

STANDARD FORSIDE TIL EKSAMENSOPGAVER

Fortrolig

☐

Ikke fortrolig

☒

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Portfolio	Speciale 	Skriftlig afløsningsopgave
-----------------------------	---------	----------	-----------	---	----------------------------

Uddannelsens navn	Master i Læreprocesser	
Semester	4. Semester	
Prøvens navn/modul (i studieordningen)	Didaktik og professionsudvikling	
Gruppenummer	Studienummer	
Charlotte Hansen	20190262	
Lena Rai Andresen	20190261	
Navn		
Navn		
Navn		
Navn		
Afleveringsdato	30-05-2021	
Opgavetitel	Tværfprofessionelt samarbejde i en akutmodtagelse	
I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn	2400 pr. side	
Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	179.046	
Obligatoriske bilag vedlagt opgaven, og omfang af disse.	23 bilag vedhæftet	
Sparringspartner		
Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlig for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler): http://www.plagiat.aau.dk/regler/		

MASTERPROJEKT I LÆREPROCESSER

Tværprofessionelt samarbejde i en akutmodtagelse



Studerende

Lena Rai Andresen

Charlotte Hansen

Vejleder

Birthe Lund

Abstract

Interprofessional collaboration in an emergency department

The purpose of this thesis is to investigate and gain an understanding of whether in situ simulation training contributes to developing doctors and nurses interdisciplinary collaborative competencies when receiving patients in an emergency department.

Receiving emergency patients is characterized by being unpredictable, complex and with an expectation to help the patient as fast as possible. The emergency department has a high flow of clinical basic education for doctors, who join as part of an education course, as well as a continual hiring of new nurses. A work context characterized by unpredictability and unknown work relations sets high expectations to the individual professional and the interprofessional collaboration. In regard to emergency patient care, Region Midt has an ambition to develop the interprofessional collaboration when receiving emergency patients.

This has motivated a development project in the emergency department which revolves around nurses and clinical basic education for doctors using simulation training to practice a new way of receiving emergency patients. The purpose of simulation training is to create a true-to-life environment where a figurant plays as patient, so the professionals can practice without imposing risk to patient safety.

The project presents a qualitative study of doctors and nurses performance and understanding of their role during interprofessional collaboration in the context of ad hoc teams formed during simulation training in an emergency department. In addition it is presented whether the planning of didactic design in simulation training has an impact on the development of interprofessional collaboration.

Taking a hermeneutic position the project is carried out using qualitative methods, specifically three observational studies and three focus group interviews. The analysis takes an inductive starting point, meaning the empirical data is steering for the analysis in a hermeneutic process.

The further analysis and discussion is carried out using theory and research related to interprofessional collaboration by John Dewey, Donald A. Schön as well as Stine Lehn-Christiansen and Andy Højholdts. The didactic course in the project is inspired by Werner Jank and Hilbert Meyer's hermeneutic model.

The project shows a monodisciplinary understanding of roles in both professions, seeing as doctors in basic clinical training and nurses fight regarding tasks related to treating the patient. The professionals

have routines and habits, which provide them with confidence and a sense of reassurance when carrying out their work.

Through simulation training doctors and nurses improve their understanding of each other's roles and tasks. This enables them to better leverage their individual competencies, thus strengthening the interprofessional collaboration.

When the didactic design includes a figurant, this creates a true-to-life and time sensitive situation, which can promote motivation and engagement in the game. The design provides the possibility of reflection-in-action during the scenario and in debriefing. Conversation in the debriefing provides a space for reflection on their roles and a deeper understanding of the interprofessional collaboration. The professionals articulate that learning in the emergency department is hampered by organizational challenges.

The findings suggest that it is possible by using in situ simulation training to develop the understanding of roles and role performance in an interprofessional setting in ad hoc teams.

Furthermore the didactic design of the training can have an impact on the development of professional competencies in interprofessional collaboration.

Keywords:

Interprofessional collaboration, in situ simulation training, professional roles, didactic design.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Problemformulering	7
1.3 Begrebsafklaring	8
2. Metode	9
2.1 Videnskabsteori	9
2.2 Læsevejledning - opgavens struktur	10
2.3 Kvalitativ metode	11
2.3.1 Metode teoretiske grundlag	11
2.3.2 Triangulering	12
2.3.3 Vores læringsopfattelse	13
2.4 Observationsstudie - metodisk tilgang	13
2.4.1 Forberedelse til observationerne	14
2.4.2 Observationsguide	14
2.4.3 Observationsnoter	15
2.4.4 Observationsstudie af team 1,2 og 3	16
2.4.5 Efterbehandling af data fra observationsstudie af Team 1,2 og 3	16
2.5 Fokusgrupper - metodisk tilgang	17
2.5.1 Strukturering af fokusgruppe	18
2.5.2 Udvalgelsesproces	18
2.5.3 Kodning, kategorisering og begrebsliggørelse	19
2.5.4 Fortolkende spørgsmål	19
2.5.5 Interaktionsanalyse og Goffman-inspireret interaktionsanalyse	20
2.5.6 Udvalgelsesproces til fokusgrupper	20
2.5.7 Charlotte som moderator	21
2.5.8 Novicer i hermeneutisk proces	21
2.5.9 Anvendelse af tragtmodel	21
2.5.10 Hvordan transskriberer vi?	22
2.6 Etiske overvejelser	23
2.6.1 Etiske overvejelser i forhold til informanterne	24
2.6.2 Rollen som forsker i egen organisation	26
3. Teori der inddrages i diskussionen	27
3.1 Professions teorier der inddrages i diskussion	27
3.2 Læringsteorier der inddrages i diskussion	27
3.3 Didaktisk teori der inddrages i diskussionen	28

4. Fremstilling af empiri	29
4.1 Konteksten	29
4.2 Præsentation af informanter og team 1 - 2 -3	30
4.3 Observationsstudie	31
4.3.1 Meningskondensering, fortolkning og kodning	31
4.3.2 Rutiner	34
4.3.3 Opsummering af temaet rutiner	35
4.3.4 Emotioner	35
4.3.5 Opsummering af temaet emotioner	36
4.3.6 Spildesign	36
4.3.7 Opsummering af temaet spildesign	39
4.3.8 Lederskab i teamet	39
4.3.9 Opsummering temaet lederskab i teamet	42
4.3.10 Roller	42
4.3.11 Opsummering af temaet roller	43
4.3.12 Kommunikation i teamet	43
4.3.13 Opsummering af temaet kommunikation i teamet	44
4.4 Fokusgruppeinterviews	44
4.4.1 Kodning, kategorisering og begrebsliggørelse	45
4.4.2 Interaktionsanalyse og Goffman- inspireret analyse	49
4.4.3 Datareduktion	51
4.4.4 Roller	52
4.4.5 Opsummering af temaet om Spl's egne forventning til rollen som sygeplejerske	54
4.4.6 Opsummering af temaet om lægens forventninger til sygeplejerskerollen	56
4.4.7 Opsummering af temaet lægens egne forventninger til lægerollen	57
4.4.8 Opsummering af temaet andres forventninger til lægerollen	59
4.4.9 Opsummering af temaet forventninger til roller i teamet	60
4.4.10 Opsummering af temaet til roller i spillet	62
4.4.11 Rutiner	62
4.4.12 Opsummering af temaet rutiner	62
4.4.13 Emotioner	62
4.4.14 Opsummering af temaet emotioner	64
4.4.15 Kommunikation	64
4.4.16 Opsummering af temaet kommunikation	65
4.4.17 Organisatoriske rammer	65
4.4.18 Opsummering af temaet organisatoriske rammer	68
4.4.19 Spildesign	68

4.4.20 Opsummering af temaet spildesign	70
4.5 Datareduktion og kodning <i>efter</i> fremstilling af empiri fra fokusgrupperne	71
5. Analyse og diskussion af empiriske fund	72
5.1 Betydningen af roller	72
5.2 Betydning af rollen i teamet	76
5.2.1 Delkonklusion af betydningen af roller og roller i teamet	79
5.3 Betydning af organisatoriske rammer	79
5.3.1 Delkonklusion af betydningen af organisatoriske rammer	81
5.4 Betydning af spildesign	82
5.4.1 Delkonklusion af betydning af spildesign.	85
6. Metodekritik	85
6.1 Valg af metode	85
6.2 Litteratursøgning	86
6.3 Rollen som observatør	86
6.4 Observations empiri	86
6.5 Fokusgruppen	86
6.6 Ethiske overvejelser og valg af teori	87
7. Konklusion	87
8. Litteraturliste	90
8.1 Bøger	90
8.2 Artikler	91
8.3 Opgaver	91
8.4 Internetsøgninger	92
8.5 Billeder	94
9. Bilag	95

Præsentation af forfatterne

Vi er to 4. semesterstuderende på Master i Læreprocesser på Aalborg Universitet. Lena Rai Andresen er uddannet akutsygeplejerske og arbejder som klinisk vejleder på Akutafdelingen på Aarhus Universitetshospital. Charlotte Hansen er uddannet sygeplejerske, og arbejder som underviser og koordinator på Simulationscentret på Regionshospitalet Horsens. Vi er begge uddannede simulator instruktører gennem flere år.

Vi er begge optaget af den simulationsbaserede undervisningsmetode, hvor man enten vha. højteknologiske robotter eller figuranter kan simulere virkelighedstro og autentiske kliniske situationer, hvor faglige kompetencer og styrkelse af det tværprofessionelle samarbejde kan trænes og styrkes.

1. Indledning

I et sundhedsvæsen, hvor det sammenhængende patientforløb er centralt, er kendskabet til egne og øvrige professioners kernekompetencer og deres rolle i et givent patientforløb afgørende. For at det tværprofessionelle arbejde kan lykkes i praksis, er det en forudsætning, at professionerne kender til samt respekterer og accepterer hinandens arbejdsfelt. Hver profession kan noget helt særligt, men grænserne for, hvad der tilhører den ene profession og den anden flytter sig hele tiden. Der ses overlappende kompetencer mellem professionerne. Det kan være en udfordring at skulle arbejde sammen på tværs af professioner, fag og organisatoriske grænser og der er derfor et samfundsmæssigt fokus på at fremme disse kompetencer i sundhedsvæsenet (WHO:2010, Sundhedsstyrelsen:2021) Dette sker både gennem den professionelles uddannelse og i arbejdslivet¹. Dette masterprojekt omhandler to af professionerne i sundhedssektoren – læger og sygeplejersker (herefter spl). Konteksten er en akutafdeling i Region Midt og gennem projektet undersøges, hvordan tilfældigt sammensatte tværprofessionelle teams samarbejder omkring den akutte modtagelse i en simulationstræning.

1.1 Problemstilling

I takt med at samfundet ændrer sig, ser man flere patienter med komorbiditeter og antallet af patienter der er multisyge, er stigende (Danske patienter, 2020). Dette stiller ændrede krav til de sundhedsprofessionelle, der må bruge hinandens viden for at kunne tage højde for de forskellige sygdomme og behandlings indvirkning på hinanden (Lehn-Christiansen:2016:47). For at løse denne kompleksitet der er forbundet med patienterne i hospitalsvæsenet, er der et voksende behov for at sundhedsopgaven løses tværprofessionelt. Tværprofessionelt samarbejde har derfor indenfor de sidste 15 år fået særligt fokus i samfundet. (Frederiksen:2019:179).

¹ I Bekendtgørelsen til sygeplejersker står, at sygeplejersken efter endt uddannelse skal kunne indgå i tværfagligt samarbejde (Bekendtgørelse til professionsbachelor i sygepleje, søgedato 20.4.2021) Tværfaglig undervisning af medicin- og sygeplejestuderende har været en fast del af uddannelsen i Århus de sidste 10 år og har mål om at de studerende får indsigt i hinandens domæner (Projektbeskrivelse 2012)

Tværprofessionelt samarbejde - et komplekst begreb

Tværprofessionelt samarbejde er ikke et entydigt begreb og de enkelte professionelle sundhedsudøvere, disses organisation og samfundet har ikke nødvendigvis den samme forståelse heraf. I det følgende vil vi præsentere begrebet ud fra to teoretikere Sine Lehn Christiansen (herefter Lehn-Christiansen) cand. mag, og Ph D og Andy Højholdt (herefter Højholdt) cand.scient.soc., lektor i pædagogik som hver især adresserer fænomenet på forskellige måder.

Lehn Christiansen er særligt optaget af, hvordan den biomedicinske tænkemåde og magt-strukturer har indflydelse på tværprofessionelt samarbejde i sundhedsvæsenet og hvordan konteksten for de professionelles samarbejde har en betydning for det samarbejde som de professionelle har mulighed for at vise (Lehn-Christiansen:2016:126).

Højholdt lægger vægt på, at begrebet kan indfange den betydning som professionsidentiteten, personligheden og professionsfællesskabet internt i professionerne har for samarbejdet. Han peger på, at der i begrebet inkluderes overvejelser over, hvilken rolle netop det ansvar, som hver enkelt profession har for at løse sin del af opgaven. Der ligger i begrebet en udfordring i at skabe udvikling ved at reflektere over balancen mellem det individuelle ansvar i professionen og det fælles ansvar mellem professionerne for at løse den samlede opgave (Højholdt:2016:68-70).

Højholdt er optaget af, at det tværprofessionelle samarbejde skal bidrage til at skabe læring, hvor Lehn-Christiansens intention *også* er at træde et skridt tilbage og se på hvilke problemer i samarbejdet der kan opleves som udfordring, inden diverse forbedringstiltag implementeres (Lehn-Christiansen:2016:14).

Fælles for Lehn-Christiansen og Højholdt er forståelsen af tværprofessionalitet som et komplekst fænomen. De ser begge refleksion og Lehn-Christiansen ser især kritisk refleksion som betydningsfuld for læreprocesser der kan udvikle det tværprofessionelle samarbejde.

Det betyder, at opgaven og de forskellige professioners viden vil få nogle konsekvenser for, hvordan denne professionsviden og samarbejde kommer i spil i akutte situationer.

Historisk set har langt det meste arbejde på hospitalerne involveret tværprofessionelt samarbejde, men vilkårene for samarbejdet, samt det der samarbejdes omkring, har ændret karakter i takt med samfundsudviklingen. (Lehn-Christiansen:2016:66).

Som tidligere nævnt, er der en stigende forekomst af multisyge personer i samfundet, hvilket kræver flere økonomiske ressourcer og en høj grad af tværprofessionel koordinering (Lehn-Christiansen:2016:62). De følgende afsnit er et billede på at tværprofessionelt samarbejde kan forandre sig som en konsekvens af politiske beslutninger og har betydning for forståelsen af konteksten for vores undersøgelse.

Samfundsudviklingens betydning for det akutte felt

Strukturreformen fra 2007 betyder at regionerne dannes. Regionerne får ansvaret for hospitalsdriften og kommuner får det forebyggende og rehabiliterende ansvar. Sundhedsstyrelsen har en vision om, at alle borgere skal have adgang til samme kvalitet i akut behandling, uanset hvor i landet de bor. Derfor oprettes i 2007 akutsygehuse med fælles modtagelse for at højne kvaliteten af den akutte patient modtagelse. Hvilket betyder, at patienterne skal samles på færre sygehuse, så personalet møder et større flow af patienter med sygdomme og problemstillinger og dermed kan opretholde kompetencer og sikre ensartet kvalitet. Den nye organisering af færre hospitaler og oprettelsen af akutmodtagelserne er rettet mod sammenhængende patientforløb, hvor sundhedspersonalet arbejder i teams og klynger (Lehn-Christiansen:2016:58).

Ønsket om at bedre samarbejdet om den akut dårlige patient på tværs af lægefaglige specialer har ikke været uden udfordringer. Dette illustreres i det følgende ved en beskrivelse af udviklingen af, hvordan et nyt lægefagligt speciale indenfor det akutte felt er dannet.

Nyt speciale i Akutmedicin

Dansk selskab i Akutmedicin bliver stiftet i 2006 under modstand fra det etablerede sundhedsvæsen. Modstanden mod dannelsen af det nye lægespeciale opstår blandt andet idet at medicinske og kirurgiske faggrupper skal afgive ressourcer og bestemmelsesret til det nye akutte felt og der er bekymring for om vedligeholdelsen i akutte kompetencer vil kunne opretholdes i de øvrige specialer (Dagens medicin, søgedato 5.1.2021) (Sundhedsstyrelsen:2016). Først i 2018 får Akutmedicin som speciale sin godkendelse af Sundhedsstyrelsen og sygeplejerskernes specialuddannelse i akutsygepleje er endnu ikke godkendt. Specialet

Akutmedicin er især kendetegnet ved, at det favner bredt, der er mange samarbejdspartnere, samt at det vægter en tværprofessionel tilgang.

Region Midt og tværprofessionalitet

Region Midt har en vision for de akutte patientforløb “rette hjælp på rette tidspunkt -en fælles opgave“ (Akut Koncept, søgedato 27.3.2021). Denne vision har en ambition om, at patienten møder de rette kompetencer og at der er et tæt og koordineret samarbejde mellem disse. Region Midt arbejder ud fra en plan om at kompetenceudvikle medarbejdere, i forhold til tværprofessionalitet (Sundheds og hospitalsplan Region Midt:2020:14). Simulationstræning er en læringsmetode til at arbejde med kompetenceudvikling og tværprofessionalitet og det er den læringsform der er projektets særlige fokus.

Rammerne for simulationstræning

I 2014 bliver der via Akutafdelingens tværprofessionelle uddannelsesafdeling implementeret et kompetenceudviklingsinitiativ med tværprofessionel simulationstræning for afdelingens læger i klinisk basisuddannelse (herefter KBU-læge) og sygeplejersker (herefter spl), som foregår i Traumecentret.

På baggrund af dette kompetenceudviklingsinitiativ bliver der i 2015 udarbejdet et kvalitativt evalueringsprojekt. Evalueringsresultaterne viser tilfredshed, men peger også på, at en opmærksomhed på en tydelig rollefordeling i simulationstræning, vil kunne bidrage til et mere realistisk forløb² (Aagaard & Andersen:2015).

Inspireret heraf opstartes i foråret 2020 et simulationstrænings projekt på Akut voksenafsnit 1 og 2. Dette projekt fokuserer på, at skabe en kontekst for en ny tværprofessionel måde at modtage den akutte patient på, hvilket uddybes i det følgende.

Udviklingsprojekt om simulationstræning

Simulationsprojektet igangsættes gennem et samarbejde med en styregruppe bestående af ledende overlæge i Akutmedicin, afdelingssygeplejersker og Lena som tovholder på udviklingsprojektet.

² Der er to læger og to sygeplejersker der skal modtage patienten sammen og de angiver at de falder lidt over hinanden. Der ville være mulighed for overlevering af information til hinanden, hvis de professionelle kom forskudt (Aagaard & Andersen:2015)

Formålet med simulationstræningen er, at øve en ny tværprofessionel modtagelse mhp at fremme det tværprofessionelle samarbejde mellem de to afsnits sygeplejersker og de KBU læger der er under uddannelse i afsnittene.

Afdelingsledelsen har flere mål hermed. Det forventes at den nye modtagelse bidrager til øget patientsikkerhed, øget patienttilfredshed, fremme tværprofessionelt samarbejde i hverdagen og derudover at kompetenceudvikle medarbejderne.

Det særlige ved akutte patientmodtagelser er, at de er kendetegnet ved uforudsigelighed, kompleksitet og et tidsafhængigt handle pres for at hjælpe patienten. Dette giver ikke altid tid til refleksion i situationen eller efterfølgende i dagligdagen. Der er efter modtagelsen, andre opgaver, andre patienter der skal passes og lægen og spl går ofte hurtigt videre hver til sit, hvilket giver trange kår for refleksion i hverdagen.

Konteksten Akut voksenafsnit 1 og 2

I organiseringen på Akut voksenafsnittene er patienterne indlagt og spl har patientansvaret for flere patienter ad gangen og der skal modtages nye patienter. KBU-lægerne har til opgave at modtage patienter med supervision fra en erfaren overlæge i Akutmedicin. KBU-lægerne har ikke ansvar for andre patienter end dem, de i løbet af dagen modtager. På akutafsnittene sidder akutlægerne og spl typisk på hvert sit kontor, når de ikke er inde ved patienterne.

Der er et højt flow af KBU læger der er i uddannelsesforløb i Akut voksenafsnittene, mange læger fra andre specialer og der er kontinuerligt nyansatte spl. Dette vilkår betyder, at personalet ikke nødvendigvis har et særligt stort kendskab til hinanden, hverken fagligt eller personligt. Det er i hverdagen typisk en spl der møder patienten først i Akut voksenafsnittene. Den typiske modtagelse er kendetegnet ved, at spl modtager og triagerer patienten og efterfølgende kontakter hun telefonisk en læge. Triage er et prioriteringsredskab, der kort sagt betyder tid til læge.³

³ Sygeplejersken vil ud fra måling af vitalparametre og kontaktårsagskort kunne klassificere patienten i en farvekode. Farvekoder som grøn, gul, orange og rød afgør sværhedsgraden af patientens sygdomstilstand og dermed hvor hurtigt lægen skal tilse patienten og om det er en KBU-læge eller en bagvagt med mere erfaring. En rød patient er eksempelvis en patient med en kritisk tilstand, der skal ses af en bagvagt inden for 5 minutter, hvor en grøn patient kan vente med at blive set inden for 180 minutter af en KBU-læge. (E dok, Triage, søgedato 27.3.2021)

Det er dermed nyt for Akut voksenafsnittene at skulle modtage tværprofessionelt. Udviklingsprojektet “Tværprofessionel modtagelse” betyder, at to spl og en KBU-læge møder patienten på samme tid. De skal som et ad hoc team i simulationstræningen, finde ud af, hvordan de bedst modtager og triagerer patienten, uden at have et forkendskab til hinanden.

Akutlæger og akutspl udgør ofte patientens første møde med hospitalet. Det forventes af ledelsen, at akutpersonalet evner at skabe tillid, tryghed og at kunne danne relation til patienten samtidig med at behandling og pleje bliver defineret af et tidsmæssigt aspekt og følgende handletvang.

En tværprofessionel modtagelse i et felt der er præget af uforudsigelighed, komplekse patientforløb, et tidsafhængigt handle pres samt ukendte samarbejdspartnere stiller krav til den enkelte professionelle og det tværprofessionelle samarbejde. Samfundet, regionen og akutafdelingen har alle forventninger til, at tværprofessionelt samarbejde er løsningen på mange sundhedsudfordringer.

Metoden *simulationstræning* er fremhævet i flere sammenhænge til netop at kunne fremme samarbejde. I simulationstræning fokuseres ofte på at styrke de professionelles evne til at samarbejde, at kunne kommunikere klart og tydeligt og at kunne lede og tage beslutninger, idet disse færdigheder netop er vigtige elementer for at kunne få et samarbejde til at fungere i et team (Howards, Gaba, Fish, et al:1992).

Simulationstræning har til formål at skabe en læringssituation der ligner virkeligheden i de væsentlige punkter, mhp at træne færdigheder af både *teknisk* og *ikke-teknisk* karakter⁴ og det har derfor karakter af rollespil.

Forskning viser, at simulationstræning kan medvirke til at professionelle opnår erfaringer med akutte situationer og gør dem istand til at øve deres professionelle roller (WHO:2017:19)(Costello, M et al:2018)(Arbejdsgruppe for det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse:2019) (Liederman, Z et al:2020).

⁴ Tekniske færdigheder er når de professionelle skal lære en specifik færdighed eksempelvis som kirurgiske færdigheder eller anlæggelse af perifert venekateter. Ikke-tekniske færdigheder dækker over kognitive og sociale færdigheder (situationsbevidsthed og beslutningstagen, hvor de sociale færdigheder indeholder kommunikation, ledelse og teamsamarbejde) (Arbejdsgruppe for det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse:2019).

