



LUNDS UNIVERSITET

Campus Helsingborg

Institutionen för service management
och tjänstvetenskap

Examensarbete för kandidatexamen

Kommunikation och samarbete över organisatoriska gränser

– En studie inom ortopedin

Johanna Janatuinen
Senita Snygg

Gruppenr: 78

Handledare:

Eva Åström &

Su Mi Dahlgaard-Park

Uppsats

VT 2015

Förord och erkännande

Att skriva uppsats kräver ett stort engagemang och mycket tid. Vi vill med dessa förord tacka alla som varit delaktiga i vår uppsats, samordnare på ortopedavdelningen, våra respondenter som ställt upp, vår uppsats hade inte varit möjlig utan er. Vi vill även tillägna ett särskilt tack till våra handledare Eva Åström och Su Mi Dahlgaard-Park som varit till stor hjälp under arbetets gång.

Arbetet kring detta examensarbete har till lika stora delar utförts av båda författarna.

Med dem orden säger vi tack och önskar er en trevlig läsning!

Johanna & Senita

Helsingborg, maj 2015

Abstract

The Swedish health system and its lack of resources is a much debated issue in today's society. The ongoing debate demonstrates a lack of interest in the question of how the different professions actually try to focus their actions towards the common goal, the patient. For this precise reason this present study aims to examine and charter communication between two such professions. This in an attempt to understand what hinders and what facilitates communication as well as cooperation between nurses and doctors in a department of orthopedics.

Based on eleven qualitative interviews with nurses and doctors we have chartered where, when and how communication is achieved between these two professions, as well as how cooperation is influenced by the differences between the professions. With the help of a literature study we have found the connections between communication and cooperation, as well as what influences the relationship between nurses and doctors. In our attempt to make the differences clearer we analyze the empirical results using a silo mentality approach.

The conclusion of the study is that the factors that influence the professions' different ways to communicate are related to the differences in education, perspective, personality, the organization, the time and the place, as well as the situation. This forms the basis of how nurses and doctors cooperate. The factors that influence the cooperation between the professions, analyzed in a silo mentality perspective, are the different areas of responsibility and work content, education, as well as norms and values. On the basis of those factors we could establish that cooperation between the professions depends on communication. This finding confirms the complexity of the relationship between the professions, which is elucidated by the fact that they have a different perception of reality.

We have limited our study to a department of orthopedics in Region Skåne, with the purpose of using it as an example of a unit in the Swedish health care system. The analysis is further limited to one central relationship, that between nurses and doctors.

Keywords

Communication, cooperation, silo mentality, profession, doctors, nurse, relationships

Sammanfattning

I samhället pågår det ständigt en debatt om den svenska sjukvården och dess knappa resurser. Debatten tydliggör ett aningen bristande intresse för hur de olika professionerna verkligen försöker sammanfoga sina prestationer mot det gemensamma målet, patienten. Därför ämnar denna uppsats att ta reda på samt kartlägga kommunikationen mellan två olika professioner. Detta görs i syfte att ge ett bidrag till förståelse av vad som hindrar och möjliggör kommunikationen såväl som samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare på en ortopedavdelning.

Utifrån elva kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor och läkare har vi kartlagt var, när och hur kommunikationen sker mellan professionerna samt hur samarbetet påverkas av professionernas olikheter. Tillsammans med en litteraturstudie har vi funnit samtliga kopplingar mellan kommunikation och samarbete samt vad som påverkar relationen mellan sjuksköterskorna och läkarna. I syfte att göra skillnaderna tydliga analyseras empirin ur ett stuprörsperspektiv.

Slutsatserna av studien är att faktorer som påverkar professionernas olika sätt att kommunicera är relaterade till professionens utbildning, perspektiv och person samt organisation och organisatoriska gränser. Detta lägger även en grund för hur sjuksköterskor och läkare samarbetar. Faktorerna som påverkar samarbetet mellan professionerna, sett ur ett stuprörsperspektiv är deras olika ansvarsområde och arbetsuppgifter, utbildning samt normer och värderingar. Utifrån dessa faktorer kunde vi dra slutsatser att samarbetet mellan professionerna är beroende av deras kommunikation. Detta bekräftar även komplexiteten i professionernas relation, vilket kan förtydligas med att de uppfattar verkligheten olika.

Avgränsningen i arbetet har gjorts till en ortopedavdelning inom Region Skåne i syfte att göra ett exempel av den svenska sjukvården. Analysen omfattar således även att avgränsa sig till den mest centrala relationen, mellan sjuksköterskan och läkaren.

Nyckelord

Kommunikation, samarbete, stuprör, profession, läkare, sjuksköterska, relationer

Innehållsförteckning

1. INLEDNING OCH PROBLEMFORMULERING	5
1.1. SYFTE	6
1.2 FRÅGESTÄLLNING.....	6
1.3 DISPOSITION	7
2. METOD.....	8
2.1 VAL AV METOD.....	8
2.2 LITTERATUR- OCH DOKUMENTSTUDIER	9
2.3 INTERVJUER.....	9
2.3.1 URVAL OCH TIDSPLAN	10
2.4 STUDIENS RELIABILITET	12
2.4.1 METODKRITIK, FÖRDELAR OCH NACKDELAR AV METODVALEN	12
2.4.2 LITTERATUR- OCH DOKUMENTSTUDIER	13
2.4.3 INTERVJUER.....	13
3. TEORIER & BEGREPP.....	14
3.1 STUPRÖRSPERSPEKTIVET	14
3.1.1 VAD ÄR STUPRÖR?.....	15
3.1.2 DEFINITION OCH TILLÄMPNING AV STUPRÖRSPERSPEKTIVET	16
3.1.3 ANDRA FORSKARES SYN PÅ STUPRÖRSPERSPEKTIVET.....	16
3.2 FÖRDJUPNING AV CENTRALA BEGREPP	17
3.2.1 PROFESSION.....	17
3.2.2 SOCIALA ROLLER	18
3.2.3 KOMMUNIKATION.....	18
3.2.4 SAMARBETE.....	19
3.2.5 ORGANISATORISKA GRÄNSER	20
4. EMPIRI & ANALYS.....	21
4.1 KOMMUNIKATION.....	21
4.1.1 UTBILDNING, KUNSKAP & MAKT	21
4.1.2 YRKESPROFESSIONERNAS PERSPEKTIV	24
4.1.3 ORGANISATION & ORGANISATORISKA GRÄNSER	27
4.1.3.1 Tid och plats.....	29
4.1.3.2 Situation	31
4.1.4 SUMMERING AV KOMMUNIKATION	32
4.2 SAMARBETE UR ETT STUPRÖRSPERSPEKTIV	33
4.2.1 SKILLNADER MELLAN YRKESPROFESSIONERNA	34
4.2.2 BROAR GENOM RELATIONER.....	37
4.2.3 TEAMETS UPPBYGGNAD.....	37
4.2.4 SAMHÄLLSNYTTAN.....	39
4.2.5 SUMMERING AV SAMARBETE	40
5. SLUTSATS.....	42
5.1 SUMMERING.....	43
5.2 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	43
KÄLLFÖRTECKNING.....	45
BILAGOR.....	48

1. Inledning och problemformulering

Diskussionen kring den rådande bristen på sjuksköterskor och läkare inför sommaren har som i vanlig ordning blommat upp under våren i massmedia (www.svd.se), tillsammans med den ständiga diskussionen om att de ekonomiska medlen för sjukvården är knappa, medan andra menar att den kostar alldeles för mycket. Att meningarna är delade råder det inget tvivel om när vi läser dagstidningar och andra politiska forum. Men handlar inte sjukvården om något mer än resursernas avsaknad eller åtgång?

Sjukvården i vårt samhälle är mer än mediciner, operationer och behandlingar, det handlar om yrkeskompetens och samlade prestationer med livet som den största konsekvensmottagare om detta inte stämmer överens.

”Hälso- och sjukvården i Skåne utgörs av ett system med många offentligt finansierade verksamheter i olika driftsformer samt ideella föreningar och organisationer finansierade med verksamhetsbidrag eller s.k. offentligt partnerskap. Behovet av att hålla ihop vården för den enskilde patienten med allt fler aktörer blir tydlig. Omhändertagandet ska ske samlat och på rätt vårdnivå så att resurserna används på bästa sätt. Utvecklingen av samarbete med kommunerna ska även fortsättningsvis prioriteras (RegionSkåne.se)”.

Citatet ovan illustrerar komplexiteten av vad som förväntas av sjukvården. Verksamheten är offentligt finansierad, vilket med bakomliggande mening innefattar hårdare granskning eftersom de nämner att resurserna ska användas på bästa sätt. Förutom detta ska vården ske samlat eftersom behovet att hålla ihop aktörerna är centralt för den enskilde patienten.

I verksamheter där man arbetar med människor kräver inte sällan att flera professioner samarbetar inte bara inom organisationen utan även externt (Persson & Westrup 2014, s. 29). Att sjukvården är en verksamhet som är beroende av flera yrkesprofessioners samlade prestationer styrker både Persson & Westrup (2014, s.29) och Berlin & Kastberg (2011, s. 150), när de beskriver hur samhället är uppbyggt utifrån att olika professioner ska kunna arbeta tillsammans mot ett gemensamt mål. Inom sjukvården förväntas flera olika specialiteter och organisatoriska enheter att samsas om platsen men förutom det förväntas de arbeta tillsammans för patientens skull (Berlin & Kastberg 2011, s. 150). Problematiken är komplex kring koordinering av gemensamma insatser då dessa insatser ofta inom sjukvården dessutom ska ske i osäkra och snabba situationer (Edmondson

2003, s. 1142). Att integrera insatser är ett sätt att sudda ut gränserna mellan enheter och professioner för att kunna lära av varandra (Berlin & Kastberg 2011, s.151-152), men även för att effektivisera (Persson & Westrup 2014, s.49).

En konsekvens av att professionerna inte fungerar felfritt tillsammans, att verksamheten inte lyckats sudda ut gränserna tillräckligt kan innebära att patienten drabbas (Weller, Boyd & Cumin 2014, s. 149). Weller et. al. (2014, s.149) menar således även att den största källan till att detta sker är att arbetsteamet inte fungerar ihop på grund av en bristande kommunikation. Parush, Kramer, Foster-Hunt, McMullan & Momtahan (2012, s.48) för även argumenten vidare att kommunikationen är det viktigaste arbetsverktyget som professionerna inom sjukvården har. Enligt en studie som gjordes på en akutmottagning kan fallgorpar som olika innebörd och förståelse för komplexa termer mellan professionerna leda till konsekvenser för den fortsatta vården av en patient (Berlin & Carlström 2010, s. 417).

Således kan det konstateras att problematiken kring kommunikation och samarbete är uppmärksammas, men hur ser yrkesprofessionerna sjuksköterska och läkare på detta problem, är det ett problem och hur arbetar de med det?

1.1. Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur yrkesprofessionerna läkare och sjuksköterskor kommunicerar och samarbetar över organisatoriska gränser på en ortopedavdelning inom Region Skåne. Undersökningen syftar således också till att kartlägga eventuella hinder och möjligheter med kommunikation och samarbete, med utgångspunkt från läkare och sjuksköterskors erfarenheter.

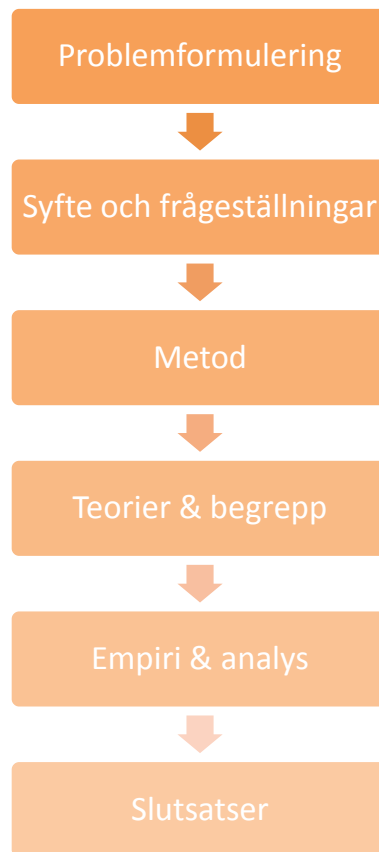
1.2 Frågeställning

För att nå syftet kommer vi att utgå från två frågeställningar:

1. Hur kommer kommunikationen och samarbetet till uttryck mellan professionerna på ortopedavdelningen?
2. Vad möjliggör och hindrar kommunikationen och samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor?

1.3 Disposition

Uppsatsen inleds med en problemformulering varpå denna uppsats sedan kommer ta vid. Vidare presenteras vårt syfte samt frågeställningar som tydliggör ytterligare för uppsatsens utgångspunkt. Senare i metodavsnittet följer en presentation av de forskningsmetoder som har använts för att samla in det empiriska materialet, som sedan kommer ligga till grund för analysdelen. I avsnittet om teorin beskrivs sedan de analysverktyg som kommer att tillämpas vid den efterföljande analyseringen av empirin. I analysen kommer varje enskilt kapitel att inledas med en vinjett för att ge läsaren en tydlig inblick i vad som kommer att analyseras. Uppsatsen avslutas slutligen med de slutsatser som vi har kommit fram till under studien samt förslag på vidare forskning.



2. Metod

I detta kapitel redogör vi för de metoder som använts för insamling av empiri och teori. Avsnittet avser att ge förståelse för hur materialet är insamlat och författat. Detta hjälper läsaren att tyda både analys och slutsats, vilket bidrar till en ökad trovärdighet. Först kommer val av metod att presenteras och sedan kommer uppsatsens reliabilitet att diskuteras.

