset tilgang til professionen sikrer kontrol i kraft af juridisk konfirmeret monopol på professionens opgaver. Udviklingen af professionerne reguleres i stigende grad af markeds kræfter. Når efterspørgslen efter professionens ydelser overstiger udbud, opstår muligheden for, at andre grupper overtager opgaverne. Opgaverne løses på et lavere omkostningsniveau af faggrupper, der tilegner sig dele af professionens kompetenceområder. Overlevelses evnen afhænger af professionens modstandskraft over for udefrakommende angreb på dens ret til at bevare sin jurisdiktion. Dens position afhænger af evnen til at tilegne sig ny abstrakt kundskab og derigennem definere nye områder for jurisdiktion. Forandringer opstår gennem åbenhed overfor nye opgaver, som optages i professionens jurisdiktion. Åbenhed kan imidlertid gøre professionen sårbar. Det skyldes, at et bredere virkefelt øger risikoen for fejlbeslutninger, som vil true professionens prestige og dermed virkeområde. Denne risiko reduceres ved etablering af forskellige ekspertniveauer inden for samme profession eller ved degradering af opgaver til andre faggrupper. Forflytning af ansvarsområdet fra ét ekspertniveau til det næste, beskytter det oprindelige ekspertniveaus jurisdiktion ved at mindske risikoen for kritik. Overførsel af tidligere professionsbundne opgaver kan bidrage til opkomsten af nye professioner (14).

Interprofessionelle relationer

Der foreligger forskellige modelbeskrivelser for det interprofessionelle samarbejde mellem sygeplejersker og læger. Modellernes forskellighed kan være et udtryk for den sociologiske udviklingsproces over tid. De kan også skyldes de kulturforskelle, der eksisterer mellem sundhedsvæsenet i forskellige lande såsom UK, USA og Skandinavien og forskellige typer sygehuse i forhold til størrelse og specialiseringsgrad (15). I 1967 beskriver Stein "the nurse-doctor's game" som et kommunikationsrum, hvor sygeplejerskerne indirekte påvirker den kliniske beslutningsproces uden at skabe et åbent, ligeværdigt diskussionsforum. Denne kommunikationsform er en sikkerhed mod åben uenighed, lægen sikres kundskaber gennem sygeplejersken uden at tabe anseelse, mens sygeplejersken samtidig øger sit professionelle selvværd og sin arbejdstilfredshed (16). Tredive år senere argumenterer Svensson for anvendelsen af en anden model: "the negotiated order", hvor beslutningerne træffes i en åben forhandlingsproces. Sygeplejersken skaber sin position i kraft af sine observationer og sine

erfaringsbaserede kundskaber. Forhandlinger er nødvendige, når regler og politik ikke omfatter den aktuelle problemstilling, når der opstår uoverensstemmelser og usikkerhed, og når der introduceres forandringer. Rollen som berettiget forhandlingspart i en samarbejdssituation opstår ikke spontant, men skal i sig selv forhandles på plads på arbejdspladsen. Med andre ord skal rollen hævdes og vedligeholdes i arbejdsmiljøet. Svensson påpeger betydningen af sygeplejerskens kontinuerlige kontakt med patienten og deraf følgende dybere kendskab til patientens situation, som basis for en stærk forhandlingsposition, når beslutninger skal tages i forhold til behandlingsforløbet. Svagheden i Svenssons undersøgelsesresultat synes at være, at konklusionerne udelukkende træffes ud fra interviews med den ene part – sygeplejerskerne – i forhandlingsrummet. Det er således en monofaglig vurdering af de interprofessionelle relationer i et multiprofessionelt arbejdsmiljø (17).

I 1997 bygger Allen videre på Svenssons resultater ved at afdække nogle af de karakteristiske træk ved lægers og sygeplejerskers arbejde i hospitalsmiljø. Allen er bevidst om sin sygeplejefaglige baggrund og fungerer både som observatør og deltager i den kliniske arbejdsituation, men denne bevidsthed til trods synes nogle af tolkninger klart at tage afsæt i den sygeplejefaglige kultur. Allen konkluderer, at en ændret fordeling af arbejdsopgaver mellem læger, sygeplejersker og andet plejepersonale ikke er sket gennem en forhandling på mikroniveau. Den er opstået ud fra ledelsens ønske om at begrænse sundhedsudgifterne og mindske arbejdsbelastningen for de yngre læger. Sygeplejerskerne giver udtryk for et ønske om i denne kontekst fortsat at prioritere de klassiske sygeplejeopgaver. Af hensyn til smidigheden i arbejdet tvinges de til at prioritere deres nye opgaver, mens de klassiske opgaver overgår til andet plejepersonale. Der er blandt lægerne forskellig holdning til den ændrede arbejdsdeling. Nogle læger finder den nye arbejdsdeling passende, så længe det sker inden for definerede rammer, mens andre læger finder, at sygeplejerskerne i foruroligende grad nærmer sig kerneområdet for den traditionelle lægerolle. Lægerne er også delt i opfattelsen af, hvorvidt de samme opgaver fortsat skal løses af både læger og sygeplejersker, eller de i enhver situation skal varetages af sygeplejersker (18).

Allen viser, at organisatoriske faktorer har indflydelse på grænsefladerne mellem sygepleje – og lægearbejde: Sygeplejerskerne er traditionelt fast personale med langvarig ansættelse ved afdelingerne, mens lægerne under uddannelse kun er knyttet til afdelingerne i korte perioder. Sygeplejerskerne er kontinuerligt omkring patienterne i døgnets 24 timer. Lægerne har geografisk flere forskellige arbejdsfelter og er desuden kun til stede fast på hospitalet otte timer i døgnet, hvorefter de overgår til tilkald på vagt. Det indebærer, at fastholdelse af kontinuitet i det patientnære arbejde ofte nødvendiggør en omgåelse af den hierarkiske arbejdsfordeling. Det kan indebære, at en lavere placeret personalekategori initierer arbejdsopgaver, der burde være initieret på et højere niveau. Allen finder i sine studier en diskrepans mellem beretningerne i interviewene og hendes feltstudier. Interviewene bekræfter det forventede behov for forhandling, der opstår i forbindelse med organisatoriske forandringer, mens feltstudierne afdækker, at denne forhandling ikke altid finder sted. Selv om denne forhandling ikke finder sted, opstår der ikke konflikt i det daglige arbejde. Forhandling eller åben dialog må således kun være en af flere metoder til afvikling af arbejdet uden konflikter (19).

Flere studier beskriver vigtigheden af respektfuld kommunikation mellem forskellige fagprofessioner. Sådaldt ”disruptive behaviour”, der bedst oversættes til nedværdigende adfærd, kan give anledning til stress, frustration og dårligt arbejdsmiljø. Det kan medføre nedsat koncentrationsevne, dårlig fungerende teams og manglende kommunikation. En undersøgelse fra USA afdækker, at alle faggrupper oplevede ”disruptive behaviour” både fra egne fagfæller og fra andre faggrupper. Dette påvirker arbejdsmiljøet negativt og giver anledning til situationer, hvor patientsikkerheden er truet: manglende medicinering, forsinkelse af nødvendig diagnosticering og behandling (20, 21, 22).

Samspil i team

Det interprofessionelle samarbejde i klinisk anæstesi indeholder elementer af alle de tre hovedkategorier for team bestående af flere professioner: det multiprofessionelle, det interprofessionelle og det transprofessionelle team. I det multiprofessionelle team sker der kun udveksling af informationer mellem de to professioner i teamet, der i øvrigt løser deres opgaver uafhængigt af hinanden. I det interprofessionelle team kræver den optimale udnyttelse af professionernes kompetencer fælles planlægning. Planlægningen sker gennem dialogbaserede beslutninger med et fælles ansvar for løsningen af opgaverne. I det transprofessionelle team udviskes faggrænserne, hvorved der kan opnås empowerment både for det enkelte medlem af teamet, men også for teamet som helhed (23, 24).

En lang række faktorer synes at have betydning for at teamet kan opnå synergieffekt, således at summen af teammedlemmernes bidrag i teamet er større end summen af deres individuelle indsats. På individniveau vil problemorientering afdække, i hvilken grad deltagerne betragter problemstillingerne med et fælles eller et individuelt perspektiv. Perspektivet vil afhænge af deltagerens baggrund, værdisæt og opfattelse af samarbejdssituationen, og hvorledes disse forhold ændres i takt med de relationer, der opstår under opgaveløsningen. Den tilpasning af problemorientering, der må ske under samarbejdet har betydning for resultatet af samarbejdet. Jo tættere samarbejde opgaveløsningen kræver, jo vigtigere er skabelsen af en fælles problemopfattelse, for at samarbejdet skal lykkes. Evnen til at deltage engageret i samarbejdet afhænger af graden af deltagerens loyalitet overfor egne mål i forhold til det fælles mål. Nødvendigheden af at opnå fælles målsætning afhænger af samarbejdets karakter. Samarbejdssituationer af intermitterende karakter kræver i mindre grad fælles målsætning end mere permanente samarbejdsformer, for at opgaven kan løses. Graden af sammenhold afhænger af, hvorvidt den enkelte formår at betragte sig som gensidigt afhængig af de øvrige samarbejdsparter eller fastholder sin uafhængighed. Samarbejdsformer af intermitterende karakter tåler, at medlemmerne bibeholder en distancering, mens deltagelse i samarbejde af permanent karakter kræver erkendelse af indbyrdes afhængighed. Graden af involvering baseres på deltagerens indlevelsesevne og evne til at skabe og sikre gensidig tillid. Tætte og vedvarende samarbejdsrelationer kræver stærk involvering, der samtidig åbner for inkludering af nye deltagere (25).

Kravet til samspil afhænger af opgavens karakter. I visse samarbejdssituationer er formålet kun vidensdeling og informationsformidling, mens andre situationer indebærer fælles løsning af komplekse opgaver. Enkle opgaver kan løses under fortsat distancering, mens komplekse opgaver kræver stærk involvering, der kan indebære individuel tilpasning for at lykkes. Typen af struktur, der er nødvendig for problemløsningen og graden af forandring, der kan og skal tolereres, afgøres af deltagerne holdning og evne til at skabe forandringer på bekostning af opretholdelsen af status quo. Forandring kræver en aktiv deltagelse og erkendelse af, at forandring er nødvendig for at opnå det ønskede resultat (25).

Erfaringer fra tidligere samarbejdsrelationer med enkeltpersoner eller personer med samme professionelle eller organisatoriske tilhørsforhold vil være bestemmende for den gensidige forståelse. Forventningerne til samarbejdspartneren kan i højere grad end det faktiske kendskab til den enkelte være bestemmende for etableringen af en tillidsfuld samarbejdsrelation. I samarbejdsrelationen rekrutteres deltagerne fra traditionelt forskellige magtbaser, uden at det nødvendigvis vil være den vigtigste magtfaktor i den konkrete situation. Den, der evner at tilpasse sig situationen, kan eventuelt i samspil med andre deltagere sikre sig forbedret magtbase i samarbejdssituationen end den, der traditionelt eksisterer imellem deltagerne. Der kan samtidig opstå et krydspres mellem loyaliteten overfor egen faggruppe og tilhørsforholdet i teamet. Dette kan resultere i en konflikt mellem teammedlemmerne og de faggrupper, de tilhører. Konflikten kan både være synlig og usynlig i forhold til revirtænkning og resourceallokering. Den kan manifestere sig både i det lokale miljø og i forholdet mellem de centrale faglige organisationer, der udstikker retningslinjer for det interprofessionelle samarbejde. Retningslinjerne udarbejdes dels på overordnet niveau, dels som lokale rammer for det interprofessionelle samarbejde. Disse retningslinjer kan være et tveægget sværd. De kan forhindre nødvendige forandringsprocesser i samarbejdet, men de kan også sikre en smidig gennemførelse af fastlagte mål. I samarbejdsprocessen opstår der over tid uformelle, udtalte regler og normer som led i en gensidig socialiseringsproces (25).

Repræsentanter fra forskellige professioner bærer hver deres kultur og personlighed med sig ind i teamet. Studier af teamfunktionen på intensivafdelinger påpeger vigtigheden af, at man, for at blive inkluderet som et anerkendt medlem af teamet, skal lære dets spilleregler at kende. Kendskabet til disse spilleregler kan betyde forskellen mellem at få arbejdet gennemført i princippet og i praksis. To mekanismer er gældende i samspillet mellem de forskellige professioner. Den ene mekanisme er oplevelsen af ejerskab til de delelementer, der udgør forudsætningerne for pleje og behandling såsom særlige kundskaber, tekniske færdigheder, udstyr, kliniske revirerområder og selve patienten. Ejerskabet er både individuelt og kollektivt. Det kollektive ejerskab opstår i samspillet mellem teamet og eksterne samarbejdspartnere, mens det individuelle ejerskab manifesterer sig internt i teamet. Bevidstheden om ejerskab kan både sikre et smidigt samarbejde, hvis det specifikke ejerskab anerkendes af teamets øvrige medlemmer, men det kan også give anledning til spændinger i teamet, hvis dette ejerskab ikke anerkendes, eller det skaber grobund for revirhævdelse. De drøftelser, der kan opstå i forbindelse med hævding af ejerskab, sker i krydsfeltet mellem den individuelle og den kollektive kundskab og i en balancegang mellem det individuelle og kollektive ansvar. Den anden mekanisme er teamet som et marked for handel med såvel

konkrete ”varer” såsom udstyr og andre ressourcer, men også mere abstrakte ”varer” i form af kundskab og sociale værdier som goodwill og anerkendelse. Det individuelle ejerskab er en del af forhandlingsgrundlaget for dette marked. Disse fænomener vil traditionelt blive betragtet som barrierer for et smidigt teamarbejde, men bør i stedet respekteres og accepteres som naturlige elementer i et konstruktivt interprofessionelt teamarbejde. Først da vil medlemmerne af teamet være i stand til at navigere deres individuelle interesser smidigt og effektivt i samspillet omkring patienten (26).

Revir

Revirhævdelse inden for den komplekse organisation skal betragtes som et behovsstyret adfærdsfænomen. Det indebærer etablering af klart afgrænsede områder for indflydelse, som individer eller grupper er knyttet til følelsesmæssigt. Det kan omfatte særlige problemområder, professioner eller kompetencefelter. Individet knyttes til sit revir gennem særlig ekspertise og ved at vise initiativ og påtage sig ansvar, således at han/hun oplever kontrol (27).

Det professionelle revir sikres blandt andet gennem et fælles sprog, der ikke beherskes af udenforstående. Der skabes afstand ved hjælp af interne normer og regler, et monopol på kundskab og rettigheden til at beskrive og fastlægge kvalitetsnormer. Der synes at være en tendens til at udvide arenaer i en stræben efter at opnå øget magt, tilfredsstillelse og kontrol. Revirområder kan også styrkes ved at fralægge sig opgaver, der har lav status både inden for revirområdet, men også i omgivelserne. Tilhørsforholdet til et revirområde er tryghedsskabende ved at dække medlemmernes behov for identitet og kontrol. Denne kontrol sikres gennem status, indflydelse og magt. Status inden for revirområdet vurderes i forhold til, hvorvidt den enkelte besidder de værdsatte kompetencer. Uddannelsessystemerne kan medvirke til befæstelse af revirområdet ved en målrettet socialisering af de studerende i forhold til den kultur, der er herskende inden for deres fremtidige professionsområde. Dette forhold indebærer en konservatisme, som kan reducere mulighederne for nytænkning og forandring i organisationen (27).

Hvis man vægter revirbeskyttelsen højt i et arbejdsfelt, hvor der naturligt indgår flere faggrupper med overlappende funktioner og kompetencer, indebærer det en rigiditet i arbejdets organisering på bekostning af effektiviteten. Argumentet for revirbeskyttelse kan tage udgangspunkt i en ikke veldokumenteret påberåbelse af sikring af et kvalitetsniveau som for eksempel patientsikkerhed. Tab af værdsatte arbejdsområder hos de faggrupper, der udelukkes fra opgaven, kan medføre frustration og reduceret arbejdsglæde. Således reduceres den samlede ressource-tilgængelighed gennem tab af eksisterende kompetencer og muligheden for synergieffekt. Bevidstheden om revirbeskyttelse som årsag til rigiditet i organisationen, kan skabe incitament for at udvikle systemer, der understøtter samarbejdet med det formål at sikre synergieffekt ved udnyttelse af realkompetencer. Systemerne kan tage form af fælles læringsarenaer og etablering af kommunikationssystemer, der sikrer god og sikker informationsformidling for alle implicerede (27).

Visse reviområder er lettere tilgængelige end andre. Som eksempel på et utilgængeligt reviområde nævnes den medicinske profession i tidlig litteratur. De sidste 25 år er der imidlertid gennem professionalisering af støttefunktionerne til den medicinske profession opstået en ændret magtbalance mellem de klassiske professionsområder og de nyetablerede professioner. Indenfor det sundhedsfaglige område opstår der løbende opgaveglidning mellem professionerne i forbindelse med etablering af nye behandlingsformer, ny teknologi og nye uddannelsesprogrammer. For den enkelte personalegruppe kan det være et mål at udvide arbejdsfelt og ansvarsområde. En sådan udvidelse kan medføre øget autonomi, og professionen opnår at blive defineret ud fra et andet indhold og ansvar. Det kan medføre, at de sundhedsprofessioner, som traditionelt har haft opgaverne inden for sit revir, føler sig truede. Dette har til tider medført territorialkonflikter mellem professioner med afsæt i spørgsmålet om sundhedsydelsens fagligt forsvarlige udførelse. Under de særlige omstændigheder, der for eksempel eksisterer i tyndt befolkede yderområder, hvor der er sparsom eller ingen tilgang til læger, udføres traditionelt lægelige opgaver af andre sundhedsprofessioner. De ansvarlige for samfundets sundhedsvæsen bliver herved konfronteret med en dokumentation af, at traditionelt lægelige sundhedsydelser udføres med samme kvalitet, men med et lavere ressourcetræk. I sådanne tilfælde kan det være vanskeligt for en autorisationsmyndighed at nægte en udvidelse af den ikke-lægelige sundhedsprofessions ansvars- og funktionsområde (28). Den sparsomme eksisterende litteratur på området viser ingen professionsrelateret forskel i kvaliteten af opgaveløsningen inden for klinisk anæstesi, hverken i forhold til patientsikkerhed eller effektivitet (29).