Det gør det derfor relevant, at simulations træne de akutte situationer mhp at give de professionelle en både kognitiv og kropslig erfaring ved fysisk at opleve egen rolle i den akutte situation.

Opsummering

KBU-lægen og spl skal i en modtagelse af en akut patient agere under et forandringstiltag, hvor de skal modtage tværprofessionelt i et ukendt team, hvilket er en uvant situation for dem. Den akutte situation giver forventet uforudsigelighed og fordrer et vist handlingspres.

Vi er nysgerrige på, hvordan simulationstræningen påvirker de professionelle i den nye måde at modtage på. Vi er interesserede i at opnå en forståelse af, hvordan deres måde at være i rollen som henholdsvis spl og KBU-læge kommer til udtryk i simulationstræning på Akut voksenafsnit, og om deres forståelse af det tværprofessionelle samarbejde ændrer sig i løbet af en simulationstræning eller efter. Vi er optaget af, om tilrettelæggelsen af simulationstræningens didaktiske design har en betydning herfor.

1.2 Problemformulering

Med denne indledning og beskrivelse af problemstilling, når vi frem til følgende problemformulering:

Hvordan påvirker in situ simulationstræning deltagernes forståelse af rolleudførelse og rolleforståelse i tværprofessionelt samarbejde i ad hoc teams i en akutmodtagelse – og hvilken betydning kan spillets didaktiske design få for udviklingen af tværprofessionelt samarbejde?

Undersøgelsesspørgsmål:

Med det formål at operationalisere og strukturere besvarelsen af problemformuleringen opstilles følgende undersøgelsesspørgsmål, som samlet set skal hjælpe os til at svare på vores problemstilling.

1. *Hvilke tegn ses på at de påtager sig forskellige roller og hvordan kommer det til udtryk?*
2. *Hvilke handlinger fra de forskellige professioner påvirker det tværprofessionelle samarbejde i simulationen?*

3. Hvilke refleksioner over tværprofessionelt samarbejde ses tegn på og hvordan kommer det til udtryk efter simulationen?

4. Hvilke handlinger i simulationsspillet påvirkes af de didaktiske tiltag?

1.3 Begrebsafklaring

Inden vi bevæger os videre til projektets undersøgelsesdesign, præciserer vi de centrale begreber i denne opgave, der hjælper med at afgrænse og præcisere det felt, som vores projekt bevæger sig indenfor. Vi trækker centrale begreber frem, der benyttes i problemformuleringen, der bliver vores forståelse igennem opgaven. De teoretiske begreber expliciterer vi i teoriets snit.

I problemformuleringen indgår begreberne *in situ* og *simulation*. En afklaring af projektets forståelse af disse begreber er nødvendig for forståelsen af projektets fokus og problemformulering

Simulations metoden hviler på erfaringsbaseret læring, nærmere betegnet den amerikanske læringsforsker David Kolbs læringscirkel (Prasanna, søgedato 20.4.2021). Modellen tager udgangspunkt i en oplevet situation og beskriver, at der skal foregå en aktiv undersøgelses- og udviklingsproces før læring kan foregå, hvilket er en fortløbende og ikke afsluttet proces.

Simulationen har en metoderamme der opdeler simulationsundervisningen i flere *faser*. Faserne er *briefing*, *scenarieafvikling* og *debriefings fasen*. (Hellestøj, H et al.2015: 32) I briefing fasen introduceres til rummet, udstyr, læringsmål og figurant. I scenarietfasen afvikles rollespillet. Til slut debriefing hvor samtalen i gruppen er rettet mod læringsmålene. (Hellestøj, H et al:2015:54). I simulationsbaseret undervisning kan der anvendes avanceret teknologiske "robotter", eller figuranter, og man kan kombinere afhængig af de didaktiske overvejelser (Hansen:2020). Vi tager udgangspunkt i scenarietræning med en levende figurant.

In situ betyder; 'på stedet'. kommer af latin. In-situ-simulation finder sted på egen afdeling blandt teams i løbet af deres normale arbejdstid. Fx udspiller scenariet sig på en patientstue, med brug af de remedier som de professionelle kender, så oplevelsen bliver så autentisk og virkelighedstro som mulig

2. Metode

2.1 Videnskabsteori

Den type viden vi søger i projektet, ligger indenfor den humanvidenskabelige tradition. Vores undersøgelsesdesign tager udgangspunkt i vores problemformulering, hvor vi spørger, hvordan simulationstræning kan bidrage til opøvelse af tværprofessionelt samarbejde og hvordan in situ simulationstræning påvirker det tværprofessionelle samarbejde i ad hoc teams.

Vi søger med en induktiv tilgang via tre observationsstudier af deltagere i konteksten simulationstræning, at finde sammenhæng der kan udlede karakteristiske egenskaber om, hvordan simulationstræning kan bidrage til tværprofessionel samarbejde. Vi ønsker at se på, hvordan de deltagende *handler i teamet*. Vi komplementerer vores undersøgelse med 3 fokusgrupper, for at få *indblik i og forståelse af de professionelles italesættelser af deres synspunkter og interaktion med hinanden* i forhold til roller, tværprofessionalitet og simulationstræning (se fokusgrupper for videre uddybning).

Vi forstår simulationstræning som en læringsmetode der tager udgangspunkt i de deltagendes erfaringsverden, forstået således at scenariet i spillet skal afspejle den virkelighed som de deltagende i deres professionelle virke arbejder i. For at de deltagende skal kunne udvikle sig, skal der være et samspil med omverdenen så disse erfaringer kan udvikles. Vi forstår, at mennesker påvirker hinanden i et fællesskab og vi er selv en del af virkeligheden (Andreasen et al:2017:57).

Dette projekt karakteriseres ved at have en fortolkende tilgang og er positioneret inden for hermeneutikken. Vores hermeneutiske afsæt er inspireret af Hans-Georg Gadamer (1900-2002), som beskriver at sproget er en kilde til større forståelse og at det er gennem dialogen, at vi udvikler vores horisont.

Med et hermeneutisk blik har vi en bevidsthed om, at vores for - forforståelse har betydning for udvælgelse og fortolkning af det empirimateriale der fremkommer grundet vores begges erfaringer som sygeplejersker og instruktører i at varetage simulationsbaseret træning. Vi er bevidste om, at enhver fortolkning, som vi gør os gennem arbejdet med projektet, forudsætter,

at vi bruger teorier, begreber og forståelser, som vi har gjort os i forvejen og dermed er vi en del af vores egen forforståelse.

Den hermeneutiske tilgang har betydning for vores metodeovervejelser og vi vil løbende få nye forforståelser. Vi forstår dermed altid ud fra en given kontekst og danner en efterforståelse og dermed kan den hermeneutiske cirkel fortsætte sin cirkulære proces (Gadamer:2007)

2.2 Læsevejledning - opgavens struktur

Opgavens struktur består af en metodisk del og en empirisk del med henholdsvis tre observationsstudier og fokusgrupper.

I det videnskabsteoretiske afsnit redegør vi for vores ontologiske og epistemologiske overvejelser, for herefter at beskrive den kvalitative metodes forcer. Vi beskriver vores metode teoretiske grundlag og tydeliggør vores læringsforståelse i de følgende afsnit.

Vi argumenterer for vores valg af observationsstudierne i afsnit 2.4. Herefter redegør vi for vores struktur i analysen af observationsstudier, som er baseret på en meningskondensering, kodning og fortolkning og vi giver eksempler fra empirien på de håndværksmæssige greb.

I afsnit 2.5 tydeliggør vi de analytiske beslutninger for de tre fokusgrupper. Vi beskriver, hvordan vi griber kodning, kategorisering og begrebsliggørelse an til at analysere og fortolke vores data med. Vi præsenterer brug af disse fortolkningsmetoder med eksempler fra empirien for at gøre det transparent for læseren.

Vi argumenterer i afsnit 2.3.2 for brug af triangulering. Vi præsenterer vores betragtninger og udfolder vores etiske overvejelser i alle projektets faser. Vi tydeliggør rollen som forsker i egen organisation i afsnit 2.6.2. De overordnede forståelser i perspektiverne, samt den måde vi anvender dem på metodemæssigt, vil vi synliggøre løbende i forhold til indsamlingen af empiri.

I opgavens empiriske del afsnit 4.2 møder læseren tre tværprofessionelle teams bestående af KBU-læger og spl som er deltagende i observationsstudier og efterfølgende fokusgrupper.

Herefter fremstilles observationsstudierne i afsnit 4.3 og fundene herfra opsummeres løbende

i afsnit. Fokusgruppernes kodning og begrebsliggørelse findes i afsnit 4.4.1 hvorefter en data-reduktion og efterfølgende kodning fører frem til projektets tre endelige fund. I afsnit 4.4.5 foretager vi en triangulering af disse fund.

Vi argumenterer kort for valg af de teoretikere der inddrages i diskussion og analyse i afsnit 3. og i analyse og diskussion anvendes dele af de forskellige teoretikeres teori til at belyse og give forståelse for de empiriske fund i afsnit 5.

Dette sammenholdes med en metodekritik af projektet i afsnit 6. Slutteligt følger i afsnit 7. projektets konklusion.

2.3 Kvalitativ metode

Den kvalitative metode er kendetegnet ved en forskerrolle præget af nærhed til den empiriske kontekst (Andreasen et al.:2017:128). Vi interesserer os for, *hvordan* vi kan *forstå de professionelles rolleudførelse og rolleforståelse i tværprofessionelle samarbejde i modtagelsen af en akut patient*. Vi ønsker dermed at forstå, hvordan mennesker tænker, føler, handler og handler i forskellige kontekster, og optaget af aktørernes egne perspektiver på og beretninger om denne verden. (Brinkmann & Tanggaard:2020:16).

Den kvalitative metode kan udvikle data, som er svære at måle i tal, men en kvalitativ undersøgelsesform udmærker sig, ved at indfange det konkrete i de professionelles kontekst og det unikke (Brinkmann & Tanggaard:2020:17). Den kvalitative metode beriger med dybde og bruger metoder som fokusgrupper, interviews samt deltagerobservationer, hvilket stiller andre fordringer til forskeren. Det er kendetegnende for det kvalitative studie, at det er mere genkendeligt end generaliserbart. (Brinkmann & Tanggaard:2020:677).

Vi synliggør gennem projektet vores antagelser, handlinger, valg og refleksioner, for at give projektet transparens og dermed opnå genkendelighed og gyldighed (Brinkmann & Tanggaard:2020: 658) De specifikke metoder vi anvender i dette projekt, er et pilotobservationsstudie som kvalificerer en observationsguide til de efterfølgende 3 observationsstudier og 3 fokusgruppeinterviews, hvilket vi udfolder i de kommende afsnit.

2.3.1 Metode teoretiske grundlag

Vores metode teoretiske grundlag tager udgangspunkt i Svend Brinkmann og Lene Tanggaards bog; *Kvalitative Metoder*. Lene Tanggaard er cand.psych og ph.d samt professor på

Aalborg Universitet, i samarbejde med Svend Brinkmann cand.psych.phil og professor i psykologi på Aalborg Universitet, har de begået en metodebog, der især udmærker sig ved at beskrive den håndværksmæssige kunnen i kvalitative studier (Brinkmann & Tanggaard:2020).

Vi tager afsæt i Bente Halkiers bog *Fokusgrupper* fra 2014, som er en anerkendt dansk metodebog om fokusgrupper. Bente Halkier er cand.scient.pol., professor samt ph.d- programleder ved Sociologisk Institut (Halkier:2014). Vi anvender P.E Stevens analyseredskab til interaktionsanalyse, som består af 12 oplistede spørgsmål idet denne liste er anbefalet af Halkier, samt en Erving Goffman inspireret interaktionsanalyse.

Ovenstående bøger om metoder er valgt grundet deres pædagogisk velstrukturerede præsentation og deres praktiske tilgang har været afgørende for vores valg.

2.3.2 Triangulering

Vi vælger at kombinere vores observationsstudier og fokusgruppeinterviews i en triangulering for dermed at få en grundig og kvalificeret indsigt i vores empiri. Vi er af den overbevisning, at vores projekts undersøgelsesspørgsmål kan belyses med data fra vores empiri studier (Andreasen et al:2017:147) Med denne tilgang opfattes resultaterne fra de to metoder som et analytisk supplement til hinanden, der giver en mere uddybende forståelse af forskningsgenstanden, og en øget gyldighed af undersøgelsen, hvilket er triangulerings egentlige sigte (Brinkmann & Tanggaard:2020:262).

Vi kombinerer to kvalitative metoder i triangulering af vores fund i empirien, ud fra et ønske om at opnå mere sikker viden i undersøgelsen, idet fundene dermed er stærkere underbygget og giver undersøgelsen en mere komplementær viden, og vi opnår viden om forskellige aspekter af de professionelles verden (Brinkmann & Tanggaard:2020:261). I en triangulering tilstræbes ofte konvergent validering, hvilket vil sige, at man kun betragter de fund der bekræftes af begge metoder, som de endelige gyldige fund. Ideen er, at alle metoder har forskellige svagheder og blinde pletter og indbygget fejlkilder (Brinkmann & Tanggaard:2020:261).

2.3.3 Vores læringsopfattelse

Vi er af den opfattelse, at læring kan ske gennem handling og samspil mellem mennesker. Mennesket vil bruge allerede erkendt viden til at danne sig erfaringer og forstå noget nyt om verden. Vi er inspireret af erfaringsbaseret læring. Vi ser erfaring som et begreb, der både dækker over abstrakt teoretisk viden, konkret praktisk kunnen og de blandingsformer, der måtte findes. Vi ser læring som en kontinuerlig proces. Vi forstår, at refleksion sker på baggrund af forstyrrelser i menneskets væren i verden, når mennesket vælger at forholde sig til forstyrrelsen. Vi læner os op af teoretikere som John Dewey og Donald A. Schön, hvis teori vi anvender senere i projektet i analyse og diskussionsafsnittet.

2.4 Observationsstudie - metodisk tilgang

Observation kan karakteriseres som en specifik metodisk tilgang til kvalitativ forskning. Overordnet kan der skelnes mellem to typer af observationer - deltagerobservation og eksperimentel observation (Brinkmann & Tanggaard:2020:99). Vi vælger deltagerobservation, hvor vi som undersøgere under observationerne deltager i den praksis (simulationstræning), og er blandt de mennesker som observeres (de professionelle). Vi er optaget af at belyse og forstå menneskelige oplevelser, erfaringsprocesser, og det sociale livs karakteristika (Brinkmann & Tanggaard:2020:100).

Vi betragter de professionelles praksis uden at deltage i den, og vi forsøger at være marginalt deltagende. Vi stræber efter at være fluen på væggen. Observatøren har dermed en rolle som tavs opdager, der lægger nøje mærke til, hvad der foregår på et bestemt sted, i en bestemt situation, arbejdsproces eller i et tidsrum (Brinkmann & Tanggaard:2020:100).

Som deltagerobservatør får vi mulighed for at få en insiderviden om den observerede praksis, og derigennem få *åbnet feltet op*, og få indsigt i praksis. Man får i den efterfølgende fortolkning af data en intuitiv forståelse for den observerede praksis, og dermed reduceres risikoen for at drage forhastede konklusioner. Som observatør åbnes der op for at få øje på det kropslige, interaktionerne mellem aktørerne og ikke-reflekterede forhold, der kendetegner sociale praksisser. En af styrkerne ved deltagerobservation er, at den sætter undersøgeren i stand til at levere detaljerede og sansemættende beskrivelser (Brinkmann & Tanggaard:2020:104).

Vi er bevidste om, at vores forhåndskendskab til det kliniske felt og rollen som simulator instruktør kan afspejle vores subjektive fornemmelser og dermed gøre vores udsyn smallere

(Andreasen et al:2017:132). Vi vægter dog gevinsten af observationerne større end risikoen for at se os blinde på nye vinkler.

Med udgangspunkt i de teoretiske overvejelser vælger vi semistruktureret deltagerobservation, hvor vi med en observationsguide får fokuseret vores observationer. Dette beskrives yderligere i afsnit om *observationsguide*. Vi er opmærksomme på, at de tegn vi har sat os for at undersøge ikke, bliver for styrende for, hvad vi ellers ser. Vi vil derfor bevare et åbent blik, som giver plads til andre tegn, som er væsentlige for projektet. (Brinkmann & Tanggaard:2020:110)

Første del af det empiriske undersøgelsesdesign er baseret på tre observationsstudier og et pilotstudie. Det første observationsstudie vælger vi at afvikle som et pilotstudie (Bilag 2). Vi aftaler at inddrage vores viden og refleksioner fra denne observation til, dels at rette observationsguide til, men også som et afsæt for vores fokusgruppe guide. Vi ønsker med pilotstudiet et stemningsbillede af simulationslokalet, en præsentation af scenariet, samt de roller de skal 'spille' undervejs, for at kunne kvalificere vores spørgsmål yderligere til fokusgruppe guiden.

2.4.1 Forberedelse til observationerne

Vi forbereder os til observationsstudierne ved at udarbejde et *informationsbrev* til deltagerne. Vi sikrer en ledelsesmæssig opbakning til masterprojektet, ved at der er planlagt tid til afholdelse af 1 times simulationstræning og efterfølgende en times fokusgruppe i alt tre gange. For yderligere detaljer omkring forberedelser til observationer henvises til bilag. (Bilag 3)

2.4.2 Observationsguide

Vi udarbejder en observationsguide, som skal hjælpe os til at fastholde fokus på vores relevante aspekter og skabe overblik over de temaer og hændelser, der skal observeres. Desuden kan observationsguiden skabe gennemsigtighed og dokumentation for de senere argumenter og konklusioner vi drager.

I den semistrukturerede deltagende observation vælger vi at observere en række udvalgte tegn, som vi søger at få be- eller afkræftet gennem vores beskrivende observationer, og hvor tegnene, som vi ser efter, står uddybet. Et eksempel fra observationsguiden. (Bilag 4)

TEMA	BRIEFING	REFLEKSIONER
------	----------	--------------

Stemningen i lokalet anspændt, lukket, åben, imø- dekommende, grin, lukket kropssprog, tale, tavshed		
---	--	--

Selve observationerne, som vi iagttager og beskriver under de forskellige temaer i de forskellige faser, er der en kolonne til. Vi inkluderer vores egne personlige oplevelser, indtryk og følelser i noterne under kolonnen *refleksioner*, fordi de kan hjælpe os til at huske stemningen og situationen bedre efterfølgende.

2.4.3 Observationsnoter

Vi forbereder os på vores feltnote teknik ved at læse vores observationsguide igennem flere gange, så vi bliver trygge ved de forskellige faser. Feltnoterne er vigtige, idet man skriver sine indtryk ned, så man senere kan bruge dem som data, da de også på længere sigt skal være vores hukommelsesbank. Vi er opmærksomme på, hvornår vi beskriver og hvornår vi reflekterer og fortolker. Vi systematiserer ved hjælp af observationsguiden dem fortløbende og husker at få skrevet alt ned – stort som småt.

Her et eksempel fra Team 2 observationsstudie på, hvornår vi beskriver, og reflekterer.

Beskrivelse: Figurant indfinder sig 10 min før - hun kender instruktøren. Hun lægger sig i sengen med det samme. SI (simulatorinstruktør) står afventende med armene over kors og kigger ned i sine noter. Ida italesætter at der er mange på stuen	Refleksion: Hun går ind i rollen med det samme.!! Betydning? virkelighedstro? Mon det har en betydning hvordan man møder dem - nonverbalt? Bliver det fanget af instruktøren?
---	---

Her et eksempel fra Team 2 observationsstudie, hvor vi beskriver, og laver en tolkning.

Beskrivelse: Det er lægen der kommer først ind på stuen, som patienten ser. Det er ham der tager lederrollen og har overblik over patienten. Han får ikke præsenteret de 2 spl.	Tolkning: Tror han tænker det er ham der skal tage lederrollen
--	--

--	--

(Bilag 7)

Vi vil i vores efterfølgende analyse af data være opmærksomme på, hvornår vi laver tolkninger og refleksioner.

2.4.4 Observationsstudie af team 1,2 og 3

De følgende tre observationsstudier foregår i tre forskellige teams, som efterfølgende benævnes Team 1, Team 2, og Team 3. Hvert team består af en yngre læge og en spl fra henholdsvis Akut 1 og Akut 2. Yderligere præsentation af de tre teams under empiriafsnittet. Observationsstudierne ligger umiddelbart forud for vores fokusgruppe. Vi er opmærksomme på den overgang at gå fra at være observatør til at være moderator i fokusgruppen, hvorfor refleksioner fra hver simulationstræning forsøges noteret ned og inddraget i fokusgruppen. Det bliver dermed et supplement til den fokusgruppe guide der er beskrevet. (Bilag 5)

2.4.5 Efterbehandling af data fra observationsstudie af Team 1,2 og 3

Efter hver observation og efterfølgende afvikling af fokusgruppen i de enkelte teams, afsætter vi tid til sammen til at *efter reflektere*, hvor vi kan snakke om vores umiddelbare reaktioner. Vi vurderer sammen, hvilke fund vi har set ift. til vores problemstilling, og er bevidste om, at vores fælles refleksion vil bære præg af både analyse og fortolkninger, hvilket vil være en del af en hermeneutisk aktivitet (Brinkmann & Tanggaard:2020:124).

Gennem vores efterrefleksion med hinanden giver vi indsigt i og finder fælles forståelse for det observerede. Umiddelbart derefter renskriver vi hver vores observationer, for at få *øjeblikkets detaljerighed med* (Brinkmann & Tanggaard:2020:111). Vi gennemlæser hinandens beskrivelser og laver en fælles sammenskrivning.

Arbejdet med at sammenskrive vores observationer udføres af den ene af os, hvorefter den anden gennemlæser og kvalificerer dem. Styrken ved dette er, at vi får et samlet overblik over data, samt at begge vores refleksioner kommer i spil, da vi ser og oplever det observerede med hver vores forforståelse og tolkning. Nedenfor er et eksempel på vores sammenskrivning og de individuelle refleksioner der blev nedskrevet undervejs i observationerne.

Team 3 hedder lægen Rune og de to spl hedder henholdsvis Tine og Merete.

Briefing	Refleksioner
Den første spl Tine indfinder sig på stuen - Instruktøren gør ikke noget for at byde hende velkommen. Han er optaget af sine noter. - hun ser lidt søgende ud...hun sætter sig på en ledig stol og sidder med benene over kors og sidder og gnider sine hænder lidt...Hun sidder med armene over kors. Siger ikke noget. Munden er uden smil og øjnene let sammenknebne	Tine virker lidt beklemmt ved situationen. Hvad mon hun tænker her, da hun kommer ind på stuen - hvad går igennem hendes hoved? Hvorfor er instruktøren ikke opmærksom her? Hvad betyder det mon? Hvordan mon det føles at sidde på patientstuen og vente på at man skal 'kigges på'?

(Bilag 6)

Vi foretager en beskrivende analyse for at beskrive hændelser, praksisser og oplevelser. Vi er bevidste om, at vi ikke kan gengive aktørernes livsverden helt, og vores analyse vil være et udtryk for vores refleksioner og forståelse af det observerede felt (Brinkmann & Tanggaard: 2020:113). Vi er bevidste om, at tolkning og analyse allerede er påbegyndt i denne fremstilling.

2.5 Fokusgrupper - metodisk tilgang

I det følgende vil vi argumentere for vores valg af fokusgrupper, herunder hvilke fordele og hvilke udfordringer vi ser.

Vi vælger at bruge fokusgrupper, idet metoden lægger op til at undersøge erfaringer, holdninger og forståelser i ad hoc teamet og fortolke deres interaktioner. I fokusgrupper bliver en gruppe personer interviewet på samme tid, hvilket giver mulighed for at indhente data på gruppeniveau, samt at få en fornemmelse for deres accept af forsker bestemte emner.