2.1 Val av metod

Vi har valt att använda oss av ett induktivt angreppssätt med en viss grad av ett deduktivt arbetssätt för att närma oss svaren på våra frågeställningar. Det deduktiva angreppssättet utgår från en teori för att förstå vad som observerat och ett induktivt angreppssätt utgår från vad som observerats för att finna en teori (Bryman, 2011, s. 26-28). Enligt Alvesson & Skoldberg (2008, s.55) så kan en kombination av det induktiva och deduktiva angreppssätt förklaras likt *abduktion*. Abduktion ska däremot inte ses som en mix utan som en fristående metod där både processer kan läggas till eller dras ifrån, den stora skillnaden är att abduktion inbegriper en förståelse då den utgår ifrån empiriska fakta men inte avvisar teoretiska föreställningar (Alvesson & Skoldberg 2008, s.55-56). Genom att tillämpa abduktion som metod så innebär detta också att vi kan analysera vår empiri utan att för den delen bortse från tidigare teorier inom forskningsområdet. Vi har använt oss av abduktion därför att vi genom ett deduktivt angreppssätt först studerat teorier inom ämnet för att kunna kartlägga vad som skulle observeras. Därefter har arbetsprocessen antagit ett induktivt angreppssätt då vi tagit det vi funnit i observationerna och visat på dess vikt genom att tillämpa och använda oss av teorier likt ett analysverktyg. För att samla in empiri har vi valt att använda oss av såväl intervjuer som litteratur- och dokumentstudier. Främst har intervjuerna legat till grund för att samla empiri och litteratur- och dokumentstudierna ses mer likt ett komplement för det valda forskningsområdet.

För att få en jämförbar analys av hur kommunikationen såväl som samarbetet ser ut på ortopedavdelningen försökte vi utgå från att intervjua lika många läkare som sjuksköterskor i syfte att få en så jämn fördelning mellan professionerna som möjligt. Genom denna fördelning får vi båda yrkesprofessionernas perspektiv och svar och får därför en bättre mättnad i empirin. Detta genererar också att det blir enklare att kartlägga hur det egentligen ser ut över de organisatoriska gränserna på avdelningen och vad som möjliggör och hindrar professionernas kommunikation och samarbete. Vi har även tagit hänsyn till eventuella fallgropar i metodvalen för att undvika felkällor

och på så vis skaffa oss en bärighet i vårt empiriska material. Nedan presenteras metodvalen mer ingående.

2.2 Litteratur- och dokumentstudier

För att kunna besvara våra frågeställningar valde vi att börja med en litteratur- och dokumentstudie. Detta blev ett sätt för oss att läsa in oss på tidigare forskning samt förbättra våra kunskaper inom det valda forskningsområdet.

Främst bestod studien av att läsa litteratur med relevanta teorier, som senare skulle kunna tillämpas i analysen. Genom att läsa dokument och tidigare forskares studier inom liknande ämne kunde vi även förse oss med idéer och förslag på fortsatt forskning, antingen som vi kunde tillämpa alternativt fördjupa oss i. Bryman (2011, s. 97-98) menar att litteraturstudier med fördel kan användas för att erhålla information som senare utgör ett stöd vid skrivandet. Vår intention med inläsningen var som ovan nämnt även att den skulle bidra med en förförståelse inom forskningsområdet men även också bilda oss en uppfattning om hur stort forskningsområdet var och hur vi skulle gå tillväga för att hitta relevant litteratur.

Litteraturstudien kunde också hjälpa oss att se vilka tidigare metoder och forskningsstrategier som använts inom området. Att läsa igenom relevant litteratur innan undersökningen påbörjats är bra i syfte att finna referenser samt att identifiera potentiella frågor som inte är besvarade (Bryman 2011, s.97).

2.3 Intervjuer

Förutom litteratur- och dokumentstudierna har även elva intervjuer genomförts, vilka också ska ses som den huvudsakliga metoden vid inhämtning av empiri.

Vårt metodval föll på kvalitativa intervjuer eftersom vi ansåg det mest lämpligt, då vårt syfte ämnar att undersöka hur läkare och sjuksköterskor på en ortopedavdelning kommunicerar och samarbetar över organisatoriska gränser. Syftet med intervjuerna var att få fram läkarna och sjuksköterskornas syn på kommunikation samt ta reda på hur de upplevde att samarbetet fungerade mellan professionerna. Därför föll sig valet naturligt på att intervjuerna skulle utföras kvalitativt. Den kvalitativa intervjun bidrar nämligen till ett bättre djup och förståelse i analysen än vad den kvantitativa intervjun gör (Bryman 2011, s.340-341). Kvale & Brinkmann (2014, s.46) uppger

också att den kvalitativa intervjun bidrar till ett bättre djup och förståelse för det studien ämnar att undersöka, eftersom den syftar till att använda ord istället för en kvantitativ undersökning som illustrerar svaren i siffror.

Inom den kvalitativa intervjun finns två olika förhållningssätt, en ostrukturerad eller en semistrukturerad intervju (Bryman 2011, s 214-216). Den ostrukturerade intervjun utgörs av en intervjuguide där några teman som ska beröras under intervjun finns uppställda men själva formuleringen och ordningen skiljer sig åt mellan de olika intervjuerna. Den semistrukturerade är istället en kombination av olika intervjuformer där syftet är att utgå ifrån en uppställning med frågor men även ger intervjuaren utrymme att ställa följdfrågor till det som kan uppfattas som viktiga svar (Bryman 2006, s.215-216). Valet för vår undersökning föll på den sistnämnde, semistrukturerad, då vi ville ha möjligheten att ställa följdfrågor som kom att bli betydande för insamlingen av vår empiri, eftersom syftet var att skaffa oss en mer ingående förståelse i vår analys kring ämnet. Även frågorna som ställs under intervjun kan vara av olika karaktär. Det kan vara öppna eller slutna frågor, öppna innebär att respondenten fritt får svara medan den slutna frågan avslutas med ett par svarsalternativ som respondenten får förhålla sig till vid sitt svar (Bryman 2011, s.241-247). Den kvalitativa intervjun avser erhålla beskrivningar som är så fullständiga och förutsättningslösa som möjligt för att kunna ta del av respondentens livsvärld (Kvale & Brinkmann 2014, s.48). Eftersom vår avsikt med att tillämpa intervjuer som metod var att få så mycket information och empiri som möjligt, valde vi att använda öppna frågor vid samtliga intervjuer. Fördelarna med de öppna frågorna är bland annat att de ger utrymme till oförutsedda svar samt att de inte leder respondenternas tankar i någon riktning (Bryman 2011, s.243-245).

Vi planerade vår intervjuguide i god tid och var noga med att ställa öppna frågor, med möjlighet till att ställa följdfrågor. Vår intervjuguide som tillämpades vid samtliga intervjuer återfinns som Bilaga 1.

2.3.1 Urval och tidsplan

Vid valet av respondenter skickades en förfrågan ut till en ortopedavdelning inom Region Skåne då vi ansåg denna typ av avdelning lämplig för vårt syfte. Anledningen till dess lämplighet grundar sig främst i att båda yrkesprofessionerna, sjuksköterska och läkare, inte har sin huvudsakliga stationering på avdelningen, detta tänkte vi skulle bidra till en bättre kartläggning av både samarbete och kommunikation då dess betydelse är ännu större i deras situation. Istället för att

utföra en gruppintervju, som hade kunnat vara möjlig i vår undersökning, valde vi istället att hålla en enskild intervju med varje respondent för att kunna få en mer ingående förklaring av hur kommunikationen och samarbetet sker på avdelningen. Med gruppintervjuer är det lätt att respondenterna blir påverkade av varandra vilket bidrar till att intervjun inte får samma djup och personliga svar som med en enskild intervju (Bryman 2011, s.44).

Efter att kontakt tagits med ortopedavdelningens chefsjuksköterska behövde vi därefter få ett godkännande av verksamhetschefen för att få genomföra intervjuerna. Sjuksköterskorna kom vi sedan i kontakt med genom en utvecklingsansvarig sjuksköterska och läkarna kontaktades genom en chefsläkare. Både utvecklingsansvarig sjuksköterska och chefsläkare hjälpte oss sedan att finna relevanta kandidater inom sin profession samt finna tid och plats att genomföra våra intervjuer. Den utvecklingsansvariga sjuksköterskan som hjälpte oss att samordna sjuksköterskeintervjuerna har själv inte deltagit i undersökningen, men har varit till hjälp vid följdfrågor i efterhand via mejlkontakt. Chefsläkaren som samordnade läkarintervjuerna, blev däremot intervjuad och kommer fortsättningsvis i texten att benämnas som L2. De kvalitativa intervjuerna har slutligen genomförts med sex sjuksköterskor och fem läkare som alla arbetar på ortopedavdelningen inom Region Skåne. Samtliga intervjuer är genomförda på lasarettet, antingen i personalens kök, kontor eller i en undervisningslokal. Intervjuerna var förlagda under perioden 13-17 april 2015 och alla intervjuer tog mellan 45-60 minuter att genomföra. Intervjuerna med sjuksköterskorna och två av läkarna genomfördes med en av författarna. Resterande intervjuer med läkarna utfördes mellan respondenten och båda författarna.

Före alla intervjuer frågade vi respondenten ifall det var möjligt för oss att spela in under intervjun. Tio av respondenterna samtyckte till detta medan en avböjde. Under de intervjuerna som spelades in antecknade vi även under tiden som intervjun fortlöpte. Vid de intervjuerna där båda författarna närvarade så ansvarade en för att ställa frågorna medan den andra ansvarade för att anteckna, den som antecknade flikade dock in med följdfrågor. Inspelningarna kom att få en betydande roll senare när vi skulle transkribera och få ut så mycket empiri som möjligt till vår analys. Bryman (2011, s 428-430) menar att transkribering av inspelningar är behjälplig vid insamling av empiri. Vid den enskilda intervjun där inspelning inte var möjlig, utfördes med en författare. Detta ställde höga krav på att anteckningar var så fylliga som möjligt. Därför renskrevs anteckningarna från denna intervju omedelbart efteråt. Transkriberingarna gjordes så snart intervjuerna var genomförda. Vi laddade ner ett program till datorn som möjliggjorde att vi kunde sakta ner farten på

inspelningen, detta bidrog till att transkriberingen gick smidigare trots att det tog lång tid. Alla intervjuerna transkriberades förutom den intervjun som inte spelades in.

Då vi inte fått klartecken från alla att använda deras fullständiga namn i undersökningen har vi valt att använda fiktiva namn där läkarna benämns som L1-L5 och sjuksköterskorna som S1-S6. För att det ska vara könsneutralt och anonymt som möjligt kommer vi även att benämna samtliga respondenter som "hen". En förteckning över samtliga respondenter och datum för när intervjun genomförts finns i källförteckningen.

I urvalet av respondenter antog vi ett målstyrt urval för att kunna nå en djupare förståelse för hur läkare och sjuksköterskor kommunicerar och samarbetar. Ett målstyrt urval karaktäriseras av att enskilda enheter eller avdelningar väljs ut (Bryman 2011, s.350), vilket vi har gjort genom att avgränsa oss till en ortopedavdelning med inriktning på yrkesprofessionerna läkare och sjuksköterskor. De valda yrkeskategorierna är relevanta till vår studie då de tillsammans har en bred översikt eftersom de har olika ansvarsområden och arbetsuppgifter som ska komplettera varandra.

Vår tidsplan för att genomföra dessa elva kvalitativa intervjuer var två veckor. Anledningen till att vi ville samla intervjuerna under denna korta tidsperiod var för att fånga det empiriska materialet i ungefär samma sammanhang. Hade inte detta fungerat så bra som det gjorde hade vi fått se förbi sammanhangets betydelse för undersökningen och förlagt intervjuerna mer utspritt.

2.4 Studiens reliabilitet

Denna studie innehåller primärkällor för att styrka studiens reliabilitet. Nedan kommer studiens reliabilitet att tas upp genom att belysa olika fallgröpar.

2.4.1 Metodkritik, fördelar och nackdelar av metodvalet

Vanlig kritik kring det kvalitativa metodvalet berör ofta metodens subjektivitet, det vill säga att forskarnas inställning och uppfattning påverkar det som framställs i en intervju. Kritikerna menar att forskaren influerar och påverkar respondenternas svar i någon riktning. Svårigheter att replikera, det vill säga utföra undersökningen en gång till, är också vanlig kritik, då kritikerna menar att sammanhanget har för stor betydelse (Bryman 2011, s. 368). Detta har vi motverkat genom att förlägga våra intervjuer under en kortare tidperiod. En annan kritik är att det blir svårt med

generalisering av sina lösningar och teorier utifrån svar på frågor från respondenterna då dessa har olika inställning och erfarenheter. Även forskarens uppfattning påverkar i för stor grad för att undersökningen ska kunna resultera i en enda rätt tolkning (Bryman 2011, s. 369). Men genom att använda oss av totalt elva respondenter är vårt mål att minska denna risk.

Frågan om huruvida kvalitativa metoder har en transparens ställs ofta av kritiker. Det vill säga vad ”har” forskaren gjort egentligen, kan man grunda sina slutsatser på vad en respondent svarat utifrån sina specifika erfarenheter. För att underlätta för läsaren i detta avseende är det viktigt att delge urvalet av respondenter (Bryman 2011, s. 370). Som vi tidigare nämnt finns en fullständig förteckning av respondenterna i källförteckningen.

2.4.2 Litteratur- och dokumentstudier

Enligt Thurén (2013, s.13-14) är det viktigt att förstå att ord och begrepp kan ha flera olika definitioner. Utifrån litteratur- och dokumentstudier är det viktigt att ha med sig att vissa ord och uttryck kan vara flertydiga. Vidare menar Thurén (2013, s.17) att källan ska vara äkta. Det kan dock vara svårt för oss som författare att veta vad som är äkta eller falskt då det även inom vetenskapliga kretsar ibland kan förekomma förfalskningar. Detta påverkar dock inte vår studie nämnvärt då vi utgått från granskade teorier och begrepp.

När det gäller primär- och sekundärkällor så sägs det att primärkällor är mer tillförlitliga än sekundära källor (Thurén 2013,s.45). På grund av detta har vi enbart tillämpat primärkällor i denna studie.

2.4.3 Intervjuer

Thurén (2013, s.31) påstår att en källa anses mer trovärdig ju mer samtida den är, ju längre tid som har gått desto mer kan ha förändrats. Thurén (2013, s.33) beskriver att vittnespsykologen Arne Trankell menar att ett minne eller en upplevelse ofta ändras efter en tid vilket också innebär att vissa specifika enskildheter utmärker sig mer. Detta innebär att det ställdes stora krav på att vi skulle renskriva våra anteckningar och transkribera intervjuerna så att vi kunde börja analysera vår empiri så snart som möjligt. Vid tio av elva intervjuer hade vi även inspelningen till hjälp vid transkribering och renskrivning. Det blev dock en utmaning att renskriva anteckningarna från den intervju där ingen inspelning fanns, detta ställde högre krav på att minnet inte skulle brista då det endast var en författare som närvarade vid denna intervju. Anteckningarna för denna intervju

renskrevs därför direkt efter. Thurén (2013, s.34-35) resonerar kring att olika individer har olika minnesbilder vilket innebär att de upplevt situationen på olika sätt. Detta innebär också att minnena smittar av sig när de pratar och delar sina minnen med varandra. Utifrån ovanstående kan vi utgå ifrån att fallen där bara en av oss närvarade inte kommer få någon konsekvens för analysen.