Hierarki

I mødet mellem medlemmer af forskellige reviområder, for eksempel ved etablering af tværfaglige teams, sker der automatisk en social rangordning, hvorved det enkelte medlem placerer sig selv og de andre deltagere i et hierarkisk system. Hvis denne rangordning respekteres medvirker den til at reducere det stress, der kan opstå i interpersonelle relationer. Forsøg på ændring af magtbalancen kræver energi både fra den gruppe, der forsøger at vinde terræn og indflydelse og den gruppe, der risikerer at miste tilsvarende. I samarbejdssituationer, hvor professioner med forskellig status løser opgaver i fællesskab, synes der at være en tendens til, at der opstår en ligeværdighed mellem professionerne. Denne udligning opstår kun, hvis medlemmerne af et team er i stand til at opløse de selvdefinerede grænser for deres virkefelt, som skaber deres identitet i kraft af deres tilhørsforhold til et reviområde (27).

Hierarki er en ordning, hvor magt, myndighed, autoritet og prestige er systematisk ulige fordelt mellem folk. Det er et system med klare regler for, hvem der skal bestemme, og hvem der skal adlyde. Et hierarki kan fremstilles som en trekant eller en pyramide. Øverst er der få, som har megen magt, længere nede er der flere, som har mindre magt, og på bunden er der mange, som ikke har magt. Hierarki bruges som et begreb i overført betydning, det vil sige en organisation, der er bygget op af over- og underordnede dele som lagene i pyramide, hvor hvert lag er styret af laget over og styrer laget under sig.

Enkelte sociale organisationer kan nærme sig hierarkiform for eksempel en bureaukratisk organisation i offentlig forvaltning (30).

Eriksson (2007) beskriver sundhedssektoren som et professionelt bureaukrati. Det betyder, at forskellige arbejds kategorier kan placeres i en klar rangorden. Betydningen af, hvilken profession du tilhører, er afgørende for status og position i forhold til at skulle formulere problemer og komme med forslag til løsninger (31). Freidson skelner mellem den bureaukratiske arbejdsdeling og den professionsbestemte arbejdsdeling, men påpeger, at der mellem de forskellige professioner eksisterer et hierarki i forhold til opgavernes status. Grænseflader og jurisdiktion til beslægtede fagområder afgøres ved hjælp af forhandlinger mellem de faglige interesseorganisationer, der således afgør deres medlemmers virkefelt. En professionsbestemt arbejdsdeling kan foregå i en horisontal struktur af professioner, der arbejder parallelt med relaterede opgaver. Arbejdsdelingen kan også ske vertikalt, altså hierarkisk, således at nogle professioner har autoritet til at styre andre. Dette hierarki vil i sin rendyrkede form være funktionelt og basere sig på særlig viden og færdigheder. I takt med samfundsudviklingen har forskere stillet spørgsmålstejn ved om hierarki egentlig er en hensigtsmæssig organisationsform – i tillæg til, at den også kan være umenneskeliggørende. Det leder til alternativer f.eks. hvor parterne skiftes til at have overordnet og underordnet rang alt efter opgaven eller er mere sideordnet i feltet og hænger sammen i netværk, som kan skifte. Når beslutninger i netværksorganisationen træffes gennem en forhandling, sker dette langsommere, end når det sker i den bureaukratiske organisation, hvor de kan tages af den beslutningsfattende autoritet (13).

Genusperspektivet

Det sociale køn genus kan beskrives som en ”offentlig optræden”, der indeholder et element af symbolik. Denne gentagne symbolske optræden skaber en genuseditet. Mand og kvinde betragtes som en kulturel konstruktion uafhængig af det seksuelle køn, men skabt gennem handlingsmønstre i en specifik kulturel kontekst. Genus kommer til udtryk gennem performativitet (”performativity”), der består af de normer, der danner grundlag for den genusbestemmende optræden. Genusbestemmende optræden er bundet til det genussystem, det er en del af, selv om den tilsyneladende er i modstrid med konventionelle genusroller. Derfor manifesterer genus sig ikke kun som en forhandling mellem individet og dets konventionelle omgivelser, men som gentagne handlinger, der kan udfordre og forandre et til enhver tid givet kulturbestemt genussystem. Som kulturelt fænomen skabes genusediteten som forhandling i en kontekst, hvor blandt andet de genusbestemte magtrelationer, men også personlige erfaringer tages i betragtning (32).

Genusediteten, som er det selvoplevede genus og ikke den socialt adapterede kønsrolle, opstår som en del af den personlige identitet ved at kunne skelne mellem ”os” og ”de andre”. Det er en foranderlig størrelse, der konstrueres som en del af den totale identitet. Den skabes gennem oplevelsen af fælles oprindelse eller karaktertræk eller

gennem spejling i et ideal, der skaber en naturlig oplevelse af solidaritet og loyalitet (32).

Det subjektive genus, der kan betragtes som en bevidst og velovervejet politisk positionering, og genusidentiteten konstrueres gennem diskurs i en løbende forandringsproces. Forhandling af de to genusdimensioner sker i relation til genuskonventioner, samfundskultur- og struktur, forskellige sociale sammenhænge som familie og arbejde, i interpersonelle relationer med både det samme og modsatte køn som en integreret del af den livslange personlighedsudvikling. Det indebærer, at den enkelte person kan opleve forskellige genusidentiteter alt efter hvilken kontekst personen befinder sig i: mor, søn, ægtefælle, arbejdsliv (32).

Traditionelt sammenlignes forholdet mellem læge og sygeplejerske med forholdet mellem mand og kvinde i et patriarkalsk opbygget samfund. I litteraturen tillægges man genus en stor vægt som forklaring på sygeplejerskernes hierarkiske placering, men også som forklaring på den traditionelle opfattelse af lægen. Som eneansvarlig for beslutningen om diagnose og tilbud om behandling regnes kravene til lægens karaktertræk blandt de traditionelt mandlige: beslutsomhed, konkurrencestyrke og handlekraft. Kvindelige læger vil i deres samarbejdsrelationer med andet sundhedsfagligt personale derfor blive vurderet både ud fra deres evne til at udvise disse mandlige karaktertræk samtidig med at de vurderes i relation til de klassiske forventninger til det feminine genus. Dette kan både være et dilemma og en styrke (33, 34).

I Gjerberg og Kjølørøds studie fra 1996 beskrives forholdet mellem kvindelige læger og kvindelige sygeplejersker. De kvindelige læger beskrev deres forhold til sygeplejerskerne som anderledes og mere problematisk end det forhold, de oplevede, deres mandlige kolleger havde til sygeplejersker af det modsatte køn. De fleste oplevede at få mindre assistance, og at de i højere grad selv måtte efterspørge assistancen end deres mandlige kolleger. Denne forskel var mest udpræget blandt unge kvindelige læger med lav anciennitet og især i samarbejdet med ældre, erfarne kvindelige sygeplejersker. Dette fænomen tolkes som et tegn på mindre respekt for den kvindelige læge. Et flertal af de interviewede kvindelige læger oplevede at skulle kæmpe mere for de kvindelige sygeplejerskers respekt end deres mandlige kolleger. Der blev sat spørgsmålstejn ved deres beslutninger både som ledere og som klinikere i større udstrækning end det var tilfældet for deres mandlige kolleger. Disse episoder tolkes som mindre respekt for de kvindelige læger sammenlignet med de mandlige. Halvdelen af de kvindelige læger fandt det problematisk at skabe et socialt tilhørsforhold i deres arbejdsliv. Deres sociale genusidentitet i den fortsat mandsdominerede lægeprofession synes at udelukke dem fra det professionelle tilhørsforhold, mens deres professionelle genus isolerede dem fra sygeplejerskerne, som de havde fælles social genusidentitet med. En læge oplever det ligefrem problematisk, at hun føler en større samhørighed med sygeplejerskerne end med sine fagprofessionelle kolleger (33). Et amerikansk studie fra 2004 synes at vise, at kvindelige læger tillægges deres professionelle genus større betydning end deres sociale genus, mens kvindelige sygeplejersker prioriterer professionen sekundært i forhold til de egenskaber, der tillægges det traditionelt feminine genus. Det indebærer, at de

kvindelige sygeplejerskerne opfatter genus og ikke profession som det vigtigste bindeled til de kvindelige læger (35).

FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Hovedformålet er at studere, hvordan rolleopfattelsen påvirker lægers og sygeplejerskers arbejde inden for klinisk anæstesi.

- Hvordan opfatter anæstesilægen sin rolle og sit mandat i klinisk anæstesi?
- Hvordan opfatter anæstesisygeplejersken sin rolle og sit mandat i klinisk anæstesi?
- Hvordan opfatter anæstesilægen anæstesisygeplejerskens rolle?
- Hvordan opfatter anæstesisygeplejersken anæstesilægens rolle ?
- Hvad kendetegner relationen mellem anæstesilægen og anæstesisygeplejersken i den kliniske arbejdssituationen ?

Begrebet rolle betyder i denne opgave de egenskaber sygeplejersken eller lægen tillægges under udførelsen af arbejdsopgaverne i klinisk anæstesi. Det drejer sig både om de egenskaber, den professionelle tillægger sig selv, og de egenskaber, den professionelle signalerer til omgivelserne.

Mandat forstås i denne opgave som den bemyndigelse den fagprofessionelle har til at udføre sit hverv. En bemyndigelse, der dels kan tage afsæt i den juridiske profession er omfattet af, men som også opnås gennem etablering af præcedens i en given kontekst.

METODE

Projektet er i sin grund baseret på, at to MPH-studerende med hver sin fagprofessionelle baggrund har gennemført studiet i et tæt samarbejde gennem alle studiets faser. I følge Kvale(1997) er et vigtigt kvalifikationskriterium for forskeren som interviewer, at vedkommende er velinformeret om interviewemnet. Dette er der i dette studie taget vare på, ved at intervieweren og den interviewede har fælles faglige forudsætninger. Det indebærer, at begge parter gensidigt har samme forståelse af den terminologi, som er aktuell. Den forforståelse, forfatterne besidder i kraft af deres mangeårige tilknytning til området, kan således lette forståelsen af beskrivelserne af informanternes arbejdslivsverden, men samtidig er der en bevidsthed om ikke at lade denne forforståelse påvirke tolkningen af resultatet. At den studerende har samme faglige baggrund som respondenterne kan indebære en risiko for, at egne holdninger kan påvirke resultatet. Der skal derfor i alle studiets faser være en bevidsthed om, at det er respondentens og ikke egne synspunkter og erfaringer, der skal formidles. Fagområdets begrænsede størrelse og gennemsigtighed forudsætter ligeledes en distancering til den

forkundskab, der er til de arbejdspladser, hvorfra informanterne er rekrutterede. Forskningsspørgsmålene omhandler relationen mellem de to professioner, som de studerende er rekrutterede fra. At data er blevet vurderet og behandlet i en kontinuerlig dialog mellem de to professioner er sket ud fra et ønske om at mindske risikoen for, at data tolkes med et monofagligt afsæt. På den måde kan der opnås en vis kontrol af en ensidig subjektivitet (36). Indsamling af data gennem interview af begge professioner samt de to studerendes simultane bearbejdning af data er med til at sikre, at begge professioners erfaring og perspektiv kommer til udtryk (21, 37).

Valg af metode

I dette studie benyttes det halvstrukturerede livsverdensinterview, der af Kvale(1997) beskrives som "...et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener."(Kvale 1997, s.19). Dette interview er valgt for at indhente kundskab om informanternes opfattelse af deres "arbejds" – livsverden. Der fokuseres på bestemte temaer, men samtidig er der fastholdt åbenhed over for nye og ukendte fænomener, der kan bidrage til ny kundskab inden for dette område, der ikke tidligere er beskrevet. Gennem det kvalitative interview ønsker forskeren at indsamle data så åbent som muligt uden at lede resultatet i en bestemt retning. Denne åbenhed fremmes af den nærhed der opstår mellem interviewer og informant, når dataindsamlingen foregår gennem dialog. Dermed sikres rigere mangfoldighed og flere nuancer i data. Under interviewet skaber forskeren sig indsigt i, hvad respondenterne mener, både det konkrete sagte (det faktuelle plan) og det som er den underliggende mening i det der siges(meningsplanet). Forskeren registrerer og tolker såvel det sagte som måden, det siges på. Ved at præsentere sin forståelse af det sagte, giver forskeren respondenterne mulighed for at bekræfte eller afkræfte og eventuelt uddybe forskerens tolkning. Målet er at opnå konkrete beskrivelser af respondenternes oplevelser og reaktioner omkring det aktuelle emne, ikke respondenternes generelle holdninger til emnet (36).

Interviewerne har haft en bevidsthed om deres forforståelse i forhold til den livsverden, der beskrives i interviewene. Tilstedeværelsen af begge interviewere i interviewsituationen har bidraget til at sikre en større åbenhed og objektivitet i forhold til interviewet, end der kan skabes i en interviewsituation med kun én interviewer til stede. Under interviewene er der gennem refleksion hos både interviewperson og interviewerne blevet skabt en erkendelse og en indsigt gennem afdækning af nye sammenhænge i forhold til de temaer, der har været udgangspunkt for studiet.

Valg af interviewpersoner

Udvælgelsen af informanter er sket ud fra et bevidst ønske om at opnå generaliserbarhed på baggrund af informanternes repræsentativitet i forhold til studiets målgrupper. Der er gennemført interviews blandt specialuddannet personale på fire

forskellige hospitaler i Danmark og Norge. Disse to nordiske lande er valgt af hensyn til begrænsning af studiets omfang. Hospitalerne, hvor informanterne arbejdede, er valgt ud fra deres størrelse, kompleksitet og organisatoriske placering i sundhedsvæsenet. Dette ud fra et ønske om at afdække eventuelle forskelle i arbejdsindhold og roller på forskellige sygehustyper. I hvert land interviewedes personale fra et højt specialiseret universitetshospital og fra et mindre lokalsygehus ud fra en antagelse om, at den organisatoriske diskrepans mellem de to sygehustyper udgjorde en betydende forskel for arbejdsmiljøet. Udvalget af informanterne er foretaget af afdelingernes ledelser for at undgå, at gennemførelsen af interviewene ville påvirke afdelingens drift. Inden udvalget er en repræsentant for afdelingsledelsen blevet informeret om studiet dels mundtligt, dels ved at MPH-plan med udvælgelseskriterier for informanterne er blevet sendt til afdelingsledelsen. Der er derfor taget hensyn til ønsket om strategisk udvælgelse af informanterne ud fra følgende kriterier: alder, faganciennitet, køn og specialiseringsgrad. Informanterne repræsenterer en spredning i forhold til alder og faganciennitet ligesom begge køn er repræsenterede, det lykkedes dog ikke at få adgang til at interviewe en mandlig anæsthesisygeplejerske. Der er valgt to repræsentanter for hver faggruppe fra hvert sygehus, altså i alt 16 informanter. Ved fastlæggelsen af antallet er der taget hensyn til den tid og de ressourcer, der har været tilgængelige, men også antagelsen om, at der ved det valgte antal vil kunne opnås et mætningspunkt i forhold til ny kundskab (36).

Forberedelse af interview

Interviewene er gennemført som semistrukturerede interviews med en vejledende interviewguide med åbne spørgsmål. Udformningen af interviewguiden er understøttet af litteraturstudier. Dels litteratur, der belyser generel viden om professionskulturen og samspillet mellem professioner og det omgivende samfund, dels litteratur med tilknytning til de aktuelle forskningsspørgsmål. Kendetegnende for den eksisterende litteratur er, at forskningsspørgsmålene kun belyser relationerne fra den ene fagprofession synsvinkel både i forhold til dataindsamling og dataanalyse. Interviewguiden har taget afsæt i et salutogenetisk perspektiv, idet der er lagt vægt på beskrivelsen af kendetegnene ved ”den gode fagprofessionelle”, både i forhold til opfattelsen af egen rolle og forventningerne til kollegaerne i den gode samarbejdssituation. Derved forventes en afdækning af nogle af de faktorer, der vil kunne medvirke til at skabe et godt samarbejde og dermed et godt psykisk arbejdsmiljø. Der er også spurgt ind til kendetegnene for det dårlige samarbejde og den ikke velfungerende kollega. En vis blufærdighed overfor interviewerne, som tilhører begge faggrupper, kan have været medvirkende til, at der i svarene er blevet fokuseret mest på den ideelle samarbejdspartner og fagperson. Der er foretaget to pilotinterviews. De to testinformanter er rekrutteret fra hver sin faggruppe. Ved hjælp af pilotinterviewene kunne det kortlægges, om spørgsmålene udgjorde et anvendeligt interviewredskab. Der er sket en mindre modificering af interviewguiden efter pilotinterviewene, hvorved det er tydeliggjort, hvilken kontekst, vi ønsker at belyse. I tillæg blev den tekniske metode til indsamling af data afprøvet, således at de egentlige interviews kunne gennemføres

uden tekniske forstyrrelser. Interviewene er optaget på en digital voice recorder (Olympus DS-2300) og lagret som digitale filer med henblik på ordret transskribering.

Gennemførelse af interview

Interviewene fandt sted i neutrale, rolige omgivelser, uden at interviewpersonerne blev forstyrret i den time, interviewene varede. Begge forfattere har været til stede under interviewene. Det kan indebære en risiko for at skabe ubalance i interviewsituationen, men det er blevet vurderet som vigtigt, at begge har været til stede for at sikre ensartede interviewsituationer. Desuden har interviewerne opnået at have samme adgang til de nuancer i interviewet, der ligger i iagttagelsen af informanternes kropssprog og tonefald. Informanten og interviewereren har tilhørt samme faggruppe. Den, der ikke har foretaget interview, har været teknisk ansvarlig, men har også haft mulighed for at stille uddybende spørgsmål ved behov. Inden starten af selve interviewet er informanterne blevet briefet om formålet med studiet som en uddybning af den skriftlige information, de på forhånd har haft tilgang til. Interviewets temaer har engageret informanterne. I starten har informanterne været vældig konkrete i besvarelsen af spørgsmålene, men eftersom interviewet er skredet frem, er informanterne blevet stadigt mere refleksive i forhold til de problemstillinger, der er blevet belyst. Interviewet er afsluttet med, at informanten har fået mulighed for at uddybe de informationer, der er opnået under interviewet. Afslutningsvis, efter at lydoptagelsen er ophørt, er der gennemført en uformel debriefing med informanten. Det har vist sig, at informanterne har haft et behov for at redegøre for, hvordan de har opfattet interviewsituationen. Mange fandt situationen uvant, men den har givet dem en kærkommen anledning til at reflektere over deres arbejdshverdag med fokus både på egen rolle og samspillet mellem de to fagprofessioner (36).