I fokusgrupper vil en moderator (også kaldet facilitator) få informanterne til at tale om fastlagte temaer sammen med hinanden. Moderatorens rolle er at igangsætte og styre processen så alle informanter kommer på banen. Moderatoren skal i fokusgrupper skabe et rum der muliggør den sociale interaktion, så informanterne taler sammen (Halkier:2014:49).

I modsætning hertil finder man gruppeinterview, hvor interviewet altid er styret af en interviewer. I disse interviews finder man mere direkte spørgsmål og svar, som i individuelle interviews (Halkier:2016:9). Individuelle interviews er relevante, når man ønsker viden om den enkeltes livsverden, hvorimod styrken i fokusgrupper er at kunne producere viden om kompleksiteten i betydningsdannelser og sociale praksisser (Brinkmann & Tanggaard:2020:139).

Udfordringen i en fokusgruppe kan være, at informanterne kan indtage meget polariserende positioner eller enkelte gruppemedlemmer kan være styrende, og dermed begrænsende for de øvrige deltageres lyst til at udtrykke sig i gruppen (Halkier:2014:14). Hvilket stiller krav til moderatorens evne til at skabe et uformelt og trygt rum.

2.5.1 Strukturering af fokusgruppe

I fokusgrupper skal der være en balance mellem moderatorens involvering og struktureringen af fokusgruppeinterviewet. Litteraturen beskriver tre modeller, en stram model der er meget struktureret, har mange specifikke spørgsmål og en høj grad af moderator styring, en løs model der er kendetegnet ved meget få og brede startspørgsmål, og sidst den blandede tragtmodel.

Vi vælger at bruge den blandede tragtmodel, idet den giver plads til informanternes perspektiver og interaktion med hinanden samtidig med at den giver en sikkerhed i at få belyst egne undersøgelsesinteresser (Halkier:2016:40).

Tragtmodellen er kendetegnet ved at starte med brede startspørgsmål og så kan spørgsmålene blive smallere som tragten indsnævres. Halkier beskriver, at der kan inddrages hjælpemidler og øvelser som en plan B, i tilfælde af at informanterne ikke diskuterer livligt (Brinkmann Tanggaard:2020:139). Vi vælger derfor, at strukturere en guide der følger disse principper og kan støtte op om processen i fokusgruppen, samt sikre at vi får mulighed for indsigt i den viden vi søger. Det omtaler vi som fokusgruppe guide eller interviewguide.

2.5.2 Udvalgelsesproces

Halkier beskriver udvalgelsesprocessen af informanter som vigtig for fokusgrupper. Større grupper egner sig til at få viden fra mange forskellige perspektiver, og hvis der ikke ønskes at analysere de sociale interaktionsprocesser. Litteraturen beskriver succesfulde fokusgrupper

på såvel 3-4 deltagere som 10-12 deltagere (Halkier:2014:34). Vi ønsker at få deltagerne fra simulationstræningen til at deltage i fokusgrupper og dette antal er tre. Fokusgruppens informanter opfylder vores krav til undersøgelsesdesignet om, at de har forskellige professioner som læge og spl og giver dermed dynamik og autencitet i diskussionen om tværprofessionalitet.

Dette giver os mulighed for at få indblik i det tværprofessionelle samarbejde i et lille ad hoc team mhp deres sociale forhandlinger og betydningsdannelser. Det giver os en fordel i, at vi kan bearbejde datamaterialet i dybden med betydningsdannelse og sociale forhandlinger, fremfor hvis vi har en stor gruppe. Ulempen er, hvis informanterne ikke interagerer med hinanden, måske ligner hinanden eller ikke er specielt involverede i temaerne.

2.5.3 Kodning, kategorisering og begrebsliggørelse

For at kunne danne sig et overblik over datamaterialet og systematisere det, anbefaler Halkier efter transskribering at bruge kodning, kategorisering og begrebsliggørelse som redskaber hertil, hvilket vi tydeliggør brugen af under empiriafsnittet fokusgrupper. (Bilag 8)

2.5.4 Fortolkende spørgsmål

Halkier beskriver flere fortolkningsmetodikker som *domænefortolkning*, *konnotationer*, *selvfølgeligheder* og *metaforer* og *fortolkende spørgsmål*, som undersøgeren kan gribe i. Med vores hermeneutiske tilgang er vi opmærksomme på, at vi allerede er igang med at fortolke ud fra vores nuværende viden og denne forforståelse får betydning for den måde vi kigger på datamaterialet på. Vi arbejder med fortolkende *spørgsmål* inden vi starter vores kodning af empirien og bruger vores undersøgelses spørgsmål hertil.

Hvilke tegn ses på at de påtager sig forskellige roller og hvordan kommer det til udtryk? hvilke handlinger fra de forskellige professioner påvirker det tværprofessionelle samarbejde i simulationen? hvilke refleksioner over tværprofessionelt samarbejde ses tegn på og hvordan kommer det til udtryk efter simulationen? og hvilke handlinger i simulationsspillet påvirkes af de didaktiske tiltag?

Med de spørgsmål til teksten, udvælger vi et mindre område af datamaterialet for at beskrive betydningsdannelser heri.

2.5.5 Interaktionsanalyse og Goffman-inspireret interaktionsanalyse

For at få mest muligt ud af vores analyse vælger vi at inddrage metodikker. Halkier beskriver metodikker indenfor samtaleanalyse, diskurspsykologi, positioneringsteori, diskursanalyse interaktionsanalyse og Goffman-inspireret interaktionsanalyse. Vi er særligt optagede af informanternes interaktion i samtalerne og finder *interaktionsanalyse* og *Goffman-inspireret interaktionsanalyse* interessant, idet vi ønsker inspiration til at belyse processen for betydningsdannelserne.

Interaktionsanalysen tager udgangspunkt i en liste med 12 spørgsmål, hvor vi især har været optaget af spørgsmål som; *hvis interesser blev repræsenteret i gruppen? hvor var der modsigelser? hvordan løste gruppen uenigheder? hvilke emner udløste konsensus? og hvordan blev følelser håndteret?* (P.E Stevens i: Halkier:2014:89). Disse spørgsmål kan give blik for at se samtaler og forhandlinger som et udtryk for læreprocesser blandt informanterne, hvilket går fint i tråd med vores problemformulering. Se bilag for uddybning. (Bilag 9)

Goffman-inspireret interaktionsanalyse kan bidrage med at få blik for, hvad der også foregår, udover hvad informanterne samtaler om. At skabe sig et blik over de gruppedynamikker der er på spil. Det betyder, at vi i fortolkningen skal have for øje, at informanterne vil i interaktion med hinanden forsøge at opretholde deres selvfortællinger og at samtalen kan ses som et socialt ritual. Når gruppen bliver enige om et bestemt indhold, kan det handle om, at de forsøger at genoprette deres sociale relationer (Halkier:2014:91). Se bilag for eksempler på interaktionsanalyse i de tre teams. (Bilag 10)

2.5.6 Udvalgelsesproces til fokusgrupper

Til at deltage i fokusgruppe udvælger vi de tre deltagere der har deltaget i simulationstræning. I hver gruppe er der en KBU-læge og to spl. KBU-lægerne er i et uddannelsesforløb a 3 mdr.s varighed. Udvælgelsen af deltagerne fra de to professioner er foretaget af en ledende overlæge og oplæringsansvarlig spl. Aldersmæssigt er alle under 31 år, og uddannelsesmæssigt har de under 5 års erfaring.

Informanterne deltager i ad hoc teams, og kender ikke hinanden inden simulationstræningen. Interviewet afholdes umiddelbart efter simulationen, og de har derfor et frisk grundlag for at snakke om roller og tværprofessionalitet i interviewet. Det er af pragmatiske og logistiske

grunde, at det afvikles på denne måde grundet et stort patient flow i afdelingen, som umuliggør at informanterne kan gå fra driften. Det vil være svært at samle informanterne til en fokusgruppe senere grundet forskellige vagtplaner og med risiko for frafald af informanter.

Det er en kendt problemstilling at mindre grupper er mere sårbare overfor aflysninger (Halkier:2016:34). Der er størst ledelsesopbakning til projektet jo mindre hospitalsdriften forstyrres, hvilket er endnu et pragmatisk argument for beslutningen om at afholde fokusgruppe umiddelbart efter simulationstræning.

Vi tænker det kan give fokusgruppen en fordel, at de lige har været i simulation sammen, og at det kan give tryghed i samtalen. Det kan på den anden side påvirke deres motivation og lyst for at samtale, hvis simulationen er gået dårligt for teamet, hvilket vi vil være opmærksomme på. Det kan også betyde, at deltagernes refleksioner ikke kommer projektet til gode.

2.5.7 Charlotte som moderator

Som nævnt i forrige afsnit er det vigtigt at have en særlig opmærksomhed på den sociale interaktion. Dette gør vi ved at skabe et uformelt rum vha smil, imødekommenhed. Vi introducerer til interviewet med tydelig opsætning af formål og forløb. Charlotte faciliterer processen, idet at hun ikke har sin daglige arbejdsgang blandt informanterne (se endvidere afsnit om forsker i egen organisation) og hun vil dermed nemmere kunne skabe et rum, hvor informanterne kan blive forstyrret, hvis de skulle tale indforstået med hinanden. For uddybende beskrivelse af rammerne i moderator situationen se bilag 21.

2.5.8 Novicer i hermeneutisk proces

Vores novice status i afholdelse af de tre fokusgrupper betyder at vi undervejs i processen gør os nogle erfaringer. Det indebærer, at vi efterfølgende ændrer på vores spørgeteknik, informanternes og vores position under fokusgruppeinterviewet og inddragelse af hjælpemidler i form af en tegning. Vores spørgeteknik forbedres og det viser sig, at brug af tegning ikke har nogen egentlig konsekvens. (Bilag 11) (Bilag 22)

2.5.9 Anvendelse af tragtmodel

Vi ønsker indsigt i, hvorledes de forskellige deltagere i gruppeprocessen, vil spørge ind til hinanden og kommentere på hinandens erfaringer. Vi har tre overordnede temaer og spørger

ind til deres forståelse af *roller*, hvordan de forstår hvad der kan få et *tværprofessionelt samarbejde* til at fungere og hvad de tænker at *simulationstræning* kan bidrage med?

Vi anvender i projektet en blandet tragtmodel, hvilket betyder, at vi starter med at spørge åbent til vores fokusgruppe og slutter af med en mere stram styring. Vi spørger eksempelvis om:

Hvad kendetegner den rolle du har? (fokusgruppe 1, fokusgruppe guide)

(bilag 12)

Dette er et *åbent* spørgsmål, der lægger op til beskrivelse. Det er lettere for de deltagende at starte med at tale om noget konkret, end at begynde med at forholde sig til abstrakte begreber. Vi bruger også *vurderende* spørgsmål, samt *evaluerende* spørgsmål. For vider beskrivelse af proces se bilag. (Bilag 13) Vi ændrer vores åbningsspørgsmål efter henholdsvis fokusgruppe 1 og 2 idet vi erfarer, at informanterne ikke helt forstår spørgsmålet og ender med følgende start spørgsmål inden fokusgruppe 3:

I: Tak skal i have. Hvis vi tager hul på det første tema, som omhandler noget omkring roller. Det som vi godt kunne tænke os, som I snakkede med hinanden om er; hvilke roller man har som læge, og hvilke roller man har som sygeplejerske. Hvordan ser I jer selv?
--

(bilag 14)

2.5.10 Hvordan transskriberer vi?

Halkier beskriver transskribering som et stykke vigtigt arbejde i forhold til at få sine data på skrift, så man har mulighed for at lave en systematisk analyse. Vi er opmærksomme på, at vi når vi transskriberer, er i gang med en fortolkning, den første meningsanalyse af det sagte. Vi forsøger, ved hjælp af de transskriberingsregler som Bente Halkier foreslår ud fra Bloor et Al (2001) at gøre vores valg synlige, hvilket kommer til udtryk i nedenstående afsnit (Halkier:2014:72).

Vi transskriberer alt hvad vi kan høre på lydoptagelserne og vi transskriberer så ordret som muligt. Når deltagerne hæver sin stemmeføring, transskriberer vi det med brug af versaler. I første fokusgruppe hæver spl Lise stemmen til at starte på, idet hun er ved at blive afbrudt af lægen Lasse, hvilket kommer til at fremgå som følger:

Lasse: (afbryder) ja jeg synes jo

Lise: (hæver stemmen) OG NU VED JEG JO GODT AT VI måler blodtrykket, altså det tænker jeg det ved man nok godt selvom vi er helt ny det forventer de ikke at gøre som læge

(Bilag 12)

Når informanterne har korte pauser, illustrerer vi det ved og når de holder længere pause vil vi skrive (pause). Når der senere i projektet kodes og begrebsliggøres illustrerer tre punkummer ... at der er klippet i sekvensen. Vi beskriver stemninger og lyde i parentes som eksempelvis (griner) når deltageren griner, idet at det er med til at tydeliggøre det billede der er i den sociale interaktion. Hvis informanterne virker ivrige eller anderledes i deres kropssprog vil det beskrives eksempelvis (trommer med fingre på bordet). Denne fortolkning vurderer vi, giver en større læsevenlighed og dermed forståelse for det dynamiske i det sagte og interaktionerne.

2.6 Etiske overvejelser

Etiske overvejelser udgør en væsentlig del af et undersøgelsesfelt. I det følgende vil vi redegøre for de etiske overvejelser i forbindelse med vores projekt, og hvilke tilladelser vi vil indhente for at udføre vores empiri.

Den indsamlede empiri fra både observations - og fokusgruppeinterviewene håndterer vi under hensyntagen til de etiske dilemmaer, som kan optræde i vores undersøgelse. Ifølge Brinkmann er der formelle etiske regler alt efter hvilken type projekt vi skriver. Almindelige humanvidenskabelige forskningsprojekter - hvilket vi kategoriserer vores projekt under - skal hverken anmeldes eller godkendes af Centrale videnskabsetiske komite (Brinkmann og Tanggaard:2020:584).

Der er etiske regler og retningslinjer af mere vejledende karakter, der derfor kan være nyttige. De kan i positiv forstand fungere som tommelfingerregler, og ses som et nyttigt tænkeredskab for os som kvalitative forsker (Brinkmann og Tanggaard:2020:597). De fire tommelfingerregler vi omtaler, og tager højde for gennem vores empiri er: *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrolle* (Brinkmann og Tanggaard:2020:597). De er vores ramme for en etisk protokol og fungerer som vores etiske påmindelser gennem arbejde med alle projektets faser.

2.6.1 Etiske overvejelser i forhold til informanterne

Informeret samtykke

Inden afvikling af vores interviews sørger vi for at indhente *informeret samtykke*, udformet som en samtykkeerklæring (Bilag 15). Informanterne bliver informeret både skriftligt og mundtligt om undersøgelsen og indholdet i samtykkeerklæringen, inden de skriver under og interviewet starter. Vi sikrer, at de er indforstået, ved at høre dem om de har forstået det der står. De skal skrive under på, at de deltager frivilligt og at de kan trække deres samtykke tilbage. For yderligere beskrivelse af indholdet henviser vi til bilag. En uges tid inden simulationen afvikles, modtager de et informationsbrev (Bilag 16), hvor der er oplysninger om formålet med at vi deltager som observatører, og planen for det efterfølgende fokusgruppeinterview. (Brinkmann & Tanggaard:2020:598).

Fortrolighed

Som forskere i menneskelig adfærd har vi et stort ansvar over for de mennesker vi får lov at observere og optage (Brinkmann & Tanggaard:2020:210). Ud fra dette perspektiv sikrer vi fortrolighed i form af anonymitet af de involverede informanter ved, at samtykkeerklæringen opbevarer og behandler vi fortroligt, og sørger for at navne erstattes af pseudonymer og at gøre informanterne uigenkendelige i transskriberingen. Begge i gruppen læser hinandens transskribering og meningskondenseringen og tolkningen vil vi lave i fællesskab. Dermed ser vi om og sikre os at anonymisering sker i det afrapporterede materiale.

Konsekvenser

Vi er opmærksomme på, at informanternes deltagelse i interview ikke skal få *konsekvenser* for dem. Vi er bevidste om, at ved at lade sig interviewe, at åbne sig og fortælle om personlige oplevelser og holdninger kan have en *forførende* effekt, som gør at de kan fortælle ting eller afsløre informationer de fortryder senere (Brinkmann & Tanggaard:2020:599). Vi sørger for at tage vare på de personer der er en del af vores forskning, ved at være tydelige omkring hvad projektets hensigt er og i hvilken sammenhæng vi forventer at offentliggøre de fund der måtte fremkomme.

Når vi undervejs i interviewet afrunder et tema, søger vi en bekræftelse på, at interviewernes fortolkninger er korrekte og sande, ved at spørge; '*Vi afrunder her - og jeg samler lige op. Er*

det rigtig forstået af...?(Andreasen et al:2017:144). Med dette sikrer vi, at eventuelle *forvrængninger* af informantens udtalelser undgås, og vi er opmærksomme på, at dette er den hermeneutiske udfordring gennem hele vores empiri bearbejdning.

Forskerrollen

Den sidste af de fire etiske påmindelser i vores arbejde med projektet er *forskerrolle*, og er en vigtig brik i kvalitativ forskning. Når man laver kvalitativ forskning, er *forskeren* selv det primære forskningsredskab, og forskeren som person spiller en vigtig rolle for kvaliteten af den videnskabelige viden, og af de etiske beslutninger der træffes. Man bruger sin erfaring og sensitivitet til at gøre iagttagelser, stille spørgsmål og lytte efter svar (Brinkmann & Tanggaard:2020:599).

I planlægningen af afviklingen af, dels vores observationsstudier og fokusgruppeinterviews, tilstræber vi at forholde os til etiske spørgsmål undervejs i hele processen., og her spiller forskerens erfaring og viden en vigtig rolle for at træffe de rigtige etiske valg. Interviewsituationen kan bære præg af magt og asymmetri mellem informanterne og forskeren, idet forskeren vil indtage en højere hierarkisk position end informanten.

Magten består i, at vi som undersøgere tager metodevalg, formidler en bestemt historie, og vinkler opgaven efter eget formål (Andreasen et al:2017:176). Nuancerne i forskningen kan gå tabt, og som undersøger forebygger vi disse bias ved at være bevidst om magten over både materialet og analysen (Andreasen et al:2017:171).

Vi præsenterer deltagerne i projektet for vores egen profession og tydeliggør, at vi har en opmærksomhed på, at vi netop ser ud fra vores egen professions forforståelse, men at vi har blik for lægeprofessionen ved at have læst om, historie, udvikling og bekendtgørelser.

Charlotte er uddannet spl og simulatorinstruktør, men har *ikke* tilhørsforhold til organisationen, og er ikke præget af forforståelse for kulturen i organisationen, hvilket også er bestemmende for at hun får rolle som moderator. At vi begge deltager som observatører og i fokusgruppen bevirker, at vi ser og hører mere.

2.6.2 Rollen som forsker i egen organisation

Vi tager udgangspunkt i en problemstilling på Lenas arbejdsplads, og det stiller Lenas rolle som forsker anderledes end resten af gruppen. Vi er bevidste om, at Lenas rolle og handlinger kan skabe nærhed og distance til undersøgelsesfeltet (Andreasen et al:2017:144), og at der kan være fordele og ulemper ved begge. Selv om Lena forsøger at være neutral, så er der ingen tvivl om, at hendes rolle som (kollega i akutafdelingen) bevidst eller ubevidst påvirker processen, da hun er en af nøglepersonerne i in situ simulationstræning i akutafdelingen, og uundgåeligt møder egne kollegaer i simulationstræningen. Derfor vælger vi at Lena ikke indtager moderator rollen i de tre fokusgrupper.

Lena har en væsentlig rolle som bindeled mellem studiegruppen og akutafdelingen, både praktisk og forståelsesmæssigt. Lena tager kontakt til ledere og instruktører og sikre in situ simulations afvikling er en aftale, og at informanterne kan gå fra til det. Undervejs har gruppen spørgsmål af uddybende karakter omkring akutafdelingens udfordringer, kultur og om hvilke ønsker der er for afvikling af in situ simulationstræning i afdelingen, som Lena har besvaret så objektivt som muligt. Det er dog sandsynligt, at hun undervejs i forløbet har været fortolkende i sine forklaringer og i sin nærhed til undersøgelsesfeltet.

Der er fordele ved at være tæt på undersøgelsesfeltet. Lena har været i akutafdelingen i flere år, og kender både lederne, instruktørerne og en del af medarbejdere fra Akut 1 og 2. Det er derved nemmere for gruppen at foretage observationer og få lov til at *låne* medarbejdere til de efterfølgende fokusgruppeinterviews. Vi får adgang til et stort datamateriale på grund af denne nærhed. Ulempen ved nærhed er, at Lena gennem sin tætte relation til instruktørerne og deltagerne muligvis påvirker dem. En af deltagerne siger; *”uh ha....skal skal du se på mig i dag, Lena?”* Lena sørger for at understrege, at det ikke er deltagerne som person hun observerer i dag (Andreasen et al:2017:128).

3. Teori der inddrages i diskussionen

3.1 Professions teorier der inddrages i diskussion

Vi nævner i vores problemfelt Sine Lehn-Christiansen og Andy Højholdt idet de skal hjælpe os med at kaste lys over dele af projektets problemformulering. Vi fremhæver essensen i de dele af deres teori, som vi anvender i diskussionen.

Højholdt er i sin bog *Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis* (2016) optaget af, hvilken rolle og ansvar den enkelte profession tager for at løse sin del af opgaven i det tværprofessionelle samarbejde. Han ser at tværprofessionelt samarbejde handler om læring. Højholdt har et socialkonstruktivistisk syn på tværprofessionelt samarbejde. Det kommer til udtryk i hans syn på, at læring kan ske i samspillet mellem professionelle, der bidrager til samarbejdet med hver deres professionsidentitet, og de værdier den enkelte har med sig, præger den kontekst der samarbejdes i (Højholdt:2016).

Lehn-Christiansens bog *Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis* (2016) komplimenterer med en forståelse af, hvordan konteksten har betydning for det samarbejde som de professionelle har mulighed for at vise, og at samarbejdet er påvirket af magtstrukturer. Lehn-Christiansen bearbejdning af begrebet tværprofessionalitet tager udgangspunkt i en tværvideenskabelig optik inden for en human og samfundsvidenskabelig tilgang (Lehn-christiansen:2016:21).

3.2 Læringsteorier der inddrages i diskussion

I diskussionen inddrages dele af interpersonel læringsteori af John Dewey (herefter Dewey) (1859-1952) amerikansk professor i filosofi og pædagogik i Chicago. Vi tager afsæt i hans værk *Erfaring og opdragelse* (2008). Vi er inspireret af teorier om erfaringernes betydning i læreprocesserne og hans teser om "Learning by doing". Dewey's vidensopfattelse er en form for refleksiv handlingsviden.

Vi ønsker at kaste lys over den læringsteoretiske vinkel på, hvordan simulationstræning kan bidrage til opøvelse af tværprofessionelt samarbejde. Vi er optaget af Deweys syn på vane-mæssig handlen og læring gennem erfaring og de dimensioner der ligger heri som principperne for kontinuitet og samspil. Hermed er Dewey som teoretiker optaget af, at viden opnås

gennem aktiv handlen, samt gennem påvirkning fra omgivelserne, og at der ikke findes en objektiv sandhed, hvilket synliggør Deweys pragmatiske videnssyn.

En anden teoretiker vi er inspireret af er Donald A. Schön (herefter Schön) (1930-1997) amerikansk psykolog og læringsteoretiker har begået bogen *Uddannelse af den reflekterende praktiker - tiltag til en ny udformning af undervisning og læring for professionelle* (2013) Han synes at være inspireret af Dewey's udforskning af tænkning og refleksion.