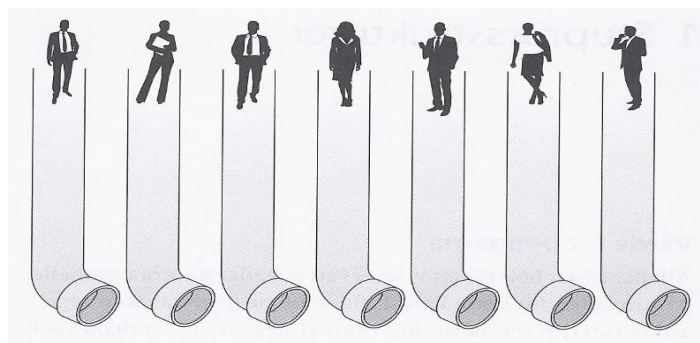
Respondenternas svar kan ibland anses mångtydiga, då är det intervjuarens uppgift att klargöra vad denne menar. Dock behöver motsägelser inte innebära att det är brister i kommunikationen under intervjun, utan det kan vara ett adekvat sätt att spegla det objektiva i världen som respondenten befinner sig i (Kvale & Brinkmann 2014, s.48). Eftersom vi valde att ha öppna frågor under samtliga intervjuer har vi haft tillfälle att ställa följdfrågor då vi inte uppfattat vad respondenten vill få fram eller har gett ett mångtydigt svar. Detta innebär att vårt empiriska material inte är feltolkat.

3. Teorier & begrepp

För att besvara våra frågeställningar och uppsatsens syfte kommer ett analysverktyg att tillämpas. Nedan kommer de teoretiska begreppen att definieras utifrån tidigare forskare för att ge en djupare förståelse av vårt främsta analysverktyg. Först presenteras stuprörsperspektivet och dess resonemang tillsammans med den definition vi har valt att tillämpa. Vidare förklaras och definieras centrala begrepp som används för att förtydliga resonemangen inom stuprörsperspektivet, i syfte för att bidra till en djupare förståelse för hur vi tillämpar analysverktyget.

3.1 Stuprörsperspektivet

Stuprörsperspektivet kommer tillämpas som analysverktyg i denna studie. Nedan kommer stuprörsperspektivet och problematiken som uppstått kring det att förklaras och diskuteras då det ligger till grund för vårt teoretiska resonemang. Nedan syns en illustration av *stuprörsstrukturen*.



Figur 1.1 Stuprörsstrukturer. (Persson & Westrup 2014,s.12).

3.1.1 Vad är stuprör?

1776 förordade och införde Adam Smith, skotsk filosof och nationalekonom, en hög grad av specialisering i organisationer, vilket senare också kom att betyda en ökad effektivisering (Persson & Westrup 2014,s.11). Poängen på den tiden var inte enbart att öka produktiviteten utan handlade även om att inte förlora sin självständighet och därmed mista sin kontroll (Clegg, Kornberger & Pitsis 2007, s.28-29). De effektivitetsvinster som samhället och organisationer kom att få under många år har nu kommit till den gräns där uppdelningen av arbetsuppgifter börjar att utarmas på grund av ineffektivitet och alltmer fragmenterade verksamheter (Persson & Westrup 2014,s.11). Stuprör kännetecknas av organisationen blir fragmenterad, då det blir en organisatorisk uppdelning och avgränsade ansvarsområden i form av avdelningar eller enheter (Persson & Westrup 2014,s.71).

Enligt Persson & Westrup (2014,s.11) definieras stuprörsstrukturer av vertikala strukturer där specialiseringar är ett faktum. Stuprörsstrukturen innebär att chefer på operativ nivå sätter sin egen organisation i första rummet vilket bidrar till att det blir svårt, nästintill omöjligt, att samordna resurser för målgruppen. Problematiken som uppstår vid en stuprörsstruktur kan vara bristande samarbete som får förödande konsekvenser i form av dubbelarbete eller ökade kostnader (Persson & Westrup 2014, s.12). Det kan dock anses svårt att få ett välfungerande samarbete där alla har ett fulländat helhetsperspektiv, många gånger beror detta på att den operativa chefen har mål och ansvar för just sin enhet vilket också resulterar i ett stort egenintresse. En ytterligare konsekvens är att personalen i de olika stuprören får en negativ attityd till varandra då de saknar kunskap om varandras profession. Istället borde de ta lärdom av varandra och sträva mot det gemensamma målet och på så vis även uppfylla båda professioners uppdrag. (Persson & Westrup 2014,s.73-74)

Persson & Westrup (2014, s.15) menar dock att stuprörsstrukturer med vertikala processer är oundvikligt trots dess problematik då professionellt och organisatoriskt avgränsade avdelningar är oundvikligt. Utmaningar i arbetet över organisatoriska gränser brukar även kategoriseras i två delar, de strukturella utmaningarna såsom arbetets organisering, styrsystemets utformning och ledarskapets utövande. Till de interpersonella utmaningarna hör de kulturella värderingarna, personliga attityder samt professionella perspektiven in (Persson & Westrup 2014,s.95). Persson & Westrup (2014, s.116) menar att det handlar om att hitta former för att skapa horisontella lösningar som kompletterar de vertikala stuprören, vilka de benämner som hängrännor (Persson & Westrup 2014, s.16). Hängrännorna ska underlätta samarbetet över de organisatoriska gränserna och bidra

till ett tydligare helhetsperspektiv vilket också kräver naturliga mötesplatser där lärdom från varandra kan utbytas (Persson & Westrup 2014, s.119-120).

3.1.2 Definition och tillämpning av stuprörsperspektivet

Stuprörsperspektivet kommer att användas som analysverktyg för att analysera hur kommunikation och samarbete fungerar på ortopedavdelningen mellan yrkesprofessionerna sjuksköterska och läkare.

Den definition av stuprör vi kommer använda är vad Persson & Westrup (2014,s.11) menar att specialiseringar och vertikala strukturer inom organisationen är det som kännetecknar en stuprörsstruktur. Detta innebär att det ställs höga krav på att tjänsteprocessen fungerar som en helhet. Det är utifrån denna definition som vi kommer att analysera vår empiri. Vi kommer tillämpa stuprörsperspektivet utifrån ovanstående definition för att bevara båda våra frågeställningar kring kommunikation och samarbete. Stuprörsperspektivet kommer också att användas som analysverktyg för att förklara och förstå vad som hindrar och möjliggör kommunikation och samarbete som förs på ortopedavdelningen.

3.1.3 Andra forskares syn på stuprörsperspektivet

Linden (2015, s.1) menar att det ligger i en människas natur att stuprör som innefattar en och samma specialistfunktion ska förbli så. Vidare fortsätter han sitt resonemang kring att det även är "stuprörstänket" som till stor del bidrar till en förskrivning av privilegier som innefattas i ett yrke, en profession. Precis som Persson & Westrup (2014,s.12), anser Linden (2015, s.2) att ökade kostnader är en konsekvens av stuprörsstrukturer och speciellt inom hälso- och sjukvården. Det är vanligt att professioner såsom läkare placeras i de domäner för vilka de har bäst utbildning. Linden (2015, s.2, 4) menar att sjukvården borde kolla över hur de arbetar för att få ett bättre helhetsperspektiv och att en lösning kan vara att bygga broar mellan stuprören. Paralleller kan här dras till horisontella hängrännor som Persson & Westrup (2014,s.16) anser är en lösning för att motverka den vertikala strukturen, det vill säga stuprören.

Även Gulati (2007) belyser stuprörsstrukturens problematik. Det förekommer att organisationer inte kan hjälpa sin målgrupp då de endast ser problem genom sitt eget perspektiv och inte ur kundens. Gulati (2007,s.100) gjorde för ett par år sedan en studie som påvisade att kunder önskar att organisationer skulle ta ett bättre helhetsansvar och att de var villiga att betala mer för att få den

servicen. Hans resonemang fortsätter med att det idag är vanligt förekommande med stuprörsstrukturer där kompetenser innefattas i olika stuprör, vilket bidrar till att det blir svårt för de olika professionerna att utnyttja varandras resurser och kompetens. Gulati (2007, s.101) identifierade senare att framgångsrika företag är engagerade i fyra aktiviteter som utgörs av samarbete, samordning, gemenskap och kapacitetsutveckling. Liknelser kan utifrån de fyra aktiviteterna dras till vad Persson & Westrup (2014, s.16) resonerar kring samarbete.

3.2 Fördjupning av centrala begrepp

I detta avsnitt följer en presentation av de centrala begrepp som kommer att användas för att förtydliga stuprörsperspektivets tillämpning. Definitionen av begreppet presenteras först, följt av hur vi väljer att använda det i vår analys av kommunikation och samarbete.

3.2.1 Profession

En profession är inte att förväxla med en yrkeskategori enligt Berlin & Kastberg (2011, s. 40) eftersom en profession endast kan bli kontrollerad av en av samma profession. Olika yrkeskategorier är ofta kontrollerade av en överordnad chef. Det finns två anledningar till att endast professionen själv kan kontrollera sitt arbete. Det första är arbetets komplexitet, att det på så vis skulle bli tidskrävande för någon annan att kontrollera det. Den andra orsaken är att arbetsuppgifterna är för komplexa för att kunna standardiseras (Berlin & Kastberg 2011, s. 40-41). Tidigare forskare har försökt framhäva vad som karaktäriserar en profession mer än att de bara kan kontrollera sitt eget arbete. Brante (1987, s. 128) har försökt sammanställa dessa aspekter, de menar att genom teoretisk kunskap samt övning är det som skapat professionens färdigheter. Att professionen utför utifrån en särskild handlingsetik de allmännas bästa. Medlemmarna i professionen delar värderingar och har en gemensam känsla av identiteten. Språket i gruppen är säreget och kan vara svårt eller delvis svårt att förstå för utomstående (Brante 1987, s. 128). Ytterligare aspekter av professionsperspektivet är domän, kunskapsbas, rättfärdigande, inträdesbarriärer, karriärvägar och samhällssystem enligt Berlin & Kastberg (2011, s. 41-45). Nedan förklaras dock endast de aspekter som är mest centrala för vår analys:

Domän: det mest centrala i vad som gör en profession är avgränsningen och specialiseringen av arbetsuppgifterna. Till exempel så står sjuksköterskan för omvårdnadsarbetet av en patient medan en läkare står för diagnostisera, operera och ta fram en plan för behandling (Berlin & Kastberg 2011, s. 41-45).

Kunskapsbas: en annan viktig del av vad som bestämmer om det är en profession är dennes kunskap. Det finns flera olika sorters kunskap som till exempel ”kodifierad” och ”tyst” kunskap. En kodifierad kunskap är den vi hittar i böcker, det som är nedskrivit. Den tysta kunskapen är något som man kan utifrån att kombineras med färdigheter baserat på situationen och den kodifierade kunskapen, utföra professionens prestationer (Berlin & Kastberg 2011, s. 41-45).

Vi kommer således att använda begreppet utifrån definitionen att de är avgränsade i både arbetsuppgifter och kunskapsbas, då vi vill belysa vad som skapar skillnaderna mellan professionerna.

3.2.2 Sociala roller

Den sociala rollen lärs genom socialisationen, det vill säga att individen får lära sig vad som förväntas av den för att ingå i en viss social position. Giddens (2003, s. 43) menar att detta är ett förenklat sätt att se på det. Han menar istället att socialisationen är något som människor kan styra och forma som de vill, genom att de lär sig förstå och ta till sig olika roller i kontinuerliga samspelsprocesser. Definitionen av detta begrepp är mer omfattande än så här, men den poäng vi kommer att ta hänsyn till är att det skapas och inte hur det skapas. Därför är förklaringen av begreppet ovan fullständigt i vårt syfte.

3.2.3 Kommunikation

Ordet kommunikation kan ha många olika betydelser, allt från att överföra information mellan två personer till att transportera saker. Fossum (2013, s.26) väljer att definiera kommunikation som något man byter mellan någon eller några i syfte att göra någon delaktig. Enligt Jansson (2009, s.16) kan kommunikationen istället ses som en mellanmänsklig process. Vidare resonerar han kring att det mest förekommande sättet att se på kommunikation är att det handlar om ett utbyte av information mellan två eller flera parter, där det typiska samtalet är mellan två personer, en dialog (Jansson 2009, s.16). Om vi avgränsar oss till informationsutbytet finns det, enligt Fossum, två sätt att kommunicera, genom kroppsspråk eller genom att prata (Fossum 2013, s.26).

Enligt Jansson (2009, s.16) finns det två vanliga tolkningsproblem när det talas om kommunikation, intrapersonell kommunikation är det första. Intrapersonell kommunikation handlar i stora drag om att en person kommunicerar med sig själv, detta kan visserligen anses poänglöst då

det kan likställas med en fantasi eller en tanke, men är fullt möjlig. Intrapersonell kommunikation kan handla om att skriva kom-ihåg-lappar till sig själv eller andra typer av sparade dokument som innebär att vi kommunicerar med oss själva. Det andra problemet handlar istället om vi ska se all kommunikation som kommunikation oavsett om budskapet gått fram eller inte. Föreställ er en privatperson som vill sälja sin båt och skriver en lapp och sätter upp den i affären. Efter ett par veckor upptäcker personen att alla flikar med dennes telefonnummer är kvar. Frågan är om detta kan ses som kommunikation. Jansson (2009, s.16-17) menar då att tolkningen beror på vilka krav vi ställer på processen för att den ska anses kommunikativ. Budskapet kan ha gått fram men anledningen till att ingen köpare har ringt kan snarare bero på att ingen var intresserad av att köpa en båt.

I denna studie kommer vi dock att avgränsa oss till den kommunikation som är verbal, att prata eller samtala sinsemellan. Vi kommer således att lägga fokus på den kommunikation som förs mellan två eller flera personer.