Transskribering og analyse

Transskriberingen er blevet udført af interviewerne i umiddelbar tilslutning til gennemførelsen af interviewene. Det første interview er blevet transskriberet med begge interviewere til stede for at sikre konsensus omkring transskriberingsmetoden. Derefter er interviewene blevet fordelt mellem interviewerne (38). Ved den ordrette transskribering er såvel spørgsmål som informanternes udsagn blevet fortløbende nummereret. Denne metode er blevet videreført ved koncentreringsen, hvor overflødig stof som gentagelser og irrelevante oplysninger blev slettet. Koncentreringsen er gennemført for at kunne fokusere på de dele af interviewene, der er væsentlige for at belyse studiets forskningsspørgsmål. I forbindelse med analysen og kategoriseringen er nummereringen ført med over i resultatdelen, således at alle de citater, der ligger til grund for resultatredogørelsen, kan tilbageføres til den oprindelige transskriberingstekst. Indholdsanalysen er blevet foretaget i fællesskab og essensen er fremdraget med henblik på udvikling af kategorier og subkategorier. Efter første gennemgang er der

fremkommet tolv hovedkategorier og fire rollebeskrivelser, som efter yderligere diskussion er blevet reduceret til seks hovedkategorier (36).

Resultatet fremstår som en kombination af omskrevne citater og direkte, særligt træffende citater, der har dannet baggrund for kategoriseringerne. Det skal betones, at informanternes fagprofessionelle baggrund har betydet, at de har forholdt sig reflektivt til de stillede spørgsmål. Det kan derfor i visse dele af resultatet være vanskeligt at skelne mellem resultat og analyse. For at sikre sammenhæng i resultatdelen indledes hvert afsnit med en forklarende tekst, mens der afsluttes med en opsummering, der danner bro til det følgende afsnit. Den endelige analyse og tolkning af resultatet sker under diskussionen, i erkendelse af at den kvalitative tilgang til studiet indebærer, at analyse og tolkning ikke er et isoleret stadium, men gennemsyrrer hele interviewundersøgelsen (36).

Validitet og reliabilitet

At alle studiets stadier er gennemført under begge interviewernes tilstedeværelse betyder en styrkelse af såvel reliabilitet som validitet. Det indebærer, at der gennem en løbende dialog er sket en kontinuerlig verificering gennem hele undersøgelsesforløbet. For at styrke studiets reliabilitet er interviewguiden blevet udformet med åbne spørgsmål. Under interviewet er der i henhold til Kvaes opfattelse af legaliteten af ledende spørgsmål, kun blevet stillet supplerende, ledende spørgsmål i den udstrækning begge interviewerne har fundet det nødvendigt for at holde fokus på studiets formål. For at sikre den ordrette transskribering har det været nødvendigt at transskriberingen er blevet udført af den, der skriftligt behersker interviewpersonens sprog. Reliabiliteten af transskriberingen er sikret ved, at begge har været til stede under interviewet og derved har kunnet genkalde sig indholdet. Er der opstået tvivl er transskriberingen blevet sammenholdt med lydoptagelserne.

Validitetsbegrebet i den kvalitative forskning er udfordrende, fordi kendetegnet ved metoden netop er dens evne til at afdække tilværelsens mangfoldigheder. Det er ikke muligt at validere i forhold til en objektiv virkelighed, men valideringen gennemføres gennem en kontinuerlig argumentation, ved at fremsætte nye spørgsmål til det foreliggende materiale og ved en teoretisk fortolkning af resultaterne. I dette studie er argumentationen foregået i en dialog mellem to personer med forskellig fagprofessionel baggrund, hvilket indebærer mulighed for at forhindre en vilkårlig eller ensidig subjektiv tolkning af data. Der er forsøgt opnået konsensus, uden at dette har påvirket validiteten af resultatet. I de tilfælde, hvor der ikke har været enighed om tolkningen af resultatet, er der redegjort for de alternative tolkninger.

Etik

Studiet er forelagt for Den Videnskabsetiske Komité for Ringkjøbing, Ribe og Sønderjyllands Amter i Danmark og Etisk komité i Helse Sør i Norge. Projektet er vurderet til at falde uden for de videnskabsetiske komitéers virkeområde og derfor ikke anmeldelsespligtigt. Målet for studiet er at skabe et grundlag for forbedring af det interprofessionelle arbejdsmiljø. Dette er blevet vægtlagt i alle studiets faser.

Ved det kvalitative interview er tre forhold af særlig vigtighed: krav til informeret samtykke, confidentialitet og bevidsthed i forhold til mulige konsekvenser for den enkelte informant og den organisation, informanterne tilhører. Ved gennemførelsen af de kvalitative interviews blev der lagt særlig vægt på, at interviewene gennemførtes efter informeret samtykke. Der blev givet både mundtlig og skriftlig information. Materialet er behandlet konfidentielt både i forhold til den enkelte informant, men også i forhold til den institution, hvorfra informanten blev rekrutteret. Hele studiet er gennemført med en klar bevidsthed i forhold til de etiske kompleksiteter, der kan opstå i forbindelse med anvendelsen af den kvalitative metodik. I selve interviewsituationen vil den tillid, som kan opstå gennem den gode emotionelle kontakt mellem interviewer og informant kunne blotlægge områder, som informanten ikke umiddelbart har ønsket at formidle. Det er interviewerens ansvar at sikre at sådanne data behandles konfidentielt. Hvis offentliggørelse af oplysninger, der er vigtige til belysning af forskningsspørgsmålene, betyder at confidentialiteten brydes, indgår disse oplysninger ikke som en del af datamaterialet.

Transskriberingen af interviewene er sket ordret i fuld loyalitet overfor det indsamlede materiale. Lydkvaliteten af det indsamlede materiale var særdeles høj, men i de få tilfælde, hvor der opstod tvivl om indholdet, er dette udeladt. Informanterne blev tilbudt at få tilsendt lydfilerne, der indeholdt deres personlige interview. De fleste afstod fra dette tilbud, men ønskede blot at få tilsendt MPH-opgaven. De anvendte citater, som benyttes i præsentationen af resultaterne er fuldt anonymiserede. Citaterne er gengivet ordret. I den udstrækning, der er udeladt ord, er dette tydeligt markeret.

Data i form af elektroniske filer, som er lagret på USB - memory stick, og udskrevne transkriberinger opbevares indlåste i ti år.

RESULTAT

Gennem analysen fremkommer der seks hovedkategorier. Fagprofessionernes handlingsidealer skaber i den første hovedkategori et billede af såvel egne som gensidige forventninger til professionsrollerne. Derefter beskrives der i den anæstesiologiske arbejdsplads gennem syv subkategorier de betingelser, der er karakteristiske for samspillet mellem de to professioner. Beskrivelsen af dette samspil nuanceres yderligere gennem de sidste fire kategorier, der belyser mulige konfliktfelter, der kan opstå inden for klinisk anæstesi : hierarki, ansvar, revir og genus

Anæstesisygeplejerskers og anæstesi-lægers handlingsidealer

Anæstesisygeplejerskens forventning til egen rolle og mandat

I beskrivelsen af den gode anæstesisygeplejerske lægges der primært vægt på det høje faglige niveau. En af sygeplejerskerne fremstiller anæstesisygeplejersken som en, der kan sit fag, sine håndgreb og er tydelig i forhold til sit faglige ståsted og kender sine begrænsninger. Krav til skærpet opmærksomhed og faglig nysgerrighed er også egenskaber som bliver trukket frem.

”..kjernen i det å være anesthesisykepleier...er observasjon ...hele tiden å være aktsom og følge med og hva skjer, hva kan skje, .., det er mer den biten enn handling, ...for og så handle så må man vite at det er mulig å handle”

Dette forudsætter, som en af anæstesisygeplejerskerne beskriver, at man holder sig fagligt opdateret og er åben for ændringer inden for fag- og funktionsområdet. Der er et personligt ansvar for at tilegne sig ny viden og nye færdigheder. Dette skaber basis for, at anæstesisygeplejersken arbejder fagligt selvstændigt og med faglig stolthed. En af sygeplejerskerne opfatter netop arbejdet som ensomt forstået på en positiv måde. Hun er stolt af den kompetence, hun besidder og fremhæver det positive ved at arbejde inden for et fag som er i stadig udvikling.

Det forudsættes også, at anæstesisygeplejersken er handlingskompetent og kan møde udfordringer i både planlagte, men også uforudsete situationer.

”... plutselig fikk jeg ikke luft i ham, .. metningen begynte å dette...han får dårlig farge... få ringt opp på vaktrommet ...det gikk altså to, tre minutter så kom tre anestesileger. Da var det jo løst da...”

Til trods for begrænset tid til disposition før patienten sover, er der en forventning til, at anæstesisygeplejerskerne evner at opnå et tillidsfuldt forhold til patienten. Flere af sygeplejerskerne gør opmærksom på anæstesisygeplejerskens rolle som patientens advokat, både som forsvarer for den sovende patients individualitet og integritet, men også som en sikkerhed for, at gennemførelsen af anæstesi skal ske på en faglig forsvarlig måde.

En af sygeplejerskerne beskriver udfordringerne i det at være godt forberedt i mødet med den enkelte patient, men også i forhold til at skulle håndtere meget forskelligt avanceret udstyr og medikamenter i forbindelse med anæstesi under tidspres.

Anæstesisygeplejerskens rolle som del af et tværfagligt team stiller krav til åbenhed, lydhørhed og gode kommunikationsevner. En af sygeplejerskerne beskriver handlingsidealet for anæstesisygeplejersken som den, der kan bevare overblikket, skabe ro i situationen, og som samtidig evner at værdsætte andres kompetencer. Det at arbejde

for at få indsigt i og forståelse for andres arbejdssituation og måder at arbejde på, kan give et videre perspektiv i opgaveløsningen.

Anæstesisygeplejerskens forventning til anæstesi­lægens rolle og mandat

Det tilkendegives enstemmigt fra alle anæstesisygeplejerskerne, at de forventer, at den gode anæstesi­læge har samme kvaliteter som den gode anæstesisygeplejerske. Respekten for faget og de personer man samarbejder med går igen i flere af interviewene.

*”En god anæstesi­læge er en som har nogenlunde de samme kompetencer... tør vedkende sig sine faglige kundskaber...har respekt og ydmyghed for det felt, vi står i... respekterer **mig** for det **jeg** kan ... har en positiv tilgang til patienten, noget af det som jeg synes er, noget af det vigtigste er faktisk, at man erkender, at vi alle sammen har nogle plusser og minusser ... det være sig både sygeplejersken og lægen...”*

Anæstesi­lægen får som samtidig ansvarlig for flere anæstesi­givninger rollen som ”konsulent” og specialist både i forbindelse med de mest risikofyldte dele af den planlagte anæstesi samt i tilfælde, hvor der opstår uventede problemer. Erkendelsen af at anæstesi­lægerne har en anden uddannelsesbaggrund, og dermed en anden tilgang til patienten, opleves af anæstesisygeplejerskerne som en sikkerhed for komplementær opgaveløsning.

”... det giver så en ekstra dimension til tryghed, at der er en læge der og tage sig af patienterne...”

Når der opstår uforudsete situationer, betoner anæstesisygeplejersken behovet for at kunne beskrive den konkrete situation, så anæstesi­lægen derved opnår det bedst mulige beslutningsgrundlag. Anæstesisygeplejerskerne forventer, at anæstesi­lægerne værdsætter deres kompetence i samarbejdet omkring patienten. Denne gensidige tillid og respekt skabes blandt andet i kraft af en tydelig og klar kommunikation, der stiller krav til anæstesi­lægen som den gode kommunikator.

”...at de også bevarer roen og er gode til at komme med de ordinationer jeg så skal udføre...”

En af anæstesisygeplejerskerne siger, at der er plads til begge professioner, og at begge grupper har noget at tilbyde. Vægtningen af patientens sikre vej gennem anæstesien som et fælles projekt bliver i følge anæstesisygeplejersken central, når to professioner arbejder så tæt sammen. Samtidig med rollen som specialist og konsulent er der en forventning til, at anæstesi­lægen tilnærmer sig patienten ud fra et helhedssyn med et klart omsorgsperspektiv. En anæstesisygeplejerske oplever, at anæstesi­lægerne drager omsorg for patienten, men at deres erkendelse af omsorgsrollen er mindre udtalt. Den

generelle opfattelsen blandt anæstesisygeplejerskerne er dog, at anæstesilægerne udfører omsorgsopgaver i mindre omfang.

Anæstesisygeplejersken betragter anæstesilægen som en ligeværdig kollega og forventer, at denne interkollegiale respekt er gensidig. En af anæstesisygeplejerskerne beskriver en vanskelig praksissituation, hvor hun skal styre anæstesen på baggrund af anæstesilægens forordninger, uden at denne er fysisk tilstede på operationsstuen. Hun opfatter denne arbejdsform som mangel på tillid til hendes kompetence. Hun beskriver samtidig, at samarbejdet i de fleste situationer er baseret på gensidig tillid og respekt for hinandens kompetencer.

Anæstesilægens forventning til egen rolle og mandat

Med den kompetente anæstesisygeplejerske som den nærmeste samarbejdspartner oplever anæstesilægerne, at de i kraft af den skandinaviske model får et bredt arbejdsfelt. Denne bredde eksisterer både i forhold til patientklientel, men også i forhold til opgavernes karakter fra enkle rutineopgaver til komplekse akutte situationer. Arbejdet beskrives som en passende afveksling mellem spænding og rutine. Udfordringerne ligger i det høje akademiske vidensniveau i kombination med et godt håndslag i forhold til specielle praktiske færdigheder, som anæstesilægen oplever at være den eneste profession, der behersker. Det opleves tilfredsstillende, at man som anæstesilæge umiddelbart ser resultatet af både de rigtige og forkerte beslutninger omkring valg af behandling. Variation i opgaveporteføljen opnås ligeledes ved, at anæstesilægen tilkaldes til assistance på hele sygehuset og dermed møder patienterne fra stort set alle de øvrige specialer.

Alle anæstesilægerne lægger vægt på, at de skal skabe sig overblik over hele patienten. De skal have et helhedssyn både i et rent naturvidenskabeligt perspektiv, men også i det psykosociale aspekt i kontakten med patienten og dennes pårørende. Denne kontakt skal ofte skabes i løbet af ganske få minutter.

”... man har prøvet at lave det der helhedssyn på patienten.....faktisk på meget kort tid finde et sted, hvor man kan mødes, fordi jeg synes psykologien i hele det der med at lægge til at sove og generel anæstesi er meget, meget vigtig...”

Det faglige engagement og kravet om stadig opdatering af viden og metodebrug forudsætter selvtillid og gennemslagskraft. Anæstesilægen skal gennem sin viden og sine færdigheder skabe sig et fundament, så både patienter og samarbejdspartnere har den nødvendige tillid, der skal sikre implementeringen af ny viden og teknik.

”...man skal have lidt evner som brugtbilsælger... man skal sælge sit blok til patienten, man skal sælge sit blok til dem, der er på stuen, og man skal have selvsikkerhed nok til at køre det igennem...”

Samtidig indebærer professionsrollen, at anæstesi­lægen skal have ydmyghed over for sit fag. Det er nødvendigt at vedkende sig og acceptere de situationer, hvor opgaverne ikke mestres. Har man gjort sit bedste, skal man være tilstrækkeligt psykisk stærk til at kunne se sig selv i øjnene og erkende, at det bedste ikke var godt nok uden at miste sin faglige stolthed.

”... jeg tror man må være veldig ærlig... det er ikke alltid lett å si det og se seg i speilet og si.: i dag var du - det var bare tull med deg i dag.”

Klinisk anæstesi kendetegnes ved, at mange personalegrupper skal samarbejde om at yde assistance til een og samme patient ofte under pressede arbejds­vilkår. I denne kontekst oplever anæstesi­lægen sig særligt i den stressede situation som værk­fø­rer­en, der leder og fordeler arbejdet. I det daglige rutinearbejde skaber han sit samarbejdsfundament ved at være fleksibel, lyttende og kompromissøgende, men han er bevidst om, at han i den pressede situation skal være i stand til at skære igennem, når det er nødvendigt at tage hurtige beslutninger.

Anæstesi­lægens forventning til anæstesi­sygeplejerskens rolle og mandat

En af de danske anæstesi­læger betegner den gode anæstesi­sygeplejerske som

”... en skrap madamme... kan melde klart ud og fra, når tingene ikke kører...en god portion selvsikkerhed ...”

en betegnelse som i denne sammenhæng skal forstås som en person, der gennem sin viden og erfaring skaber sig rollen som en dygtig, respekteret og gennemslagskraftig sparringspartner for anæstesi­lægen i de kliniske beslutningsprocesser. Hun skal være en aktiv medspiller på holdet, må ikke være bange for at påpege fejl og mangler, men skal klart og tydeligt give udtryk for sine synspunkter på en sober måde. Anæstesi­lægerne har respekt for sygeplejerskernes specialuddannelse og forventer, at de er i stand til at følge med i fagets udvikling. Uddannelsen og ikke mindst deres kliniske erfaring som den, der følger patienterne under hele anæstesi­forløbet, skaber basis for den tillid anæstesi­lægen har til, at de kan varetage de patientnære opgaver selvstændigt.

”... det er tillit, det er personlighet, det er faglig kunnskap, det er erfaring og et veldig godt samarbeid...”

Anæstesi­lægerne forventer en høj grad af selvstændighed, men samtidig at anæstesi­sygeplejerskerne kender deres begrænsning og kan vurdere, hvornår grænsen for deres selvstændighed er nået. Det accepteres, at denne grænse for selvstændighed varierer dels med patientens tilstand og indgrebets kompleksitet, men også med anæstesi­sygeplejerskens erfaring.