Ligesom Dewey gør han op med en antagelse om, at rationelle overvejelser går forud for vores handlinger. Schön prøver at beskrive, hvordan professionelle tænker, når de arbejder. De professionelle ved som regel mere, end de er i stand til at give udtryk for (Schön:2001:29). Schön kommer med et bud på hvordan praktikere tænker og handler i praksis, hvordan disse former for tænkning og handling udvikles og hvad det betyder for vores forståelse af læring. For Schön indgår tænkning, refleksion, handling og læring i et nært indbyrdes samspil (Schön:2001:30).

Vi anvender hans begreber viden-i-handling og særligt refleksion-i-handling til at belyse hvordan simulationstræning kan bidrage til tværprofessionelt samarbejde. (Schön:2013). Begge er optaget af, at læring sker i samspil med andre, og vi mener at de sammen kan give læringsmæssige perspektiver på det der fremkommer af empiri fra rollespillet i simulationen., og være med til at besvare vores problemstilling.

3.3 Didaktisk teori der inddrages i diskussionen

Werner Jank & Hilbert Meyer har med deres bog *Didaktiske modeller* skrevet en grundbog i didaktik. Vi tager udgangspunkt i kapitel 3 strukturmodel for undervisningen, der handler om den hermeneutiske strukturmodel. Modellen anvendes som ledestjerne for projektets didaktiske overvejelser. Vi ønsker en viden om, hvilken betydning spillets didaktiske design kan få for udviklingen af tværprofessionelt samarbejde og bruger modellens 5 strukturelementer, der består af undervisningens målstruktur, indholdsstruktur, socialstruktur, handlingsstruktur og processtruktur til at få blik herfor (Jank & Meyer:2006).

Hvor Dewey og Schhön kan hjælpe os med at forstå de professionelles rolleudførelse og rolleforståelse, hjælper Jank og Meyer med at få blik for spillets didaktiske rammer og hvordan disse rammer kan have betydning for det tværprofessionelle samarbejde hvilket bliver sat i spil i diskussionen.

4. Fremstilling af empiri

Efter at have meningskondenseret og kodet og set på alle tre teams præsentarer vi inden vores fremstilling af vores empiri fra både observationsstudie og fokusgrupper de tre teams. Casen og de læringsmål der er for rollespillet præsenteres nedenfor.

4.1 Konteksten

Simulations Træningen afvikles på akutafdelingen på en patientstue. *Patienten* spilles af en figurant, der er vant til at spille med i simulationerne, og er selv spl. Tidsrammen for simulationstræningen er briefing 10 min. - simulation 20 min - debriefing 30 min (se afsnit 1.3). Simulationen faciliteres af en lægefaglig- og en splfaglig instruktør. Deltagerne skal sammen i deres team modtage en 32-årig kvindelig patient, der indlægges via egen læge med en foreløbig diagnose: OBS galdesten. Hun har stærke smerter i højre side, der startede aften før. De læringsmål der er opstillet for de deltagende er: *samarbejde, kommunikation og ledelse og herunder øvelse i ABCDE-algoritme.*



Eget billede: patientstue med figurant og deltager



Egne billeder; patientstue på akutafdelingen.



Eget billede: deltagerne i simulation under debriefing

4.2 Præsentation af informanter og team 1 - 2 -3

Nedenfor præsenterer vi vores informanter i de tre teams, som vi følger under vores observationsstudie og efterfølgende har fokusgruppe med. De kender ikke hinanden på forhånd. KBU-lægerne er ude i deres første sundhedsfaglige job. Spl i hvert team kommer fra hver sit afsnit.

Team 1 består af *spl Lise* og *Mille* og *KBU-læge Lasse*. Lasse har været på akutafdelingen i få måneder. Mille har været ansat på akutafdelingen i under et år og Lise har været på akutafdelingen i under 6 år. Teamets samarbejde er præget af, at de har svært ved at nå til enighed om rækkefølgen af deres opgaveløsning. De får ikke klarlagt deres roller til at starte med.

Stemningen i teamet er rolig og effektiv. Det observeres at Lise og Mille tager plads i scenariet, men at lægen Lasse også kommer på banen.

Team 2 består af *spl Søren og Ida og KBU-læge Martin*. Martin har været på akutafdelingen i få dage og har været færdiguddannet i 3 måneder. Søren har arbejdet på akutafdelingen i under et halvt år. Ida har arbejdet på akutafdelingen i ca. et halvt år.

Teamets samarbejde præges af, at de har udfordringer i at få klarlagt deres roller fra starten. De er ikke enige om i hvilken orden deres arbejdsopgaver skal udføres. Stemningen i teamet fornemmes roligt, men en anelse spændt. Det observeres, at lægen Martin forsøger at tage styring i modtagelsen og at det bliver blandet modtaget af *spl Søren og Ida*.

Team 3 består af *spl Tine og Merete og KBU-læge Rune*. Rune har været på akutafdelingen i knap et halvt år. Tine har været ansat på akutafdelingen i knap et år og har over 7 års erfaring som *spl*. Merete har været ansat i akutafdelingen i under 3 år.

Teamets samarbejde er kendetegnende af at de fra starten får uddelegeret roller til hinanden. De har undervejs glidende opgaveløsning. Stemningen i teamet fornemmes fokuseret. Det observeres, at *spl Merete* fylder mere end aftalt, men at teamet tilpasser sig hinanden.

4.3 Observationsstudie

I dette afsnit vil vi se på de tre observationsstudier, der er en del af vores empiri, og som udover observation af det tværprofessionelle samarbejde i et ad hoc team er rettet mod at undersøge simulationsmetoden.

4.3.1 Meningskondensering, fortolkning og kodning

Vi starter med at meningskondensere, lave meningsfortolkning, kode og til sidst finde temaer for de tre observationsstudier. Følgende tabel og billeder illustrerer og dokumenterer denne proces.

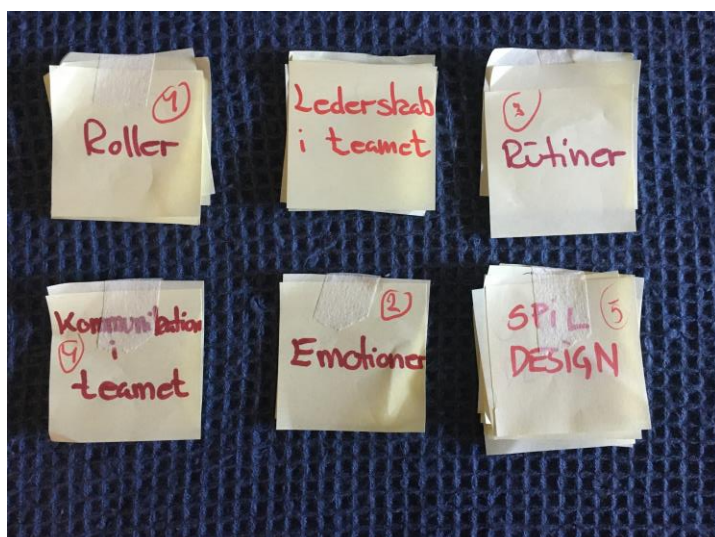
<u>Observationer</u>	<u>Undersøgerens umiddelbare refleksion i observationen</u>	<u>Meningskondense- ring</u>	<u>Meningsfortolkning</u>
Da runden starter så starter Tine med at sige; “Jeg foreslog jeg blev ude”men det er svært at stå der - ikke at kunne høre...	...Giver det mere anerkendelse at være tæt ved patienten eller hvad mon det handler om?	Tine er i tvivl om hendes rolle i teamet, og har ikke haft en oplevelse af at hun har været så meget med.	refleksion over egen rolle

(Bilag 17)

Vi bruger vores fire undersøgelsesspørgsmål som analyseredskab, til at se på de fire observationsstudier, for at have en struktur for den videre analyse; 1. *Hvilke tegn ses på at de påtager sig forskellige roller og hvordan kommer det til udtryk?* 2. *Hvilke handlinger fra de forskellige professioner påvirker det tværprofessionelle samarbejde i simulationen?* 3. *Hvilke refleksioner over tværprofessionelt samarbejde ses tegn på og hvordan kommer det til udtryk efter simulationen?* 4. *Hvilke handlinger i simulationsspillet påvirkes af de didaktiske tiltag?*

For at holde en forløbsmæssig systematik, inddeler vi data under simulations spillets faser; *briefing, før scenarie start, scenarie, debriefing*. Vi vælger denne fremgangsmåde for at skabe et overblik over, i hvilke faser der især forekommer tegn på handlinger og refleksioner. De fulde optegnelser af de tre observationer fremgår af bilag 17, 18 og 19.

Billedet viser opdelingen i simulations spillets faser under et undersøgelsesspørgsmål. Det illustreres med udklip fra den skriftlige dokumentation af observationsstudierne meningskondensering og meningsfortolknings processen.



Billedet viser vores kodning og yderligere datareduktion. (eget foto)

Vi udfolder eksempler på observations sekvenser og meningskondensering mhp at gøre vores tolkning og forståelse transparent under hvert af de valgte temaer.

4.3.2 Rutiner

Vi forstår rutiner og vaner som måder på opgaveløsning der over tid er indarbejdet og som opleves at give personlig effektivitet i ens arbejdsliv. Vores data peger på at fastholdelse af rutiner har en betydning. Vi observerer, at spl før scenarie start har rutiner for hvordan de går til opgaverne. De vil gerne gøre som de plejer og holder fast i hvilke rækkefølge opgaverne skal prioriteres, hvilket kommer til udtryk på forskellige måder.

Vi ser, at spl Søren i nedenstående eksempel, har svært ved at afvige fra hans faste rutiner, og gerne vil have at spl skal starte inde ved patienten, da det er den kendte rutine.

Observation i før scenarie start	meningskondensering
Søren forsøger sig med at sige; “ skal vi ikke gøre som vi plejer....at vi som sygeplejersker går ind først...?” Martin; “jeg snakker med hende til at starte med - og går med ind” Ida siger stadig ingenting, og Søren nikker - men ser ikke helt tilfreds ud	Søren vil gerne gøre som “vi plejer”, men affærdiges og virker ikke tilfreds men siger ingenting

Observation 2, s. 5

Det kunne tyde på at Søren holder fast i hvad han kender og over for Martin forsøger at tage styring på opgaveløsningen ved at sige, at spl skal gå ind først (og så senere kontakte lægen,

så han kan komme red.). Søren's kropssprog og mimik viser at han følger lægen og gør som lægen foreslår.

Her ses en sekvens fra en observation i team 2 hvor der ses at brud på rutiner kan gøre spl mere usikker.

observation i debriefing	meningskondensering
Søren fortsætter - da splfaglig instruktør ser på ham - men han virker usikker i hvad han skal svare - så det kommer i sætninger; “Det man er vant til er man bedre i....jeg bryder mig ikke så meget om det....jeg føler mig mere sikker i at modtage alene....så kan jeg ringe til lægen og fortælle hvad jeg har triageret til.....det er det vi er vant til her på afdelingen”	Søren bryder sig ikke om at modtage sammen, vil hellere modtage selv og så kontakte lægen.

Observation 2 s. 19 (Bilag 19)

Vanen giver spl en oplevelse af at agere bedre. Det kunne tyde på, at spl ikke bryder sig om, når rutiner brydes, det kan medføre usikkerhed.

4.3.3 Opsummering af temaet rutiner

Flere situationer hvor der er brud på rutiner og vaner peger på, at det udfordrer professioners forståelse for hvordan man bedst går til en fælles opgave. Begge professioner forsøger at fastholde deres egen kendte tilgang til opgaven. Der er eksempler på at '*plejer*' og hvad man er vant til, er svært at afvige fra, både for lægen og spl. Det peger på, at rutiner også kan handle om at de føler sig mere sikker i deres egen måde at gøre det på, og dermed giver dem følelsen af større personlig sikkerhed og effektivitet i opgaveløsningen.

4.3.4 Emotioner

Emotioner forstår vi som følelser der kan påvirke personers handlinger. De kan komme til udtryk både verbalt og kropsligt. Vi forstår emotioner som umiddelbare, og som kan opstå meget hurtigt – hvor følelser opstår lidt efter lidt. Emotioner bevæger os altid til enten at handle eller holde op med at handle, men de kan håndteres gennem afbrydelse eller afledning. (Aau. kommunikation. søgedato 20.4.2021)

Der er tidligere i projektet beskrevet, at det at simulations træne i akutte situationer kan give de professionelle en både kognitiv og kropslig erfaring ved fysisk at opleve egen rolle i den akutte situation. Vi ser, at hos enkelte deltagere kan det opleves ubehageligt, hvilket ses i følgende sekvens med spl Ida.

Observation debriefing	meningskondensering
Ida “jeg mister overblikket inde i hovedet”. det er min egen utryghed der taler, for jeg har ikke så meget erfaring og så bliver jeg utryg når jeg mister overblikket” “det er ubehageligt at miste overblikket” - og hun bruger mange fagter når hun taler - og slutter med at sige; “ jeg synes ikke at det er skide nemt.” (sidder og gnider sine hænder så de er helt røde) (gestikulerer med opgivende hænder)	Ida føler at hun mister overblikket ved at rende ind og ud af stuen og kan ikke lide det tab af kontrol som det medfører idet hun bliver utryg. Ida gnider sine hænder så de er helt røde.

Observation 2 s. 19 (Bilag 19)

Det kan tyde på, at det ikke at have så meget erfaring som spl kan spille ind på hvordan man ser sig selv. Det betyder noget, at føle man har overblikket, og hvis man kommer i en situation hvor man presses for meget og mister følelsen af kontrol.

4.3.5 Opsummering af temaet emotioner

Vores observationer viser flere tegn på emotioner i simulations spillet der kan påvirke deltageres adfærd og handlinger. Vi iagttager tegn på, at de ikke føler sig tilpasse og at det måske kan have en betydning for, hvordan de kommer til at handle i spillet. Vi iagttager at stemningen i lokalet har en betydning for teamet.

4.3.6 Spildesign

De didaktiske overvejelser er en del af forberedelserne for instruktøren ved afvikling af den simulationsbaserede undervisning. Simulations spillet foregår via praktisk øvelse og samtale mhp refleksion hen over 3 faser; *briefing*, *scenarie afvikling* og *debriefing* og alle faser tillægges lige stor betydning. I vores observationer har vi også *før scenarie start* med for at kunne observere deres interaktion med hinanden.

Vi observerer i nedenstående situation fra Team 3, at der er en god stemning på stuen mellem instruktørerne. Spl der skal spille patient i scenariet kommer i god tid og er klædt ud til rollen.

Observationer i briefing	Meningskondensering
Splfaglig instruktør + ny instruktør og 2 observatører er i god tid på stuen. Der hygges og drikkes kaffe. Figuranten indfinder sig. Hun har klædt sig ud som en ældre dame med støttestrømper - fået lavet sorte rander under øjnene. Hun udveksler lige kort lidt med instruktøren - men har spillet rollen flere gange - og de går hurtig fra hinanden igen. Hun sætter sig hurtigt på sengekanten og vender ryggen mod instruktørerne.	Der er gjort klar til simulation, og der er hyggelig stemning. Figuranten er kommet og der udveksles lidt beskeder mellem instruktør og figurant, som kender hinanden. Hun forbereder sin rolle ved at vende ryggen til.

Observation 3 s.2 (Bilag 17)

Det kunne tyde på, at instruktøren har planlagt med figuranten, som er en kollega fra afdelingen, at hun nemmere kan holde en distance til deltagerne ved at klæde sig ud og indfinde sig i sengen for at begynde at komme ind i rollen som patient, og dermed underbygge det virkelighedstro i scenariet.

I scenariet ordineres medicin af lægen Lasse. Spl Mille der skal hente medicinen, kigger over på instruktøren.

Observationer scenariet	Meningskondensering
Mille siger at hun 'leger' hun går efter medicin - Instruktøren korrekter hende - og siger hun skal gå efter det rigtigt. Lasse finder selv på at simulere han står ved en pc og ordinerer en undersøgelse - - splfaglig instruktør afbryder ham - og beder ham om at gå hen til den anden pc...	Instruktøren fastholder at det skal være tids- tro selvom aktørerne selv 'opfinder' handling

observation 1 s.5 (Bilag 18)

Det kan tyde på at deltagerne her vælger at *lege man bare gør det*, da de tror det er i orden, men instruktøren korrekter dem og beder dem om at gøre det rigtigt for at opretholde det tids- tro element i spillet.

Instruktørerne ønsker, at handlinger skal udføres virkelighedstro og tidstro handlinger i spillet. Vi observerer at deltagerne efterspørger respons fra instruktørerne, som der ses en observation på i Team 3

Observationer scenariet	Meningskondensering
Tine kommer tilbage “jeg er tilbage med agas” hun kigger spørgende hen på den spl-faglig instruktør og lægefaglig instruktør....og får sagt ind på stuen igen at der er kommet svar på den.... Hun kigger spørgende over på instruktøren og gentager hun er tilbage med agas - for at indikere at hun mangler et svar.	Der er lidt usikkerhed fra instruktørerne, da de ikke lige er helt forberedt på de oplysninger

observation 3 s. 12 (Bilag 17)

Det kan pege i retning af at instruktøren ikke er forberedt på spillets udvikling og derfor kan komme til at forstyrre spillet. Hvilket ses idet spl som her i eksemplet efterspørger resultat på prøvesvar for at kunne orientere hendes team og at de sammen kan komme videre i deres samarbejde.

Scenariet i team 2 er ved at nærme sig sin afslutning rent tidsmæssigt. Søren og Martin går rundt på stuen uden at tale sammen. Ida er tidligere gået efter medicin.

Observationer scenariet	Meningskondensering
Stilheden afbrydes pludselig af instruktøren, som siger; “ så slutter vi”. Spl Søren og læge Martin der er på stuen, kigger op - der siges ikke noget - ingen savner lige spl Ida der er gået efter noget, og er ikke på stuen. Stolene bliver automatisk stillet frem i halvcirkel af instruktøren - Figuranten sætter sig op - siger ingenting. Instruktøren kigger ud på gangen efter Ida... hun ved ikke at det er slut	Instruktøren afslutter scenariet ved at instruktøren med hovedet nede i sine papirer siger “ så slutter vi” der er ikke yderligere kommunikation om hvad der nu skal ske. Men rummet bliver gjort fysisk klar til debriefing

observation 2 s.14 (Bilag 19)

Instruktøren overholder tiden og afslutter scenariet. Han er tro mod at overholde de 20 minutter der er afsat. Han ser ikke op fra sine papirer inden, hvilket bevirker, at han tilsyneladende

ikke registrerer at Ida ikke er tilbage på stuen. Der bliver ikke sagt yderligere inden at deltagerne går over i debriefing fasen og deltagerne må selv finde ud af at komme ud af deres rolle i spillet.

Vi ser at instruktøren vælger at afslutte debriefingen med at give deltagerne et overblik over hvad de har sagt undervejs i debriefingen.

observation debriefing	meningskondensering
Instruktøren samler trådene, og siger at det han hører dem sige, er at; de følte de var i vejen for hinanden - rollefordelingen var uklare - lederskabet var utydeligt, og de skulle have aftalt inden'. De nikker allesammen.	Instruktøren opsamler på det han hører dem sige at deres læringsudbytte er

observation 1 s. 14 (Bilag 18)

Instruktøren tager en rolle, som han der skal lave en opsamling på, hvad deltagernes samlede læringsudbytte som team er. Det tyder på at i denne situation er der udfordringer der har været svære for teamet, og der overvejes ikke at have en særlig fokus på de opmærksomhedspunkter de blev udfordret på gennem en prioritering i debriefingen.

4.3.7 Opsummering af temaet spildesign

Vi ser at instruktørens sprogbrug samt praktiske informationer under rammesætningen i briefing kan have en betydning, idet det påvirker deltagerne i scenariet.

Figuranten i spillet er klædt godt på til rollen og det underbygger det virkelighedstro i scenariet. Når instruktørerne i spillet er proaktive i spil handling virker det som om at det giver det deltagerne færre forstyrrelser i deres ageren. Det kan tyde på at måden instruktøren får afsluttet et scenarie og hvordan deltagerne kommer, ud af deres roller kan have en betydning.

4.3.8 Lederskab i teamet

Vi forstår lederskab som at lede mennesker og relationer, at lede faglig opgaveløsning og involvere og sikre følgeskab af kolleger (Haslam:2011). Vi observerer, at forsøg på at lede faglig opgaveløsning og lede kolleger påvirker de deltagendes relationer og handlinger i simulationstræningen. I det følgende giver vi eksempler herpå.

Vi observerer tegn på, at lægerne ofte forsøger at tage *lederskab i teamet* i starten. De kommer med forslag til, hvordan teamet skal gå til den fælles opgave. De vil gerne uddelegere opgaver til spl. I team 2 har de lige hilst på patienten (figuranten) og skal til at gå i gang.

observation scenarie	meningskondensering
Lægen Martin er den første der bryder tavsheden, og indtager straks lederrollen. Han kommer med forslag til hvordan de skal gribe det an.... ...Tonen er lidt bestemt mellem Martin og spl Søren - og Martin retter direkte henvendelser til Søren og Ida som dog ikke rigtig svare tydeligt tilbage...	Lægen Martin har taget en lederrolle i scenariet er klar til at være i rollen, og spl Søren og Ida byder ikke ind. Der er bestemt tone fra Martin mod Søren. Ida er i rummet med lukket kropssprog. Søren holder sig bag Martin

observation 2, s 4 og 8 (Bilag 19)

I ovenstående observation kan det være et tegn på usikkerhed der medfører at de to spl ikke tager lederskab, idet at Ida stiller sig i baggrunden og Søren holder sig bag Martin, som er klar til at komme igang. De to spl virker ikke til at ønske en lederrolle ud fra deres adfærd at dømme. Det virker anderledes i det følgende, hvor spl Tine fra team 3 byder ind med forslag til opgaveløsning inden de møder patienten.

observation før scenarie	meningskondensering
Spl Tine bryder stilheden og tager styring...Hun får lavet et overblik over hvordan de kan gribe det an. "Jeg tager computeren og render efter ting. Hun uddelegerer til spl Merete om at hun skal modtage sammen med lægen Rune. Merete virker lige et øjeblik usikker - hvor Tine siger" er det ok med dig?"...." jaaa..." Rune bryder ind og foreslår; "skal vi modtage hende klassisk med ABCDE?" Merete svarer med det samme; "God ide - så stiller du spørgsmål ikke?" Rune siger efterfølgende; "...men du supplerer gerne ikke?" ..De har en fin dialog med hinanden og Tine står og betragter dem med et opmærksomt blik. Merete fortsætter; "vi præsenterer os - og så tager jeg værdier" - Rune nikker.	Med Tine i front lægger de en plan sammen over hvem der gør hvad. De snakker sammen om hvordan de skal gribe det an. Rune foreslår ABCDE og Merete vil have ham til at være den primære person.

Observation 3 s. 7 (Bilag 17)

Tine tager lederskab og byder op til at de andre involveres. Det iagttages, at teamet kommer godt fra start med at uddelegere forskellige roller til hver enkelt. Rune foreslår en ABCDE og er hurtig til at invitere Merete med til at supplere, så det ikke kun er hans ABCDE. Det virker som om, at de i mødet opbygger en relation hvor alles mening er vigtig.

I næste sekvens viser lægen Martin tegn på at ville tage lederskab, idet han indkalder til time out. De har været i gang i scenariet i mere end 10 minutter.

observation scenarie	meningskondensering
Lægen trækker sig tilbage, og afbryder derefter dem - og siger højt at "jeg har brug for en time out" og siger han har brug for at gå en ABCDE igennem sammen med dem - og spørger sygeplejerskerne Søren og Ida om de har noget at tilføje? Søren svarer;ikke umiddelbart" - Ida svarer ikke. Han slutter af med at spørge "er der noget I tænker jeg har overset?" Ingen byder ind. Martin fortsætter " jeg tænker at det kan passe med galdesten"	Martin indkalder til time out mhp ABCDE gennemgang. Han italesætter højt hans tanker og forsøger at få Ida og Søren til at bidrage uden held.

observation 2, s 10 (Bilag 19)

Martin forsøger at finde en faglig løsning ved brug af ABCDE og han involverer sine kolleger heri. De lytter til ham, men giver ham ikke følgeskab i hans ledelse. Søren byder ikke ind med forslag og Ida svarer slet ikke. Det lykkes ikke Martin at få inddraget Søren og Ida eller få hjælp i situationen. Søren og Ida fortsætter bagefter med deres individuelle gøremål. I debriefingen fortæller Martin, hvordan han oplevede det at tage beslutninger uden at inddrage sine kolleger.