3.2.4 Samarbete

Definitionen av vad samarbete är enligt Lennéer Axelsson & Thylefors (2013, s.207) förklaras enligt följande: ”Samarbete innebär att två eller flera personer kombinerar sina resurser för att uppnå ett gemensamt mål (Lennéer Axelsson & Thylefors 2013, s.207)”. Samarbetes utformning kan skilja sig åt, detta beskriver Lennéer Axelsson & Thylefors (2013, s.207) i två ytterligheter. Den första är att det sker ett ensamarbete inom ramen för samarbetet med kollegorna genom planering, koordinering och uppföljning. Den andra ytterligheten består av ett kontinuerligt och tätt teamarbete, mellan dessa ytterligheter finns det många olika sorters samarbetsformer som lämpar sig olika bra beroende på situationen. (Lennéer Axelsson & Thylefors 2013, s.207). Vi väljer därför härnäst att se till samarbete som ett gemensamt begrepp tillsammans med teamarbete.

Berlin & Kastberg (2011, s. 151) menar att ett teamarbete är när två professioner delar med sig av varandras olikheter i kompetensen i syfte att skapa ett bättre beslutsunderlag. De presenterar även två olika discipliner inom teamarbete *heterogena team* och *homogena team*. Det homogena teamet är en grupp som är lika varandra till exempel i kompetensen (Berlin & Kastberg 2011, s. 151), i vårt fall utgörs läkarna av ett homogent team då detta team har samma värderingar och uppfattningar av verkligheten. Motsatsen till det homogena teamet är det heterogena teamet, denna grupp är en sammansättning av olika professioner med olika kompetens, värderingar och

uppfattningar av verkligheten. Tanken med denna sammansättning av professioner är att de tillsammans ska skapa ett bättre resultat än om de arbetade var för sig (Berlin & Kastberg 2011, s. 150-151). Även Thylefors, Persson & Hellström (2005 s. 103) menar att samarbete mellan olika professioner inom vården skapar bättre resultat.

Det finns tre olika interaktionsformer av teamarbete, sekventiellt, parallellt och synkront teamarbete. *Sekventiellt teamarbete* är vad som kan liknas vid en standardiserad process, där B väntar på att göra sin arbetsuppgift efter att A är klar. Ett *parallellt teamarbete* är när personerna i teamet arbetar samtidigt men att momenten i uppgiften inte görs gemensamt. Medlemmarna i teamet har inte samma kompetens och kan därför inte byta plats med varandra, därför gör medlemmarna vars en uppgift som sedan koordineras till en helhet. Det *synkrona teamarbetet* är vad som skulle kunna kallas det ideala teamet, där sker inte bara uppgifterna samtidigt utan som till skillnad från det parallella kan medlemmarna här byta arbetsuppgifter (Berlin & Kastberg 2011, s. 155-158).

Att det finns många olika former av korsprofessionella samarbeten som utgörs av olika teamtyper och att det finns många faktorer som påverkar styrker Thylefors et al. (2005 s. 103). Dock är den mest centrala faktorn enligt Thylefors et al. (2005 s. 111) teamets mognad, det vill säga hur väl de känner varandra. Detta bidrar till i vilken grad samarbetet i teamet fungerar (Thylefors et al. 2005 s. 111). Likheterna mellan definitionen av samarbete och teamarbete är lika i den bemärkelsen att det sker ett utbyte mellan två professioner i riktning mot ett gemensamt mål. Det är denna poäng vi kommer att använda oss av i vår analys. Därför är det av mindre betydelse att vi använder oss av båda begreppen parallellt med varandra när vi analyserar vår empiri.

3.2.5 Organisatoriska gränser

Organisatoriska gränser är något som finns mellan olika organisationer men även internt i en organisation, till exempel mellan olika enheter. För att illustrera skillnaden använder Persson & Westrup (2014, s. 33) begrepp som allians, nätverk och partnerskap för att förklara de externa organisatoriska gränserna. De interna organisatoriska gränsernas överbryggnings presenteras i termer av samarbete, teamarbete och integration.

I analys kapitlet kommer den versionen av de interna organisatoriska gränserna endast att användas och då endast benämnas som organisatoriska gränser.

4. Empiri & analys

I detta kapitel ämnar vi att analysera vår insamlade empiri från intervjuerna av läkarna och sjuksköterskorna på ortopedavdelningen utifrån ett stuprörsperspektiv. Detta görs för att uppfylla vårt syfte och besvara våra frågeställningar. Vi kommer att tillämpa stuprörsperspektivet och de centrala begreppen som presenterades i teoriavsnittet som verktyg för att analysera vår empiri. I den första delen av kapitlet kommer en analys kring hur kommunikationen uppfattas ur ett stuprörsperspektiv utifrån olika faktorer som påverkar hur kommunikationen förs på ortopedavdelningen. Följt av en analys kring vad som skiljer och är lika mellan professionernas kommunikation att identifieras. I det nästkommande avsnittet förs en analys av hur samarbetet är strukturerat samt vad som påverkar samarbetets karaktär. Även här söker vi efter skillnader och likheter i samarbetet mellan de olika professionerna.

4.1 Kommunikation

I följande kapitel kommer kommunikationen på ortopedavdelningen att analyseras. Ett flertal faktorer såsom utbildning, yrkesprofessionernas perspektiv, organisation och organisatoriska gränser kommer att diskuteras utifrån kommunikationsbegreppet. Vidare kommer skillnader och likheter mellan yrkesprofessionernas kommunikation att identifieras med hjälp av analysverktyget.

”Och sen sker ju kommunikationen ganska flytande liksom resten av dagen, ofta per telefon eller om läkaren springer upp här. Men det är inte alltid men då får man ju söka dem via telefon (S3)”.

”Kommunikationen sker genom de här små pipande apparaterna som är ganska irriterande tillslut(L2)”.

4.1.1 Utbildning, kunskap & makt

Det finns flera olika faktorer som påverkar hur kommunikationen förs och kan föras mellan de två professionerna, utbildning är en av dem. Läkare och sjuksköterskor har två olika utbildningar som är olika långa och innefattar moment som skiljer sig åt. Nedan kommer skillnader och likheter i förhållande till deras utbildning och kunskap analyseras utifrån hur kommunikationen påverkas.

Idag läggs mycket tid på att undervisa blivande sjuksköterskor, läkare och vårdpersonal på den fysiologiska och anatomiska kunskapen (Fossum 2013, s.47). Vidare menar Fossum (2013, s. 47)

också att utbildningarna idag har ett stort fokus på att de studerande ska lära sig behandla, vårda och diagnostisera. Många ifrågasätter därför om blivande sjuksköterskor och läkare verkligen lär sig hur de ska kunna kommunicera med sina framtida kollegor på arbetsplatsen och samtidigt ha ett helhetsperspektiv (Fossum 2013, s.47). L2 (Intervju 2015-04-14) berättar att det är skillnad på utbildningen för en sjuksköterska jämfört med utbildningen för en läkare, hen menar på att utbildningen för att bli läkare är mer medicinsk, vilket också innebär att kommunikationen kan bli svårtolkad för en sjuksköterska. Vidare anser hen även att sjuksköterskorna hänger med till vis del men att det ofta blir ortopedjargong vilket sjuksköterskorna inte alltid är så intresserade att lyssna till (L2 Intervju 2015-04-14). Enligt Jansson (2008, s.46) handlar kommunikation ofta om att kunna anpassa sig till olika arenor, att diskutera på en akademisk nivå kräver en annan förkunskap än att prata under en släktmiddag. Detta påvisar att förkunskapen är viktig för att kunna bredda sin kommunikativa förmåga och kunna kommunicera i olika sammanhang. Även L3 (Intervju 2015-04-15) anser att utbildningen får påföljder för hur kommunikationen mellan yrkesprofessionerna förs, hen tycker att kommunikationen med sjuksköterskorna till stor del beror på dennes erfarenhet. Enligt L3 (Intervju 2015-04-15) så behöver hen inte vara lika fyllig i sina direktiv när det är en erfaren sjuksköterska då de ofta vet vad det handlar om, vid kommunikation till en oerfaren sjuksköterska behöver hen istället både vara mer noggrann men också säkerhetsställa att informationen nått fram.

En professionell hållning har beskrivits likt en individs kunskap och erfarenhet och i en dialog krävs det att utrymme ges för bådas livsvärldar (Klang Söderkvist 2013, s.65). Erfarenheten hos både läkare och sjuksköterskor är därför av högsta betydelse. L2 (Intervju 2015-04-14) menar att nyexaminerade sjuksköterskor har ett nypreparerat minne med nya kunskaper medan en erfaren sjuksköterska ofta har lite lättare att förstå vad läkaren pratar om, trots detta anser hen att det ena inte är bättre än det andra.

I en artikel skriven av Pijl-Zieber (2013) talas det om *läkarens order*. Denna term beskrivs bland annat likt att läkaren är den yrkesprofession som har bäst kunskap, vilket sedan bidrar till en dominerande vård där hen behöver säkerhetsställa sin makt (Pijl-Zieber 2013, s.143). Som ovan nämnt anser L3 (Intervju 2015-04-15) att skillnaden mellan kommunikationen som förs inom sin egen yrkesprofession och mellan läkare och sjuksköterska utmärker sig genom att hen för en diskussion med sina läkarkollegor medan att denne ger direktiv till sjuksköterskorna. L4 (Intervju 2015-04-16) anser snarare att läkarna ordinerar till sjuksköterskan. Med det menar hen att det inte ses som direktiv utan att läkaren till exempel ordinerar till sjuksköterskan hur omvårdnaden av

patienten ska ske på bästa sätt efter den operation denne har genomgått (Intervju 2015-04-16). Pijl-Zieber (2013,s.143) påstår senare även att utbildning och kunskap har betydelse för hur kommunikationen förs mellan professionerna läkare och sjuksköterska då sjuksköterskan alltmer börjat ifrågasätta läkarens order och direktiv trots att rangordningen ser ut som den gör.

"Jag har inte svårt att kommunicera med läkarna idag eftersom jag känner dem väl då jag har arbetat här så pass länge. Jag har inte heller problem att säga vad jag tycker och vet jag att jag har rätt så är jag inte rädd att framföra det (S4 Intervju 2015-04-13)".

Citatet ovan är ett bra exempel på att illustrera en sjuksköterska som vågar ifrågasätta läkarens direktiv, dock kan det anses missvisande då hen har arbetat på ortopedavdelningen under en längre tid och kanske innehar lång erfarenhet för att våga ifrågasätta. Pijl-Zieber (2013, s.143-144) fortsätter sedan med att sjuksköterskan faktiskt kan inneha bättre kunskap än en läkare vid ett specifikt tillfälle, men hamnar då också i en situation där hen behöver ifrågasätta och övervinna ett historiskt förankrat synsätt på maktpositioner inom sjukvården. På motsvarande sätt menar Davies (2001, s.77) att läkare är beredda på att bli ifrågasatta av sjuksköterskan då det är denna yrkesprofession som till största del sköter kontakten med patienten, vilket bidrar till att de har störst kunskap om denne. Likaså påstår Vinthagen (2013, s.80) att en dialog handlar om att kommunikationen sker gemensamt och att tala är en form av språkliga handlingar. Vidare fortsätter han med att det är först när en förståelse uppstår som vi agerar kommunikativt. Samtalet blir likt en motkraft till maktutövningen och i dialogen vägs olika vägval mot varandra och ett ömsesidigt beslut kan tas (Vinthagen 2013, s.80).

L3 (Intervju 2015-04-15) uppger att sjuksköterskorna ofta kan komma med synpunkter som gemensamt diskuteras för att patienten ska må så bra som möjligt, vilket tyder på att ömsesidiga beslut förekommer på ortopedien. S1 (Intervju 2015-04-13) som är relativt ny inom ortopedin förklarar att det händer att hen inte förstår allt som läkaren tar upp vid ronder, men anser ändå att de flesta läkare tar sig tid till att förklara och visa så att hen kan få en bättre kunskap inom yrkesområdet. Även S6 (Intervju 2015-04-15) upplever att läkarna är tillmötesgående när det gäller att lära upp de nya sjuksköterskorna men tillägger även att det endast sker i mån av tid hos läkarna. Whitehead, Herbertson, Hamric, Epstein & Fisher (2014, s.119) utförde under 2011 en studie för

att se hur läkares direktiv påverkar sjuksköterskans stress, resultatet belyste att det var ett relativt förekommande problem ur en sjuksköterskas perspektiv, vilket än en gång tyder på att ömsesidiga beslut och förståelse är viktigt. Whitehead et al. (2014, s.120) resonerar senare också kring skillnader mellan professioner, i studien framkommer det att sjuksköterskan, som arbetar mer patientnära, har en högre generell grad av stress än läkaren trots att det ofta är den högre professionen, läkaren, som tar besluten (Whitehead et al. 2014, s.120). Utifrån ovanstående resonemang är det viktigt att låta sjuksköterskan vara delaktig för att åstadkomma ömsesidiga beslut och paralleller kan därför dras mellan Pijl-Ziebers (2013, s.143) diskussion kring läkares order och Whitehead et als. (2014, s.120) argument om läkares direktiv.

S6 (Intervju 2015-04-15) menar att det även finns skillnader i kommunikationen mellan sjuksköterskorna då hen upplever att de flesta anpassar sin kommunikation på ronderna beroende på erfarenhet och kunskap hos den sjuksköterska som tar över på avdelningen. L1 (Intervju 2015-04-13) anser i sin tur att ortopedläkarna har ett gemensamt forum där patientfall diskuteras och kunskapsutbyte sker då de alla har olika specialistområden inom ortopedin. Det gemensamma diskussionsforumet ”röntgenronden”, är enbart till för läkarna och utförs varje morgon (L1, Intervju 2015-04-13). Kunskapsöverföring är enligt Klang Söderkvist (2013, s.55) ett budskap som ska föras mellan två personer, kommunikationen ses ofta som en envägskommunikation då överföringen kan ske utan att mottagaren uppmärksammas. Det är därför viktigt att ha tillgång till den kunskap som ligger till grund för en förståelse och som även bidrar till en dialog (Klang Söderkvist 2013, s.55-56). Persson & Westrup (2014, s.82) resonerar kring att det krävs kunskap kring varandras yrkesprofessioner för att kunna dra lärdom av varandra. Vidare fortsätter de att förklara hur kunskapen inom varje yrkesprofession behöver bli tillgänglig för övriga stuprör och hänsyn måste därför tas till patienten som får utgöra centrum i situationen. Detta kunskapsutbyte leder till en bättre helhetsbild och det mest effektiva är om yrkesprofessionerna kan lära av varandra (Persson & Westrup 2014, s.82-83).