”... det er logikk, logikk, logikk...tenk logisk, fornuftig , enkelt, ikke bli redd... når du ikke har grunn til å bli redd...kom til konklusjoner... reagere i god tid, og ringe meg i god tid, og da løser vi problemet sammen ...hvis det er uerfaren sykepleier, da er det ikke noe rart at jeg blir ringt pga av noe som er tull, det er helt greit, men...hvis noen erfarne bare ringer til meg for moro skyld, da kan det være litt ubehagelig...”

Anæstesiilægerne er afhængige af, at anæstesisygeplejerskerne er i stand til at tage initiativ på egen hånd, når anæstesiilægerne på grund af mere presserende opgaver ikke kan være til stede under hele anæstesisforløbet, også selv om patientens tilstand egentlig kræver det.

De fire handlingsidealer kan opsummeres som følger: Med afsæt i den sygeplejefaglige tradition oplever anæstesisygeplejerskerne sig som advokat for den sovende patient. En særlig professionsbetinget styrke i forhold til at kunne skabe en tillidsfulde kontakt understøtter patienten i dennes mestring af anæstesen. Specialuddannelsen kombineret med den kliniske erfaring sikrer den nødvendige selvstændige varetagelse af den ukomplicerede praktiske anæstesi. Den faglige basis og stolthed giver handlekraft i uventede komplicerede situationer, hvor der ikke er umiddelbar tilgang til anæstesiilægen. Bevidstheden om deres begrænsning i opgaveløsningen underbygger deres forventning til anæstesiilægen, som teamets tryghedsskabende specialkonsulent både i forhold til teoretisk viden og praktiske håndgreb. De respekterer denne specialiststatus og forventer, at den interprofessionelle respekt er gensidig. Anæstesiilægen opfatter sig som en dygtig, men ydmyg håndværker med et højt og bredt akademisk vidensniveau. Anæstesiilægen påtager sig tidligt i sin karriere rollen som værkfører, der leder og fordeler arbejdet. For at kunne skabe en platform for denne rolle skal anæstesiilægen være kompromissøgende og tage beslutningerne i en åben dialog med sine nærmeste samarbejdspartnere, når det overhovedet er muligt. I det tætte samarbejde, der er i den skandinaviske model mellem læger og sygeplejersker, får sygeplejersken i anæstesiilægens øjne rollen både som lægens forlængede arm, men også som den konstruktivt kritiske sparringspartner i de kliniske beslutningsprocesser og den praktiske hverdag.

Den anæstesiologiske arbejdsplads

Den skandinaviske model

Det er en klar opfattelse blandt begge professioner, at den skandinaviske model i kraft af det tværfaglige samarbejde indebærer en stor arbejdstilfredshed i forhold til patientbehandlingen. En læge betegner modellen som ”genial” fordi en læge kan påtage sig ansvaret for anæstesisigivningen på flere stuer. Hun finder det ikke problematisk at overlade styringen af anæstesen til anæstesisygeplejerskerne, så længe forløbet ikke byder på problemer. En anden læge peger på, at modellen indebærer en bedre ressourcenyttelse, end hvis alle opgaver skulle løses af de langt højere lønnede

læger. Han anerkender ikke den angelsaksiske model, hvor den praktiske kliniske anæstesi udelukkende varetages af læger, som sikrere for patienterne. Tværtimod mener han, at der er en reel risiko for, at lægerne mister den nødvendige respekt for risikomomentet i rutineopgaverne, ligesom de mister muligheden for at bevare bredden i deres kompetencer.

”...det er sikkert noen som mener at det er faglig sett er tryggere og sikrere ... jeg er nå ikke så sikker på det, jeg tror de kanskje kan bli litt sløve og slakke etter hvert... føler seg dømt til å sitte der på operationsstuen istedenfor...”

Repræsentanter fra begge professioner er opmærksomme på, at beslutningsvejen er kortere, når lægerne varetager anæstesien, men en sygeplejerske har iagttaget, at der ikke er forskel på den måde de to professioner håndterer opgaven. Hun mener, at de to fag supplerer hinanden i kraft af deres forskellige tilgang til patienten og peger også på den økonomiske fordel, der ligger i modellen. Hun er af den opfattelse, at det ressourcemæssigt betrængte sundhedsvæsen ikke ville kunne bære, at den angelsaksiske model indføres i de skandinaviske lande.

Den skandinaviske model værdsættes af begge faggrupper på grund af de to fags komplementære løsning af arbejdsopgaverne. I tillæg påpeges modellens økonomiske fordel, hvor en relativt lavt lønnet profession med specialkompetencer løser opgaverne støttet af langt færre højt lønnede specialister.

Fagkultur

Valg af speciale har for nogle været præget af tilfældighed, mens andre har gjort et bevidst strategisk valg. Uanset motivationsfaktor ønsker de fleste at have tilknytning til faget resten af deres arbejdsliv.

” ... få, der forlader specialet...der er jo nogen der har været både i tredive og fyrre år...”

Begge professioner oplever, at tilknytningen til anæstesifaget indebærer klar og tydelig identitet. De betragter arbejdet som vigtigt og meningsfuldt med en høj grad af arbejdstilfredshed. En anæstesisygeplejerske beskriver, hvordan et vellykket anæstesiforløb til en kompliceret operation, hvor patienten er afslappet og veltilpas både i indsovnings- og opvågningsfasen, ligefrem kan gøre hende ”høj”. Flere udtaler, at de er kommet på ”rette hylde”. Enkelte af interviewpersonerne er så kategoriske, at hvis de ikke kunne arbejde med anæstesi, så ville de vælge en helt anden profession.

”... så ville jeg ikke være anæstesilæge, så ville jeg i det hele taget ikke være læge...”

En af lægerne har en opfattelse af, at dette har meget med adrenalin at gøre. Et arbejde, som resulterer i meget adrenalin, er attraktivt, og det at mestre dette pres, er for hende

en væsentlig faktor for at blive i faget. Hun siger, at selv om resultatet kan blive hjerteinfarkt om ti år, er det er en accepteret del af prisen.

Begge professioner beskriver et arbejde, som ”binder”. De finder faget meningsfuldt udfordrende, de føler sig knyttet til fagområdet og har et bevidst ønske om fortsat at være tilknyttet fagområdet resten af deres arbejdsliv.

Organisationskultur

Der er blandt interviewpersonerne en klar bevidsthed omkring forskellen i arbejdskulturen på små og store sygehuse med de fordele og ulemper, det kan medføre. I hvilken grad dette bygger på egne erfaringer eller mere generelle opfattelser varierer. En læge, der har valgt det lille sygehus som arbejdsplads, finder at ansættelsen ved et stort sygehus kan give oplevelsen af anonymitet, som blandt andet indebærer, at hun ikke ved, hvilken kompetence den ukendte samarbejdspartner står for, når hun søger assistance til sit kliniske arbejde hos andre specialer. Begge professioner oplever, at de ved de små sygehuse bibeholder en værdsat større bredde i forhold til deres opgaveportefølje. Både sygeplejersker og læger giver udtryk for et bevidst valg af arbejdsplads. En af anæstesilægerne udtaler følgende:

”... et helt klart valg, jeg er bange for at det skal blive for kedeligt at komme ud på de små sygehuse... for langt imellem snapsene...”

En af anæstesisygeplejerskerne, som har arbejdet både ved små og store sygehuse, har følgende kommentarer til valg af arbejdssted:

”... de store sykehusene...anestesilegene er tilstede hele tiden sammen med anæstesisygepleierne, på store inngrep... glad for at jeg ikke jobber på et sånt sted...”

Repræsentanter fra begge professioner udtaler, at man i arbejdet på lokalsygehuset i højere grad kan præge forløbet for patienten. Det er medvirkende til, at de oplever en større arbejdstilfredshed, samtidig med at nærheden til samarbejdspartnerne opleves som en anderledes og bedre arbejdskultur.

Begge professioner træffer, i den udstrækning det er muligt, et bevidst valg af arbejdsplads. Valget træffes med afsæt i kendskabet til de forskelle, der opleves omkring arbejdsforholdene på de to typer sygehuse.

Tværfaglig læring

En dansk læge bemærker med beklagelse, at uddannelsestraditionen trods systematisering ikke er så stærk inden for lægefaget som hos sygeplejerskerne, hvor der under oplæringen sker en stadig opfølgning og supervision. Alle læger har oplevet en

høj grad af tværfaglig mesterlære, hvor lægen indføres i praktisk anæsthesigivning af en erfaren anæsthesisygeplejerske.

”...jeg har lært meget fra sygeplejerskerne også ... det er et meget ligeværdigt forhold inden for anæsthesien ... var koblet til en ”sygeplejerskemor” ... det var meget intensivt ... man var på stue de seks uger og der var undervisning.”

Både den teoretiske viden og de særlige håndgreb, der er knyttet til lægens opgaveportefølje, tilegner lægerne sig gennem litteraturstudier og ved supervision af erfarne kollegaer.

Når sygeplejerskerne lærer sig specialet sker dette gennem en tæt supervision og vejledning i hele uddannelsesperioden både i teori og praksis. Dette sker såvel mono – som tværfagligt. En af de danske anæsthesisygeplejersker beskriver sin læretid som en typisk mesterlære med en erfaren anæsthesisygeplejerske som læremester. Der sker i læretiden en gradvis overgang til mere og mere selvstændigt arbejde.

”... tilrettelagt som en mesterlære ... kombination af teori og praksis fra dag et...man går på en stue, forbereder en patient til anæstesi, indleder anæsthesien, lærer håndgrebene, lærer apparaturet samtidig med at man taler teori, man taler ventilation, farmakologi ...”

Den tværfaglige oplæring opstår i kraft af det tætte daglige samarbejde og de overlappende funktioner mellem de to fagprofessioner. En læge beskriver en anæstesiindledning, hvor han overlader kontakten med den vågne patient til den uddannelsessøgende sygeplejerske, mens han ved håndteringen af den sovende patient støtter hende i nogle af de praktiske håndgreb. Flere lægger vægt på, at der i den daglige sammensætning af anæstesiteamet tages hensyn til udnyttelsen af læringspotentialet hos de tilgængelige personaleressourcer, således at teamet bevidst kombineres af et erfarent og et uerfarent medlem.

Oplæring i klinisk praksis udgør en væsentlig del af det at tilegne sig anæsthesifaget. Begge faggrupper er sig deres uddannelsesansvar bevidst både monofagligt og tværfagligt, og der gives klart udtryk for, at der faktisk afsættes rum for læring som en naturlig, obligatorisk del af den daglige drift.

Det interprofessionelle samspil

Det er gennemgående praksis, at anæsthesisygeplejerskerne er mere stationære i forhold til anæsthesigivningen, og at anæstesilægerne i kraft af deres konsulentrolle i vid udstrækning er nødt til at basere sig på, at anæsthesisygeplejerskerne har lokalkendskabet. Dette gælder blandt andet i forhold til medicinsk udstyr og i nogle organisationer også i forhold til at tilrettelægge og planlægge gennemførelsen af anæstesi.

”...sygeplejersker er ekstremt mye mer kyndige og praktiske på utstyr..... legene baserer seg fullstendig på at sykepleierne ... har lokal kjennskapen...”

En af anæstesiilægerne udtaler i respekt for sygeplejeopgaverne, at først det år, hvor han som erfaren anæstesiolog var ude i privat praksis og måtte gennemføre anæstesen på egen hånd, oplevede han at få ”finish” på faget. Det opnåede han ved også at mestre de opgaver, der traditionelt er knyttet til anæstesisygeplejerskerne. Han understreger samtidig, at han savnede samarbejdet og muligheden for faglig sparring med både anæstesisygeplejersker og lægelige kollegaer. Betydningen af respekten for hinandens kompetenceområder betones af flere både læger og sygeplejersker. Det gælder både i forhold til fagspecifikke kompetencer, men også ved overlappende arbejdsopgaver. En anæstesisygeplejerske oplever, at holdningerne fra anæstesiilægerne kan være forskellige i forhold til, hvorledes de differentierer mellem sygepleje- og lægeopgaver. Det kan give sig udslag i, at anæstesiilægerne blandt andet ikke vil afløse anæstesisygeplejerskerne til pause, og hvis de afløser, vil de ikke udføre de dokumentationsopgaver, der er knyttet til den praktiske kliniske anæstesi. Enkelte af sygeplejerskerne opfatter dette som et udtryk for nonchalance over for de lovpligtige, men lavt prioriterede opgaver.

Begge faggrupper betoner vigtigheden af, at evnen til at ville se og værdsætte andres kompetencer er den nødvendige grobund for skabelsen af det gode arbejdsmiljø i en kontekst præget af overlappende arbejdsopgaver og traditionelt hierarki.

Teamkultur

Som arena for udvikling af de kliniske færdigheder skal det anæstesiologiske team acceptere medlemmer med forskelligt kompetenceniveau. Den hierarkiske placering af fagprofessionerne kan opleves som en hindring for denne accept. En kvindelig læge beskriver sin oplevelse af sygeplejerskernes fjendtlige holdning til hende som ung, uerfaren læge. Hun mener, at det skyldes, at sygeplejerskerne synes, at de unge læger opfører sig uberettiget bedrevidende, fordi de har en længere teoretisk uddannelse bag sig. Denne teoretiske baggrund kvalificerer dem netop ikke umiddelbart i den praktiske anæstesi, hvor den erfarne anæstesisygeplejerske er den uerfarne læge overlegen. For at opnå den nødvendige støtte fra sygeplejerskerne, mener hun, at den uerfarne læge åbent skal erkende sin usikkerhed i respekt for sygeplejerskernes højere kompetence. I en anden kontekst giver en sygeplejerske udtryk, for at de uddannelsessøgende læger udsættes for et for stort pres ved at skulle varetage opgaven som rådgiver for de erfarne sygeplejersker specielt i vagtsituationen, hvor de kun har begrænset adgang til assistance fra en speciallæge. Dette pres kan forstærkes i en fagkultur, hvor inkluderingen i teamet er betinget af den viden og de færdigheder, det enkelte medlem bringer ind.

”... men anæstesispecialet er et meget typisk: ” vis mig hvad du kan, og jeg skal fortælle dig, om jeg kan lide dig”, og det er både inden for læger og for sygeplejersker.”

En læge lægger vægt på, at det tætte samspil mellem professionerne i anæstesifaget kræver, at begge er gode team-medspillere, der er åbne for den andens synspunkter.

” må jo være en team-medspiller... kanskje er enda viktigere i anestesien enn i de fleste andre spesialiteter...i anestesiteamet ... åpen for innspill... ”

Han oplever, at sygeplejerskerne tilfører anæstesifaget en vigtig dimension. Lægerne lærer ikke blot de basale håndgreb af sygeplejerskerne, men tilegner sig også nogle af de holdninger, der karakteriserer sygeplejerskernes fagkultur. Det at anæstesisygeplejerskerne bringer omsorgsdimensionen mere bevidst ind i anæstesifaget styrker således teamet i dets opgaveløsning. Dermed opnår teamet efter hans vurdering en bredere vifte af kompetencer.

Nogle sygeplejersker har en opfattelse af, at lægerne i deres kontakt med patienten lægger mest vægt på viden om patientens patofysiologi, mens anæstesisygeplejerskerne har fokus på patientens oplevelse af anæstesisituationen. Nogle læger bekræfter denne forskel, både i forhold til patienten, men også i forhold til afviklingen af arbejdet, hvor lægen gerne fremmer tempoet i arbejdets afvikling eventuelt på bekostning af omsorgsdelene. En sygeplejerske mener imidlertid, at sygeplejerskens force netop ligger i, at hun mestrer at varetage patientens behov for omsorg, samtidig med at hun er garant for en effektiv afvikling af anæstesen. Flere opfatter ikke teammedlemmets professionelle baggrund, men i højere grad den enkeltes personlighed, som den afgørende faktor for samarbejdet i teamet.

Flere sygeplejersker udtrykker et ønske om, at lægerne skal være mere til stede i teamet. De sætter pris på den handlefrihed, de opnår ved at varetage den praktisk anæstesi på egen hånd, men de savner lægen som faglig sparringspartner. Mens sygeplejerskerne i teamet finder det naturligt at bede lægen om assistance i situationer, hvor de ikke mestrer et håndgreb, er nogle læger tilbageholdende i forhold til at bede teamets sygeplejerske om hjælp, hvis de kommer til kort. De er tilbøjelige til at gå uden for teamet og hente en lægelig kollega til assistance.

En sygeplejerske nævner som eksempel på det perfekte samarbejde tilfredsstillelsen ved at kunne løbe til et hyperakut kejsersnit fra hver sin ende af sygehuset, gøre det der skal gøres for at få det truede barn ud i løbet af ganske få minutter og så hilse på hinanden, når det er vel overstået, og der er faldet ro over situationen. Flere sygeplejersker påpeger, at hvis teamets medlemmer ikke har det nødvendige kendskab til hinanden, bliver sproget et vigtigt kommunikationsmiddel. De oplever, at sprogbarrierer kan virke som en stressfaktor i samarbejdssituationen. På de sygehuse, hvor der er rekrutteringsproblemer i forhold til speciallæger, kan det på grund af lægevikarernes korte ansættelsesforløb blive vanskeligt at opnå den fortrolighed, der er nødvendig for teamarbejdet. Sygeplejerskerne har i den situation behov for at vinde lægens tillid til deres mestring af faget blandt andet gennem en faglig dialog. En sygeplejerske beskriver det stress, der opstår i arbejdssituationen, når hun ikke kan skabe denne dialog på sit eget sprog, men må benytte sig af et sprog, der er fælles for hende og den

fremmede speciallæge. Hun har oplevet, at en besked er blevet helt fejlopfattet til potentiel fare for deres fælles patient.

I det anæstesiologiske team er der bevidsthed omkring værdien af begge fagprofessioners spidskompetencer i mødet med patienten. Teamet accepterer medlemmer med et lavt kompetenceniveau, når den uerfarne udviser respekt og ydmyghed over for den erfarne også på tværs af det traditionelle hierarki. Det rutinerede team behersker den nonverbale kommunikation, mens det urutinerede teams arbejde i større grad er afhængig af den verbale kommunikation.