Team 1 har i scenariet haft udfordringer med at give plads til hinanden og alle har villet udføre opgaver. De to sygeplejersker og lægen italesætter under debriefingen følgende

observation i debriefing	meningskondensering
Spl Lise "vi har vidt forskellig måde at gøre det på, det bliver lidt hakkende, rodende. Der er ikke en tydelig leder". Spl Mille "svært, hvem der tager teten. Vi mangler at forventningsafstemme. Vi snakker om hvad der skal ske, ikke hvem der gør hvad"Lasse " der er et godt samarbejde, men vi	Der er forskellig måde at gøre det på, det bliver hakkende idet der ikke er en tydelig leder. Teamet mangler at forventningsafstemme

har ikke klarlagt egne forventninger. Vi har hver vores rolle i forhold til hvordan vi behandler en patient”	
--	--

observation 1, s 11 og 12 (Bilag 18)

observation debriefing	meningskondensering
Instruktøren udfordrer dem med; “ hvem var lederen?”De kigger lidt på hinanden.....’ingen...’ siger Lise...de andre nikker.)	Teamet konkluderer at der i scenariet ingen leder er

observation 1, s. 11 (Bilag 18)

I ovenstående observation reflekterer spl over at forløbet bliver hakkende idet der ikke er en tydelig leder og italesætter at de ikke ved, hvem der gør hvad, hvilket lægen bakker op omkring. Dette kan tyde på, at der er en uklar rollefordeling i spillet, spl ender med at reflektere over, at der ikke var en leder.

4.3.9 Opsummering temaet lederskab i teamet

Vores observationer viser tegn på, at lægerne forsøger at tage lederskab som noget af det første og ved hjælp af ABCDE-algoritme. Lægerne har svært ved at få spl til at være deltagende i ABCDE-gennemgang. En læge gør brug af time out for at få sparring i sit team, men spl giver ikke følgeskab på hans forsøg på ledelse. Der ses tegn på at lægen får en position, som den der bestemmer opgave rækkefølgen, hvilket kan være et udtryk for en hierarkisk orden. Det iagttages, at en spl tager lederskab og udviser en involverende tilgang, der tilsyneladende har en afsmittende effekt på det tværprofessionelle samarbejde. Der italesættes at utydeligt lederskab kan give en hakkende oplevelse, og spillet kan påvirkes, hvis der ikke er klare roller.

4.3.10 Roller

Typisk i simulationsspil er der forskellige roller. I disse observationer er der rollen som læge og spl. Lægen der deltager spiller rollen som læge i spillet, og spl spiller rollerne som spl i spillet. Der ses eksempler på, at disse roller kan påvirke hinanden.

Nedenstående eksempel viser at lægen og sygeplejersken har hver deres opgaver.

observation scenarie	meningskondensering
Spl Lise og Mille fylder meget...der er mange løsningsforslag fra dem. Svært at se hvordan de får det struktureret. Lise og Mille tager ledelse på skift. Lægen Lasse tager position ved sengens hovedende for at tale med pt, vil gerne undersøge Spl Mille vil gerne anlægge et perifert venekateter i patientens hånd Mille afventende (fremstår irriteret; står med remedier i hånden, ikke smilende, stiv i kropsholdning, efterfølgende hurtige bevægelser) Lasse flytter sig ned til fodende Mille skal hente noget Lasse flytter sig tilbage til patientens hovedende Lasse undersøger og stetoskoperer patienten	Lise og Mille snakker meget og forsøger på skift at tage ledelse på de handlinger der skal udføres. Lasse har svært ved at finde sin plads da han afbrydes af Mille der har en anden agenda og irriteres af at hun ikke kan komme til, men de snakker ikke sammen

observation 1, s. 7(Bilag 18)

Det iagttages, at de professionelle ikke er enige om rækkefølgen af deres opgaveløsning. Så snart den ene giver minimal plads springer den anden til og deres kropssprog signalerer, at de ikke bryder sig om at vente. De har tilsyneladende hver deres agenda.

4.3.11 Opsummering af temaet roller

Kendetegn for alle tre observationer er, at de professionelle er optagede af egne opgaver i scenariet. Der iagttages at de kan have svært ved at komme til enighed om, hvordan de skal tilgå de forskellige opgaver.

4.3.12 Kommunikation i teamet

Tidligere i projektet er det fremhævet at kommunikation har en betydning for hvordan tværprofessionelt samarbejde kan udvikle sig. I team 2 og efterfølgende team 1 ses eksempler på at kommunikationen tyder på at have en signifikant påvirkning på samarbejdet.

observation scenarie	meningskondensering
Spl Lise afbryder lægen Lasse og dels spl Mille når hun skal udføre hendes handling. Lasse afbrydes midt i en snak da Lise vurderede at tp måling var vigtigere.	Der kæmpes om at få løst opgaverne og de afbryder hinanden. De taler ikke sammen om rækkefølge. De to sygeplejersker kommunikerer ikke med hinanden

Oplever ikke at de (spl) er gode til at kommunikere med hinanden om hvad de tænker og hvor langt de er og hvem gør hvad. Mille har en lidt lukket kropsholdning - modsat Lise der stadig står tættest på patienten.	
---	--

Observation 1, s. 10 (Bilag 18)

Sekvensen viser, at spl Lise udfra deres handlinger vurderer deres opgaver er så vigtige, at de må afbryde de andres handling. Nederste observation viser, at de to spl Lise og Mille ikke er gode til at sparre og kommunikere med hinanden. De henvender sig primært til lægen gennem hele observationsstudiet og har sparsom kontakt med hinanden. Vi forestiller os, at det kan have en sammenhæng med, at spl er vant til at arbejde monofagligt og de til dagligt arbejder på hver sit afsnit.

4.3.13 Opsummering af temaet kommunikation i teamet

Der ses tegn på at de professionelle afbryder hinandens kommunikation og undlader at svare. Det ses, at lægen kommunikerer med begge spl. Det iagttages, at spl sparrer og kommunikerer sparsomt med hinanden indbyrdes.

Efter en analyse af vores fund i de 3 fokusgrupper i kommende afsnit, vender vi tilbage til observationsstudierne for at inddrage de karakteristika vi finder i henholdsvis team 1, 2 og 3 samt det særlige der findes gennem dialogen og interaktionerne i de enkelte fokusgrupper.

4.4 Fokusgruppeinterviews

I dette afsnit vil vi beskrive, hvordan vi med transskriberingen af de tre fokusgruppeinterviews kommer frem til en kodning og en kategorisering og senere en begrebsliggørelse. Formålet med at koge udtalelserne 'ind' til centrale meninger og temaer, er at gøre den store datamængde håndterbar i en analyse og diskussion. Transskriberingen af de tre fokusgrupper er vedlagt opgaven i bilag.

Vi anvender en tabel tilsvarende den i vores observationsstudier for at få overblik over vores kodning og kategorisering i hvert enkelt interview. Tabellen deles op i 4 kolonner: Transskribering, Kodning, kategorisering og den sidste kolonne er observationer fra observatøren om social interaktion i gruppen under interviewet (Bilag 12, 14, 20). Oversigten viser, hvordan

(læst fra venstre mod højre) vores transskriberinger bliver håndterbare og begrebsliggjort i kodningen og derefter fortolket i kategoriseringen.

Transskribering	kodning	kategorisering	interaktion
Introduktion Lasse: Jeg kan lægge ud. Jamen jeg er læge KBU, jeg har været her i 3 måneder og ...	Teamet præsenterer sig for hinanden med deres faglig baggrund/erfaring...	præsentation / erfaring	Lasse kigger på de to andre sygeplejersker når han præsenterer sig

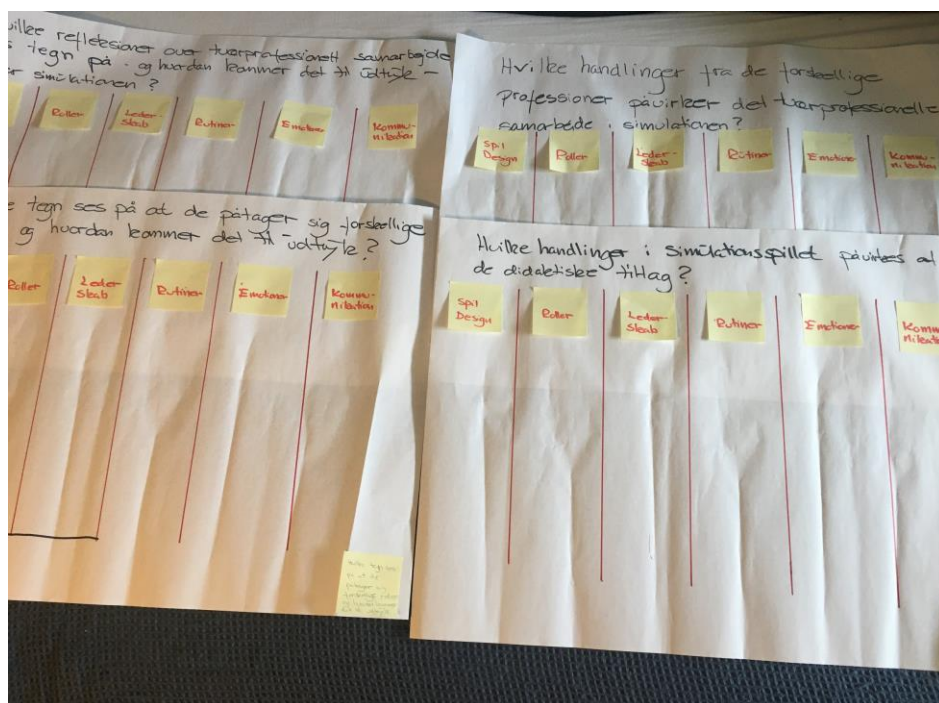
Eksempel på vores kodning, kategorisering af Fokusgruppeinterview 1, s 1 (Bilag 12)

I vores arbejde og fremstilling af de fire observationsstudier fandt vi frem til 6 temaer. Temaer der skal hjælpe os med at svare på vores problemstilling. Med vores fire undersøgelsesspørgsmål som teoretisk ramme ser vi efter udtalelser fra vores informanter i fokusgrupperne, der peger på vores fortolkning af de 6 temaer.

Som beskrevet tidligere i projektet, vælger vi at kombinere vores observationsstudier og fokusgruppeinterviews i en triangulering for dermed at få en grundig og kvalificeret indsigt i vores empiri, hvilket vil sige, at vi kun betragter de fund der bekræftes af begge metoder, som de endelige gyldige fund. De skal give os en mere uddybende forståelse af vores problemstilling.

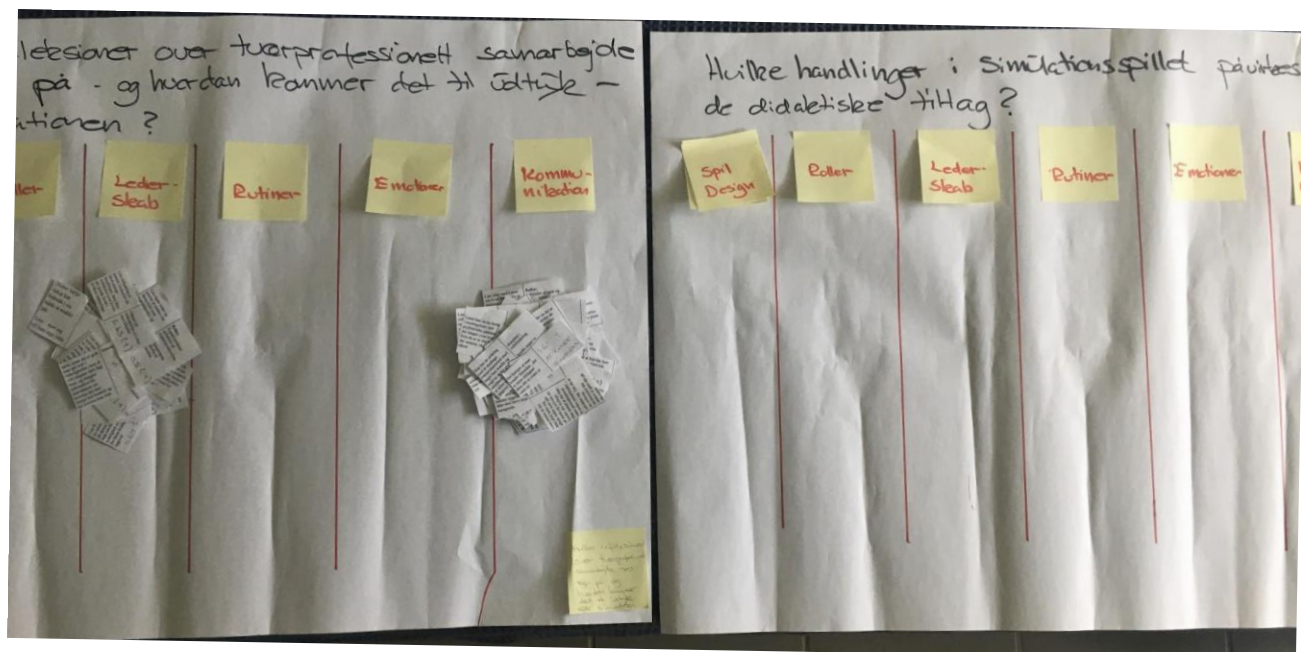
4.4.1 Kodning, kategorisering og begrebsliggørelse

Vi arbejder med samme systematik og har vores fire undersøgelsesspørgsmål skrevet op på hver deres planche med de 6 temaer som vores fokus.



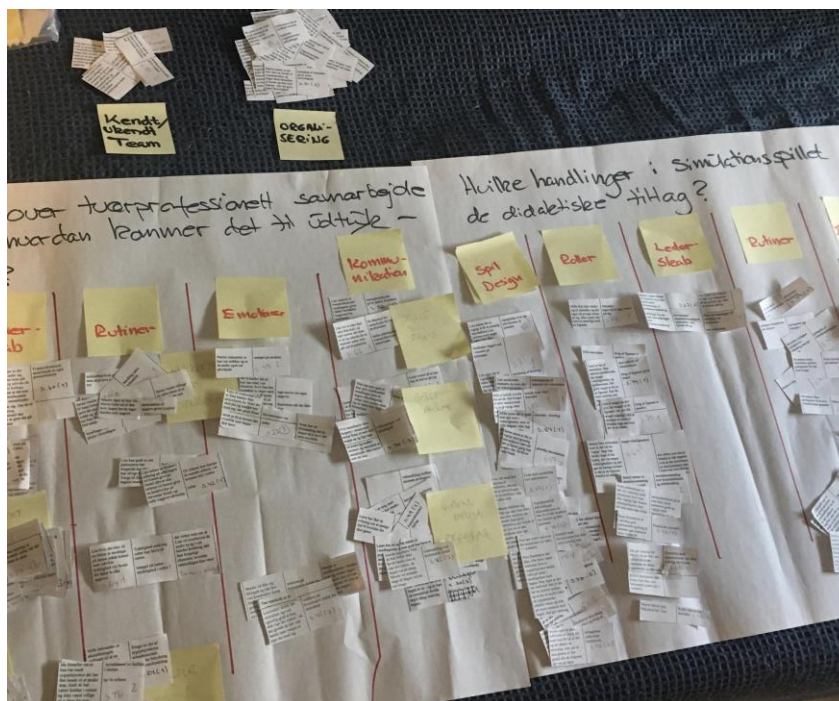
Eget billede af vores 4 plancher med undersøgelsesspørgsmål

For systematisk at få åbnet interviewene og få reduceret materialet, arbejder vi med kodning og kategorisering og begrebsliggørelse ud fra selve empirimaterialet. Når vi begrebsliggør vores data, sættes koder og kategorier i forhold til data igen. Her forsøger vi at se på mønstre, gentagelser og temaer som vi også ser i vores observationsstudier. I denne proces reducerer vi vores fire undersøgelsesspørgsmål. Vi vælger to af vores spørgsmål; *hvilke refleksioner over tværprofessionelt samarbejde ses tegn på og hvordan kommer det til udtryk efter simulationen?* - og *hvilke handlinger i simulationsspillet påvirkes af de didaktiske tiltag?* da det er deres refleksioner over samarbejde og handlinger i spillet og spil designets betydning der er det centrale i denne empiri.



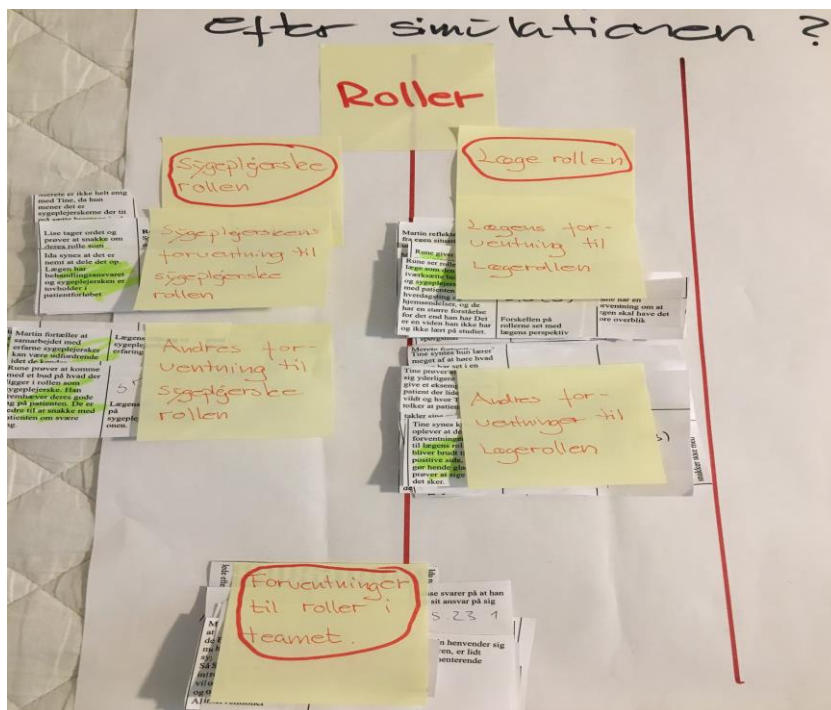
Eget billede af analyseproces fra 4 til 2 spørgsmål

Vi ser at der er sammenfald i fem af temaerne fra vores data fra observationsstudier; *roller*, *rutiner*, *emotioner*, *kommunikation*, og *spil design*. I vores arbejde med empirien konstaterer vi undervejs i processen, at informanterne i fokusgrupperne er mindre optaget af det vi tolker som lederskab, hvorfor at lederskab udgår af vores videre bearbejdning, som et selvstændigt tema. Informanterne taler ikke direkte om det at lede, men i stedet om forskellige roller i teamet, hvorfor at kategorien *roller* indeholder aspekter af lederskab. I vores arbejde fremkommer derimod et fund, som peger mod at *den organisatoriske ramme* kan have en betydning for det tværprofessionelle samarbejde. I vores arbejde med data fra fokusgrupperne får vi dermed 6 kategorier frem.



Eget billede af proces med sammenfald af temaer samt nye fund uden for planchen.

I arbejdet med vores undersøgelsesspørgsmål (*hvilke refleksioner over tværprofessionelt samarbejde ses tegn på og hvordan kommer det til udtryk efter simulationen*) og de 5 temaer der går igen fra observation studierne, finder vi forskellige mønstre og varianter. Vi foretager derfor en yderligere kodning og datareduktion, for at forstå indholdet i det kodede materiale (Brinkmann & Tanggaard:2020:606). Vi finder under kategorien *roller* behov for en opdeling i underkategorier: *sygeplejerskens forventning til sygeplejerskerollen*, *lægens forventninger til sygeplejerskerollen*, *lægens forventning til lægerollen* og *sygeplejerskernes forventning til lægerollen* og *de professionelles forventninger til roller i teamet* for at få en klarhed over hvad informanterne siger, idet at det kan have betydning for deres rolleforståelse i det tværprofessionelle samarbejde.



Eget billede af proces med yderlig kodning af temaet *roller*.

4.4.2 Interaktionsanalyse og Goffman- inspireret analyse

Vi er som tidligere nævnt optaget af den sociale interaktion mellem informanterne i samtalen og dykker via *interaktionsanalyse* og *Goffman-inspireret interaktionsanalyse* ned i enkelte sekvenser for at belyse processen for betydningsdannelserne. Vi bruger denne metode, for at se om der er noget særligt på spil i de enkelte teams og om noget peger på, at der i de tre teams er mønstre i den sociale kontekst. Følgende er et eksempel på den systematik vi anvender i vores interaktionsanalyse gennem projektets videre bearbejdning.

transskribering	kodning	kategorisering	interaktion
Søren:....øh ja den kunne jeg ikke rigtig få kringlet...afbrydes af Martin Martin:....at hele patienten bliver set....eller hvad tænker du? Søren:....øh....jo altså på den måde at øh....ja at....jeg kan ikke lige komme på det	Martin forsøger at hjælpe Søren med at komme frem til hvad han mener.	tværprofessionelt samarbejde	Søren griner usikkert/afvæbnende Martin forsøger igen at hjælpe Søren og får fysisk signaleret at han gerne vil hjælpe ved at læne sig ind over

nu....griner lidt usikkert... det kommer nok....griner lidt afvæbnende...			
---	--	--	--

Fokusgruppe 2, s 4 (Bilag 20)

I sekvensen fornemmes, at Søren ikke kommer i mål med hans udtalelser. Han fremstår usikker og Martin forsøger at hjælpe ham med at komme frem til noget, ved at give forslag og have imødekomende kropssprog. Det at Martin hjælper, kan ses som et udtryk for, at han ser at Søren har brug for hjælp. Der ses en asymmetri i deres kommunikation, hvor Martin er den der udviser overskud og positionerer sig dermed øverst i hierarkiet. I observationen kan man se Martin tager beslutninger for teamet, som Søren ud fra hans kropssprog ikke er enig i. Martins hjælp i fokusgruppen kan være et udtryk for at komme Søren i møde i samarbejdet

Næste eksempel forudgås af lægen Martins refleksion over, at han var hurtig til at tage en beslutning om at patienten var syg og at han derfor valgte at bestemme i scenariet, at der skulle foretages ABCDE, hvortil Søren responderer.

transskribering	kodning	kategorisering	interaktion
Søren: og hvis man lige havde taget en boostersådan lige havde læst melde teksten...og lige havde hørt sekretæren der havde ført patienten ind på stuen, så kunne man måske have taget det lidt mere roligt uden for stuen...	Søren vender tilbage til at man kunne slappe af inden man går ind til patienten og danne sig et overblik ...	stoppe op inden modtagelse af patienten	kigger på Martin

Fokusgruppe 2, s 28 (bilag 20)

I ovenstående sekvens kan vi se, at det virker som om, at Søren synes at han har mere ret i, hvordan han synes at situation skulle været blevet håndteret. Vi tolker dermed, ud fra en Goffman inspireret analyse, at Søren forsøger at opretholde sit selvbillede ved at gribe Martins åbning af selvrefleksion. Senere i interviewet er Søren den første til at grine højt, når Martin italesætter refleksioner over egen mangel på ekspertise (Fokusgruppe 2, s 39, bilag 20).