4.1.2 Yrkesprofessionernas perspektiv

Då läkare och sjuksköterskors utbildning är en bidragande faktor till att kommunikationen förs på olika sätt bidrar detta också till att yrkesprofessionerna får olika perspektiv och synsätt av sitt arbete, detta tyder på en bristande helhetssyn. I följande avsnitt kommer därför yrkesprofessionernas perspektiv att förtydligas och analyseras.

Idag är det vanligt att samhället innehar personer med specialiserade yrkeskunskaper, detta bygger allt som oftast på en långvarig teoretisk bakgrund eller också en akademisk utbildning (Strömberg 1997, s.25). I förra avsnittet gällande utbildning framkom det att flertalet respondenter, ofta läkare, påstår att utbildningen faktiskt har påföljder för hur kommunikationen förs mellan yrkesprofessionerna på ortopedavdelningen.

L1 (Intervju 2015-04-13) förklarar att det är många verkligheter som ska mötas och att det ibland kan vara svårt att få arbetet att flyta på bra. Strömberg (1997, s.23) menar att det ur ett professionsteoretiskt synsätt anses vanligt att det kan uppstå problem då sjuksköterskor och läkares föreställningar skiljer sig åt i specifika vårdssituationer. Paralleller kan dras till att yrkesprofessionernas olika perspektiv kan komma att påverka kommunikationen som förs mellan dem.

"Vi pratar olika sorters språk, läkarna pratar ju i läkartermer. Vi kan ju mer om till exempel undersökningsmetoder och hur olika sorters sjukdomar ser ut (L4 Intervju 2015-04-16)".

I citatet ovan beskriver L4 (Intervju 2015-04-16) att det är olika sorters språk som förs mellan läkare och sjuksköterskor, hen fortsätter dock med att säga att det blir lättare att föra en dialog med en ortopedsjuksköterska än en sjuksköterska från en annan avdelning. Även detta påvisar att det finns framträdande skillnader och likheter beroende på vilket perspektiv och stuprör som professionen tillhör.

Davies (2001, s.63) förklarar att det är förekommande att sjuksköterskor tar direktiv från läkare men att dem samtidigt har sina egna arbetsuppgifter att vårda och ta ansvar för. Detta tyder på att deras olika perspektiv av de vardagliga arbetsuppgifterna på avdelningen kan ha påverkan för deras kommunikation. Sjuksköterskan S5 (Intervju 2015-04-14) tar även upp att det finns skillnader i kommunikationen som förs mellan sjuksköterskorna och läkarna. Hen beskriver sedan att kommunikationen med läkaren ofta behöver vara kort och koncist, då är viktigt att vara effektiv och verkligen få fram den informationen som är av värde för läkaren (S5 Intervju 2015-04-14). Tolkningen av vad sjuksköterskan säger, är att det läggs stor vikt vid att anpassa sin kommunikation både som läkare och sjuksköterska för att yrkesprofessionerna ska förstå varandra. Persson & Westrup (2014 s, 83) beskriver att vikten av ett helhetsperspektiv är relevant för ett mer sammanhållet perspektiv och förverkligandet av respektive yrkesprofessionens arbetsuppgift.

Flera läkare och sjuksköterskor har beskrivit kommunikationen som personbunden. S4 (Intervju 2015-04-13) förklarar att kommunikationen och informationsöverföringen som förs på avdelningen är personbunden då mycket av det som ses och läses uppfattas olika beroende på person. Likaså menar L1 (2015-04-13) att kommunikationen är personbunden då det finns tillfällen där det fungerar bra och det finns tillfällen där det fungerar mindre bra, således menar hen att det är på personnivå som kommunikationen avgörs. Även L4 (Intervju 2015-04-16) resonerar i termer om att kommunikationen är personbetingad.

Socialisation är en process som handlar om att lära sig en livsstil som kallas samhället. Det är genom socialisationen som människan lär sig de kunskaper och färdigheter som kan komma att krävas i sitt framtida liv i den kultur han eller hon blivit född till (Giddens 2003, s.43). Giddens (2003, s.43) förklarar vidare att socialisationen är en livslång process utifrån vilken människan utvecklas, lär sig nya förmågor och skapar ett beteende som kan anpassas efter sin omgivning. Det samspelet bidrar senare till att människan lär sig de värderingar och normer som kan komma att tillämpas i den aktuella kulturen. Giddens (2003, s.42-43) resonerar senare kring om det är genom socialisationen som individen lär sig sin *sociala roll*, alltså de förväntningar som finns på individen. I en läkares fall innebär detta att dennes sociala roll inbegriper en rad beteende som ska utföras utan att ta hänsyn till dennes personliga uppfattningar. Denna roll är gemensam och bidrar till läkarnas profession.

Beteende hänger också till stor del samman med både normer och värderingar en individ har. Värderingarna och normerna samverkar och är djupt rotade i individen för att ge vägledning till hur individen ska bete sig (Giddens 2003, s.37-38). Detta kan komma att bli problem för kommunikationen då det inte enbart handlar om vilket perspektiv som var yrkesprofession har utan att det även har med personen att göra. S4 (Intervju 2015-04-13) belyser detta problem och förklarar att det inte enbart behöver vara mellan de två olika yrkesprofessionerna som skillnader inom kommunikationen behöver förekomma, utan att skillnader också kan finnas mellan sjuksköterska och sjuksköterska. Vidare förklarar hen att läkare såväl som sjuksköterskor är olika individer som har olika värderingar och människosyn och att det inte är alltid stämmer överens (S4 Intervju 2015-04-13). Jansson (2009 s, 46) belyser på samma sätt att dagens ökade individualisering och ökad koppling till social rörlighet innebär att kraven för den kommunikativa förmågan blir allt högre.

4.1.3 Organisation & organisatoriska gränser

Organisationens uppbyggnad och struktur kan också ha påverkan för hur lätt eller svårt kommunikationen kan föras mellan de två yrkeskategorierna. Tid och plats samt situationen är bakomliggande faktorer till hur kommunikationen kommer till uttryck över organisatoriska gränser. I kommande avsnitt kommer därför de organisatoriska konsekvenserna för kommunikationen att behandlas. Först behandlas de organisatoriska faktorerna därefter följer av tid och plats samt hur situation påverkar.

Enligt Persson & Westrup (2014, s.30) är det vanligt att medarbetare inom bland annat primärvården är beroende av andra yrkesprofessioner än sin egen för att klara av sina arbetsuppgifter. Detta sätter hög press på att yrkesprofessionerna verkar gemensamt, men även att organisationen skapar de incitament och system som krävs för att vidmakthålla ett fullständigt ansvar, detta för att få stuprören att fungera tillsammans genom hela arbetsprocessen (Persson & Westrup 2014, s. 30).

L3 (Intervju 2015-04-15) berättar att sjuksköterskorna är stationerade på avdelningen medan läkarna är placerade på fem olika arbetsplatser såsom avdelningen, mottagningen, på operation, akutmottagningen samt sina kontor, alla platser är förlagda på lasarettet. Detta innebär att sjuksköterskorna allt som oftast befinner sig utan läkare på ortopedavdelningen, vilket kan få konsekvenser för hur kommunikationen förs och har möjlighet att föras mellan yrkesprofessionerna. Det innebär också att sjuksköterskorna och läkarna befinner sig i olika stuprör både ur ett professions- och geografiskt perspektiv. I det inledande citatet från L2 (Intervju 2015-04-14) konstaterades det att kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor idag till mestadels sker via telefonkontakt. Koivunen, Niemi & Hupli (2015 s. 620) redogör för att kommunikation inom sjukvården allt mer sker genom teknisk utrustning, antagligen med påverkan från den raska internet och mobilutvecklingen. L2 (Intervju 2015-04-14) bestyrker att utvecklingen gått fort framåt då hen menar att det endast var ett par år sedan som läkarna använde personsökare istället för telefon.

Att kommunikationen förs via telefonkontakt kan ibland bli problematiskt, inte minst för sjuksköterskorna som ibland har svårt att komma i kontakt med läkarna. S3 (Intervju 2015-04-15) beskriver konsekvenser som att det kan svårt att nå läkarna då dem ibland är upptagna med andra arbetsuppgifter. För patienten kan detta innebära att denne får stanna ett extra vårddygn då läkaren

inte hunnit ge sitt utlåtande innan den bestämda deadline för utskrivning den dagen. S5 (Intervju 2015-04-14) menar att en annan konsekvens kan innebära att sjuksköterskornas arbete stannas av då läkaren inte är anträffbar för frågor över telefon. S5 (Intervju 2015-04-14) berättar vidare att detta kan röra sig om patienter som ska förberedas inför en operation men att direktiv för när, var och hur operationen inte framgått vilket också innebär att sjuksköterskorna inte vet om patienten ska fasta eller inte. S6 (Intervju 2015-04-15) anser att en annan problematik är när läkarens och sjuksköterskans bild skiljer sig, då blir det svårt att diskutera över telefon. L5 (Intervju 2015-04-17) argumenterar, till skillnad från L2 (Intervju 2015-04-14), för att en bättre kommunikation skulle kunna uppnås genom att återinföra journalsökare då telefonsamtalen oftast inte är av akut karaktär. Weller et al. (2014, s.150, 152) resonerar kring att organisationen och geografin kan utgöra hinder som försvårar kommunikationen mellan yrkesprofessioner inom sjukvården. Detta kan förebyggas genom att minska på stuprörsstrukturen. Persson & Westrup (2014, s.128-129) nämner ett sätt att minska på stuprörsstrukturen är att länka samman, kombinera och integrera personal från olika enheter. Visserligen arbetar både läkarna och sjuksköterskorna på en och samma avdelning men det finns trots detta företeelser som påverkar att de innefattas i olika stuprör såsom utbildning, perspektiv och geografisk placering.

Koivunen et al. (2015, s.626) anser däremot att telefonkontakt och annan kontakt via elektroniska apparater har ett flertal fördelar då det ur ett organisatoriskt perspektiv både sparar tid och personalkostnader, men inte minst är flexibelt och bidrar till större del av informationsutbyte. Samtidigt fortsätter författarna att förklara att det finns svårigheter med denna typ av kommunikation då det är viktigt att ta till fasta på patientsäkerheten när information och personliga angelägenheter överförs via telefon (Koivunen et al. 2015, s.628). L2 (Intervju 2015-04-14) belyser att det i enstaka fall sker mejlkontakt mellan kollegorna gällande patienter, men att denna mejlkontakt sker via en krypterad lina, en mejlkontakt som möjliggör sändningen av känslig information.

Sjuksköterskerespondenterna är eniga om problematiken med kommunikation över telefon inte fungerar så bra eftersom läkarna inte alltid är anträffbara. S6 (Intervju 2015-04-15) uppger att det ibland känns uppgivet när sjuksköterskorna försöker nå läkarna och de inte har tid att svara i sin telefon. Läkarnas syn på denna kommunikationskanal skiljer sig från sjuksköterskornas. L1 (Intervju 2015-04-13) beskriver att det kan vara svårt att få tag på en läkare över telefon vid vissa tillfällen, då det kan ta lite tid att svara vid mottagningsarbete, dock menar hen att det alltid ska finnas en läkare som har en konsulterande funktion vid akuta frågor. Även L5 (Intervju 2015-04-

17) ser inte heller telefonkontakten som ett problem, då även hen belyser att det alltid finns en annan läkare som är anträffbar, då denna är fri från mottagning och operationsarbete.

I syfte att illustrera aktiviteterna för varje inlagd patient samt bidra till en bättre överblick har avdelningen nyligen införskaffat en planeringstavla. S4 (Intervju 2015-04-13) berättar att planeringstavlan ger en helhetsbild över alla patienter och veckodagar samt planering, vilket ger alla yrkesprofessioner en bra överblick om händelseförlopp samt arbetsfördelning. Planeringstavlan ämnar att strukturera upp vilka arbetsuppgifter varje profession ska utföra. L5 (Intervju 2015-04-17) redogör för de olika professionernas arbetsfördelning och menar att sjuksköterskan har hand om omvårdnaden av patienten medan hen som läkare ansvarar för det medicinska. Trots att professionernas medvetenhet om varandras roller är det ändå viktigt att veta vem som gör vad. Persson & Westrup (2014, s.73) argumenterar för vikten av samordnade resurser för att uppnå en helhetssyn och på så vis minska på de organisatoriska gränserna och stuprören. Utifrån ovanstående innebär detta att telefonsamtal mellan yrkesprofessionerna fortfarande kan ses som ett problem då samtalen ofta rör sig om oförutsedda situationer som inte kan planeras eller samordnas i förväg.

4.1.3.1 Tid och plats

Eftersom båda yrkesprofessionerna inte är stationerade på avdelningen samtidigt, trots att de är beroende av varandra, utgör tid och plats en betydande roll för var, när och hur kommunikationen mellan professionerna sker. Nedan kommer därför den geografiska placeringen och tiden för kommunikation att analyseras.

Weller et al. (2014, s.150) anser att geografin spelar en stor roll för hur sjukvårdspersonal kan interagera med varandra. De klargör också att det finns geografiska faktorer som utgör barriärer för hur kommunikationen kan föras mellan de olika yrkesprofessionerna som en patient behöver. Både läkarna och sjuksköterskorna uppger som tidigare nämnt att båda yrkesprofessioner inte är stationerade på avdelningen. För lite mer än ett år sedan har avdelningen infört en så kallad teamrund där alla yrkesprofessioner såsom sjuksköterska och läkare, men även avdelningens arbetsterapeuter och sjukgymnaster närvarar vid (S4 Intervju 2015-04-13). Koivunen et al. (2015, s.628) anser att en av de främsta nackdelarna med att kommunikationen till mesta dels sker via telefonkontakt är att kollegor träffar varandra mindre samt att kommunikation där båda parter närvarar egentligen är det bästa alternativet. L2 (Intervju 2015-04-14) tror också att kommunikation mellan personer fysiskt är det bästa alternativet men uppger ändå att telefonkontakt

fungerar bra i de flesta fall. Utifrån ovanstående verkar teamronden vara en bra lösning för att kunna samordna yrkesprofessionernas prestationer.

"Sen har vi även teamronden vid nio, kvart över nio. Då är det ju hela teamet, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och undersköterska som diskuterar tillsammans om patienterna och lägger upp en liten plan för dagen, om det är något nytt den ska göra, om man ska träna med sjukgymnasten liksom eller om man ska ha röntgenundersökningar och sånt (S3 Intervju 2015-04-14)".