Indflydelse på eget arbejde

Anæstesisygeplejerskernes indflydelse på eget arbejde er begrænset til valg af patienttype og anæstesiform. Der er forskel på deres mulighed for disse valg afhængigt af arbejdets organisering. Mange anæstesisygeplejersker oplever, at de har indflydelse på, hvilken form for anæstesi, de tilbyder patienten, enten som et helt selvstændigt valg eller i åben dialog med anæstesiologen. En sygeplejerske beskriver, at hun har mulighed for at ønske operationsstue og dermed hvilken type patienter, hun vil bedøve. En anæstesisygeplejerske fra en anden afdeling ved ikke, hvad hun skal beskæftige sig med, før hun møder på arbejde. I løbet af arbejdsdagen har hun kun sparsomt kendskab til, hvilke problemstillinger den næste patient vil frembyde. Hun accepterer denne arbejdsform, men finder den ikke tilfredsstillende. Flere anæstesisygeplejersker nævner, at de som knyttet til en operationsstue ikke har indflydelse på planlægningen af dagens arbejde, men en sådan indflydelse kan anæstesisygeplejerskerne opnå som ansvarlig for operationsafdelingen.

Speciallægerne oplever mulighed for at vælge arbejdsfelt. Deres egen indflydelse på planlægningen af arbejdsdagens indhold begrænses af deres rolle som konsulent. De kan forvente og må acceptere at blive tilkaldt for at løse opgaver både i egen afdeling og i sygehuset som helhed. Som ansvarlig for en operationsgang beskriver en læge, at hun oplever indflydelse på sin arbejdsdag ved at kunne organisere afviklingen af operationerne. En anden læge mener, at det er kendetegnende for anæstesiologer, at de betragter det som en frihed, at arbejdsdagen ikke er struktureret, men byder på uforudsete opgaver, der kræver, at anæstesiologen hurtigt kan flytte sig både fysisk og mentalt.

”... jeg kan nok bli litt rastløs og da kan det være greit å ha litt nye steder å løpe til eller finne på , og at man sikkert på sikt vil ikke ville trives så godt med noe man oppfatter som et rutinearbeid...”

Arbejdsdelingen mellem de to fagprofessioner i den skandinaviske model påvirker begge faggruppers mulighed for indflydelse på eget arbejde. Denne påvirkning får forskelligt udtryk beroende på, hvilken placering den enkelte medarbejder har i organisationen, men også i forhold til den organisatoriske opbygning af den enkelte afdeling.

Hierarki

Den traditionelle hierarkiske struktur, hvor lægerne i kraft af deres profession er højere hierarkisk placeret, betyder, at de har muligheden for at træffe beslutninger, der ikke umiddelbart accepteres af anæstesisygeplejerskerne. Det fremkom under samtalerne med anæstesilægerne, at de havde en forskellig holdning til samarbejdsrelationen mellem de to professioner. En anæstesilæge gav udtryk for, at han følte sig berettiget til at tage styringen af anæstesen uden hensyntagen til anæstesiens kompleksitet og teamets sammensætning i forhold til realkompetence.

"...hvis jeg er anestesilege inne på en stua og bare jeg sammen med en anæstesisygeplejerske da, så synes jeg er i min fulle rett til å gjøre det sånn som jeg vil på min måte..."

De fleste læger indtager dog en afventende holdning, og vurderer opgavefordelingen i teamet i forhold til dets sammensætning og de udfordringer, det står overfor.

"... det er vel noe med lege-sykepleierforholdet å gjøre... forskjellig hvilken sykepleier det er ...de gamle ringrevene de forklarer klart og tydelig, hva de vil du skal gjøre , mens de fleste sykepleierne har ikke den holdningen , de har kanskje ikke den selvtiliten ..."

Professionernes udfyldende roller udfordres i situationer, hvor den ene fagprofessions spidskompetence ikke opleves at blive værdsat af den anden. En sygeplejerske beskriver et forløb af en børneanæstesi, hvor en anæstesilæge, der bliver kaldt til rutinemæssig assistance til anæstesiindledningen, ikke respekterer hendes forberedelse af barnet til anæstesi. Det fører efter hendes opfattelse til et unødigt overgreb mod barnet, som kunne være undgået, hvis hun havde fået chancen for at fuldføre det arbejde, hun havde påbegyndt. En anden anæstesisygeplejerske beskriver, at hun opfatter det belastende, når der opstår en situation, hvor hun og anæstesilægen ikke har samme opfattelse.

"..... og det stresser mig også hvis anæstesilægen tager en beslutning, jeg er uenig i og jeg ikke kan argumentere mig frem..."

Markeringen af den hierarkiske opbygning er situationsbestemt. I forbindelse med planlagte og ukomplicerede indgreb indtager anæstesisygeplejerskerne en betydelig aktiv rolle over for anæstesilægerne i forhold til for eksempel valg af anæstesimode. Når det sker inden for fagligt forsvarlige rammer, er anæstesilægerne relativt tilbageholdende i forhold til den praktiske gennemførelse af anæstesi. Anderledes er det, hvis det drejer sig om akutte eller komplicerede tilfælde. Her markerer lægerne sig som medicinsk ansvarlige og tager regelret styringen. En anæstesilæge påpeger vigtigheden af i sådanne situationer at være sig sin professionsrolle bevidst og vise, at man har *"duelighedstegn på skuldrene"*.

Nogle af anæstesilægerne oplever, at de i kraft af den hierarkiske placering har retten til at vælge arbejdsopgaverne i den faktuelle kliniske situation. De benytter sig af denne

ret, hvis de finder det nødvendigt af hensyn til for eksempel eget behov for opretholdelse af kompetence eller for at sikre uddannelsessøgende lægers oplæring.

Det traditionelle hierarki kan træde i kraft på et strukturelt niveau i forhold til prioritering af ressourcer. Der blev beskrevet en konkret situation, hvor der var blevet flyttet ressourcer fra anæstesisygeplejerskerne til lægerne på betingelse af, at lægerne skulle overtage en opgave, der i den afdeling hidtil havde været knyttet til anæstesisygeplejerskerne. Sygeplejerskerne oplevede imidlertid, at lægerne nedprioriterede opgaven. Anæstesisygeplejerskerne fandt, at det var udtryk for tillidsbrud og manglende respekt for et af deres prioriterede arbejdsområder. Dette valg mente de kun var muligt i kraft af lægernes højere placering i professionshierarkiet.

Flere læger overfører det traditionelle hierarki til vurderingen af arbejdsopgaverne, idet mestringen af den ukomplicerede, praktiske anæstesi regnes som rutinearbejde og dermed har lavstatus, mens lægernes mangfoldighed i opgaveporteføljen vægtes højere og er statusgivende for lægerne.

*” vi har en mere mangefacetteret hverdag... det med **kun** at skulle bedøve og sidde inde på en stue og ikke lave andet...”*

I forhold til konkrete procedurer er det accepteret i miljøet, at nogle procedurer er knyttet til lægeprofessionen. Repræsentanter for begge professioner opfatter dette som traditionsbetinget opgavehierarki og giver udtryk for, at anæstesisygeplejerskerne med den nødvendig oplæring ville kunne løfte opgaven tilfredsstillende. I forbindelse med valg af strategi for efteruddannelse og forskning kommer det frem, at begge fagprofessioner tillægger de medicinsk naturvidenskabelige anæstesirelaterede emner en højere status end sygeplejefaglige emner. En sygeplejerske giver udtryk for et ønske om, at dette forhold ændres, men finder det vanskeligt at opnå lydhørhed for sin holdning i begge faggrupper. Hun forventer imidlertid, at sygeplejerskernes tiltagende akademiske efteruddannelse vil styrke det sygeplejefaglige område også inden for anæstesi.

På trods af at beskrivelsen af samarbejdet mellem de to fagprofessioner inden for klinisk anæstesi lægger hovedvægten på respekt og ligestilling, afdækker interviewene flere tydelige hierarkiske elementer.

Ansvar

Koblet til professionshierarkiet eksisterer et ansvarshierarki, som begge fagprofessioner forholder sig til. Opstår der problemer under anæstesen tilkalder anæstesisygeplejerskerne en læge, uanset om det er en uddannelsessøgende læge eller en specialist. Enkelte anæstesisygeplejersker opfatter det som en mulighed for at skubbe ansvaret fra sig ved at overlade det til anæstesilægen. Et ansvar som alle lægerne finder det helt naturligt at påtage sig.

”...det er jo også anæstesi­lægen vi kalder efter, når vi står i problemer...selv når det kun er den grønne introduktions­læge ...et eller andet sted så skubber vi jo lidt ansvaret foran os ... altså nu står vi i problemer,trække os lidt tilbage, siger nu har vi en læge på stuen, nu må du komme med et løsningsforslag...”

Anæstesisygeplejerskerne giver udtryk for, at specialuddannelsen medfører et værdsat, udvidet ansvarsområde. Flere giver dog udtryk for, at det ansvar, de har som anæstesisygeplejersker, til tider kan opleves som tyngende, især når forventede simple procedurer pludselig viser sig vanskelige. En sygeplejerske, der i vagttiden arbejder uden umiddelbar tilgang til lægens assistance, beskriver hvordan hun i den kontekst bliver ekstra opmærksom i klargøringen til anæstesi. Selv om hun ved, at det går godt i de fleste tilfælde, føler hun sig mest tryk, når lægerne er umiddelbart tilgængelige.

Opstår der uoverensstemmelser mellem anæstesisygeplejersken og den ansvarlige læge, beskriver en sygeplejerske, hvorledes hun benytter sig af ansvarshierarkiet til at trække sig i baggrunden og derved undgå direkte konfrontation i patientens nærvær. En anden sygeplejerske beskriver, at hun vælger at dokumentere lægens manglende fremmøde ved tilkald, når der opstår komplikationer. Hun oplever i den situation, at lægen ikke vil påtage sig sit ansvar, men gennem sin dokumentation mener hun at kunne fraskrive sig sit eget ansvar. En anæstesi­læge medgiver, at det er klart, at anæstesisygeplejersken har et personligt ansvar, når vedkommende foretager en fejdosering eller fejlmedicinering, men står man sammen i en kritisk situation, hvor anæstesi­lægen tager ledelse og kontrol, opfatter anæstesi­lægen det som sit ansvar. Citatet *”...jeg kann aldri dra mig undan...”* beskriver en anæstesi­læges oplevelse af sit overordnede medicinsk faglige ansvar.

Det delte ansvar bidrager til at sikre et trygt arbejdsmiljø for begge fagprofessioner. Det er en gennemgående opfattelse blandt interviewpersonerne, at to professioner med forskellig tilgang til patienten indebærer en øget patientsikkerhed.

”...jeg tror fremdeles, at det beste er å ha begge to tilstede, det er absolutt mulig og forsvarlig å ha en av dem, som er erfarne og som alltid har tilgang til den andre, om det er anestesilege på stua og sykepleier ute...eller omvendt...”

Den ansvarsfordeling, der kendetegner den skandinaviske model, kan give faglige og kulturelle udfordringer, når der rekrutteres personale fra andre fagkulturer. I følge enkelte af interviewpersonerne har det medført situationer, som har været vanskelige at håndtere.

”.....når man ikke har været klar over hinandens placeringer ... og der har vi jo haft en del udenlandske læger, som har haft en hel anden tilgang til os, som har været vant til at klare sig selv og som i hvert fald ikke rigtigt vil lytte eller høre på gode råd..... har været nogle frygtelige situationer at stå i...”

Ansvarshierarkiet følger det traditionelle professionshierarki. Begge professioner accepterer dette som et naturligt faktum. Anæstesisygeplejerskerne benytter dette

forhold til at mindske stress i klinisk svære situationer, når der opstår tilløb til konfrontation, eller når det tværfaglige samspil ikke fungerer optimalt.

Revir

Både læger og sygeplejersker giver udtryk for, at langt de fleste opgaver inden for klinisk anæstesi ville kunne løses af den ene fagprofession. Der er blandt flere af sygeplejerskerne en bevidsthed om, at lægerne kan udføre de opgaver, som sygeplejerskerne traditionelt udfører, ligesom flere læger mener, at sygeplejerskerne ville kunne udføre de opgaver, der traditionelt er knyttet til lægeprofessionen. I dette arbejdsfelt præget af udtalt overlappning i både rolleopfattelse og opgaveløsning mellem de to professioner opstår der tegn på revirbeskyttelse.

En af lægerne mener, at

”... .. 95 % alle anæstesier kunne sygeplejerskerne gennemføre uden nogen som helst problemer uden nogen som helst indblanding af læger...”

Samtidig pointerer han, at det ikke er sådan, han ønsker arbejdet organiseret. Der er en klar bevidsthed blandt lægerne i forhold til, at klinisk anæstesi er et lægeligt speciale. På et sygehus underbygger retningslinjerne for anæstesigivning lægens rolle som ansvarlig for anæstesien gennem krav om tilstedeværelse af læger ved start af alle anæstesier. Disse retningslinjer kan fraviges, men kun med tilladelse fra den ansvarlige læge. Denne praksis accepteres af anæstesisygeplejerskerne på det pågældende sygehus.

Sygeplejerskernes placering som den gennemgående person hos den enkelte patient, forhindrer dem i at udføre de specielle procedurer i nødvendigt omfang til at opnå rutine i de traditionelle lægeopgaver.

”...problemet ville bare være, at der er for få af dem (specielle procedurer) til at de kunne nå at blive rigtigt gode til det fordi at man skal faktisk lave ret mange for at blive rigtig god til det...”

Det samme forhold gør sig gældende for de opgaver, som sygeplejerskerne traditionelt udfører og derfor behersker bedre end lægerne. Flere sygeplejersker tilkendegiver, at de gerne ser, at lægerne deltager mere i selve anæstesigivningen både sammen med anæstesisygeplejerskerne, men også selvstændigt for at sikre arbejdets afvikling for eksempel i forbindelse med afløsning til pauser. En læge mener, at nogle lægers tilbageholdenhed kan skyldes, at de nødtigt påtager sig traditionelle sygeplejerskeopgaver. Han antyder samtidigt, at årsagen kan være, at de ikke behersker anæstesisygeplejerskernes opgaver på egen hånd. En indrømmelse som han vurderer er svær at give, hvis man som læge skal bevare sin autoritet. Flere anæstesisygeplejersker tilkendegiver samme opfattelse, idet de oplever, at lægen ikke behersker visse sygeplejeopgaver både i forhold til håndtering af medikamenter og medicinsk teknisk

udstyr. På den anden side ønsker de ikke at afgive disse opgaver, da det er med til at sikre dem deres fortsatte position i specialet.

”... men det er noen som sagt at vi må passe på så de ikke lærer seg å kjøre anestesi da... (ler) ...vi må ikke lære dem alt...”

Bevidstheden om at lægerne vil kunne overtage hele fagområdet, hvis der var tilstrækkeligt mange uddannede anæstesi-læger, gør sygeplejerskerne tilbageholdende i forhold til at videregive deres specialviden til lægerne.

Nogle anæstesisygeplejersker mener, at den person, der har ansvaret for det praktiske gennemførelse af anæstesen – altså traditionelt sygeplejersken – også skal håndtere luftvejene. Denne opfattelse deles ikke af lægerne, der mener, at når det forventes, at de skal klare de ”vanskelige luftveje”, skal de også have adgang til at vedligeholde denne kompetence, selv om de på grund af deres konsulentrolle må forlade patienten under anæstesen.

En læge regner vurdering af patientens egnethed til anæstesi som en klar lægefaglig opgave begrundet i lægernes større medicinske viden. Flere sygeplejersker mener, at de med deres sygeplejefaglige baggrund vil kunne tilføre en vigtig dimension til denne opgave.

Ansvar bruges som revirbeskyttelse, både af anæstesi-lægerne i kraft af deres opfattelse af deres fagprofession som den overordnede fagligt ansvarlige, dels af anæstesisygeplejerskerne, der mener, at patienten er ”deres”, men anerkender lægens juridiske ansvar. Denne balance eksisterer i langt de fleste tilfælde til gavn for patienten. Undtagelsesvis oplever anæstesisygeplejersken, at hendes spidskompetencer ikke kan komme patienten til gode, fordi den ansvarlige læge ikke giver hende det nødvendige råderum.

”...jeg føler jo at gjør en veldig mye dårligere jobb hvis jeg ikke får litte grann spillerom...jeg tenker at hadde jeg stått her alene så hadde jeg gjort det og det og det hadde funka veldig fint... men så vet jeg at det fikk jeg ikke lov til av den som da hadde gått ut, så begynner jeg å tenke, hva ville han da at jeg skulle ha gjort, enn hva som er lurt for pasienten...men jeg syntes ikke det er så lett å gjøre motsatt av det som har blitt sagt av den anestesilegen ...som jeg sier at stort sett er det ikke sånn, men det er jo noen unntak...”

Mange læger fortæller, at de påtager sig omsorgsopgaven i forhold til patient og pårørende og således bevæger sig ind på områder, der traditionelt hører til sygeplejerskernes arbejdsfelt. Sygeplejersker tilegner sig lægelige kompetencer og kan derved komme lægen til hjælp. En sygeplejerske betoner, at det vigtigste bliver, at sikre patienten den bedste kvalitet uanset hvilken profession, der udfører opgaven. En læge medgiver, at der kunne opbygges et system, hvor sygeplejerskerne stort set udfører de samme opgaver som lægerne, men han vil nødig løbe den risiko dette indebærer for, at lægerne udspiller deres rolle i anæstesifaget.

De to faggruppers arbejdsfelter sikres blandt andet af tradition, jurisdiktion og særlige spidskompetencer, der understøttes og vedligeholdes af arbejdets organisering. Der er en klar bevidsthed hos begge faggrupper om, at denne balance kan rykkes og dermed skabe afsæt for etableringen af et monofagligt speciale.

Genus

Blandt lægerne er der en bevidsthed om, at anæstesisygeplejerskerne i kraft af professionens kvindedominans har haft og fortsat har betydning for patienternes møde med det anæstesiologiske speciale. Det har betydet, at der i de skandinaviske lande tidligt inden for anæstesifaget er kommet et element af kærlig omsorg for patienten. Denne dimension ville ikke have været til stede, hvis faget kun havde rummet fortrinsvis mandlige læger. En læge bemærker, at der synes at være en genusbestemt forskel i håndteringen af den praktiske kliniske anæstesi, således at der kan ske et kvalitetstab, hvis teamets medlemmer er af samme køn uanset profession.