4.4.3 Datareduktion

Med baggrund i vores brug af 2 undersøgelsesspørgsmål som nævnt i afsnittet, vil denne fortolkningsbaserede datareduktion føre frem til følgende 6 temaer; *roller*, *emotioner*, *rutiner*, *spil design*, *kommunikation i teamet* og *organisatorisk ramme*. I det følgende afsnit udfolder vi eksempler på kodning i fokusgruppe sekvenser under disse tilsammen 6 temaer mhp at gøre vores tolkning og forståelse transparent. Vi er bevidste om, at tolkning og analyse allerede er påbegyndt i denne fremstilling.



Eget billede af endelig fund til videre bearbejdning i projektet.

I vores fremstilling af data nedenfor, vil vi ved hjælp fra vores to undersøgelsesspørgsmål, som nævnt i indledningen til afsnittet, beskrive vores fund i de temaer der går igen fra observationsstudierne, og som er; *roller*, *rutiner*, *emotioner*, *kommunikation*. To af vores temaer, *roller* og *emotioner* fremkommer i vores arbejde med begge undersøgelsesspørgsmål, og derfor vil der under fremstillingen under de to temaer fremgå, om det er refleksioner fra fokusgrupperne over roller i tværprofessionelt samarbejde eller deres refleksion over hvad der påvirker udbyttet af spillet og hvilke emotioner der fremkommer, der kan hjælpe os til at få en didaktisk refleksion over, hvad der påvirker deltagerne. Vi fremstiller vores nye fund; *den organisatoriske ramme*.

4.4.4 Roller

Det at have forskellige *roller* i scenariet kommer til udtryk på forskellige måder i vores fokusgruppeinterviews. Kategoriseringen roller vælger vi yderligere at specificere i ens egen forventning til egen professionsrolle og andres forventninger til den andens profession. Vi deler op i henholdsvis lægerollen og spl rollen, og til sidst rollen i teamet.

Sygeplejerskens egne forventninger til sygeplejerskerollen

Nedenfor ses eksempler fra vores fokusgrupper på hvordan de ser deres egen rolle som spl. Søren har under observationen udtrykt over for Martin og Mille, at han helst vil følge de rutiner som han kender, med at triagere først. Han beskriver her spl's rolle.

Fokusgruppe 2	Kodning
Søren: vi som spl er det første møde med patienten hvor vi... ..vi måler vores værdier...vi går ind og udfører en triage... ..den data vi har - den bringer vi så til lægen og snakker om - så lægen også har et lidt større billede af hvilken patient han eller hun kommer ind til...	Søren forventer som spl- at måle værdier og foretage en triage.

Fokusgruppe 2 s.19 (Bilag 20)

Søren ser spl som den der har det første møde med patienten og skal lave en triage. Søren ser spl's rolle som den der måler værdier. Han ser spl som en der arbejder monofagligt.

Martin anerkender Søren's udsagn om spl's rolle og byder Ida ind i fokusgruppens dialog med spørgsmålet *hvad tænker du?*

Fokusgruppe 2	Kodning
Ida:åhjeg synes den er lidt svært....for jeg synes det er nemt i virkeligheden at dele det op, fordi som du også siger så det rent juridiske, så det nemt at sige at lægen har behandlingsansvaret og sygeplejersken er på papiret langt hen af vejen tovholder i patientforløbet, fordi vi samler enormt mange tråde fra læge, ergo fra fys	Ida synes at det er nemt at dele det op. Lægen har behandlingsansvaret og sygeplejersken er tovholder i patientforløbet

fra diætister og fra alt hvad der ellers er, så sygeplejersken har altid sådan en blæksprutefunktion - sådan ser jeg det ihvertfald...	
--	--

Fokusgruppe 2 s.8 (Bilag 20)

Idas syn på spl's rolle er anderledes end Søren's og hun nuancerer dette på en anden måde. Hun ser spl som tovholder for patientforløbet og hun skal samle trådene fra mange tværprofessionelle samarbejdspartnere. Hun siger at spl ikke har juridisk behandlingsansvar, men at der ligger ansvar i funktionen som tovholder.

Idas udtalelser peger på at hun ser spl være leder i det kliniske forløb. Vi kan dermed tolke at indirekte bør spl have kompetencer ud i samarbejde, klinisk lederskab, så selvom hun ikke har juridisk, har hun indirekte ledelsesansvar i det daglige

Ida fortsætter sin refleksion over rollen som spl.

Fokusgruppe 2	Kodning
Ida: Men jeg tror i virkeligheden faktisk ikke at vi gør det så forskelligt - hvis jeg skal være helt ærlig - vi har en forskellig faglig baggrund, men selve modtagelsen tror jeg faktisk er meget ens....altså det splfaglige er ikke meget anderledes end det lægen vil gå ind og spørge om... ...så den måde så synes jeg ikke nødvendigvis at det skal være en læge der leder en modtagelse.	Ida spørger ind til symptomer, hvilket lægen også gør og derfor synes hun ikke at det nødvendigvis skal være en læge der styrer modtagelsen

Fokusgruppe 2 s.18 (Bilag 20)

Ida italesætter at læge og spl har forskellig baggrund, men at der er ligheder i den dataindsamling der indhentes ved patienten i modtagelsen og derfor tænker Ida at det også kan være en spl der kan styre modtagelsen. Ida sætter dermed Martins forventning til sig selv om, at han skal have lederroller til forhandling. Martin griber senere bolden og siger at han giver Ida ret i at ABCDE og triagering overlapper hinanden og dermed

Merete opfatter i det følgende rollen som spl som meget udførende.

Fokusgruppe 3	Kodning
Merete: ...For at lægen kan diagnosticere og ordinere noget, så skal jeg kunne handle på nogle værdier, som jeg har givet ham. Ud fra et blodtryk eller en saturation jeg måler, så kan han sige at patienten skal have noget ilt. Jeg er lidt den der 'do'er' – jeg udfører de praktiske ting, og lægen kigger på patienten, og ordinere ligesom ud fra det. Det er også det jeg føler jeg gør, når jeg laver en triage, fordi så har jeg været inde og snakke med patienten, og jeg har målt på patienten. Jeg overleverer så de informationer til lægen...	Merete har en klar definition af lægerollen og splrollen. Lægen ordinerer og diagnosticerer og hun handler. Hun er 'doer' udfra det lægen ordinerer. Hun er trænet i at bruge triage som et arbejdsredskab til lægen.

Fokusgruppe 3 s.4 (Bilag 14)

Merete udtaler sig om sig selv, som en der gør noget. Hun italesætter sig selv som en do'er. Der er et udsagn på, at det at udføre sygepleje vægtes højt.

4.4.5 Opsummering af temaet om Spl's egne forventning til rollen som sygeplejerske

Det der definerer hendes rolle, handler om, at hun skal være den primære omkring patienten, og indsamle data om patienten til lægen. De skal lave en triage på patienten, og er den der skal måle værdier på patienten (Blodtryk, puls etc.red). De ser spl som en der arbejder monofagligt og er tovholder for patientforløbet, og skal samle trådene fra mange tværprofessionelle samarbejdspartner. Spl kan styre en modtagelse af en patient.

Lægens forventninger til sygeplejerskerollen

Informanterne taler om forventninger til hinandens professionelle roller. De har talt om spl's forventninger til samarbejdet og talen bevæger sig nu ind på lægens erfaringer med den erfarne spl rolle.

Fokusgruppe 2	kodning
• Martin: ja...jeg tror måske det der scenarie med at man har en meget meget meget erfaren spl ...så kan de	Martin fortæller at samarbejdet med erfarne spl kan være udfordrende idet de kender patientforløbet og foreslår interventioner ud fra deres erfaringer. De er forløbsmæssigt på forkant og det

(spl) ofte ‘ skal vi ikke bare starte det her op?’ - inden jeg overhovedet har nået at tage stilling til ‘hvad tænker jeg egentlig selv?’. Især når jeg er helt grøn og ny....og så nogle gange så ved jeg ikke ‘ hvorfor har vi taget de her blodprøver?’... ..og så skal jeg konferer med min bagvagt, og så ringer jeg og siger: ‘ så har vi den der forhøjet ALAT’ - ‘ nå men hvad tænker du om det?’.....’ jaaaa...’deet.....jeg kan lige prøve at spørge spl.....’ hvorfor har hun tænkt vi skulle have den med?’	kan være svært som ny KBU at følge med og reflektere over hvad han selv mener.
--	---

Fokusgruppe 2, s 38, (Bilag 20)

Martin vil gerne støtte sig op af den erfarne spl, men han tilkendegiver at som KBU-læge kan det være udfordrende at skabe sig tid til refleksion i situationen. Han har ikke oparbejdet erfaringer med patientens sygdomstilstand og har brug for tid til refleksion til at tage beslutninger herom

Lægen Rune taler om hans umiddelbare forventning til spl's rolle.

Fokusgruppe 3	Kodning
Rune: Men alligevel går du jo også i gang med alle de ting der uden, at det er mig, som sætter dem i gang. Du går jo bare til den. Der var jeg bare sådan; 'nåh okay, jeg går bare lidt i baggrunden her, og ser hvad der sker'. Så det er ikke sådan at det fungerer, at jeg skal sige, hvad du skal, men du gør det bare af dig selv.	Rune fortæller at Merete jo handler selv og går til den, så han tager en tilbagetrukket rolle

Fokusgruppe 3, s 27 (Bilag 14)

Lægen har en forventning om, at han skal sætte spl i gang via ordinationer, men han modererer sine tanker herom og tager en mere tilbagetrukket rolle idet at han oplever at hun handler og at han finder hendes handlinger relevante. Han oplever at spl er mere selvstændig handlende end han forventede. Observationerne viser, at Merete tager plads i scenariet og at Rune

tilpasser sig. Rune kommer dog senere i fokusgruppe interviewet frem til at han blev overrasket over, at Merete handlede uden at han skulle ordinere, hvilket giver et indtryk af, at han får et andet billede af hvad spl også kan.

4.4.6 Opsummering af temaet om lægens forventninger til sygeplejerskerollen

Lægerne oplever at spl er mere selvstændig handlende end de forventer. Den yngre læge vil gerne støtte sig op af den erfarne sygeplejerske, men tilkendegiver, at som KBU-læge kan det være udfordrende at skabe sig tid til eftertanke i situationen, da den erfarne spl er hurtigere end den yngre læge.

Lægens egne forventninger til rollen som læge

Rune taler at modtage tværprofessionelt.

Fokusgruppe 3	Kodning
Rune: Jeg synes det her i forhold til at modtage sammen, giver jo os den erfaring at vi alle sammen lærer, hvad vi kan – de forskellige faggrupper. ...Du stod ude ved gangen, og meldte ind med nogle ting og sådan noget. Mhh... hvor det var gav mig mere ro til at bevare det store overblik, som det nok er forventeligt at lægen i sidste ende skal have. Så at vide, hvad I sådan kan og hvad I gør, kan give mere ro til mig i pressede situationer.	Rune er overrasket over at Tine kender hele proceduren for hvad der skal ske og melder ind med ing. det giver Rune mere ro til at bevare det overblik som lægen skal have

Fokusgruppe 3, s. 21 (Bilag 14)

Rune har en forventning til lægerollen om i sidste ende at have det store overblik. Under modtagelsen får han øje på at spl Tine viser ledelse og giver plads til at Rune kan trække sig lidt tilbage og skabe ro til at danne sig overblikket.

Martin taler om lægens ansvar.

Fokusgruppe 2	Kodning
Martin: jeg tror også ...jeg har det også lidt på samme måde...det der med at spl ser sindssygt mange ting, og at I er meget mere	Martin har det på samme måde med at begge har et ansvar. spl ser mange ting og kender patienten bedre end

inde ved patienten, og ved i bund og grund...I kender patienten bedre end vi gør..på mange punkter...men det er mit navn der står på ift. ansvaret for at den her patient ikke lige pludselig får det hammer dårligt, og det er så mig der skal tage handling der...	lægerne. Men det er lægens navn og lægens endelige ansvar at tage handling
--	--

Fokusgruppe 2, s. 6 (Bilag 20)

Martin kan se, at selvom spl kan meget, er det stadig hans endelige patient ansvar. Udtalelsen kan tyde på, at Martin har stor tillid til spl's virke og at han grundet sit ansvar, har behov for at have kontrol med situationen. Det kan signalere, at han finder det ambivalent at han har ansvaret og kender patienten dårligst. Det at han bruger ordet *men* ... indikerer, at der er en grænse for, at selvom spl kender patienten bedre bliver Martin nødt til at tage beslutninger og handling, når han ser patienten, er dårlig. Det underbygges af at Martin tog i observation af scenariet tog teten. Han beskriver herunder sine tanker i fokusgruppen

Fokusgruppe 2	Kodning
Martin: ja...men jeg tænkte :” nu kunne jeg godt lige tænke mig at få en ABCDE gennemgang på den her patient”.....øh.... og hvad hedder det....øh.....og at jeg ligesom ledte slagets gang, og så når vi er sikker på at det her ikke er en patient som lige vælter om 5 min, så kan vi så få nogle af de her ting igennem som så ikke er så akutte.	Martin har en forventning til sygeplejerskerne om at der laves ABCDE og at han leder indtil afklaring af hvor dårlig patienten er

Fokusgruppe 2, s. 14 (Bilag 20)

Martin kan give plads til andre ting, når han har overblik over at patienten ikke er dårlig, indtil da forventer han at tage lederskab.

4.4.7 Opsummering af temaet lægens egne forventninger til lægerollen

Lægerne beskriver rollen som læge som en der skal have overblik og handle. Lægerne har brug for tid til refleksion for at kunne danne sig overblik. Lægen er den fagperson der har det endelige ansvar. Lægen tænker over hvornår hvilke handlinger bedst udføres i samarbejdet.

Sygeplejerskernes forventninger til lægerollen

Nedenfor ses sekvenser hvor spl italesætter hvilke forventninger de har til rollen som læge.

Fokusgruppe 1	Kodning
Lise: For din rolle jo så meget, er i hvert fald i forhold til en videre diagnosticering og så få samlet de data du har brug for dertil. Mille: jamen det tror jeg også, at jeg har det nok ret meget på samme måde..... Jamen jeg tænker også lidt det samme, at du som læge går ind med den fokus, at vi skal finde ud af hvorfor.....	Lise taler med Lasse om hvad hans rolle er sammen med dem..... Mille henvender sig til Lasse og fortæller ham at han skal finde fokus på <i>hvorfor</i>

Fokusgruppe 1 s. 6 (Bilag 12)

Spl ser lægens rolle som en der diagnosticerer og en der finder ud af hvorfor har patienten det således? Lasse er tavs og bliver heller ikke indbudt til at være med i samtalen.

Interaktion
Lasse er stille og snakker ikke med.....Lasse er tavs. Er ikke med i samtalen om ham...

Fokusgruppe 1 s. 6 (Bilag 12)

Tine tager i følgende sekvens udgangspunkt i hendes tidligere erfaringer og oplevelse af, når lægen taler alene med patienten.

Fokusgruppe 3	Kodning
Tine: ...jeg lærer rigtig meget at det som lægen har set. Det er i forhold til det sociale, og hvordan patienten lige er, hvor det nogen gange .. nåh ja.. det havde jeg egentligt ikke set. Jeg synes faktisk lægerne er rigtig gode til det, og jeg synes jeg lærer noget - tit og ofte ...	...Hun syntes lægen fanger nogle andre ting end hun gør, og at de er rigtig gode til det, og at hun tit lærer noget af det...

Fokusgruppe 3 s.9 (Bilag 14)

Tine har blik for, at hun kan lære noget af samarbejdet med en anden profession, idet at de lægger mærker til andre ting end hende.

4.4.8 Opsummering af temaet andres forventninger til lægerollen

Spl giver udtryk for at se på lægerollen, som en der diagnosticerer og har det juridiske ansvar. En der kan bevare overblikket. Lægen ses som en der kan yde omsorg og er god til at indhente sociale oplysninger.

Forventninger til roller i teamet

Under denne kategori ser vi eksempler på, hvordan de forskellige teams ser på de roller der er i teamet, og hvilke forventninger de har til de roller. Her ser vi, at det vi i observationsstudierne så som tegn på lederskab ses mere som et samarbejde, hvor der er forskellige krav til hinanden for at det tværprofessionelle samarbejde lykkes. Martin vender tilbage til opgaverne triage og ABCDE i modtagelsen.

Fokusgruppe 2	Kodning
Martin: ja...jeg tror også jeg tænker lidt ligesom Ida..den hvor vi faktisk....der er rigtig meget af den her ABCDE gennemgang der lapper over med hvad det er man gør når man modtager en patient som en spl når man står alene med det...alene med patienten. Så jeg tror faktisk at rigtig mange af de her informationer som du vil bede...du vil få i din ...i dit første møde med patienten - den vil du også få i min ABCDE gennemgang... Søren: ja helt sikkert....jeg tror bare at det er sådan en trygheds....'tryghedsnarkoman følelse'....igås?	Martin giver Ida ret i at ABCDE lapper over det man gør når man modtager som spl Så mange af de informationer du du vil be om , kunne du også få fra min ABCDE gennemgang

Fokusgruppe 2 s.20 (Bilag 20)

Interaktion
Martin henvender sig til Søren, er lidt argumenterende

Søren har i den forudgående dialog været fortaler for at modtage monofagligt. Martin forsøger i samtalen at gøre Søren opmærksom på, at der er snitflader, der bevirker, at det kan give mening at arbejde tværprofessionelt. Hvortil Søren siger, at det er en tryghedsnarkoman følelse. Det er for Søren svært at være i ukendt farvand.

Rune argumenterer i det følgende for brug af ABCDE-algoritmen

Fokusgruppe 3	Kodning
Rune: Men samarbejdet er essentielt og vigtigt, og det kan man også se i den case, som vi havde i dag. Man har fx ABCDE-gennemgang, hvor man uden at kende hinanden ved hvilke roller man har når man går ind til patienten. Det synes jeg var meget interessant at se.	Rune fremhæver ABCDE som en metode til at forstå hvad der skal ske, og som er god i teams der ikke kender hinanden

Fokusgruppe 3, s.6 (Bilag 14)

Rune mener, at ABCDE-algoritmen kan være med til at skabe et rum, hvor de professionelle kan finde deres roller uden at kende hinanden.

Det Merete finder vigtigt i teamsamarbejdet er forventningsafstemning

Fokusgruppe	Kodning
Merete: Altså for mig, så tror jeg det var, at vi lavede en forventningsafstemning til at starte med. Du sagde; 'jeg er her, og jeg er tilgængelig, hvis I skal bruge noget.'..Til en anden gang, hvis jeg stod og lægen sagde; 'skal vi gå derind sammen', at man så lavede en forventningsafstemning, så spørger du, og så sørger jeg for at måle.	Merete beskriver rollefordelingen som at Tine er tilgængelig, Merete selv er den praktiske udfører og Rune skal spørge ind til patienten

Fokusgruppe 3, s. 23 (Bilag 14)

Merete finder stor gavn i at Tine lavede en forventningsafstemning i teamet. Vi ser at Tine også er i gang med at udøve klinisk lederskab, idet at hun får sat retningen for opgaveløsning og igangsætter en relations dannelse i teamet.

4.4.9 Opsummering af temaet forventninger til roller i teamet

Der ses flere aspekter i forventninger til de forskellige roller i det tværprofessionelt samarbejde i teamet. Forventningsafstemning og fordeling af roller i teamet italesættes som at det gør en forskel for samarbejdet. Der tales om, at ABCDE giver et sprog for at tale sammen uden at kende hinanden. Det italesættes ABCDE er en metode der giver mange af de samme informationer til triagen, hvilket taler for samarbejdet mellem spl og læge.

Med vores undersøgelsesspørgsmål; *hvilke handlinger i simulationsspillet påvirkes af de didaktiske tiltag?* fremkommer 3 kategorier der fortæller os noget om deres refleksioner over rolle og handlinger i spillet.; *Emotioner, roller og spildesign*. Det hjælper os til at få en didaktisk refleksion over, hvad der påvirker udbyttet af spillet. Afsnittet der omhandler roller i spillet.

Roller fortsat;

Det at have et spildesign, hvor man beder de professionelle om, at have den rolle i spillet som de er vant til i virkeligheden, bevirker at der kan opstå nogle handlinger i spillet undervejs, der kan blive påvirket af de valg, man som instruktør har forberedt og planlagt.

Rune komplementerer eksemplet ovenfor med at sige, at det er meget realistisk at deltage i simulationen når det er med tilsvarende udstyr som han bruger i sin hverdag. Brug af en figurant i patientrollen fremhæver han som meget realistisk.

Fokusgruppe 3	kodning
Rune: Det synes jeg er rigtig godt. Det gør det meget mere realistisk. Det er skærme man kigger på, og vanvittig god patientrolle. Det er jo også noget af det, som gør det med til at blive meget realistisk. ... Merete : så bliver det mere realistisk. Patienten var god til at leve sig ind i det, og så skaber det bare en stemning. Så nogle gange glemte jeg tilskuerne,	Rune syntes det er vigtig med så virkelighedstro udstyr som muligt og brug af figurant der spiller rollen gør det helt realistisk. ... Merete siger at alles indlevelse er vigtig for hvad man får ud af det

Fokusgruppe 3 s. 45 (Bilag 14)

Det kunne pege på, at man med brug af figurant får det virkelighedstro element frem og dermed gør det realistisk for deltagerne at deltage med den rolle de har fået i spillet. Det at man inddrager udstyr som de kender, påvirker dem positivt, da det ser ud til at være vigtige elementer i spillet.

4.4.10 Opsummering af temaet til roller i spillet

Det fremgår af ovenstående analyse, at elementer som brug af levende figurant, at de remedier der anvendes i hverdagen anvendes i scenariet er med til at give oplevelsen af virkelighedstro og realistisk oplevelse for de deltagende. Det virkelighedstro element gør det nemmere for deltagerne at indleve sig i deres roller og skabe en stemning og glemme at det er et rollespil.

4.4.11 Rutiner

Det at få brudt sine vaner er ligeledes udfordrende for Søren som det

Fokusgruppe 2	Kodning
Sørenøh....så jeg tror også at grunden til at jeg følte mig lidt usikker i den situation vi var til deroppe....det var fordi at jeg følte at jeg ville gerne ind og måle nogle ting...og jeg vil gerne gøre det i mit tempo og hvad jeg følte der var vigtigt lige og tage fra patienten, og derefter så give det videre til lægen....	Søren følte sig usikker i scenariet, det at han ikke kan måle værdier og handle i eget tempo og gøre hvad han synes er vigtigt

Fokusgruppe 2, s. 20 (Bilag 20)

Det tyder på, at spl bliver usikker i hans opgaver, når det ikke går som han plejer at gøre det. Han plejer at gøre de ting og så kunne give lægen besked, og finder det svært at finde ud af selvom lægen står på stuen, og de udføre opgaven sammen.

4.4.12 Opsummering af temaet rutiner

De er vant til at modtage monofagligt og vant til at handle selvstændigt i modtage situationer, og derfor falder det dem svært at afvige fra den rutine.

4.4.13 Emotioner

Disse udtalelser omhandler de emotioner deltagere fortæller om, når de skal deltage i simulationstræning. Vores forståelse af emotioner er beskrevet under afsnittet i observationsafsnittet.

Ida er ærlig omkring, hvad det gør ved hende. Hun oplever det angstprovokerende og ubehageligt, og hader det.

Fokusgruppe 2	Kodning
Ida: altså jeg synes jo sådan noget er mega angstprovokerende i virkeligheden ...'jeg hader det' sådan rent personligt....' jeg synes det er så ubehageligt'...men jeg synes det giver så god mening.....og jeg synes hurtigt man slipper den derjeg sad inden med hjertebanken og svedige håndflader....men jeg synes hurtig man lægger det fra sig når man står i det...fordi det bliver et virkeligt scenariet...og man er i omgivelserne...	Ida har hjertebanken og svedige håndflader inden, men når hun går i gang og scenariet er virkelighedstro lægger hun det fra sig

Fokusgruppe 2 s. 54 (Bilag 20)

Her ses et eksempel på hvordan nogle deltagere møder op til simulation.