Citatet ovan beskriver en sjuksköterskas synvinkel på vad teamronden är för något. Det råder dock skilda meningar kring huruvida teamronden fungerar beroende på vilken yrkesprofession som blir tillfrågad. Många sjuksköterskor upplever en stor frustration över att läkarna många gånger inte kan närvara under denna rond. Om professionerna ska kunna ha en sammanhållen tjänsteprocess krävs det också att det finns naturliga mötesplatser för att föra en dialog, vid avsaknad av mötesplats minskar det chansen att dra nytta av varandras erfarenheter och att diskutera nya omständigheter (Persson & Westrup 2014, s.82). Naturliga mötesplatser ses som ett av de bästa sätten att integrera professionerna och minska på stuprörsproblematiken (Persson & Westrup 2014, s.117). Eftersom teamronden införts finns det en naturlig mötesplats att tillgå men det kräver också att alla yrkesprofessionerna medverkar för att syftet med den ska bli optimalt. L2 (Intervju 2015-04-14) anser att teamronden har bidragit till bättre struktur och samsyn men bedömer att den ibland tar tid som läkarna egentligen inte har och att det är en prioriteringsfråga då läkaren har ett flertal andra arbetsuppgifter som bör ske parallellt. S1 (Intervju 2015-04-13) påvisar också att läkarna inte alltid kan närvara på teamronderna och att det känns synd då det ibland kan få konsekvenser i form av att hen inte kan utföra sina arbetsuppgifter, eftersom det är läkaren som har det främsta ansvaret. S2 (Intervju 2015-04-14) påpekar däremot att det finns en rond som är förlagd precis innan eller efter teamronden som enbart är avsedd för läkarna och sjuksköterskorna, där det diskuteras mer kring det medicinska. Hen fortsätter förklara att den fungerar bättre då läkaren alltid medverkar på den, samtidigt som hen också påpekar att det är tråkigt att inte teamronderna alltid har en närvarande läkare. Weller et al. (2014, s.152) belyser att det är vanligt förekommande att sjukvårdspersonal inom olika yrkesprofessioner inte befinner sig på samma plats på sjukhuset och att detta sätter höga krav på att finna rutiner för att mötas. Vidare menar de att rondens kan vara ett utmärkt alternativ för att kunna upprätthålla samverkan mellan yrkesprofessioner trots den geografiska barriären (Weller et al. 2014, s.152).

Utöver ronden och teamronden finns det inte ytterligare mötesplatser utan då arbetar sjuksköterskan på avdelningen medan läkarna har fem olika arbetsplatser på sjukhuset som de ska befinna sig på. Utifrån detta perspektiv kan det anses som att telefonkontakten är ett bra alternativ, men många sjuksköterskor lägger mycket tid på att få tag på läkarna. Koivunen et al. (2015, s.626) anser istället att telefonkontakt är ett utmärkt sätt att kommunicera på inom sjukvården då det är oberoende av både plats och tid samt ökar därmed även flexibiliteten. S3 (Intervju 2015-04-15) klargör att telefonkontakten inte är optimal och att det bästa hade varit att ha läkare på plats på avdelningen hela tiden men att det kan vara svårt att förverkliga då det råder personalbrist. S5 (Intervju 2015-04-14) anser att en annan lösning skulle kunna vara att läkarnas kontor skulle finnas på avdelningen. Att professionerna inte befinner sig på samma plats belyser även S4 (Intervju 2015-04-13) som menar att en stor faktor som hindrar kommunikationen med läkarna är att de har alldeles för tajta schema och för mycket arbetsuppgifter på en och samma dag. L5 (Intervju 2015-04-17) intygar att personalbristen får konsekvenser för hur kommunikationen förs, då ny personal ibland kan uppleva en osäkerhet som bidrar till ett eller två samtal extra och på så sätt skapar ett visst merarbete för läkaren. L4 (Intervju 2015-04-16) menar å andra sidan att hen uppmuntrar sjuksköterskorna att hellre höra av sig en gång för mycket än en gång för lite.

4.1.3.2 Situation

Beroende på vilken situation som sjuksköterskan eller läkaren befinner sig i så anpassas därmed också sättet att kommunicera. Följande del är det sista inom kommunikationsavsnittet och kommer att analysera olika situationer som inverkar på hur yrkesprofessionerna talar med varandra.

Enligt Jansson (2008, s.46) handlar kommunikationen ofta om att ha en förmåga att anpassa sig till olika arenor. Detta visar också att förkunskapen är viktig för att kunna bredda sin kommunikativa förmåga och kunna kommunicera i olika situationer. Med tanke på den rådande personalbristen på ortopedavdelningen bidrar detta till hög personalomsättning. S1 (Intervju 2015-04-13) berättar att det ibland kan dröja lång tid innan den nya sjuksköterskan har fått tillfälle att arbeta med alla. Hen fortsätter sedan med att berätta att detta påverkar kommunikationen, då mycket tid går till att förklara arbetsuppgifterna och att lära känna den nyanställda snarare än att kommunicera om vem som gör vad för arbetsdagen (S1 Intervju 2015-04-13).

"Vi har ju en modul som bara är planerade operationer och där är det ju de rutinerade och gamla som är, och där ska man ha stenkoll som sköterska i den modulen. De har sina rutiner som de går på och läkarna ställer frågor som du bara ska kunna svara på. Då gäller det att man har koll på vad just den läkaren tycker om och så (S5 Intervju 2015-04-15).

Citatet ovan exemplifierar hur kommunikationen beroende på situation påverkas. Sjuksköterskan S5 (Intervju 2015-04-14) berättar senare även att det i dagsläget endast är de rutinerade sjuksköterskorna som tar ansvar för denna modul, för att det ställs höga krav på hur kommunikationen ska ske. Fossum (2013, s.80) menar att samtal sker i sociala situationer som är en förståelseorienterad aktivitet där de som samtalar ska komma överens om en handlingssituation. Han påstår också att samtalet, speciellt i vårdsituationer, kan störa förståelsen av den som innehar makten genom att ge order och att det därför är viktigt med ömsesidighet (Fossum 2013, s.80).

På kvällar och helger är det endast en jourhavande läkare på plats och då kan det ibland innebära att det är svårare att få telefonkontakt med hen för sjuksköterskorna, då läkaren har ansvar för ett större antal patienter som är inlagda samtidigt som hen ska operera och ha akutmottagningen (L3 Intervju 2015-04-15). Parush et al. (2012, s.48) påtalar hur viktig kommunikationen är i vårdsammanhang då den är nödvändig i de situationer som kräver mer än en yrkesprofessions insatser. Kommunikationen ska därför ses som ett av vårdpersonalens yttersta arbetsverktyg (Parush et al. 2012, s.48). L2 (Intervju 2015-04-14) berättar dock att kommunikationen ibland blir lidande, i synnerhet vid jour, då det ofta kan vara ganska så frustrerande när telefonen ringer ett flertal gånger under en kort period. Frustrationen kan få konsekvenser då det ibland går ut över kollegor, ofta på grund av att läkaren inte hinner slutföra sina påbörjade arbetsuppgifter, men också för att det är ett tufft arbetsklimat (L2 Intervju 2015-04-14). S6 (Intervju 2015-04-15) förklarar också att hen upplever att det ibland kan vara lite jobbigt att ta telefonkontakt med läkaren då hen vet att de har mycket att göra. Detta genererar också i att sjuksköterskorna ibland kan få en känsla av uppgivenhet då de anser att de tar mer ansvar än vad de borde (S6 Intervju 2015-04-15).

4.1.4 Summering av kommunikation

Vi kan utifrån analysen av empirin kring kommunikationen i förhållande till stuprörsbegreppet fastställa att det finns olika faktorer som skapar sjuksköterskornas och läkarnas kommunikation. Utbildning är en av de faktorerna som påverkar då det är utifrån denna de innehar olika professioner. Kunskapen utifrån utbildningen påverkar också ibland att läkaren har mer makt än

sjuksköterskan. Det framgår också tydligt att professionernas perspektiv skiljer sig åt, mycket på grund av deras olika ansvarsområde men också beroende på hur man är som person. Både läkarna och sjuksköterskorna är övertygade om att kommunikationen är personbunden. Mycket av den vardagliga kontakten sker via telefonsamtal vilket inte ses som optimalt. Kommunikationen hindras ofta då läkarna inte alltid har möjlighet att svara, vilket också resulterar i att sjuksköterskornas arbete ibland kan stanna upp. För att möjliggöra kommunikationen över de organisatoriska gränserna har en teamrond implementerats, vilken verkar fungera relativt bra så länge läkarna närvarar. Den har blivit en naturlig mötesplats där kommunikationen möjliggörs mellan professionerna. Slutligen så beror kommunikationen ofta på vilken situation som professionerna befinner sig i.

4.2 Samarbete ur ett stuprörsperspektiv

"Samarbete innebär att två eller flera personer kombinerar sina resurser för att uppnå ett gemensamt mål (Lennéer Axelsson & Thylefors 2013 s. 207)". Samarbete är en central komponent för att skapa bryggor mellan olika stuprör. Det vill säga att om man skapar ett samarbete mellan professioner ger det ett bättre resultat av de samlade prestationerna. I detta kapitel förs en analys av vår empiri med hjälp av stuprörsperspektivet, i syfte att förstå vad som påverkar samarbetet. Detta görs genom att först se på vad som skapar skillnaderna mellan stuprören läkare och sjuksköterska. Därefter försöker vi karaktärisera hur teamarbetet är strukturerat för att kunna finna hur de skapar en hängränna mellan professionerna läkare och sjuksköterska, på ortopedavdelningen. Slutligen förklaras samhällsnyttan av denna analys genom att se på de konsekvenser en stuprörsperspektiv kan skapa i vårt sammanhang.

"Väldigt personbundet skulle vilja säga. Det finns tillfällen då det inte fungerar men det är mer personbundet, det är väldigt personbundet. Det finns, i min kår dem som inte riktigt klarar av det här med att samarbeta alls och det finns vissa inom sköterska sidan som sen finns det dem som gör det jätte bra. Men jag tror egentligen inte att det finns någon riktigt trend i det utan det är, det är mer på personnivå skulle jag vilja säga (L1 Intervju 2015-04-13)".

"Men vi försöker ju samarbeta för patientens skull så att vi liksom kommer framåt så samarbete är det ju men det är mycket delegering från deras sida, att det ska göras och det ska göras. Det är ju dem som delegerar oss saker egentligen (S2 Intervju 2015-04-14)".

I citatet ovan kan vi se att L2 (Intervju 2015-04-14) beskriver att de olika professionerna har olika arbetsuppgifter samt ansvarsområden. Hen nämner även att det som hen inte är bra på är den andra professionen bra på. L2 (Intervju 2015-04-14) betonar även i slutet att det är två helt olika områden men att de syftar åt samma mål. S2 (Intervju 2015-04-14) anser att det ofta är delegering från läkarna vilket motsätter definitionen på samarbete.

4.2.1 Skillnader mellan yrkesprofessionerna

Detta avsnitt ska förklara vad som skiljer de olika professionerna, läkare och sjuksköterska åt i samarbetet dem emellan ur ett stuprörsperspektiv. Det tas fasta på tre olika faktorer för att visa hur professionerna skiljer sig åt, därefter behandlas möjliga hinder i ett arbete mellan två olika professioner.

Professionerna läkare och sjuksköterska befinner sig både organisatoriskt och professionellt i två olika verkligheter. Detta bildas genom att de har olika utbildningar som har gett dem olika uppfattningar av verkligheten samt att det rent organisatoriskt skiljer sig åt i deras arbetsuppgifter och ansvar (Berlin & Kastberg 2011, s. 40-45). Detta är något oundvikligt när det kommer till professioner enligt Persson & Westrup (2014, s.15), eftersom att vi är människor i en verksamhet bidrar det till att det skapas skilljaktigheter mellan bland annat kompetens, geografisk plats och arbetsuppgifter. Dessutom ska dessa två professioner sammanfoga sina prestationer i ett gemensamt mål och syfte, att patienten ska bli frisk och få komma hem (Weller et.al. 2014, s.149). Detta bidrar till att det måste finnas multiprofessionella relationer för att kunna uppnå det gemensamma målet (Persson & Westrup 2008, s.17).

För att kunna förklara vad det exakt är som skiljer dessa två stuprör åt behöver vi se vad som skiljer dessa två professioner. Berlin & Kastberg (2011, s.41-45) menar att det finns olika domäner inom sjukvården och dem domäner vi gör liknelser av är läkare och sjuksköterskor. Den största faktorn som skiljer dem åt är deras *ansvarsområden och arbetsuppgifter* eftersom dem är så specialiserade och avgränsade (Berlin & Kastberg 2011, s. 41). Även enligt domänteorin finns det olika arbetsuppgifter hos läkaren och sjuksköterskan. Eftersom läkarens fokus ligger på att diagnostisera och ordinera behandling och medicinering (Berlin & Kastberg, 2011, s. 46). Detta menar även samtliga respondenter är deras huvudansvar och deras arbetsuppgifter, där läkarna har ett medicinskt ansvar för patienterna medan sjuksköterskorna har ett omvårdnadsansvar. Som

L2 (Intervju 2015-04-14) formulerade sig i vinjetten ovan, kan det tolkas att yrkesprofessionerna har olika ansvarsområden och arbetsuppgifter. När vi frågar respondenterna är de eniga om både sina egna men även den andra yrkesprofessionens arbetsuppgifter och ansvar. Denna skiljaktighet verkar inte utgöra något egentligt hinder då ingen respondent var missnöjd med fördelningen av ansvar och arbetsuppgifterna.

Utbildningen är enligt Weller et. al. (2015, s. 150) en annan faktor till att stuprör skapas eftersom det sällan ges träning under studietiden att kommunicera med andra professioner inom sjukvården. Under utbildningen ges bara förståelse för sin egen professions specialiteter och kommunikationssätt, vilket i sin tur skapar ett glapp mellan disciplinerna. Utbildningen tenderade att skapa en tillhörighet eftersom vissa sjuksköterskor förklarade en känsla av att det är ”vi och dem” (se t.ex. S2 Intervju 2015-04-14). Utbildningen skapar en tillhörighet genom att de olika professionerna lär sig olika saker och har olika sätt att kommunicera på (Weller et. al. 2015, s. 150).