Samtlige læger har svært ved at vurdere, om der eksisterer en genusbestemt forskel på deres håndtering af faget. Gennem sygeplejerskerne har en af de kvindelige læger fået oplyst, at hun håndterer den patientnære situation anderledes end sine mandlige kolleger, idet hun i højere grad naturligt påtager sig nogle af de traditionelt sygeplejefaglige opgaver både i forhold til patient og pårørende. En sygeplejerske finder dog ingen genusbestemt forskel i lægernes evne til at skabe den omsorgsfulde kontakt med den vågne patient. En læge er af den opfattelse, at hun er grundigere i sin undersøgelse af patienten end sine mandlige kolleger, og at det for hende ikke er forbundet med statutstab at søge hjælp hos andre, når hun kommer til kort. At dette har været et problem i den maskuline lægeverden bekræftes af en mandlig kollega, der bemærker, at en af mange positive følger af det stigende antal kvinder inden for lægeprofessionen er, at lægerne er på vej til at bevæge sig bort fra tarzankulturen, hvor man skal klare sig selv for enhver pris. En sygeplejerske giver udtryk for, at dette feminine træk med åben erkendelse af usikkerhed gør det lettere at skabe en god kontakt til de kvindelige læger.

Kvindelige læger erfarer, at de i højere grad selv må efterspørge assistance end deres mandlige kolleger. Denne forskel synes at være størst for unge kvindelige læger med lav anciennitet i samarbejdet med ældre, erfarne kvindelige sygeplejersker. En kvindelig læge beskriver sin start inden for anæstesen, hvor hun oplevede på en ondsksfuld måde at blive nægtet hjælp fra de i praksis langt dygtigere anæstesisygeplejersker. Denne holdning ændrede sig hurtigt i takt med, at hun lærte sig faget. Hun beskriver sin oplevelse af den modsatte holdning fra anæstesisygeplejerskernes side i forhold til de unge mandlige kollegaer.

”... .. Men man så jo skillnaden hvordan de mandlige kollegerne blev behandlet...kan vi hjælpe dig og vi kan gøre det og vi kan gøre det... ..”

Såvel de kvindelige læger som sygeplejersker oplever forskellighed blandt deres mandlige kollegaer i såvel det praktiske arbejde som i holdningen til arbejdet. De beskriver, at mændene ikke udviser den nødvendige ordenssans. For de mandlige lægers vedkommende indebærer det, at sygeplejerskerne rydder op efter dem, når de har afsluttet en procedure. En sygeplejerske bemærker, at der i mesterlæresituationen i forhold til mandlige kursister er et større behov for at indøve den orden og systematik, der er nødvendig for patientsikkerheden. Både en kvindelig læge og en sygeplejerske bemærker, at deres mandlige kollegaer har en tendens til ikke at udvise den nødvendige grundighed og ydmyghed over for risikomomentet selv hos den stabile patient og forsøger gerne at nå det hele på den halve tid.

"...ansvarlighed...jeg synes mine mandlige lægekolleger en gang imellem springer de lidt over hvor gærdet er lavest... de måske lige er knap så grundige, som jeg synes de bør være..."

En sygeplejerske anerkender, at de mandlige sygeplejersker er refleksive både i forhold til omsorgen for patienten og den instrumentelle sygepleje. En mandlig læge mener at de mandlige sygeplejersker kan have vanskeligt ved at indpasse sig i den kvindeligt dominerede sygeplejekultur og derfor søger mod de teknisk betonedede specialer, fordi den instrumentelle sygepleje appellerer til det maskuline genus. En anden læge har bemærket, at hans ældre kvindelige kollegaer synes at opfatte de mandlige sygeplejersker som mere ressourcestærke og fagligt kompetente end de kvindelige.

En mandlig læge bemærker, at forskel i genus også kan manifestere sig i konfliktsituationer.

"... skal både kunne rumme den kvindelige rolle og den mandlige, der er det lidt nemmere at være mand (latter), så kan man tillade sig at være mand!...hvis det er en kvindelig læge på en stue, der har været umulig, er det meget, meget sværere for sygeplejerskerne at håndtere, end hvis det er en mand"

Der synes at være en tendens til, at der opstår et mere gnidningsløst samarbejde i det team, hvor begge køn er repræsenterede. En sygeplejerske nævner, at hun mistænker det kan bero på, at der lettere opstår en form for konkurrence mellem to kvinder. Hun oplever ofte en lettere tone i forhold til den mandlige anæstesilæge, men hun er i tvivl om, hvorvidt dette er genusbestemt. En kvindelig læge beskriver omgangstonen med de mandlige sygeplejersker som grænsende til en flirt. En anden kvindelig læge er sig denne genusbestemte forskel i samspillet meget bevidst, da hun bliver spurgt, om hun bliver mødt anderledes af den mandlige end af den kvindelige sygeplejerske.

" yes, men det har ikke noe med faget å gjøre... med mannlige sykepleiere, da følte jeg meg virkelig som en dame, yes, ...med kvinnfolk som venninner..."

I samspillet mellem de to professioner opstår der en let omgangstone, der fremmer samarbejdet i det team, hvor begge køn er repræsenterede, mens der beskrives en tilbøjelighed til uhensigtsmæssig konkurrence mellem teammedlemmer af samme køn.

DISKUSSION

Nødvendigheden af at fokusere på arbejdsmiljøet ud fra et sundhedsfremmende perspektiv forstærkes af de stadige strukturelle forandringer, der i mange år har været og fortsat vil være kendetegnende for arbejdsvilkårene i sundhedsvæsenet (2). Hvis den sundhedsfremmende indsats skal styrke organisationens potentiale for at mestre den fortsatte forandringsproces, skal der ske en reel prioritering på alle niveauer (6). Det forudsætter, at der ikke blot tilkendegives en bevidst holdning, men at denne holdning konkretiseres gennem synlige handlinger. Der er derfor behov for at afdække problemområder på alle niveauer for at skabe basis for generering af målrettede metoder til at gennemføre sundhedsfremmende indsatser. Som led i denne proces er det nødvendigt at beskrive de mekanismer, som råder i samarbejdsrelationer på flere niveauer. Udover at medvirke til et forbedret arbejdsmiljø skal integreringen af det sundhedsfremmende værdisæt i sygehusvæsenet også være medvirkende til at fremme den sundhedsfremmende tilgang til patienterne (5).

Anæstesifaget er i sin grund et forebyggende speciale, idet den vigtigste opgave for personalet, der varetager klinisk anæstesi, er at forebygge komplikationer både hos den ”raske” og den kronisk syge patient. På grund af livsstilssygdommenes eksponentielle øgning og forbedring af anæstesiteknikkerne når den kronisk syge patient i stigende grad frem til anæstesi under fagligt forsvarlige vilkår. Den sikre håndtering af den komplicerede patient kræver et velfungerende samarbejde mellem de to fagprofessioner, hvor den forskellige uddannelsesmæssige baggrund er nødvendig for at sikre et tilfredsstillende anæstesiforløb for patienten. Den sygeplejefaglige baggrund sikrer et klart fokus på patientens positive oplevelse af anæstesisituationen, som den kronisk syge patient vil forvente at kunne opleve gentagne gange. Den medicinske faglige baggrund fokuserer mere på de medicinske risikofaktorer, der er forbundet med anæstesi til den kronisk syge patient. Den sygeplejefaglige indfaldsvinkel til patienten kan således betragtes som en sundhedsfremmende indsats, hvor patientens mestringssevne styrkes i forhold til det fremtidige møde med anæstesi-situationen. Den medicinske indfaldsvinkel synes fortsat fortrinsvist at tage afsæt i det traditionelle reparationsperspektiv i den aktuelle behandlingssituation. Det frugtbare samarbejde med høj professionel arbejdstilfredshed hos begge faggrupper forudsætter en gensidig respekt for og anerkendelse af ligestillingen af de forskellige fagprofessionelle opgaver.

Diskussionen vil i en sundhedsfremmende ramme belyse betydningen af lægers og sygeplejerskers opfattelse af egen og den andens rolle og mandat. Det sker ud fra et individperspektiv, et samspilsperspektiv, men også fra et mere overordnet perspektiv i forhold til den organisation, som anæstesiteamet er en del af samt det samfund, som sundhedsvæsenet betjener.

Faget som binder

Både sygeplejersker og læger knyttes stærkt til faget på trods af ganske ulige arbejdsvilkår. For sygeplejerskerne er der tale om et bevidst valg af speciale, mens mange af lægerne tilfældigt fanges af faget enten prægraduat eller postgraduat i forbindelse med tilfældige ansættelser som led i videreuddannelsen. Begge faggrupper er bevidste om, at anæstesifaget kræver færdigheder og kundskaber, som er væsentligt forskellige fra de krav og forventninger, der kendetegner deres grundlæggende professioner. Specielt fremhæves fagets bredde både i forhold til den nødvendige teoretiske kundskab, som verificeres i daglig klinisk praksis, men også til fagets håndværksmæssige islæt, hvor mestring af konkrete færdigheder er afgørende for bindingen til faget. Med afsæt i disse specialkompetencer opnås et eftertragtet styrket mandat i organisationen, fordi de efterspørges i kritiske situationer, hvor deres fagfæller uden specialuddannelse kommer til kort. Således bliver anæstesiteamet organisationens redningshold.

Bevidstheden om, at faget indebærer et betydeligt stressmoment, er et delelement af fagets tiltrækningskraft. Balancen mellem rutinearbejdet og mestringen af de akutte, uforudsigelige situationer opleves som grænsende til afhængighedsskabende. Der opleves en intensitet i arbejdet, hvor patientens sårbare tilstand kræver begge professioners bevidsthed om det nødvendige nærvær. Sygeplejersken som den kontinuerligt tilstedeværende og lægen i konsulentrollen, en rolle som hurtigt kan ændre indhold på grund af uforudsigelige hændelser.

I lighed med de fund, der er beskrevet af Larsson og Holmström (2007) oplever begge professioner tilfredsstillelse ved den mulighed faget giver dem for at opnå den tætte relation til den enkelte patient. Det gælder på det psykologiske plan, hvor den korte intense kontakt til den vågne patient i en presset situation udfordrer sygeplejefagets grundkompetencer, og som for lægernes vedkommende fordrer færdigheder, som ikke traditionelt forbindes med lægefaget. De traditionelt medicinske spidskompetencer bringes også i spil i form af praktisk klinisk farmakologi og fysiologi, hvor effekten af de valgte behandlingsstrategier synliggøres umiddelbart. Fascinationen opstår i kraft af, at resultatet af såvel den vellykkede behandling som den fejlslagne strategi ses direkte. Anæstesisygeplejersken behersker de farmakologiske og fysiologiske udfordringer i forudsigbare scenarier, mens anæstesiologen forventer at kunne beherske også de komplicerede tilfælde. Denne balance kan forskydes, når den erfarne sygeplejerskes realkompetence overstiger den uddannelsessøgende læges kompetence.

I kraft af specialuddannelsen opnår anæstesisygeplejersken en selvstændighed i opgaveløsningen, som er enestående for anæstesifaget. At kunne mestre sit fag på egen hånd værdsættes af anæstesisygeplejerskerne. Selv om de på operationsstuen er en del af et større team omkring patienten, betragter de sig som værende alene på en positiv måde i rollen som den sovende patients advokat. Bevidstheden om, at de under deres selvstændige arbejds momenter er ene om at beherske den kliniske praksis, styrker deres faglige identitet og professionsrolle. Dette er i overensstemmelse med Abbotts og Freidsons beskrivelse af professioners udvikling (14, 13). Samtidig giver sygeplejerskernes selvstændighed anæstesilægen plads til at udfylde rollen som

værkfører med den eftertragtede variation i den daglige opgaveportefølje. Trygheden i sygeplejerskens selvstændige arbejde baseres på muligheden for at kunne tilkalde hjælp i kritiske situationer. Der er en klar erkendelse af, at de ikke er sidste led i kæden, men at anæstesiologen udgør den ekstra dimension til tryghed, både for dem i deres arbejdssituation, men også for patienten under anæstesi. Der synes at være et element af samme tryghedsoplevelse hos nogle af lægerne, der nødtigt varetager sygeplejerskernes kerneopgaver på egen hånd, og som i pressede arbejdssituationer uden for anæstesiaafdelingen gerne benytter sig af assistance fra anæstesisygeplejerskerne. Således skaber samarbejdet elementer af de arbejdsvilkår, der er karakteristiske for den sundhedsfremmende arbejdsplads (1).

Bindingen til faget tager afsæt i en ideel rolleopfattelse, som ikke nødvendigvis harmonerer med virkeligheden, men som er udtryk for de krav, den fagprofessionelle stiller til sig selv og sine samarbejdspartnere. Anæstesiteamet arbejder i en åben arena synlig for alle, både internt i teamet, men også for eksterne samarbejdspartnere. Mestringen af rollen bliver derfor umiddelbart synlig for omgivelserne, både når den lykkes, og når den ikke lykkes. I en sådan kontekst vil en stor diskrepans mellem det ideelle krav og det realistisk opnåelige i den konkrete situation kunne gøre bindingen til faget til en belastning for den, der ikke lever op til sine egne og teamets forventninger. Når idealkravene ikke opfyldes, er der en tendens til at fokusere på det der ikke fungerer. Det anerkendes som en styrke, at man beder om hjælp i situationer, hvor kundskab og færdigheder ikke slår til, men i en kultur, der kendetegnes ved at status skabes gennem demonstration af viden og hånddelag, indebærer manglende mestring både et personligt nederlag, der skal bearbejdes, samt tab af prestige i teamet. I et arbejdsmiljø, hvor der er så stor fokus på det at mestre, bliver faldhøjden stor. Dermed kan de fascinerende egenskaber ved et fag, som binder, forvandles til et belastende arbejdsmiljø. Bindingen til faget kan for enkelte synes at være så stærk og identitetsskabende, at hvis man ikke længere har mulighed for at arbejde inden for specialet, vælger man helt at forlade sin profession.

Empowerment som arbejdskultur

Det tætte samarbejde mellem anæstesisygeplejersken og anæstesiologen betragtes i Skandinavien som et særkende for det anæstesiologiske team (9). Graden af samarbejde afhænger af den konkrete kliniske situation, som afgør hvilket behov der er for tilstedeværelsen af begge kompetencer. I ukomplicerede tilfælde har samarbejdet karakter af et multiprofessionelt team, hvor de enkelte delelementer af anæstesiforløbet løses separat, og der kun udveksles informationer mellem professionerne (24). Imidlertid er begge fagprofessioners tilstedeværelse i det praktiske kliniske arbejde omkring den enkelte patient ikke nødvendig for at sikre konsensus omkring opgaveløsningen. Den platform der skabes gennem fælles læringsarena, fælles retningslinjer samt det tætte samarbejde i de komplicerede tilfælde, indebærer, at den ukomplicerede anæstesi gennemføres på samme måde uafhængigt af teamets sammensætning.

Den planlagte komplekse kliniske situation kræver, at de to professioner skaber de arbejdsbetingelser, der karakteriserer det interprofessionelle team. For at opnå synergieffekt kræves en målrettet planlægning i åben dialog mellem professionerne. Gennem dialogen skabes den fælles opfattelse og forståelse af valg og prioriteringer, der skal sikre den optimale udnyttelse af de tilstedeværende realkompetencer (24).

Den samarbejdsform, som værdsættes højest i begge professioner, har flest træk fælles med det transprofessionelle team. Et af kriterierne for denne type team er muligheden for fleksibilitet og improvisation i opgaveløsningen (24). Det kan medføre en øget effektivitet i forhold til gennemførelsen af operationsprogrammet. Samarbejdssituationen præges af respekten for den indbyrdes afhængighed i opgaveløsningen og en gensidig forståelse af, hvad der kræves for en sikker gennemførelse af anæstesen, uden at dette behøver at blive kommunikeret eksplicit i teamet. Der gives udtryk for en bevidsthed om teammedlemmernes komplementære kompetencer og vigtigheden af, at teamet skal kunne rumme såvel det uerfarne som det erfarne medlem. I kraft af den overlappende opgaveløsning er det ikke kun den fagprofessionelle baggrund, der afgør fordelingen af opgaverne, men opgavefordelingen er ofte tilfældig eller afgøres af behov for sikring af det nødvendige kompetenceniveau hos teamets medlemmer. Håndtering af luftveje er et eksempel på dette. Der er visse procedurer, der i dag traditionelt er forbeholdt lægeprofessionen. I forhold til disse procedurer forekommer der kun begrænset opgaveglidning. Denne opgaveglidning ville kunne finde sted, hvis det kliniske arbejde i sin organisering tog højde for en målrettet sygeplejefaglig kompetenceudvikling. Et af lægernes hovedargumenter for ikke at udvide sygeplejerskernes kompetencefelt i denne sammenhæng er, at hvis disse opgaver deles ud til en større personalegruppe, vil der ske et samlet tab af spidskompetencer. En anden forklaring kan være, at det drejer sig om et bevidst eller ubevidst forsvar af et tilkæmpet revierområde (27).

I modsætning til relationerne i den angelsaksiske model (7, 29), hvor sygeplejerskerne opfattes som anæstesiassistent, kræver de skandinaviske anæstesisygeplejersker at blive opfattet som ligeværdige kolleger. I de fleste tilfælde respekteres dette krav af anæstesiassistenterne, således at teamets medlemmer opnår at spille hinanden gode. Men der beskrives også episoder relateret til enkeltpersoner, hvor realkompetencerne ikke kommer til udnyttelse, fordi anæstesisygeplejersken ikke gives det råderum i forhold til anæstesisigvningen, som specialuddannelsen og erfaringsgrundlaget tilsigter. Flere af anæstesisygeplejerskerne, men også en af anæstesiassistenterne, som er rekrutteret fra en fagkultur, der har lighedstræk med den angelsaksiske, beskriver oplevelsen af kultursammenstød, når læger med en anden fagkulturel baggrund skal samarbejde med skandinaviske anæstesisygeplejersker. I tillæg til sprogbarrierer afdækkes der en manglende indsigt i og forståelse for de skandinaviske anæstesisygeplejerskers kompetenceniveau. Dette beskrives som et stressmoment i samarbejdsrelationen og kan derfor indebære en hindring for et trygt arbejdsmiljø (1). Den socialiseringsproces, som i Skandinavien sker mellem de to fagprofessioner, er en naturlig og nødvendig del af deres specialuddannelse. Denne proces er påkrævet for at sikre god kommunikation og gensidig respekt i teamet (8). En tilsvarende proces bør muliggøres, når specialuddannede fagfæller fra en anden fagkultur skal indgå i det anæstesiologiske

team. Erfaring viser, at denne socialiseringsproces er både tids- og ressourcekrævende for den enkelte såvel som for teamet.