I team 3's forventningsafstemning og uddeling af roller tager Tine en rolle, hvor hun kan hente remedier til teamet og betjener computeren uden for patientstuen.

Fokusgruppe 3	Kodning
Tine: Man bliver jo kigget på. Man vil jo gerne gøre det godt. Når man så er der, vil man jo ikke bare være den hund, som skal ligge over i hjørnet.<i>(Alle i lokalet bryder ud i grin....)</i> Merete: Det håber jeg altså ikke du føler dig som. Tine: Jeg vidste bare ikke, at der var så mange, som der kiggede på.	Tine siger man gerne vil vise hvad man kan, når man bliver kigget på af andre fra afdelingen - og vil ikke være en hund der ligger over i hjørnet.

Social interaktion
Der grines af alle i gruppen for hun fik sagt det med en gestikulerende med armene over mod et af hjørnerne i lokalet for at signalerer hendes egen kropslige opfattelse. Tine får alle til at grine ved at karikere at hun "føler sig udenfor"

Fokusgruppe 3 s.37 (Bilag 14)

Tine italesætter, at hun gerne vil gøre det godt og dermed indirekte, at hun søger anerkendelse. Hun finder det tilsyneladende mere vanskeligt at opnå, at instruktørerne og de andre deltagere sætter pris det hun gør, ved at have rollen uden for døren. Hun bruger en metafor om en hund der ligger i et hjørne og man kan få et billede af, at hun føler sig mindre værd i rollen og fysisk udenfor. Det indikerer, at der er nogle roller der vægtes mere værdifulde end andre i scenariet, at der er en form for hierarki.

4.4.14 Opsummering af temaet emotioner

Emotioner kan være stærke følelser der viser sig enten verbalt eller fysisk. De kan fremkomme hvis der opleves usikkerhed i sin rolle i spillet undervejs. Det kan opleves angstprovokerende at skulle deltage i spillet. Umiddelbare stærke følelser som for nogle også kan vise sig fysisk ved uro i kroppen, svedige hænder kan afledes så snart scenariet starter og at et virkelighedstro scenarie hjælper til at få fokus. Det handler for nogle om, at gerne vil præstere og få anerkendelse for det man viser i spillet, og hvis man får en 'forkert' rolle kan det opleves ubehageligt. Der har været tegn på fysisk ubehag og verbale stærke følelser i de tre spil, og det peger på at instruktørerne skal have en særlig opmærksomhed på dette hele vejen.

4.4.15 Kommunikation

Lasse har gennem simulationstræningen set, at det er vigtigt at snakke med sit team om hvordan de sammen skal løse de opgaver, der er omkring patienten. Han kan se, at de som professionelle har lidt forskellige tilgange, men deres prioriteringer er de samme men det er vigtigt de går i dialog med hinanden.

Fokusgruppe 1	Kodning
Lasse: nu tager vi lige puls og blodtryk osv. Tror også at det er sådan hvordan man altså gør det (smil i stemmen). For nu ved jeg jo næste gang hvordan I har det ... i forhold til hvordan jeg har det ... så vil jeg jo helt sikkert sige nå men skal vi tage det sådan helt stille og roligt og gøre det på den måde eller vil du have at vi bare kører det fast igennem...Så jeg tror også at vi var enige om hvad vi skulle gøre ... men det var lige hvordan vi fik gjort det, den del manglede vi.	Lasse har fået en erfaring om at spørge ind til hvordan det skal gøres

Fokusgruppe 1 s. 50 (Bilag 12)

Der ses tegn på, at der gennem den tværprofessionelle teamtræning kan åbnes op for at der kan komme fokus på kommunikation mellem de forskellige faggrupper, og der kommer et kendskab til hinanden.

Tine taler om forventninger til hinanden i teamet og kommer ind på kommunikation.

Fokusgruppe 3	Kodning
Tine: Det er nemmere når man er ny at sige man er ny. Hvis der kommer en ny læge til mig, og siger; 'undskyld det er min anden dag her, og jeg gør det så godt jeg kan'. ...Jeg tror da også, at man som spl med noget erfaring prøver at spørge pænt; 'skal vi tage en a-gas'. Der skal ikke så meget til for at man ...	Tine mener at hvis man får sagt man er ny læge så vil hun have en opmærksomhed på dette. Hun siger at man kan fornemme det hvis lægen er ny - og at man så automatisk foreslår nogle tiltag omkring lægen.

Fokusgruppe 3 s.30 (Bilag 14)

Tine henfører i dialogen til, at det er nemmere at få kommunikeret ud i et team at man er ny, fremfor at man er erfaren. Tine giver eksempel på, at erfarne sygeplejersker har en særlig spørgeteknik til at hjælpe de uerfarne læger på. Brug af kommunikation kan fremme forståelsen for forskelligheder og italesætte forventninger i temaet.

4.4.16 Opsummering af temaet kommunikation

De professionelle finder kommunikation væsentligt for samarbejde. Der ses tegn på, at der gennem team træning kan åbnes op for, at der kan komme fokus på kommunikation mellem de forskellige faggrupper. Det er vigtigt at få kommunikeret omkring at fx lægen er ny, men at det også er nemmer at få italesat i et ukendt team at man er ny, fremfor at man er erfaren. De mener, at erfarne spl har en særlig spørgeteknik til at hjælpe de uerfarne læger på.

4.4.17 Organisatoriske rammer

De organisatoriske rammers betydning for, hvad der kan påvirke det tværprofessionelle samarbejde i ad hoc teams i en akutmodtagelse, kommer frem som et fund i de tre fokusgrupper.

Martin snakker om, at han som læge har svært ved at følge med i hvornår spl går ind til patienten, men kun kan se, hvornår patienten ankommer.

Fokusgruppe 2	Kodning
Martin: ja eller at når det var at spl skulle til og ind til patienten, (at spl) lige ringer til lægen og siger; “ er det en patient som du gerne vil med ind til eller er det...? ...jeg kan aldrig se hvornår spl går derind....jeg kan se hvornår patienten er på vej (til afsnit-tet) og når patienten er ankommet (på patientstuen)	Martin foreslår at spl kan ringe til lægen inden modtagelsen og invitere med Martin kan aldrig se hvornår spl går ind til patienten

Fokusgruppe 2 s. 27 (Bilag 20)

Martin foreslår, at de som læger kontaktes tidligere, da de kun kan se om patienten er på vej. Det kunne tyde på, at de som yngre læger ikke har samme overblik over hvad spl planlægger omkring en given patient ift. en modtagelse, og at det udfordrer tanken med den tværprofessionelle modtagelse.

Det har Ida fra team 2 ligeledes en opfattelse af, at det er noget af det der gør det svært i hverdagen med nedenstående udtales.

Fokusgruppe 2	Kodning
Ida: for jeg er faktisk enig med dig...(kigger på lægen) .det er faktisk mega svært at finde hinanden.....for jeg vil sindssygt gerne have lægerne med ind, men jeg kan ikke finde jer - så er I væk, og så bliver det sådan....okay...så er det også bare meget nemmere jeg går derind selv	Ida vender tilbage til Martins udsagn om at det er svært at finde hinanden i dagligdagen og at hun faktisk sindssygt gerne vil have lægerne med

Fokusgruppe 2 s. 24 (Bilag 20)

Det kunne tyde på, at der er udfordringer med at finde hinanden, og at det kan gøre at spl vælger at gå i gang selvom Martin tidligere fortæller, at de rigtig gerne vil være med fra starten, så er der noget organisatorisk der udfordrer dem i at kunne finde hinanden.

I Team 1 kommer Lasse med et opmærksomhedspunkt omkring de mange nye læger, der kommer i afdelingen. Han udtrykker en bekymring herom på følgende måde.

Fokusgruppe 1	Kodning
Lasse: ja ...altså jeg tror at man har kæmpe stort udbytte af det (simulationstræning)...men jeg tror også der ligger meget nu siger jeg ikke arbejde i det, men det kommer til at tage noget tid, for eksempel der starter nye KBU på vores afdeling hver 3. måned ... så lad os sige at så går man og arbejder sammen i halvanden...måned tid og man er faktisk begyndt at kende hinandens rutiner jamen så kommer der måske en ny en, som måske slet ikke er i det ... og så bliver det måske meget sværere at få modtaget den patient.	Lasse tænker, at det kan blive udfordrende at der er så stort et uddannelses flow på afdelingen ift at vedligeholde de kompetencer der opbygges

Fokusgruppe 1 s. 36 (Bilag 12)

Det kunne tyde på, at han taler ud fra hans egen erfaring med, at det ikke er nemt at modtage sammen, da man ikke kender hinanden. Derfor føler man sig som læge ikke klædt på til opgaven. Lasse oplever, at der kan være forskelligt pres på professionerne på forskellige tidspunkter, og det mener han, kan problematisere samarbejdet, hvis der ikke tages højde for det.

Fokusgruppe 1	Kodning
Lasse: jeg synes også, at det der er problematisk det er at få to modtagelse ...altså om morgenen er det måske fair nok hvis man får den første patient sammen, men hvis du går hen af dagen og jeg har måske 4 patienter og du har måske 7 patienter ...du skal ind til og jeg skal lige konferere og jeg har et billede jeg lige skal have kigget på...altså så bliver det også svært praktisk at sige nu lægger jeg lige alt fra mig og modtager en patient ...	Lasse problematiserer at samarbejdet kan være svært at få op at køre jo længere op af dagen man kommer. Der er pres på de forskellige professioner på forskellige tidspunkter

Fokusgruppe 1 s. 45 (Bilag 12)

Eksemplet illustrerer en kompleks hverdag, som begge professioner står i. Professionerne er optaget af arbejdsopgaver på forskellige tidspunkter og planlægning af fælles modtagelse kan derfor være en udfordring ifølge Lasse.

4.4.18 Opsummering af temaet organisatoriske rammer

De tværprofessionelle teams italesætter i ovenstående eksempler, at de rammer som de arbejder under, har en betydning for deres samarbejde. Det er udfordringer med at finde hinanden, hvilket bevirker, at spl ofte starter modtagelse af patient uden at lægen er med. Lægerne vil gerne være med i modtagelse af patienten fra starten. Der italesættes et opmærksomhedspunkt omkring stort flow af nye KBU-læger i afdelingen. Begge professioner er i en kompleks hverdag optaget af arbejdsopgaver på forskellige tidspunkter og planlægning af fælles modtagelse i et tværprofessionelt team kan derfor være udfordrende.

4.4.19 Spildesign

Selve designet af spillet kan få en betydning for, hvilke handlinger der undervejs i simulationsspillet påvirkes af de didaktiske tiltag, instruktørerne har valgt. Der kan også ses handlinger på baggrund af nogle didaktiske tiltag, som instruktøren ikke har været opmærksom på, kunne påvirke spillet undervejs hos deltagerne.

Merete og Tine er enige om, at når de skal deltage i simulation, så føler de, at de skal vurderes på om de kan finde ud af det. Merete opdager gennem debriefingen, at det ikke handler om hendes præstationer, men om samspillet i teamet, hvilket for hende giver god mening.

Fokusgruppe 3	Kodning
Merete: Jeg tænker ligesom Tine, at nu skal jeg rigtig ind og vurderes om jeg kan finde ud af det endnu. Da det så var overstået, og vi fik debriefing, fandt jeg ud af, at det handlede jo mere om det her med samspil. Det handlede ikke så meget om, hvad jeg sagde til patienten osv., men mere sådan hvordan vi gjorde det sammen og samarbejdet. Det synes jeg også var rart, og det gav god mening.	Merete tilslutter sig Tine og siger hun føler hun skal vurderes på hendes faglighed. Debriefing gav hende et nyt syn om at det handlede ikke om hendes præstation men om samspillet - hvad de gjorde sammen.

Fokusgruppe 3 s.40 (Bilag 14)

Såfremt spillets mål om samarbejde ikke fremstår tydelige eller er forstået, risikerer deltagerne at få følelsen af at skulle præstere og vurderes individuelt. Den individuelle tilgang og forventning om at blive vurderet kan fjerne deres fokus på det at være fælles i et team om

at løse opgaven. I ovenstående sekvens erkender Merete at det handlede om teamets præstation frem for hendes.

Instruktøren laver i debriefingen en opsamling af hvad der er set af handlinger mellem de professionelle og hvordan kommunikationen har udspillet sig. Merete svarer på spørgsmålet om oplevelsen af denne anerkendelse og opsamling var dejlig at lytte til.

Fokusgruppe 3	Kodning
Merete: Ja, og man kan også sige, at efter man bliver sluppet som spl, så modtager man jo bare selv. Man får jo ikke så meget feedback på om det man tænker og gør er det rigtige eller om det er godt.	Det var rart med den opsamling af instruktøren. Merete synes at debriefingen giver en feedback som man efter endt uddannelse til spl ikke får så meget af

fokusgruppe 3 s.41 (Bilag 14)

Det har en betydning for deltagerne, at der gives en tilbagemelding på, hvordan instruktørerne oplever deltagernes præstationer, idet de ikke får så meget feedback i deres hverdag. Det har en betydning for Merete at blive anerkendt for sin faglige indsats og givet mulighed for at italesætte tanker om handlinger. Det viser, at det er væsentligt, at der er tid til refleksion efter handlingerne.

Lise taler om, at det er vigtigt, at man får en god information af instruktøren inden man skal starte simulationen. Hun har brug for at vide, hvad der forventes, at man skal gøre virkeligt i simulationen og hvor man ikke behøves at gøre det.

Fokusgruppe 1	Kodning
Lise: ...nej nej men man skal ikke tænke over skal jeg gøre det når det nu er simulation, men at det gerne må være meget meget tydeligt ...hvad man skal gøre...og hvad man ikke skal gøre..... jeg synes at det er vigtigt med en god information...men men også ligeså meget de ting ... som vi skal hente medicin ... jeg synes at det er vigtigt med en god information...	Lise siger det er vigtigt at alt er tydeligt inden man starter simulation om hvad der forventes man gør 'rigtigt'.

Fokusgruppe 1 s. 81 (Bilag 12)

Det tyder på, at man som instruktør skal være tydelig i, om deltagerne skal handle virkelighedstro under selve scenariet. Det peger på, at når instruktøren italesætter over for deltagerne eksempelvis om de reelt skal hente virkelig medicin i medicinrummet på afsnittet eller reelt skal benytte blodtryksapparatet på figuranten, så kan man undgå misforståelser og undgå at korrigere og evt afbryde under scenariet.

Et lignende eksempel handler om det virkelighedstro element i spillet, hvor Lise fortæller at hun bliver stoppet mange gange af både patienter og kolleger, når hun forlader patientstuen under spillet for at gå virkeligt i medicinrummet

Fokusgruppe 1	Kodning
Lise: men jeg vil bare sige både og ... jeg synes det er rigtig godt at det er virkelighedstro ... men den ene gang jeg var ude af stuen ... der blev jeg stoppet af tre gange af alle mulige folk	Lise anerkender metoden og roser det er virkelighedstro - men tiden der bruges i scenariet på at rende efter ting og alle de gange hun stoppes på gangen går fra simulationen

Fokusgruppe 1 s.84 (Bilag 12)

Når man beslutter, at spil designet skal være virkeligheds og tidstro så indgår disse forstyrrelser helt naturligt. Deltagere der må forlade spillet fysisk for et øjeblik, risikerer at blive forstyrret undervejs uden for patientstuen og dermed forsinkes deres handling og rolle i spillet. Lises udtalelse tyder på, at instruktøren må have en opmærksomhed på, at der er sekvenser i rollespillet som deltageren udelukkes fra, men at forstyrrelsen også kan medvirke til refleksion over den virkelighed deltagerne er en del af.

4.4.20 Opsummering af temaet spildesign

Det kan have betydning for udbyttet af spillet, at scenariet er genkendeligt for de forskellige deltagere. Instruktøren må have en opmærksomhed på deltagernes forudsætninger. Brug af en figurant som patient hjælper dem til, at det ikke bliver kunstigt for dem og det virkeligheds og tidstro element bevirker, at deltagerne bedre kan leve sig ind i rollerne.

Det virkelighedstro element kan også indebære, at deltagerne oplever forstyrrelser fra deres kolleger og virkelige patienter og dermed forsinkes i deres handlinger og udførelse af rolle,

når de i spillet forlader patientstuen, for at eksempelvis at hente medicin. Det betyder, at deres handlinger i spillet forsinkes og at der er sekvenser i rollespillet som de går glip af, men det giver også mulighed for refleksion over den virkelighed de er en del af.

Tydelighed omkring italesættelse af forventninger til hvordan deltagerne kan forstå de overordnede virkelighedstro rammer for spillet kan medvirke til at holde et spil flow, at forebygge misforståelser og undgå at korrigere og evt afbryde under scenariet.

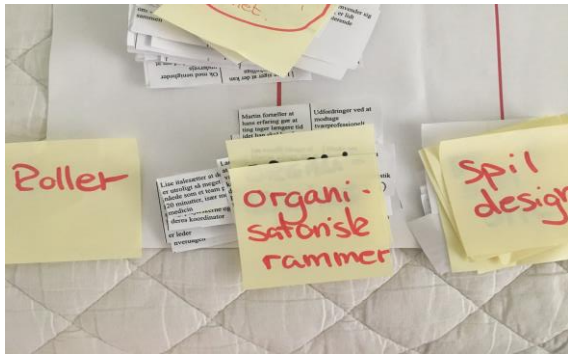
Det har en betydning at blive anerkendt for sin faglige indsats og givet mulighed for at italesætte tanker om handlinger. Det, at der er tid til refleksion efter handlingerne, fremstår som væsentligt.

I spildesign hvor spillets mål om samarbejde ikke fremstår tydeligt, risikerer deltagerne, at få følelsen af at skulle præstere og vurderes individuelt. Den individuelle tilgang og forventning om at blive vurderet kan fjerne deres fokus på det at være fælles i et team om at løse opgaven. Debriefingen i spillets sidste fase, kan være med til at muliggøre refleksionen herover

4.5 Datareduktion og kodning *efter* fremstilling af empiri fra fokusgrupperne

Når vi skal forstå noget nyt – som for eksempel i vores projekt, hvor vi er interesseret i at forstå hvordan in situ simulationstræning påvirker deltagernes forståelse af rolleudførelse og rolleforståelse i tværprofessionelt samarbejde i ad hoc teams, så bruger vi den viden, vi allerede har (forforståelse), til at fortolke, hvad der sker i fokusgrupperne. Ud fra en fortolkning sættes den på ny i relation til helheden osv. Dette er i tråd med vores hermeneutiske perspektiv, da denne cirkularitet vil give mulighed for en stadig dybere forståelse af meningen. Det bevirker, at vores udgangspunkt for forståelse af projektet hele tiden ændrer sig.

Vi foretager, ligesom i observationsstudierne, en yderligere kodning og datareduktion. Denne fortolkningsbaserede datareduktion bevirker, at vi udforsker vores temaers forskellige mønstre og varianter, og arbejder yderligere med at udvikle og forstå indholdet i det kodede materiale (Brinkmann & Tanggaard:2020:606). Efter at have arbejdet med de 5 temaer, der fremkom i vores triangulering, som de endelige gyldige fund, fandt vi at kommunikation og rutiner viste sig at afhænge af nogle bestemte roller i forskellige sammenhænge til at emotioner var påvirket af selve spil designet.



Sammen med vores nye fund, der handler om betydningen af de organisatoriske rammer, fører det frem til følgende 3 temaer: *roller*, *organisatoriske rammer* og *spil design*, som vi analyserer og diskuterer i næste afsnit.

5. Analyse og diskussion af empiriske fund

I det følgende vil vi analysere og diskutere, hvordan teoretiske perspektiver på vores empiriske fund bidrager til nye forståelser. Den røde tråd gennem opgaven har været det tværprofessionelle samarbejde, rollerne i teamet i den sociale kontekst der udspiller sig i under spillet. Teoretiske perspektiver på vores fund i empirien om selve simulationsmetoden kan give os en didaktisk refleksion og bidrage til nye forståelser af metoden. Vi vælger at opdele analysen med afsnit til hvert fund med efterfølgende delkonklusion.

5.1 Betydningen af roller

Vi ser i vores tre observationsstudier, at spl og lægerne har hver deres forståelse af, hvad de som profession skal i en modtagelse, og ser flere eksempler på hvordan de positionerer sig omkring patienten og i forhold til hinanden. Spl er optaget af at foretage målinger af vitale parametre på patienten, og holder fast i at bruge deres prioriteringsredskab *triage*. I observationerne ser vi, at lægerne ligeledes prøver at holde fast i ABCDE algoritmen som deres prioriteringsredskab i opgaveløsningen omkring patienten. Det ses at begge professioner arbejder monofagligt, og har svært ved at komme til enighed om, hvordan og hvornår de i fællesskab i teamet skal tilgå de forskellige opgaver omkring patienten. Eksemplet viser, hvordan de forskellige professioner kæmper lidt om, at få plads omkring patienten.

“Lægen Lasse tager position ved sengens hovedende for at tale med pt, vil gerne undersøge patienten. Sygeplejersken Mille vil gerne anlægge et perifert venekateter i patientens hånd Mille afventende (fremstår irriteret; står med remedier i hånden, ikke smilende, stiv i kropsholdning, efterfølgende hurtige bevægelser). Lasse flytter sig ned til fodende. Mille skal hente noget. Lasse flytter sig tilbage til patientens hovedende. Lasse undersøger og stetoskoperer patienten.” Team 1 (bilag 18)

Lægerne og spl er gennem deres uddannelse præget af forskellige værdier og i deres arbejdsliv fortsætter denne dannelse inden for deres profession. Spl uddannes til at arbejde indenfor 4 virksomhedsområder det *udførende*, det *udviklende*, det *formidlende* samt det *ledende* område (SST, søgedato 20.4.2021). I flere eksempler i analysen ses at det formidlende område og særligt det udførende og ledende område i spil for sygeplejerskerne. Lægen uddannes til at varetage de 7 lægeroller *medicinsk ekspert*, *professionel*, *kommunikator*, *sundhedsfremmer*, *akademiker/underviser*, *leder* og *samarbejder* (SST, søgedato 2021), hvor rollerne den medicinske ekspert, kommunikator, samarbejder, professionel og leder kommer til udtryk under observationer og fokusgruppe. Under fokusgrupperne kommer det frem at spl ser sig som en der er tovholder for patientforløbet og lægen mener, han har det juridiske ansvar og derfor tager lederskab i modtagelsen indtil han har overblik over hvor slemt det er. Sundhedsprofessioner er ofte kendetegnet ved at have en særlig viden, en særlig kunnen, samt at have en særlig villen (Lehn-christiansen:2016:96). Det at være professionel og have en professionsidentitet medfører, at henholdsvis spl og lægerne ser verden ud fra deres eget særlige perspektiv. Det kan derfor bevirke, at man som professionel forsvaret sig selv. I følge Lehn-Christiansen indeholder en professionel identitetsskabelse en proces der rummer ekskluderende såvel som inkluderende processer (Lehn-Christiansen:2016:135) (Wackerhausen:2002:56). Vi ser flere eksempler fra både fokusgruppe og observationsstudiet der illustrerer, at både spl og lægerne er udfordrede på at give opgaver fra sig, og gå i forhandling. Dette kan ses som et udtryk for, at der er en proces i gang med at arbejde med sin professionsidentitet, da professionsidentitet skabes i et kontinuerligt samspil med de relationer og den kontekst man er en del af (Lehn-Christiansen:2016:111) (Wackerhausen:2002:60). Vi observerer, at der kommer brud på rutiner og vaner på spl forventning til, hvad rolleudførelsen består af.