Den skillnaden som skapas av de tidigare två faktorerna är de olika professionernas *normer och värderingar*, de har olika uppfattning av mål och de har olika intressen i ärendet (Berlin & Kastberg 2011, s, 45). Detta styrks av den omfattande kvalitativa undersökning Strömberg (1997, s. 178) gjorde, då hon fann att läkarna och sjuksköterskorna beroende på perspektiv och intresse såg olika saker i samma videoavsnitt. L2 (Intervju 2015-04-14) menar att de pratar på olika sätt på grund av att de har en olik medicinsk utbildning, detta framgår tydligt i citatet nedan.

”Det är klart att det är skillnad det är det. Vi diskuterar mer medicinskt. Vi har en annan utbildning eller ja. Utan att låta störst, så är det en högre utbildning, vi har en annan medicinsk utbildning (L2 Intervju 2015-04-14)”

Värderingar och normer är en faktor som skiljer professionerna åt eftersom de ha olika uppfattningar av verkligheten beroende på person och erfarenheter. Enligt domänteorin har läkaren och sjuksköterskan olika intressen, perspektiv och värnar om olika saker på grund av den olika yrkestillhörigheten och bakgrunden (Berlin & Kastberg 2011, s, 45). Även Weller et.al (2015, s. 150) menar att utbildningen och kunskapen skapar en tillhörighet till sin yrkesprofession. L2 (Intervju 2015-04-14) menar att det blir en viss ortopedjargong mellan läkarna och att sjuksköterskorna ibland inte hänger med på vad de pratar om. Detta resonemang kan förstärkas av

S4 (Intervju 2015-04-13) citat nedan där hen menar att värderingarna skiljer sig åt och att detta kan påverka samarbetet mellan antingen två personer eller mellan två professioner.

”Vi är olika individer och har olika prioriteringar och värderingar samt olika människosyn och det är inte alltid det fungerar ihop(S4 Intervju 2015-04-13)”.

Detta kan vara problematiskt eftersom samarbete är som ovan nämnt baserat på att resurserna ska kombineras mot ett gemensamt mål. Övergripande genom intervjuerna kan det konstateras att samtliga läkare och sjuksköterskor berättar att inte alla är lika samarbetsvilliga, utan att lägga någon djupare förklaring av samarbetsvillig kan det konstateras att viljan till samarbete både inom men även mellan professionerna skiljer sig från person till person. L1 (Intervju 2015-04-13) och L2 (Intervju 2015-04-14) anser båda att samarbetsförmågan givetvis skiftar mellan personer och även professioner. Även S4 (Intervju 2015-04-13) och S5 (Intervju 2015-04-15) menar att beroende på vem de arbetar med fungerar samarbetet olika bra. Både läkare och sjuksköterskor är dock eniga om att de samarbetar för patientens skull, det vill säga mot det gemensamma målet (L4 Intervju 2015-04-16). Även S2 (Intervju 2015-04-14) poängterar att båda professionerna samarbetar mot det gemensamma målet.

Ett annat hinder som uppdagades under intervjuerna var att professionerna sällan arbetade i samma team utan teamen förändrades på grund av schemalagningen på så vis blir teamet stort eftersom sjuksköterskorna sällan arbetar samma personer tillsammans. Detta är ett hinder i ett samarbetssammanhang enligt Thylefors et al. (2005 s. 108) då teamets effektivitet minskar när de blir fler än 14 medlemmar. L1 (Intervju 2015-04-13) för ett resonemang gällande att sjuksköterskorna sällan arbetar samma personer i samma modul en längre tid och därför menar hen att om de ska kunna samarbeta så måste teamet byta personal så lite så möjligt. Hen menar även att personer som inte är lika bra på att samarbete kommer att kunna göra det om ett tag om de får möjligheten att arbeta tillsammans kontinuerligt under en längre tid (L1 Intervju 2015-04-13). Även S6 (Intervju 2015-04-15) resonerar kring att om professionerna inte känner varandra yrkesmässigt kan det påverka samarbetet. Detta kan fördjupas av vad S5 (Intervju 2015-04-14) menar när hen berättar om att det blir en liten lära känna process, så de vet var de har varandra innan samarbetet kan fungera fullt ut. Enligt Thylefors et al. (2005, s. 111) studie av olika teamtyper konstaterades att grupper som känner varandra kan samarbeta på ett effektivare sätt.

4.2.2 Broar genom relationer

Enligt den komplexa värld som ortopedavdelningen beskrivs som kan det konstateras att det finns någon form av arbete för att sammanfoga dessa två professioners prestationer, eftersom de fortfarande uppfyller ett gemensamt mål. I detta avsnitt kommer därför tekniker för att överbygga dessa stuprör att presenteras.

Gulati (2001) menar att stuprör i organisationer kan motverkas genom att bland annat koordinera och samarbeta mellan stuprören. Han menar att genom koordinering av processer kan bidra till överbyggnad över de organisatoriska gränserna och skapar på så vis bättre kundfokus (Gulati 2001, s. 101). Enligt Linden (2014, s.2) kan broar mellan organisatoriska gränser inom vården byggas genom att underhålla och skapa relationer mellan professionerna. Han menar även att organisatoriska broar bör göras rent strukturellt inom organisationen (Linden 2014, s.2). Tanken med att bygga broar kan liknas vid vad Persson & Westrup (2014, s. 16-17) menar med att stuprörproblematiken kan motverkas av att skapa horisontella hängrännor genom ett gränsöverskridande ledarskap. En del av det gränsöverskridande ledarskapet är att organisera över gränser, resonemanget syftar till att koordinera olika professionella prestationer. Om ortopedavdelningen ska ses utifrån detta resonemang blir det tydligt att de försöker integrera arbetet mellan professionerna med hjälp av teamronden, antagligen dels för att skapa en bättre kommunikationskanal men även för att stärka relationen mellan professionerna. L3 (Intervju 2015-04-15) nämner att teamronden har bidragit till en mer överskådlig bild och att det är lättare att planera efter att den infördes. S4 (Intervju 2015-04-13) menar att teamronden har motverkat skillnaden i kommunikationen mellan läkare och sjuksköterska, speciellt för de lite mer oerfarna. Dock befinner de sig i ett implementeringsstadium av denna teamrond därför har de i dagsläget ett mer kombinerat arbete i form av en allians för de olika professionernas insatser.

4.2.3 Teamets uppbyggnad

I detta avsnitt sker ett försök att illustrera samarbetsstrukturen mellan professionerna på ortopedavdelningen, utifrån olika sätt att se på samarbete. Detta görs i syfte att finna hur prestationerna sammanfogas mot det gemensamma målet.

Berlin & Kastberg (2011, s. 151) behandlar teamarbete i sin bok som ett utbyte av olikheten mellan professioner. Det vill säga att professionerna hjälper varandra med det som den andra professionen inte kan lika bra. Detta görs i syfte för att skapa ett bättre beslutsunderlag och på så vis få ut mer av

insatsen. Eftersom ortopedavdelningen arbetar med att integrera sina prestationer mellan olika professioner genom att implementera en så kallad teamrond kan vi konstatera enligt vad Berlin & Kastberg (2011, s.151-152) menar är ett team. Då syftet med teamronden är att skapa en grad av informationsöverföring och insyn i varandras arbete, detta bidrar till en viss del att gränserna suddas ut mellan professionerna så att de kan ta del av varandras expertis. S3 (Intervju 2015-04-15) förklarar vad som ämnar att ske under en så kallad teamrond samt vilka yrkesprofessioner som medverkar. Hen berättar att det är hela teamet, det vill säga läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och undersköterska som diskuterar tillsammans och lägger upp en plan för patienterna, vad som ska hända här näst (S3 Intervju 2015-04-15).

Persson & Westrup (2014, s.16) menar att det handlar om att skapa horisontella hängrännor mellan de vertikala stuprören snarare än att montera ner dem. Enligt Persson & Westrups (2014, s. 16) resonemang kring hängrännor kan paralleller dras till ortopedavdelningens teamrond. Detta kan göras då målet med denna teamrond är att skapa de horisontella hängrännorna mellan de vertikala stuprören läkare och sjuksköterska. Det styrks av L5 resonemang kring skillnaden av att hen är mer involverad i själva processen samt att sjuksköterskorna upplevs kunna förmedla information bättre sedan teamronden infördes (Intervju 2015-04-17).

Dock kan vi inte endast se till att yrkesprofessionerna har denna form av teamarbete på ortopedavdelningen eftersom verkligheten är mer komplex än så. Team är som innan förklarat uppbyggda enligt två olika principer, heterogena och homogena team. Sammansättningen som blir av ett homogent team ska ge ett bättre resultat än om de verkade var för sig (Berlin & Kastberg, 2011, s. 152-153). Ortopedavdelningen kan därför konstateras vara ett *heterogent team* eftersom det är två olika kompetensprofiler som är hopsatta till ett team. L2 (Intervju 2015-04-14) förtydligar detta resonemang med kommentaren:

”Allt annat som inte jag gör, och det är dem väldigt bra på, det är dem utbildade till och bra på. Det är två rent skilda områden som syftar till att jobba mot samma mål - alltså en frisk, kry och rask och stadig patient som kan lämna sjukhuset (L2 Intervju 2015-04-14)”.

En svårighet med denna typ av team är att få dem att samverka och kommunicera på ett bra sätt, dock är det bra med ett heterogent team då de är relativt fria att arbeta var för sig (Berlin & Kastberg 2011, s.153). S4 (Intervju 2015-04-13) berättar om att vissa läkare tar för givet att alla

sjuusköterskor förstår och att detta kan bli ett dilemma. S4 (Intervju 2015-04-13) menar även att teamronden har fungerat som ett sätt att få bukt på det problemet.

Berlin & Kastberg (2011, s. 155-156) behandlar olika former av teamarbete där de beskriver primärvården enligt ett sekventiellt teamarbete, dock i syfte att förklara ett ”löpande band” förhållande och inte mellan två olika professioner. Eftersom vårt syfte är att kartlägga samarbetet mellan professionerna läkare och sjuusköterska bör det inte förknippas med detta arbetssätt då dessa två professioner har ett teamarbete som mer harmonierar med ett parallellt teamarbete. Detta kan konstateras eftersom professionernas arbetsuppgifter är fördelade och sker *parallellt* med varandra, men ändå så att professionerna inte kan byta arbetsuppgifter (Berlin & Kastberg, 2011, s. 156). S6 (Intervju 2015-04-15) menar när de inte kan få tag på en läkare kan det vara svårt att göra vissa arbetsuppgifter, att arbetet stannar av eftersom de inte varken har befogenheten eller kunskapen att utföra detta. Även S1 (Intervju 2015-04-13) menar att de får vänta om de inte kan få tag på en läkare direkt. Detta styrker Berlin & Kastbergs (2011, s. 156) resonemang kring att professionerna i teamet inte kan byta arbetsuppgifter. L4 (Intervju 2015-04-16) anser däremot att en läkare mycket väl kan hjälpa till med sjuusköterskans arbetsuppgifter då det handlar om att tidsoptimera samt lära av varandra. Detta innebär att en läkare kan hjälpa en sjuusköterska med dennes arbetsuppgifter men det blir svårt för en sjuusköterska att göra läkarens arbetsuppgifter då denne inte har läkarkompetens.

Dock bör det inte förbises den mest faktor som påverkar samarbetet nämligen mognaden i teamet enligt Thylefors et. al (2005 s. 111). De menar att oberoende av teamets uppbyggnad är det mognaden i samarbetet som avgör, det vill säga hur väl de kan välja ett lämpligt tillvägagångssätt i olika situationer (Thylefors et al. 2005 s. 111).

4.2.4 Samhällsnyttan

Ur ett samhällsperspektiv är det svårt att samordna olika professioner då de ofta skapar nätverk inom professionen som gör att den egna professionen blir mer central än den organisatoriska tillhörigheten (Berlin & Kastberg 2011, s. 44). Persson & Westrup (2008, s. 29) menar att samhället är uppbyggt utifrån att professioner ska samverka för att uppnå gemensamma mål. Även Thylefors et al. (2005 s. 102) menar att korsprofessionella team blir allt vanligare. Enligt argumenteringen ovan framkommer det att stuprörproblematik är förekommande i sjukvården, förslag på hur detta motverkas presenterat i avsnittet nedan.

”Det kan vara att patienter får ligga här längre, att folk inte får komma hem i tid. Ett vårddygn extra ibland kan det vara för att man inte hinner med att planera med kommunen innan 12, för det ska göras innan 12 många gånger. Det kan bli ett extra vårddygn bara för det. För att man inte har fått bekräftelse av läkaren att patienten inte får åka hem av läkaren. Det kan också vara, om patienten mår dåligt, kan det också dröja en timme eller några timmar innan man kan göra någonting åt det. Ibland kan dem inte komma upp direkt. Och då tar det kanske ett tag innan det händer någonting (S2 Intervju 2015-04-14)”.

Vårdens system bygger på att man ska sammanfoga flera professioner som arbetar mot samma mål, detta kan vara ett hinder i sig att koordinera menar både Persson & Westrup (2014, s. 29) och Berlin & Kastberg (2011, s.150). Även L1 (Intervju 2015-04-13) menar på att det är två olika verkligheter som ska sammanfogas och fungera som en. Ovan har vi presenterat olika svårigheter med samarbetet mellan olika professioner med olika ansvar, utbildning, normer och värderingar.

När stuprören inom en organisation inte fungerar tillsammans skapas risker, och konsekvenser av stuprören blir ett faktum. Till exempel som på ortopedavdelningen kan konsekvenser enligt vinjetten ovan vara extra vårddygn, att patienter får ha ont lite längre (S2 Intervju 2015-04-14) ske då professionernas prestationer inte fungerar fullt ut tillsammans. Weller et.al (2014, s. 150) menar att kommunikationen över professionella gränser kan påverka utfallet efter en operation för en patient. I deras undersökning visade det sig att i de fall där kommunikationen var mindre frekvent löpte det större risk för komplikationer. Därför menar dem att det kan bli konsekvenser av att stuprör inom sjukvården inte fungerar helt tillsammans. Detta resonemang kan fördjupas av vad Persson & Westrup (2014, s.12) menar med att i stuprörssituationer tenderar professionerna att sätta sin egen grupp i första rummet.