Gennem samarbejdet opnår de to professioner en særstilling i forhold til kontinuerligt at blive bragt i en læringssituation, hvor der kan ske udveksling af kundskaber på tværs af faggrænserne. Teamet kan betragtes som en socialiseringsarena, hvor man ikke blot udveksler eksakt viden og konkrete færdigheder, men hvor der også skabes rum for gensidig udveksling af holdninger og værdier. For at dette skal kunne ske, forudsættes der tryk i samarbejdssituationen og en vilje til at se situationen som en helhed, hvor man er bevidst om balancen mellem at markedsføre sine egne kompetencer og give plads til andres udviklingsmuligheder. Denne bevidsthed kommer klart til udtryk i begge fagprofessioners beskrivelse af samarbejdet i det anæstesiologiske team. Skal dette element af empowerment kunne realiseres, kræver det, at både teamets medlemmer og den organisation, som teamet er en del af, accepterer og værdsætter denne arbejdsform med dens nødvendige ressourcekrævning (23).

I arbejdstilrettelæggelsen tilstræbes planlægning for at skabe størst mulig kontrol over arbejdsdagen, men samtidig er det uforudsigelige et af de særkende ved anæstesifaget, som fascinerer og derfor accepteres. Man kan aldrig forvente en fuldt forudsigelig arbejdsdag. De to professioner har forskelligt syn på, men også forskellig mulighed for indflydelse på eget arbejde. Graden af indflydelse varierer desuden i forhold til sygehusets størrelse og organisering.

Anæstesisygeplejerskerne værdsætter deres arbejdsform som en unik mulighed for at koncentrere sig om en patient ad gangen. De har en klar forventning om gennem en ligeværdig, tværfaglig dialog at få indflydelse på valg af anæstesimetode og de tiltag, patientens tilstand kræver under anæstesiforløbet. Disse forventninger indfris bedst på de mindre sygehuse, hvor den lægelige bemanding er begrænset, og hvor personalegruppen ikke er større, end at man opnår et nært kendskab til hinandens styrker og svagheder. Det kommer klart til udtryk, at dette er en af faktorerne, der er afgørende for, at det mindre sygehus vælges som arbejdsplads. Tilsvarende forhold beskrives også ved de højt specialiserede sygehuse, hvor man har valgt at lade de enkelte specialer fungere som små enheder. Hvis man på det store sygehus vælger at undlade at subspecialisere anæstesipersonalet indebærer det, at anæstesisygeplejerskernes indflydelse på det daglige arbejde reduceres betydeligt og begrænser sig til en vis grad af handlefrihed i forhold til styringen af den enkelte anæstesi.

Som beskrevet hos Larson (2003) værdsætter anæstesilægerne den store variation i opgaveporteføljen, som er en konsekvens af opgavernes organisering på de fleste sygehuse. Deres arbejdsdag styres i stor udstrækning af de forefaldende opgaver, som opstår ikke bare i forhold til anæstesigivning, men på hele sygehuset, hvor anæstesilægens spidskompetencer efterspørges. De betragter denne arbejdsform som en prisværdig frihed, som vægtes højere end muligheden for at opnå en mere struktureret arbejdsdag. Den frihed eksisterer kun under forudsætning af, at anæstesilægen har fuld tillid til, at anæstesisygeplejerskerne besidder de nødvendige kompetencer, der kan

garantere patientsikkerheden under anæsthesiforløbet. Denne måde at organisere arbejdet på kræver, at omstillingsparathed er et af anæstesilægens karaktertræk.

Anæstesilægens rolle som konsulent er uafhængig af sygehusets størrelse, men bredden i opgaveporteføljen er væsentligt større på det mindre sygehus, hvor der ikke er mulighed for subspecialisering. Anæstesilægen skal derfor foruden klinisk anæstesi også beherske specialiets øvrige delelementer. De store sygehuse fungerer som uddannelsessted for både læger og sygeplejersker. Derfor får de specialuddannede læger på disse sygehuse ofte rollen som supervisor eller vejleder. Det indebærer, at muligheden for at gennemføre procedurer og anæstesigivning selvstændigt begrænses. Både det faktum, at de bibeholder en bredere kompetence, at de selv er en aktiv del af det anæstesiologiske team i alle patientforløbs faser, og at de oplever indflydelse på arbejdets organisering, er medvirkende til, at anæstesilægen bevidst vælger det lille sygehus som sin arbejdsplads.

Mellem hierarki og revir

Arbejdsdelingen mellem de to professioner i det anæstesiologiske team afhænger både af professionshierarkiet, men sker også gennem revirhævdelse mellem professionerne. Den hierarkisk højest placerede profession vil i udgangspunktet stå stærkest i revirkampen, men hvis man til stadighed benytter sig af denne magtbase som et våben i revirhævdelsen, risikerer man at miste den goodwill, der er nødvendig for at sikre det frugtbare samarbejde i teamet (26). Samtidig øges risikoen for stigmatisering af fagprofessionen, når erfaringer fra enkelte medlemmers adfærd overføres til hele professionen. Egen rolleopfattelse har indflydelse på adfærden ligesom omgivelsernes opfattelse af rollen, er afgørende for, hvilken adfærd der forventes i en given kontekst. Hvis der ikke er overensstemmelse mellem egen adfærd og forventningerne fra omgivelserne, er der en tendens til, at forventningerne til adfærden i højere grad end den reelle adfærd vil styre omgivelsernes attitude. Tilknytningen til en profession indebærer, at der forventes en særlig adfærd, når de opgaver, der er knyttet til professionen, løftes.

Den professionsbestemte adfærd i det anæstesiologiske team er situationsbestemt. Den hierarkiske placering kommer således til forskelligt udtryk beroende på situationens kompleksitet og krav til hurtige beslutninger. I den ukomplicerede kontekst forefalder der at være en tendens til, at hierarkiet udviskes, beslutningerne træffes i en åben, ligeværdig dialog mellem de to professioner. Når situationen tilspidser sig, og der kræves hurtige beslutninger, ser det ud til, at hierarkiet reetableres og respekteres af begge fagprofessioner, lægens duelighedstegn på skuldrene bliver synlige og sygeplejerskerne ser dem! Der ser ud til at være en mulighed for at vælge, hvilken holdning duelighedstegnene signalerer: verdensmester eller analytisk og respektfuldt inkluderende. Dette valg vil kunne afhænge af lægens grundlæggende personlighed, men også af erfaring og kompetence. En af de meget erfarne læger giver udtryk for, at jo stærkere man som læge bliver inden for sit fagområde, desto mere styrket bliver man også i de sociale kompetencer.

Udtrykket ”*vi må ikke lære dem alt*” kan beskrive ønsket om at forsvare et reviområde ved at undlade at videreføre kundskaber til den anden profession. Dette forsvar foregår åbent, men også under dække af hensyn til organisering, behov for særlige kundskaber og sikring af de nødvendige spidskompetencer. En læge giver udtryk for, at den præoperative vurdering bør varetages af læger, fordi kun lægeprofessionen er garant for de nødvendige kundskaber. Men der er både erfaringsbaserede og teoretisk belæg for, at sygeplejersker kan løfte denne opgave kvalificeret, men støttet af læger, i de tilfælde, hvor der stilles særlige krav til den medicinske vurdering af patienten (29). Både læger og sygeplejersker benytter arbejdets organisering som begrundelse for fastholdelse af reviområder. I overensstemmelse med Allen (2002) styrkes sygeplejerskernes lokalkendskab som reviområde af, at lægernes arbejdsplads er spredt over hele sygehusets geografi (19). Lægernes fastholdelse af særlige procedurer inden for sit revir, som for eksempel anlæggelse af spinal analgesi, motiveres med, at sygeplejerskernes faste tilknytning til en enkelt operationsstue ikke giver dem tilstrækkeligt erfaringsgrundlag til at beherske disse teknikker.

De særlige kompetencer, der er knyttet til den enkelte profession, opnår en status, der knytter sig til professionen. Der kan herved opstå et kompetencehierarki, som kan benyttes i afgrænsningen af det professionsbestemte revir (13, 14). Anæstesiologen undgår at trænge ind på anæstesisygeplejerskernes reviområde, fordi de betragter det som lavstatusjob, og sikrer sig derved sin fortsatte hierarkiske status. Samtidig sikrer anæstesisygeplejersken sin magtbase ved afskære lægen fra lokalkendskabet, og derved opretholdes afhængighedsforholdet mellem de to professioner. I forhold til kendskab til og håndtering af medicinsk teknisk udstyr synes der at være en vis forskel mellem de to lande. I Norge har anæstesisygeplejerskerne i kraft af en målrettet uddannelse kombineret med arbejdets organisering et bedre kendskab til håndtering af det medicinske tekniske udstyr, hvilket anerkendes af begge fagprofessioner. I Danmark forventes det, at lægerne har mindst samme kendskab til medicinsk teknisk udstyr som anæstesisygeplejerskerne.

Den eksisterende arbejdsdeling synes i høj grad at være traditionsbestemt. Tradition angives af næsten alle informanter som årsag til den eksisterende arbejdsdeling, uden at dette problematiseres. Tværtimod accepteres denne arbejdsdeling, og der synes ikke i særlig udstrækning at være et ønske om at ændre den. Samtidig afhænger arbejdsdeling både nu og tidligere af de tilgængelige ressourcer. I en kontekst, hvor der er mangel på anæstesiologer, glider flere af de traditionelt lægefaglige opgaver over til anæstesisygeplejerskerne. Et nærliggende spørgsmål bliver, hvorvidt den eksisterende arbejdsdeling er den mest hensigtsmæssige ud fra hensynet til ressourceudnyttelse, herunder udnyttelsen af de eksisterende kompetencer. Enkelte sygeplejersker påpeger arbejdsdelingens betydning for afviklingen af operationsprogrammet, når patientflowet forsinkes af manglende tilgang til anæstesiologer. Hvis anæstesisygeplejerskerne havde mulighed for at udføre visse af de lægelige opgaver, kunne det muligvis sikre en smidigere afvikling af dagens program. Det er dog ikke ud fra det foreliggende muligt at vurdere, hvilken grad af effektivitetsøgning en sådan opgaveglidning ville medføre. På de uddannelsesstunede sygehuse kan den begrænsede tilgang til læringstilfælde give anledning til revirkamp. Den fælles læringsarena giver mulighed for stor grad af tværfaglig læring, men giver samtidig anledning til situationer, hvor det kan opleves,

som om lægerne benytter sig af sin hierarkiske placering til at markere sig på et fælles reviområde. Luftvejshåndtering regnes som en kernekompetence inden for anæstesifaget både blandt læger og sygeplejersker. Der gives udtryk for den holdning, at den person, der håndterer luftvejene i forbindelse med indledningen af den forventeligt ukomplicerede anæstesi, er den i teamet, der skal have ansvar for den resterende del af anæstesiforløbet. Med den eksisterende arbejdsdeling betyder det, at det i den kontekst, hvor denne holdning er fremherskende, i stor udstrækning er anæstesisygeplejerskerne, der håndterer luftvejene. Imidlertid er det anæstesilægerne, der tilkaldes til tilfælde, hvor der opstår problemer i forhold til luftvejshåndtering. Derved opnår de en ekspertise på dette felt, men for at nå dertil finder de det nødvendigt først at kunne beherske den normale luftvejshåndtering til fulde. Der kan her opstå et konfliktfelt, idet anæstesilægerne på baggrund af arbejdets organisering ikke kan opnå den nødvendige erfaring uden at trænge ind på det reviområde, anæstesisygeplejerskerne regner for deres. Anæstesisygeplejerskerne beskriver en oplevelse af ejerskab til patienten. Luftvejshåndteringen opfattes som et symbol på dette ejerskab, også når anæstesiindledningen gennemføres af to anæstesisygeplejersker.

Hvem er egentlig eksperten? Er det fagprofessionen, der afgør ekspertstatus eller er det den faktiske, tilegnede spidskompetence, som kan være uafhængig af professionen? Opfattelsen af dette synes til en vis grad at være afhængig af, hvilken kompetence der efterspørges. Flere af lægerne oplyser, at de i tilfælde af, at de kommer til kort ved en vanskelig luftvej, primært vil efterspørge hjælpen hos en kollega fra egen profession. Ved behov for hjælp til anlæggelse af perifer veneadgang vurderes anæstesisygeplejersken som eksperten, og lægen finder det ikke vanskeligt at krydse professionsgrænserne for at bede om hjælp. Det kan ikke udelukkes, at denne holdning indebærer en begrænsning, der bygger på det traditionelle hierarki og luftvejenes mestringssymbolik. Der kan således opstå et større prestigetab ved at krydse faggrænser for at få hjælp til luftvejshåndtering. Som ekspert i luftvejshåndtering har lægen den opfattelse, at hvis han ikke selv mestrer proceduren, forventer han ikke, at der blandt anæstesisygeplejerskerne eksisterer yderligere ekspertise, som berettiger ham til at søge assistance inden for den profession.

Udviskede professionsgrænser

I det daglige rutinearbejde betyder overlappningen i opgaveløsningen, at grænserne mellem de to professioner bliver uklare. Der beskrives en arbejdsform, hvor arbejdsdelingen er tilfældig. Den bestemmes i den konkrete situation enten som en stille overenskomst eller, som beskrevet af Svensson (1996), gennem en åben dialog, hvor det enkelte teammedlem argumenterer for sit ønske om rolle i teamet omkring patienten (17). I den situation indtager anæstesisygeplejersken som patientens primære kontakt en styrket position, idet anæstesilægen, hvis hun ikke er til stede ved patientens ankomst til operationsstuen, er nødt til at bryde denne kontakt for at skabe sig tilsvarende handlingsrum. Det kan af både anæstesisygeplejersken og patienten blive betragtet som problematisk.

Der eksisterer ikke retningslinjer for arbejdsdelingen under selve anæsthesigivningen, men ved et sygehus forelå der skriftlige retningslinjer for, til hvilke patientgrupper anæsthesisygeplejerskerne kunne gennemføre anæsthesien uden deltagelse af læger. En anden afdelingen krævede deltagelse af læger ved alle typer anæsthesier. En omgåelse af denne regel krævede tilladelse fra den ansvarlige læge. I Norge er der en viden om, at der findes en national standard for anæstesi udarbejdet som en konsensus mellem de faglige professioners interesseorganisationer (9). Denne standard synes ikke at tillægges særlig opmærksomhed i det daglige arbejde, men bliver ifølge Johan Ræder, professor i anæstesiologi, benyttet som et juridisk retningsgivende dokument i sager, der omhandler det faglige ansvar. De udviskede grænser kan skabe et behov for skærpet opmærksomhed i forhold til at bevare sin status og sit mandat. Det kan give anledning til en synergieffekt i kraft af et øget engagement og motivation for at sikre sin faglige position. Man skal til stadighed vise sin værdi i teamet for at gøre sig berettiget til sit fortsatte medlemskab.

Når der ikke er klart definerede grænser, befinder man sig i et område, hvor der er plads til bevægelse. Grænserne findes, men de markeres ikke i særlig grad i det daglige arbejde. Der udveksles viden og færdighed på tværs af grænserne, og der kan opstå en kollegialitet og binding mellem de to professioner, som er unik for dette fagområde. Man betragter hinanden som ligeværdige sparringspartnere og nedbryder således i en vis udstrækning det traditionelle hierarki. Det bliver specielt tydeligt i anæstesilægenes krav om, at anæsthesisygeplejersken udfylder sin rolle som sparringspartner i det kliniske arbejde. De er bevidste om deres ret til at tage beslutningerne, men også deres behov for at få sat spørgsmålstejn ved beslutningerne, hvis der er risiko for, at patientsikkerheden er truet.

På trods af de uskarpe grænser og den overlappende opgaveløsning forefalder der at være en bevidsthed om og accept af lægernes overordnede faglige ansvar. Det gælder også for den uerfarne læge, selv om han ikke besidder de nødvendige realkompetencer. I den situation kan det af sygeplejersken opleves som om ansvaret projiceres videre til hende, hvilket ikke umiddelbart accepteres. Befinder teamet sig imidlertid i en situation, hvor der ikke er mulighed for at tilkalde yderligere hjælp, er sygeplejersken tvunget til at modtage denne projektion. I andre situationer benytter sygeplejersken ansvarshierarkiet til at trække sig i baggrunden, når der opstår problemstillinger, som hun ikke mestrer, og der er tilgang til kvalificerede ressourcer. Ansvarshierarkiet benyttes, som beskrevet af Skjörshammer (2003), også som en mulighed for regression i konfliktsituationer (21).

Genus - det hele på den halve tid

Umiddelbart gav ingen udtryk for, at forventningerne til samarbejdet ændredes beroende på, om deres samarbejdspartner var af samme eller modsatte køn.