4.2.5 Summering av samarbete

Vi kan utifrån analysen av empirin kring samarbetet i förhållande till stuprörsperspektivet konstatera att det finns tre huvudfaktorer som gör att yrkesprofessionerna läkare och sjuksköterska skiljer sig åt i samarbetet. Dessa tre områden är *arbetsuppgifter- och ansvarsområden, utbildning, normer- och värderingar*. Den mest komplexa samt mest problematiska faktorn verkade ändå vara normer och värderingar, eftersom de är en produkt av de andra två faktorerna. Teamet

karaktäriseras av ett heterogent team med två olika yrkesprofessioner som ska samarbeta mot ett gemensamt mål i syfte att förbättra sina samlade prestationer. Ortopedavdelningen försöker trots ett processystem implementera en teamrond för att integrera samtliga yrkesprofessioners arbete och skapa ett bättre informations- och expertisutbyte. Detta görs genom ett parallellt teamarbete där arbetsuppgifterna är fördelade och sker ungefär samtidigt men yrkesprofessionerna kan dock inte byta arbetsuppgifter med varandra. Möjligheten för lärande och bättre samarbete kan bli produkten av ett parallellt teamarbete. Konsekvenser som är vanliga inom sjukvården såsom extra vårdtygn kan ofta förklaras genom bristande samarbete mellan professionerna.

5. Slutsats

Detta kapitel ämnar att presentera de funna slutsatserna, från ovanstående analys kring kommunikation och samarbete. Detta görs utifrån att vi besvarar frågeställningarna utan inbördes ordning för att uppnå syftet med studien.

1. Hur kommer kommunikationen och samarbetet till uttryck mellan professionerna på ortopedavdelningen?
2. Vad möjliggör och hindrar kommunikationen och samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor?

På ortopedavdelningen sker en kommunikation på olika vis beroende på bland annat utbildning, yrkesprofessionens perspektiv samt organisationen och de organisatoriska gränserna. Dessa faktorer påverkar hur kommunikationen kommer till uttryck mellan professionerna läkare och sjuksköterska. Skillnader i hur läkarna kommunicerade mellan varandra och hur de kommunicerade till sjuksköterskorna och vice versa kartlades genom att tillämpa analysverktyget stuprörsperspektiv på empirin. Alla de beskrivna faktorerna skapar vad som innefattar professionen och kan på så vis illustrera både komplexiteten men inte minst skillnaderna mellan professionerna. Detta kan förtydligas genom att säga att professionerna uppfattade verkligheten olika, vilket skapade svårigheter för att överbrygga mellan de organisatoriska gränserna genom kommunikation. Det var således beroende på personen avgörande för hur kommunikationen fungerade. En annan faktor som var avgörande för kommunikationen var tiden och platsen där den ägde rum. Professionerna hade begränsat med tid att sköta kommunikationen eftersom de övrig tid inte befann sig på samma plats samtidigt, därför användes telefon som kommunikationsmedel. Argumenten kring att använda detta kommunikationsmedel var spritt mellan professionerna. Denna skillnad kunde härledas till att sjuksköterskorna hade svårt att få tag på läkarna, medan läkarna tyckte sig svara i telefonen ständigt. Skillnaden i attityden till telefonkontakten hade också sin grund i att om sjuksköterskan inte fick tag på läkaren stannade deras arbete av en aning och en stress skapades på grund av att patienterna kanske inte kom hem i tid eller hade ont onödigt länge. Denna typ av konsekvenser kunde vara fullt möjliga under sådana omständigheter.

Ortopedavdelningen har i enlighet med samhällsstrukturens uppbyggnad, av att integrera flera professioner, skapat ett team på avdelningen i syfte att överbrygga de organisatoriska gränserna mellan läkare och sjuksköterska. Teamet som arbetar på ortopedavdelningen är ett heterogent team på grund av skillnaderna i arbetsuppgifter, utbildning samt normer och värderingar, som tillämpar ett parallellt arbetssätt. Komplexiteten blir tydlig när detta ses ur ett stuprörsperspektiv, då gruppen människor som förväntas arbeta tillsammans skiljer sig i sina professioner, detta bidrar till utmaningen att skapa ett integrerat arbete i ett system som baseras på processer som sker parallellt med varandra. Detta kan ha bidragit till att professionerna fortfarande har en känsla av att de organisatoriska gränserna märks av, trots att vissa respondenter menade att de skulle fungera som en enhet. Så ur både ett vetenskapligt men även ur ett samhällsperspektiv skulle åtgärder direkt gällande medel och förutsättningar för läkare och sjuksköterskors samarbete prioriteras. Relevansen av detta konstaterande är att knappa både ekonomiska och bemanningsresurser tillsammans med samhällets uppbyggnad av att flera yrkesprofessioner förväntas arbeta tillsammans i integrerade insatser knappast är att föredra ur ett kundperspektiv.

5.1 Summering

Slutsatsen av denna studie är att professionernas olikheter både bidrar men även hindrar en kommunikation på teamnivå. Professionerna är bäst lämpade att samarbeta och kommunicera inom sin egen yrkeskategori. Dock sker en implementering av en teamrond för att överbrygga kommunikationen och samarbetet mellan dessa inte bara organisatoriska men även professionella gränser. Det kan därför också konstateras att kommunikation är ett av de mest centrala verktygen i inte bara samarbete utan även i ett team. Vidare kan det diskuteras om huruvida detta kommer att fungera fullt ut då dessa professioner fortfarande inte befinner sig på samma plats och att de inte har samma utbildning med samma kommunikationskaraktär.

5.2 Förslag till vidare forskning

I denna uppsats har kommunikationen och samarbetet på ortopedavdelningen kartlagts ur ett stuprörsperspektiv i syfte att finna möjligheter och hinder mellan professionerna. Nedan presenteras och diskuteras möjliga framtida forskningsområde, då vi finner det intressant att undersöka vidare på det som framkommit i denna studie.

Eftersom vi fokuserat på att finna möjligheter och hinder mellan professionernas olikheter samt hur detta påverkar deras kommunikation och i sin tur även samarbetet kan det därför vara intressant att

undersöka det som samarbetet finns till för, patienten. Hur påverkar detta samarbete med dess skillnader patienters trygghet och i sin tur då även dennes tillfrisknande, relevansen för denna fråga är central och viktig i ett samhälle som trots välfärd blir allt sjukare.

Ett annat relevant tema skulle kunna vara att se på samarbetet ur ett ekonomiskt perspektiv, hur påverkar ett bristande samarbete ut mot det gemensamma målet patientens tillfrisknande och vad kostar det sjukvården? Finns det andra faktorer som bidrar till kostsamma konsekvenser som till exempel extra vårddygn. Om detta kartläggs bör det gå att finna åtgärder för ett mer kostnadseffektivt sätt, förutom att skära ner på personal.

Källförteckning

- Alvesson, M., Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion - vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Berlin, J., Carlström, E. (2008). From the artefact to effect: the organising effect of artefact on teams. *Journal of Healthorganization & Management*. 24(4) 412-427.
- Berlin, J., Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber AB.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Brante, T. (1987). Sociologiska föreställningar om professionen i Bergryd, U. (ed.) *Den sociologiska fantasin: Teorier om samhället*. Simrishamn: Rabén & Sjoberg.
- Clegg, S., Kornberger, M., Pitsis, T. (2007). *Ledning & organisation*. Malmö: Liber AB.
- Davies, K. (2001). *Disturbing gender, on the doctor-nurse relationship*. Lunds universitet.
- Edmondson, A.C (2003). Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams. *Journal of Management Studies* 40(6) 1419-1452.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Giddens, A.(2003). *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gulati, R.(2007). *Silo busting, how to execute on the promise of customer focus*. Harvard business review p.98-108.
- Jansson, A. (2009.) *Kommunikation*. Malmö: Liber AB.
- Klang, Söderkvist, B. (2013). Information- undervisning – lärande i Fossum, B. (ed.). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Koivunen, M., Niemi, A., Hupli, M. (2014). The use of electronic devices for communication with colleagues and other healthcare professionals- nursing professionals' perspectives. *Journal of advanced nursing*, No.71 (3), p. 620-631.

- Kvale, S., Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lennér Axelson, B., Thylefors, I. (2013). *Arbetsgruppens psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Linden, W. (2015). *From silos to bridges: psychology on the move*. *Canadian Psychology*, Vol. 56, No. 1, p.1-5.
- Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., McMullan, A., Momtahan, K. (2014). *Exploring similarities and differences in teamwork across diverse healthcare contexts using communication analysis*. *Cogn Tech work*, No.16, p. 47-57.
- Persson, J-E., Westrup, U. (2014). *Gränsöverskridande chefskap. Arbete över organisatoriska gränser i människonära tjänsteverksamheter*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Pijl-Zieber, E-M (2013). *Doctor's orders and the language of representation*. *Nursing philosophy* No. 14, p.139-147.
- Strömberg, Barbro. (1997). *Professionellt förhållningssätt hos läkare och sjuksköterskor – en studie av uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Thurén, T. (2013). *Källkritik*. Stockholm: Liber AB.
- Thylefors, I., Persson, O., Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, Mars 2005; 19(2): 102 – 114.
- Vinthagen, S. (2013). Kommunikation ur ett maktperspektiv i Fossum, B. (ed.). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Weller, J., Boyd, M., Cumin, D. (2014). *Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare*. *Postgrad Med J* 2014;90, p.149-154.
- Whitehead, P-B., Herbertson, R-K., Hamric, A-B., Epstein, E-G., Fisher, J-M. (2015). Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, No. 47:2, p. 117-125.

http://www.svd.se/nyheter/inrikes/brist-pa-sjukskoterskor-hotar-varden_4497748.svd (Läst 2015-05-13).

Region Skåne. *"Region Skånes hälso- och sjukvårdsuppdrag för år 2015*. Webbdokument. Läst 2015-05-13.

Intervjuer

S1, sjuksköterska. Intervju den 13 april 2015.

S2, sjuksköterska. Intervju den 14 april 2015.

S3, sjuksköterska. Intervju den 15 april 2015.

S4, sjuksköterska. Intervju den 13 april 2015.

S5, sjuksköterska. Intervju den 14 april 2015.

S6, sjuksköterska. Intervju den 15 april 2015.

L1, läkare. Intervju den 13 april 2015.

L2, läkare. Intervju den 14 april 2015.

L3, läkare. Intervju den 15 april 2015.

L4, läkare. Intervju den 16 april 2015.

L5, läkare. Intervju den 17 april 2015.

Bilaga 1

Intervjuguide

- Presentera oss.
- Förklara syftet med vår uppsats.
- Fråga om det finns möjlighet att spela in intervjun
- Fråga om respondenten önskar vara anonym i det skriftliga arbetet.

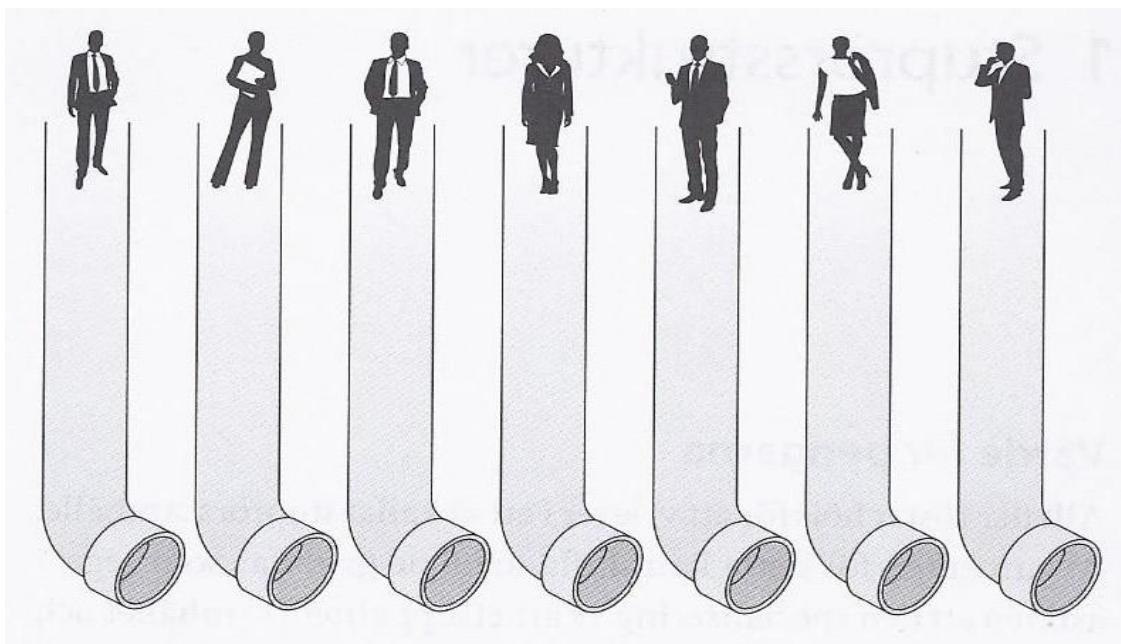
Frågeställningar

1. Vad har du för arbetsuppgifter och ansvar?
2. Hur ser du på läkarens/sjuksköterskans arbetsuppgifter?
3. Var, när och hur sker kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor då båda yrkesprofessioner inte medverkar tillsammans under patientmötet?
4. Hur hade du önskat att kommunikationen skulle föras mellan er och sjuksköterskorna/läkarna?
5. Vad tror du skulle möjliggöra skapandet av denna kommunikationskultur som du beskriver?
6. Hur skulle du förklara ditt samt den andra yrkesprofessionens rörelsemönster under dagen?
7. Vad möjliggör respektive hindrar er kommunikation enligt detta rörelsemönster?
8. Hur förmedlar du idag information gällande patienter mellan dig och dina kollegor på avdelningen?
9. Ser du att det skulle finnas ett annat tillvägagångssätt som gynnat er avdelning bättre gällande kommunikationen och hur skulle det vara utformat?
10. Tycker du att det finns något som hindrar er kommunikation idag eller kan du berätta hur du tror att kommunikationen hade fungerat om den inte är utformad som du berättar?
11. Kan du berätta hur viktiga händelser och information förmedlas vid skiftbyte?
12. Finns denna information lagrad någonstans eller hur ser era rutiner ut?
13. Hur skulle du beskriva informationsöverföringen och kommunikationen som förs inom din egen yrkeskategori jämfört med den andra yrkesprofessionen sjuksköterska/läkare på avdelningen?
14. Hur ser du på samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare på er avdelning?
15. Anser du att samarbetet fungerar lika bra mellan all personal oavsett yrkesprofession?

Fråga om det finns möjlighet att höra av oss för komplettering av någon fråga ifall vi behöver det.

Tack för oss!

Bilaga 2



Figur 1.1 Stuprörsstrukturen. (Persson & Westrup 2014, s.12).