Flere beskrev situationer, hvor de oplevede kvindelige anæstesilæger blive behandlet anderledes end deres mandlige kolleger. Disse oplevelser kan tolkes som et tegn på

mindre respekt for den kvindelige læge. Det kan imidlertid også tolkes som en berettiget, erfaringsbaseret forventning om, at kvindelige læger ikke har samme behov for assistance som sine mandlige kolleger. Altså en positiv vurdering af de kvindelige lægers kompetence i kraft af den genusbestemte indsigt i de feminine kompetencer. Kvindelige læger tilstræber en større kontrol over deres arbejde end deres mandlige kolleger. Gennem en større kontrol opnår de større sikkerhed og dermed større professionel tilfredshed og gennemslagskraft. Den genusbestemte forskel i tilgangen til arbejdet indebærer, at der opstår den opfattelse blandt både de kvindelige sygeplejersker og kvindelige læger, at deres mandlige kolleger ikke udviser tilstrækkelig samvittighedsfuldhed i opgaveløsningen, men har en tendens til at ”springe over, hvor gærdet er lavest”. Denne forskel kan bunde i, at kvinderne oplever, at der stilles større krav til dem, for at de kan opnå den samme anerkendelse som deres mandlige kollegaer i faget. I takt med at der bliver stadig flere kvindelige læger i anæstesifaget, bliver der givet udtryk for, at det synes at være mere legalt at vise sin usikkerhed i det interprofessionelle samarbejde, men også internt i lægeprofessionen. Denne åbenhed skaber muligheden for den efterspurgte ligeværdige faglige dialog, men den udfordrer også det traditionelle faglige hierarki.

Der er en overrepræsentation af mandlige sygeplejersker i anæstesifaget sammenlignet med andre, ikke teknisk betonede sygeplejefag. Det bliver sat i sammenhæng med, at de mandlige sygeplejersker bliver tiltrukket af de tekniske udfordringer i faget. Der er fra både lægernes og sygeplejerskernes side en forventning til, at de behersker det tekniske udstyr bedre end deres kvindelige kolleger. Der findes intet belæg for denne genusbestemte forskel i tekniske kompetencer, men opfattelsen udspringer antagelig af, at mænds fortrin på dette område hører med til det traditionelle maskuline genus.

Der var bred enighed om, at der i teamet med medlemmer af modsat køn opstår et spil, der fremmer samarbejdet i modsætning til de spændinger, der synes at kunne opstå i de teams, der består af personer af samme køn fra forskellige professioner. Det kan ikke udelukkes, at dette spil mellem kønnene udnyttes enten bevidst eller ubevidst til at skabe en atmosfære præget af velvilje. Der synes at være en tilbøjelighed til, at der opstår konkurrence internt i teamet, når dets medlemmer er af samme køn. Det blev også hævdet, at kvaliteten af arbejdet i det team, hvor begge køn var repræsenterede, var højere, idet der skete et tab af de samlede kompetencer, når teamets medlemmer var af samme køn. Dette tab syntes at være større, når teamet bestod af to mænd, mens tabet i det kvindelige team ikke var så udtalt, muligvis på grund af den kvindelige læges tilpasning til den maskuline lægerolle (32).

Den umiddelbare reaktion – at der ikke er en kønsbetinget forskel i forventningerne til samarbejdet – stemmer således ikke overens med beskrivelsen af de faktiske oplevelser. Det kan skyldes, at der ikke er en bevidsthed omkring den genusbestemte relation. Oplevelsen vil naturligt nok være forskellig for den, som oplever at blive forskelsbehandlet, og for den, som - ubevidst – forskelsbehandler.

Fremtidsperspektiv

I vurderingen af måden at organisere anæstesi-virksomheden på synes der ikke at være tegn til, at den model, der eksisterer i de skandinaviske lande, vil ændre sig i en overskuelig fremtid. Der er intet ønske om at bevæge sig over i en monofaglig kontekst uanset hvilken profession, man tilhører. Så længe der ikke sker en udbredelse af den ene professions arbejdsområde på bekostning af den andens, opleves ressourcenyttelsen som rationel (9). Men samtidig kan den udtalte overlapning give anledning til mellemmenneskelige udfordringer i forhold til at give hinanden rum samtidig med, at man kræver plads til egne kompetencer og værdier. Det er nødvendigt til stadighed at befæste og udvide de fælles arenaer i takt med den udvikling, der sker internt i den enkelte profession og i det eksterne miljø, der påvirker arbejdsbetingelserne i den fælles arena.

Gennem den øgede akademisering af sygeplejefaget skaber professionen en styrket platform for det ligeværdige samarbejde. De får derved mulighed for at kræve respekt for fagets værdinormer, som således får en større gennemslagskraft i forhold til de traditionelt medicinske og de eksternt organisatoriske værdier. Inden for anæstesifaget har sygeplejerskerne traditionelt haft rollen som assistenter i forhold til den medicinske forskning. Sygeplejerskernes styrkede platform vil føre til krav om, at der også opnås en ligeværdighed på forskningsområdet, således at sygeplejefaglige forskningsspørgsmål tillægges samme værdi som medicinsk forskning. Heri ligger der også et klart incitament til at udvikle en fælles forskningsarena i lighed med den fælles arena, der eksisterer i det kliniske felt.

I takt med samfundsudviklingen er der en øget tilgang af kvinder til lægefaget og dermed også til anæstesiologien. Det er vanskeligt at vurdere, hvilken konsekvens den ændrede kønkvotering vil få for samarbejdet. Det kan tænkes, at de vanskeligheder, de kvindelige læger beskriver i deres første møde med faget, reduceres samtidig med, at det komplementære islæt i opgaveløsningen bibeholdes i kraft af den fortsatte bevarelse af forskel i fagkultur og kundskabstraditioner.

Den eksisterende aldersfordeling i begge fagprofessioner betyder i kombination med den begrænsede specialuddannelseskapacitet, at der inden for de kommende ti år vil opstå en mangel på specialuddannet personale. Dette kan udløse flere fremtidsscenarier. Det kan indebære, at andre faggrupper rekrutteres til specialet i lighed med den forandring, der i øjeblikket sker i Storbritannien (7). Uanset hvilken faggruppe, man vælger at rekruttere, vil det stille krav til en større uddannelseskapacitet end den eksisterende. Hvis flere fagkulturer får adgang til anæstesifaget, vil det kræve yderligere ressourcer at skabe den nødvendige fælles arena, der skal sikre synergieffekten. Et andet scenarium er rekruttering af sundhedspersonale fra andre lande, en løsningsmodel der allerede er i brug i de geografiske områder, hvor rekrutteringen på nuværende tidspunkt er vanskelig. Erfaringen hidtil viser, at der med baggrund i forskellig fagkultur opstår udfordringer, som kan føre til samarbejdsproblemer. Hvis denne rekrutteringsstrategi skal lykkes, kræver det en målrettet indsats for at sikre parathed til mødet i den kliniske kontekst både hos det skandinaviske personale og personalet med den fremmede fagkultur. Da det berører begge fagprofessioner, og målet er at forberede den

nye kollega på den skandinaviske anæstesiologiske kontekst, bør denne indsats gennemføres i en fælles arena.

Det fremherskende fremtidsscenario er, at der sker en eksponentiel øgning i behandlingskrævende livsstilssygdomme, dels i kraft af den ændrede livsstil, men også på baggrund af befolkningens ændrede alderssammensætning. For at kunne imødekomme det ændrede patientscenario skal der ske en kontinuerlig udvikling af behandlingsteknikker og metoder inden for anæstesifaget. I den udvikling skal det sundhedsfremmende perspektiv tages i betragtning på lige fod med omsorgsperspektivet og det naturvidenskabelige perspektiv. Denne metodeudvikling skal skabe mulighed for at tilbyde anæstesi til patienter med stadigt mere komplekse sygdomsbilleder, som kræver en multiprofessionel tilgang til patienten.

Metodediskussion

Gennem hele processen omkring indsamling og bearbejdning af data har der været en bevidst holdning hos begge studerende til at overholde de krav, der stilles til det kvalitative forskningsinterview (36). Specielt er der lagt vægt på at sikre, at data indhentet gennem interviewene og ikke de studerendes forforståelse har dannet basis for resultatet.

Der er ikke sket en tilfældig udvælgelse af interviewpersonerne. Udvælgelsen er sket gennem de involverede afdelingers ledelse. Det kan ikke udelukkes, at dette har medført en selektion af interviewpersonerne, som kan påvirke resultatet. Interviewpersonerne har meldt sig frivilligt til interviewet. Dette kan også indebære en selektion af respondenter, der ønsker at formidle en særlig holdning gennem interviewet. En validering af resultatet i forhold til denne selektion ville kunne ske ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse udfærdiget på basis af studiets resultat rettet mod et repræsentativt udsnit af de to fagprofessioner.

Tilstedeværelsen af begge studerende under interviewet kan have påvirket respondenternes svar, idet det ikke kan udelukkes, at konfliktområder mellem de to fagprofessioner nedtones, fordi begge professioner er repræsenterede. Imidlertid er en af studiets styrker i forhold til validitet netop, at begge studerende har deltaget i alle studiets faser. En afdækning af, hvorvidt dette indebærer en nedtoning af konfliktfelter, vil kunne ske gennem feltstudier i den kliniske arbejdsituation.

Alle studiets faser er gennemført i løbende dialog mellem de to studerende. Det har ved analysen af konfliktområder samt tolkning af de fagprofessionelles livsverdener skabt en til tider højlydt og skarp, men også særdeles frugtbar diskussion, der har været med til at tydeliggøre vigtigheden af begge professioners tilgang til data, når formålet er at beskrive professionernes livsverden og relationen mellem de to professioner.

For de to studerende, der ikke har erfaring med kvalitative studier fra tidligere, har processen i forhold til analyse og kategorisering været besværlig og tidskrævende, men

igen har begges engagement samt ikke mindst samspillet med studiets vejleder og andre centrale personer inden for fagområdet på NHV været med til at kvalificere processen. Dette er blandt andet sket i forbindelse med, at dele af opgaven har været gransket og præsenteret ved NHV i skriveperioden.

KONKLUSION

Med det mål at afdække nogle af de faktorer, der har betydning for at sikre den sundhedsfremmende arbejdsplads, har studiet haft et kvalitativt afsæt med et salutogenetisk perspektiv. Der er lagt vægt på at afdække de karakteristika, der er kendetegnende for den gode fagprofessionelle og det gode samarbejde. Herved fremkommer der et billede af handlingsidealer og ideelle samarbejdsbetingelser. Der er stor samstemmighed mellem den opfattelse den enkelte fagprofessionelle har af sin egen rolle og den opfattelse den nærmeste samarbejdspartner i det anæstesiologiske team har af sin medspillers rolle. Der er desuden et stort sammenfald mellem de to fagprofessioners rolleindhold, mens der i kraft af den hierarkiske professionsstruktur er forskel på det mandat rollen indebærer.

I bevidstheden omkring de ideelle krav opstår der et mere nuanceret billede af de reelle forhold. I beskrivelsen af det anæstesiologiske teams arbejdsdag afdækkes forskellige potentielle konfliktfelter. I disse konfliktfelter afspejles de fagprofessionelle kulturforskelle, som eksisterer på baggrund af kundskabstradition og værdinormer, og som bringes til udtryk, når revirhævdelse sker som led i fastholdelse af det traditionelle hierarki.

I et transprofessionelt team med stor grad af overlappning i opgaveløsningen kan forskellen i mandat kun bibeholdes i kraft af den bagvedliggende jurisdiktion. Der sættes ikke spørgsmålstegn ved det gældende ansvarshierarki, som danner baggrund for, at samarbejdet i tilspidsede situationer kan ændre status fra et dialogbaseret beslutningsforum til et klassisk beslutningshierarki. Det generelle indtryk er, at samarbejdet foregår gnidningsløst i bestræbelserne på at udnytte de til enhver tid værende ressourcer, og kun undtagelsesvis misbruges den hierarkiske placering som en hindring for udnyttelsen af realkompetencerne.

Rolleudviklingen for begge professioner sker i den samme kliniske kontekst med et stort islæt af tværfaglig læring, både i forhold til kundskab og færdigheder, men også i forhold til udvikling af de nødvendige sociale kompetencer. Denne læringsarena kan samtidig give anledning til revirhævdelse i forhold til sikring af læringstilfælde i et begrænset læringsfelt. Til trods for de organisatoriske betingelser med krav om høj effektivitet og produktivitet er der en fælles stræben efter at give plads til uddannelsesbehovet i den kliniske praksis. Erfaringerne fra samarbejdet i praktisk klinisk anæstesi indebærer et potentiale for yderligere at styrke det interprofessionelle samvirke gennem at udvikle andre fælles arenaer for eksempel i forhold til forskning og fagudvikling.

Billedet af samarbejdsrelationerne i det anæstesiologiske team er udelukkende tegnet gennem de beskrivelser, der er fremkommet i interviewsituationen. I hvor høj grad dette svarer til de faktiske forhold bør afdækkes ved at supplere interviewene med feltstudier. Det anæstesiologiske team indgår som en del af det større team, der varetager opgaverne omkring patienten på operationsstuen. Et feltstudie ville ligeledes kunne afdække anæstesiteamets evne til at indgå i et frugtbart samarbejde i dette større team.

Rollebeskrivelser fremstår som krav til den enkelte både fra den fagprofessionelle selv og de nærmeste samarbejdspartnere i teamet. Kravene, som beskrives, er så høje og indebærer en sårbarhed som gør, at man umiddelbart må stille sig spørgsmålet, om hvad der sker, hvis man som fagprofessionel ikke evner at leve op til kravene. En afdækning af denne problemstilling vil kræve yderligere studier med fokus på mestring. Sådanne studier vil kunne afdække, hvor vidt den indsats, der på alle niveauer er givet tilsagn til i bestræbelserne til at leve op til WHO's krav til den sundhedsfremmende arbejdsplads, kommer til udtryk i de faktiske arbejdsbetingelser, der skabes i det patientnære arbejdsmiljø.

REFERENCER

1. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa 1986. World Health Organisation.
2. Fosse E. Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. I: Axelsson R, Axelsson S B. Folkhälsa i samverkan. Studentlitteratur 2007. ISBN 978-91-44-01793-8.
3. Regional guidelines for the development of healthy workplaces. World Health Organisation, Regional Office for the Western Pacific, 1999.
4. Standards for Health Promoting Hospitals World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2004
5. Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management World Health Organisation, Regional Office for Europe 2005
6. Yeatman H.R, Nove T. Reorienting health services with capacity building: a case study of the Core Skills in Health Promotion Project. *Health Promot Int* 2002; 17 (4): 341-350
7. Vickers M.D. Anaesthetic team and the role of nurses – European perspective. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2002;16(3):409-21
8. Jan Eklund (red.). 150 år med Nordisk Anestesiologi. Nordisk Anæstesiologisk Forening 1999. ISBN 91-630-8220-9
9. Sellevold OF. Frontiers in Scandinavian anaesthesiology. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49(7):891-3.
10. Lauvås K LP. Tverrfaglig samarbeid i et profesjonssosiologisk lys. I: Lauvås K LP, editor. Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi: Universitetsforlaget, 2004.
11. Larsson J, Holmstrom I. Phenomenographic or phenomenological analysis; does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2007;2: 55-64
12. Larsson J, Holmstrom I, Rosenqvist U. Professional artist, good Samaritan, servant and coordinator: four ways of understanding the anaesthetist's work. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47 (7):787-93.
13. Freidson Eliot. Professionalism The Third Logic. The University of Chicago Press 2001. ISBN 0-226-26203-0.
14. Abbott A. The System of Professions. An essay on the Division of Expert Labour. The University of Chicago press 1988. ISBN 0226-00069-9.
15. Hughes D. Nursing and division of labour: sociological perspectives. I: Allan D and Hughes D, red. Nursing and the Division of Labour in Healthcare. Palgrave Macmillan 2002. ISBN 0 – 333- 802292.
16. Stein LI. The doctor-nurse game. *Arch Gen Psychiatry* 1967;16(6):699-703.
17. Svensson R. The interplay between doctors and nurses - a negotiated order perspective. *Sociol Health Illn* 1996;18(3):379-398.
18. Allen D. The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociol Health Illn* 1997; 19,4: 498-520

19. Allan D. Time and space on the hospital ward: shaping the scope of nursing practice. I : Allan D and Hughes D, red. Nursing and the Division of Labour in Healthcare. Palgrave Macmillan 2002. ISBN 0 – 333- 802292.
20. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs* 2005;105(1):54-64.
21. Skjørshammer M. Anger behaviour among professionals in a Norwegian hospital: antecedents and consequences for interprofessional cooperation. *J Interprof Care* 2003;17 (4): 377 – 88.
22. Lingard L, Espin S et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13: 330–4.
23. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promot Int* 2005; 20(4): 351 – 9.
24. Thylefors Ingela, Persson Olle, Hellström Daniel. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *J Interprof Care*, 2005; 19(2): 102 –14.
25. Mandell, Myrna P, Steelman, Toddi A: Understanding what can be accomplished through interorganizational innovations. *Public Management Review* 5(2) 197 – 224.
26. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care* 2004 8 (6) :R403-8.
27. Berggren L. Non-physical Territoriality in Health Care Organizations. Diss. Göteborg 1986. ISBN 91-7900-144-0.
28. Bryan-Brown CW, Dracup K. Keeping the Turf(wars) Trimmed. *Am J Crit Care* 2002; 11(5): 408-10.
29. Smith AF, Kane M, Milne R. Comparative effectiveness and safety of physician and nurse anaesthetist: a narrative systematic review. *Br J Anaesth.* 2004, 93(4) 540 – 5.
30. Aschehoug og Gyldendals store Norske Leksikon, Kunnskapsforlaget 1985
31. Eriksson, Rikard. Sjukhusets inverterade hierarki. *Kommunal ekonomi och politik* 2007, 11(3) 7 – 24.
32. Järviluoma H, Moisala P, Vilkkio A: *Gender and Qualitativt Methods*. SAGE 2003. ISBN 9780761965855
33. Gjerberg E, Kjølørød L. The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Soc Sci Med* 2001, 52(2): 189-202.
34. Sweet J, Norman IJ. The Nurse-doctor relationship: a selective literature review. *J Adv Nurs* 1995, 22(1) 165 – 70
35. Wear D, Keck-McNulty C. Attitudes of female nurses and female residents toward each other: a qualitative study in one U.S. teaching hospital. *Acad Med* 2004, 79(4):291-301.
36. Kvale S. *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag. 1997, ISBN 87-412-2816-2.
37. Malterud, K. *Kvalitativ metode i medisinsk forskning – en innføring*. Universitetsforlaget. 2004, ISBN 82-15-00275-7.

38. Linell P. Transkription av tal och samtal: Teori och praktik. Arbetsrapport från Tema Kommunikation, Linköpings Universitet 1994