Søren forsøger sig med at sige; “ skal vi ikke gøre som vi plejer....at vi som spl går ind først...?”Martin; “jeg snakker med hende til at starte med - og går med ind” Ida siger stadig ingenting, og Søren nikker - men ser ikke helt tilfreds ud. Team 2. (Bilag20)

I eksemplet ser vi, at spl og lægen ikke er åben overfor at skulle ændre på deres vane i en modtagelse af en patient. Deres fastholdelse i vaner kan handle om, at de føler sig mere sikker i den måde de hver især *plejer*, og dermed opnår følelsen af større personlig sikkerhed og effektivitet i opgaveløsningen. Det ses i nedenstående, hvor Søren hele vejen føler sig usikker, og der er observeret situationer, hvor han ser ud til at have svært ved at finde sin plads.

“Søren fortsætter - da splfaglig instruktør ser på ham - men han virker usikker i hvad han skal svare - så det kommer i sætninger; “ Det man er vant til er man bedre i....jeg bryder mig ikke så meget om det....jeg føler mig mere sikker i at modtage alene....så kan jeg ringe til lægen og fortælle hvad jeg har triageret til.....det er det vi er vant til her på afdelingen” Team 2. (Bilag 19)

Projektet giver blik for, at de professionelle arbejder ud fra vaner og rutiner. Simulationstræningen er tilrettelagt, så de skal modtage patienten på en ny måde. Den lægger op til at de bliver forstyrret i deres vaner.

Dewey argumenterer for, at vaner er en måde man som menneske erkender sin virkelighed med, og selve vanen udgør fundamentet, hvorpå mennesket handler. Vaner fremstilles som sociale og grundlæggende kropslige, hvilket betyder, at vaner kan ikke adskilles fra os mennesker. Vaner er dermed mere grundlæggende end evnen til at reflektere. Vanen er dannelse af holdninger både følelsesmæssige og intellektuelle og dækker den grundlæggende modtagelighed og den måde man møder og besvarer livets udfordringer (Dewey:2008:47).

Når den vanemæssige handlen bliver utilstrækkelig, når verden ikke fremtræder meningsfuldt, kan man vælge at se verden bevidst reflekterende med en objektiverende eller teoretiserende tilgang (Madsen & Munch:2008:120).

Vaner i dagligdagen er vigtige for at opretholde en arbejdsrytme og et flow, set i forhold til refleksion som tager tid, hvilket vi udfolder senere. Når de professionelle sættes sammen for at modtage kan det give grundlag for udvikling, idet at de i samspillet ser forskellige måder at handle på, der kan inspirere og forbedre deres egne kompetencer. Når deres vaner brydes, kan det give mulighed for refleksion.

Med vanerne handler de professionelle ud fra de erfaringer de tidligere har gjort sig, med brug af de kendte redskaber triage og ABCDE-algoritme, indtil de mødes af kolleger som vil noget andet. Så brydes deres vaner og de forsøger ud fra den respons de oplever i samspillet, at variere deres handling, som en naturlig menneskelig udvikling og gør sig nogle erfaringer.

Spl Søren erfarer, at han ikke mødes i sit ønske om at starte modtagelsen alene på stuen og lave en triage som man plejer. Det virker som om, at han underkaster sig lægens beslutning. Det kan ses som et udtryk for en passiv erfaringsdannelse, der gør noget ved Søren, hvilket kommer til udtryk i resten af deres samspil. Erfaringen kan tolkes, som et udtryk for modstand, idet Søren senere ikke giver følgeskab i lægens lederskab.

Ifølge Dewey er ikke alle erfaringer lige værdifulde (Dewey:2008:48). Søren's erfaring vil ikke være så meget værd, som eksempelvis den han italesætter senere i debriefingen, omhandlende at det er en god ide at lave en plan sammen, inden man skal ind til patienten

Ud fra en professionsforståelse kan eksemplet hvor lægen tager beslutning om at gå med ind på stuen vise, at spl får en oplevelse af, at lægen har det sidste ord i denne situation, men at forslaget ellers typisk ville være til forhandling. Det at lægen har ordinationsret er et strukturelt vilkår. Lehn-Christiansen forskning peger på, at den biomedicinske viden, som den medicinske uddannelse bygger på, er meget magtfuld (Lehn-Christiansen:2016: 136) Spl er kendt med dette strukturelle vilkår og accepterer stiltiende. Lehn-Christiansen refererer til *“the doctor-nurse game”* hvor magtrelationen får modsat fortegn. Spl har meget at sige, men begge parter kender de formelle og sociale spilleregler om, at det er lægen der bestemmer og spl der indordner sig. Informanterne giver under fokusgrupperne eksempler på, hvordan den erfarne spl hjælper KBU lægen ind i klinisk praksis når han mister overblikket (Lehn-Christiansen:2016: 33, som eksemplet viser.

“Tine: Det er nemmere når man er ny at sige man er ny. Hvis der kommer en ny læge til mig, og siger; ‘undskyld det er min anden dag her, og jeg gør det så godt jeg kan’. ...Jeg tror da også, at man som sygeplejerske med noget erfaring prøver at spørge pænt; ‘skal vi tage en a-gas?’. Der skal ikke så meget til for at man ...” Team 3 (Bilag 14)

Vi ser i analysen, i de tre teams at lægerne i team 1 og 2 mister overblikket undervejs. En forsøger at holde overblik gennem hans fastholdelse i ABCDE, og undervejs observeres at han

beder om en *time out* med sit team. Det lykkes ham ikke at få følgeskab. I fokusgruppen reflekterer han over hans handling, og kommer frem til, at han burde have prøvet at se på situationen sammen med sit team inden de gik ind, og ikke bare antaget, at det er ham der skal tage lederskab. Lægen siger i fokusgruppen, at han har brug for tid til refleksion, for at kunne danne sig det overblik. Det kan pege på, at som ny KBU-læge er det et stort ansvar, og det kan være svært, at der er de forventninger til ham.

En anden læge mister lidt overblikket undervejs, da han har nogle meget handlende spl i sit team, og træder til side. Efterfølgende reflekterer lægen over, at han har lært, at der er mange ting som spl tit gør, og ser muligheder i det. Spl fra team 1 italesætter, at teamet fik lavet mange handlinger, men ikke reflekteret over hvem der gjorde hvad i hvilken rækkefølge. I team 3 er det spl der tager ledelse i starten og får uddelegeret roller til teamet og lægen reflekterer efterfølgende over, at han undervejs lærer rigtig meget af at høre hvordan spl spørger ind til patienten.

Det der igangsætter en refleksion i både Deweys og Schöns optik er overraskelse. De professionelle oplever, at noget i situationen stikker ud, forekommer forvirrende, undrende og stimulerer til undersøgelse. De professionelle kan i de situationer vælge at undgå det problematiske, at gøre som de plejer eller ignorere det problematiske eller vælge den eksperimenterende tilgang. Dewey beskriver refleksion som en proces, hvor man forsøger at genoprette forstyrrede vaner (Madsen & Munch:2008:120). Refleksiv tænkning indbefatter spontane ideer og tanker.

Schön beskriver at refleksion-i-handling er kendetegnet ved, at der reflekteres i handlingen. Det betyder, at når spl i team 3 ser at der er mere brug for anlæggelse af et pvk end et ekg, kan det være et udtryk for refleksion-i-handling. Spl opfatter ud fra lægens signaler, hendes viden om forløbet etc. og handler ved at anlægge pvk, selvom hun havde gjort klar i en anden rækkefølge til at tage ekg. Det fortæller spl bekræftende om i fokusgruppeinterviewet.

5.2 Betydning af rollen i teamet

Gennem refleksioner med hinanden i fokusgruppen italesætter de, at forventningsafstemning og fordeling af roller i teamet gør en forskel for samarbejdet. De mener også, at kommunikation er særlig væsentligt for samarbejde, og at der gennem den tværprofessionelle simulationstræ-

ning åbnes op for, at der kan komme fokus på kommunikation mellem de forskellige faggrupper. I eksemplerne ovenfor ser vi netop at, de bliver udfordret på, at det er svært med samarbejdet når der er manglende kommunikation.

De professionelle får handlet og skabt flow i deres modtagelse af patienten. Det vidner om at de rent kropsligt og vanemæssigt har erfaringer med sig, der udløser videre handlinger. De ved hvad de skal gøre i situationen uden at tale sammen og de handler ud fra hvad de fornemmer i situationen og samspillet. Med et Deweys perspektiv kan beskrive det som vane, der er tale om at de har en know how (Brinkmann:2006:74).

Schön bruger begrebet viden-i-handling, når de professionelle arbejder ud fra handlemønstre, hvor de nærmest intuitivt ved, hvordan de skal gøre tingene. Denne proces er ikke altid mulig for de professionelle at italesætte og Schön beskriver det som tavs viden (Schön:2001:55).

I team 3 trækker en erfaren spl på hendes erfaring, idet hun får uddelegeret og ledet teamet, mens hun står udenfor patientstuen. Iflg. Schön trækker hun på *viden i handling* og ved intuitivt, hvordan teamet skal gøre tingene. Vi observerer, at teamet ikke hele tiden kommunikerer verbalt sammen og det vil det heller ikke altid være muligt for dem iflg Schön der beskriver det som tavs viden (Schön:2001:55).

Schön beskriver betegnelsen viden-i-praksis, som når en professionel relevant og spontant tager udgangspunkt i sit erfaringsrepertoire, der både består af sprogligt funderet praktisk kunnen, faglig viden og personlige erfaringer. Udfordringen heri kan være, at de professionelle udfører gentagelser af handlinger som bliver rutine præget og det bevirker, at viden-handling bliver mere ubevidst og spontan. Refleksion kan forebygge at den professionelle i for stor udstrækning ukritisk bruger generelle principper og kategoriseringssystemer og dermed risikerer at fejllæse situationen (Schön:2001:61). Eksemplet nedenfor fra team 1 viser deres refleksion i debriefingen.

“Spl Lise “vi har vidt forskellig måde at gøre det på, det bliver lidt hakkende, rodende. Der er ikke en tydelig leder”. Spl Mille “svært, hvem der tager teten. Vi mangler at forventningsafstemme. Vi snakker om hvad der skal ske, ikke hvem der gør hvad”Lasse “ der er et godt samarbejde, men vi har ikke klarlagt egne forventninger. Vi har hver vores rolle i forhold til hvordan vi behandler en patient ”Team 1 (Bilag 18)

Dewey påpeger, at det modsatte af reflektiv tænkning er at stille sig tilfreds med gamle og kendte relationer, som ikke kan definere den nye relation så nøjagtigt, som forholdene tillader det (Dewey:1933:2009:71). De professionelle skal forholde sig kritisk til de ideer de får for at der kan være refleksion. Det kræver en objektiviserende og teoretiserende tilgang (Madsen & Munch:2008:120). De professionelle ser i eksemplet ovenfor på deres erfaring i simulationen, de er i gang med at kaste et kritisk blik på deres handlinger og søger en forståelse hvorfor.

Højholdt beskriver, at det der adskiller en gruppe mennesker fra et team er, at teamet er samlet om at opnå noget sammen, uden at de professionelle skal gøre det samme (Højholdt: 2016:38). Team 1 påpeger, at de ved hvad de skal opnå, bare ikke hvordan de kommer derhen. Hvis et tværprofessionelt samarbejde skal højnes, mener Højholdt, at kommunikationen bør være orienteret mod at forsøge at få deltagerne til at drage nytte af hinanden ved at koordinere deres indbyrdes indsats (Højholdt:2016:39) Team 1 er selv inde på, at de har stor selvstændig beslutningskraft, men at de ikke har uddelt roller og der er ingen tydelig leder, hvilket kan ses som et udtryk for, at de selv kommer frem til den slutning.

Lægen mener, at ABCDE-algoritmen kan være med til at skabe et rum, hvor de professionelle kan finde deres roller uden at kende hinanden, som han beskriver ved nedenstående sekvens.

“Rune (læge): Men samarbejdet er essentielt og vigtigt, og det kan man også se i den case, som vi havde i dag. Man har fx ABCDE-gennemgang, hvor man uden at kende hinanden ved hvilke roller man har når man går ind til patienten. Det synes jeg var meget interessant at se”. Team 3 (Bilag 14)

Højholdt beskriver, at når de individuelle kompetencer i et samarbejde mellem individualister kommer i spil er der større sandsynlighed for at patientens behov tilgodeses og det giver rum for udvikling når de professionelle selv evner at rammesætte deres samarbejde (Højholdt:2016:33+39)

Når Schön beskriver begrebet refleksion-i-handling kan man eksperimentere på stedet som spl i team 3 gjorde ud fra hendes viden-i-handling om at hun hellere skulle anlægge et pvk end at tage et ekg eller man har mulighed for at reflektere efter at have handlet ved at tænke tilbage på viden-i-handling. De professionelle i team 1 og 2 har i debriefingen flere eksempler på refleksion-i-handling, hvor de stiller sig kritisk overfor den tænkning, der bragte dem i den situation at de ikke klarer modtagelsen som de kunne have ønsket sig. Eller eksempelvis team 3 hvor de i teamet reflekterer over, hvad det er der får dem til at lykkes med at komme i mål uden at de synes at der var en der tog en rolle som reel leder.

“Merete: Altså for mig, så tror jeg det var, at vi lavede en forventningsafstemning til at starte med. Du sagde; ‘jeg er her, og jeg er tilgængelig, hvis I skal bruge noget.’..Til en anden gang, hvis jeg stod og lægen sagde; ‘skal vi gå derind sammen’, at man så lavede en forventningsafstemning, så spørger du, og så sørger jeg for at måle.” Team 3 (Bilag 14)

Det illustrerer, at både handlingsdelen i simulationstræningen samt debriefing fasen er essentiel for at de professionelle møder problemstillinger, der giver mulighed for at igangsætte refleksion.

5.2.1 Delkonklusion af betydningen af roller og roller i teamet

Vi ser at rolleforståelse er monofagligt i begge professioner. De holder fast i hver deres prioriteringsredskab som et fokus for opgaveløsningen. De kæmper lidt om pladsen omkring patienten. De har deres rutiner og vaner, som giver dem en sikkerhed i opgaveløsningen. Gennem uddannelsen erhverver hver profession en særlig viden og en særlig kunnen, og med deres professionsforståelse møder de arbejdslivet med hver deres professionsperspektiv. Vi ser at begge professioner gennem simulationstræning får arbejdet med henholdsvis virksomhedsområder og lægeroller. Vi ser, at begge professioner arbejder ud fra vaner, og iflg. Dewey udvikles vaner i samspillet mellem individer og deres omgivelser. Det at ændre vaner er, at ændre på os selv og den måde, vi orienterer os i verden på. Man kan variere handlinger i vanerne, men at det kun er ved refleksion, at de kan forandres. Simulationstræning giver i et Schönsk perspektiv mulighed for refleksion-i-handling i scenariet og i debriefingen. Det er i refleksionen at de professionelle får stillet sig kritisk overfor den handling og tænkning der bringer dem i situationer, hvor deres vaner ikke er fyldestgørende og de forstyrres af. I Lehn-Christiansens optik skabes vores professionsidentitet løbende i et samspil med andre, og det er en proces for begge, men Lehn-Christiansen argumenterer også, at der er et strukturelt vilkår i den biomedicinske magtstruktur, som kan påvirke det tværprofessionelle samarbejde. Højholdt påpeger, at professionerne via kendskab til hinandens roller og opgaver (gennem simulationstræning) kan drage nytte af deres individuelle kompetencer og i et samspil højne det tværprofessionelle samarbejde.

5.3 Betydning af organisatoriske rammer

Den følgende diskussion vil tage udgangspunkt i betydningen af de organisatoriske rammer. I vores arbejde med fokusgrupperne fremkommer fund, som peger mod at *den organisatoriske ramme* kan have en betydning for det tværprofessionelle samarbejde, og at begge professioner

ser, at der i nuværende organisering er omstændigheder der udfordrer mulighederne for, at man skal varetage en akutmodtagelse i ad hoc teams. Alle tre teams italesætter at deres individuelle rolleforståelse ind i det tværprofessionelle samarbejde bliver tydeligt for dem gennem in situ simulationstræning. I eksemplet påpeges den komplekse hverdag de agerer i;

“Lasse: jeg synes også, at det der er problematisk det er at få to modtagelser ...altså om morgenen er det måske fair nok hvis man får den første patient sammen, men hvis du går hen af dagen og jeg har måske 4 patienter og du har måske 7 patienter ...du skal ind til og jeg skal lige konferere og jeg har et billede jeg lige skal have kigget på...altså så bliver det også svært praktisk at sige nu lægger jeg lige alt fra mig og modtager en patient ...” Team 1 (Bilag 12)

Det beskriver Lehn-Christiansen som et udtryk for tværprofessionelt samarbejde som en institutionel praksis, hvilket betyder at det tværprofessionelle samarbejds vilkår er afhængig af den kontekst det udføres i (Lehn-Christiansen et al:2016). Hun fremfører en teoretisk pointe i, at som institution er akutafdelingen præget af historisk og kulturelt udviklede reguleringer af virksomhedsområder og at menneskers ageren inden for rammerne af institutionen bliver formet af disse reguleringer. (Lehn-Christiansen:2016:27). Som beskrevet tidligere i projektets problemfelt, er der flere opgaver der skal løses på forskellige tidspunkter og modtagelse af den akutte patient er svær at planlægge.

Flow af patienter og personale samt den fysiske indretning er en overordnet rammebetingelse for læring i akutafdelingen. Der er en velvilje fra alle tre teams til at modtage sammen, men som Ida problematiserer i det følgende i fokusgruppen.

“Ida: for jeg er faktisk enig med dig...(kigger på lægen) .det er faktisk mega svært at finde hinanden.....for jeg vil sindssygt gerne have lægerne med ind, men jeg kan ikke finde jer - så er I væk, og så bliver det sådan....okay...så er det også bare meget nemmere jeg går derind selv.” Team 2 (Bilag 20)

Der er udfordringer med at finde hinanden, og den fysiske afstand bevirker at spl ofte starter modtagelsen af patient uden lægen, selvom hun gerne vil have lægen med ind. De professionelle reflekterer sig under fokusgrupperne frem til, at de med in situ simulation træning oplever det *at være sammen og gøre noget sammen*, giver dem en indsigt og forståelse for hvad hinanden laver. Der er en åbenhed og et fokus på at ville samarbejde tværprofessionelt i akutafdelingen som beskrevet i problemfeltet, hvilket de professionelle bekræfter i fokusgrupperne. Når de professionelle modtager sammen i simulationstræning, skabes mulighed for at de får erfaringer herom. Dewey beskriver, at når der er et samspil, gives der muligheder for at

kunne danne sig erfaringer når de handler sammen (Dewey: 2008). Vi kan se, at de professionelle i debriefingen hjælpes til at italesætte grundlaget for deres ageren og stille sig nysgerrige overfor deres og andres holdninger og handlinger.

Forud for sekvensen nedenfor taler lægen om, at man som ny læge ikke kender rutinerne, og er ikke inde i opgaverne og han har en opmærksomhed og bekymring om at der kommer mange nye læger i afdelingen.

“Lasse: ja ...altså jeg tror at man har kæmpe stort udbytte af det (simulationstræning)...men jeg tror også der ligger meget nu siger jeg ikke arbejde i det, men det kommer til at tage noget tid, for eksempel der starter nye KBU på vores afdeling hver 3. måned ... så lad os sige at så går man og arbejder sammen i halvanden...måneds tid og man er faktisk begyndt at kende hinandens rutiner jamen så kommer der måske en ny en, som måske slet ikke er i det ... og så bliver det måske meget sværere at få modtaget den patient.” Team 1 (Bilag 12)

Der er et stort flow af nye KBU-læger og nye spl i akutafdelingen og det vil derfor være en fortløbende proces at simulationstræne. Det at kunne agere selvstændigt i udførelsen af dagligdagens forskellige handlinger kræver erfaring. Der udtrykkes bekymring om, at et stort flow af KBU-læger kan påvirke kendskab til hinanden som professionelle i det daglige, hvis ikke der simulations trænes. Simulationstræning kan hjælpe hermed. Modsat kan tænkes, at hvis de professionelle ikke får mulighed for at modtage sammen i simulationstræning, giver det dem mindre mulighed for refleksion.

5.3.1 Delkonklusion af betydningen af organisatoriske rammer

De tre teams kommer med refleksioner på, at det er vigtigt med en skærpet forståelse for de organisatoriske vilkår, som kan præge samarbejdet. Vilkår for læring i akutafdelingen fremhæves af de professionelle som fysiske rammer i afdelingen, et stort flow af patienter og personale, samt mange opgaver i de forskellige professioner. Det at have mindre tid sammen, mindre samspil med hinanden giver dem mindre refleksion, og de får svært ved at lære af hinanden. Der udtrykkes bekymring om, at et stort flow af KBU-læger kan påvirke kendskab til hinanden som professionelle i det daglige, hvis ikke der simulations trænes. Det er i simulationstræningen - *der hvor de mødes og handler* - hvor læring og refleksion får gode vilkår.

5.4 Betydning af spildesign

Undervejs i vores observationer ser vi tegn på handlinger i simulations spillet der påvirkes af hvordan spillet er tilrettelagt af instruktørerne og hvordan det styres undervejs. Der er udtalelser fra fokusgruppen der peger på, at *deltagerforudsætninger, formål med spillet, at komme ind og ud af en rolle, samt det genkendelige og tidstro element* i spillets didaktiske design betyder noget.

Vi arbejder hermeneutisk, og med Jank og Meyers hermeneutiske strukturmodel for undervisning, som er opdelt i fem strukturelementer og som afdækker undervisningen fuldt ud, sætter det os i stand til at se på undervisningen oppefra. Hermed kan vi identificere de strukturelementer der frembringes af de agerende deltagere i spillet, og ud fra det sætte os i stand til at opfange, om der er tale om justering inden for mål-, indholds-, social-, handlings- eller processtruktur. Grundlæggende påvirker alle strukturer hinanden og er alle ligeværdige. Jank og Meyer mener ikke, at der er hierarkiske forskelle strukturerne imellem (Jank & Meyer:2006:65).

I simulationen afvikles et spil, hvor der er roller der skal fordeles mellem deltagerne. De skal spille den rolle, som gennem paralleller til deres daglige arbejde er genkendelige for dem. De kan på skift indtage forskellige roller i spillet, som igen kan indeholde forskellige potentialer for læring. Det peger på, at det kan være vigtigt at få tydeliggjort at det ikke er Tine eller Merete som spl, der kigges på, men på *splrollen* som den uddar sig i spillet, og det samme med lægerollen.

I observationen kommer det frem under debriefingen, at spl begge er enige, at når de skal deltage i simulation, så føler de, at de skal vurderes på om de kan finde ud af det. Her er *rollen i spillet* som spl ikke tydelig for dem.

“Merete: Jeg tænker ligesom Tine, at nu skal jeg rigtig ind og vurderes om jeg kan finde ud af det endnu. Da det så var overstået, og vi fik debriefing, fandt jeg ud af, at det handlede jo mere om det her med samspil. Det handlede ikke så meget om, hvad jeg sagde til patienten osv., men mere sådan hvordan vi gjorde det sammen og samarbejdet. Det synes jeg også var rart, og det gav god mening.”
Team 3. (Bilag 14)

I fokusgruppen reflekterer spl over, at de har følelsen af at skulle præstere og vurderes individuelt, og at det betyder noget for dem hvilken rolle de tager i spillet, da de gerne vil vise hvad de kan. Her bliver det deres individuelle præstation der kommer i fokus for dem.

“Tine: Man bliver jo kigget på. Man vil jo gerne gøre det godt. Når man så er der, vil man jo ikke bare være den hund, som skal ligge over i hjørnet. (Alle i lokalet bryder ud i grin....) Merete: Det håber jeg altså ikke du føler dig som...Tine: Jeg vidste bare ikke, at der var så mange, som der kiggede på. Der observeres i fokusgruppen en interaktion i gruppen; Der grines af alle i gruppen for hun fik sagt det med en gestikulerende med armene over mod et af hjørnerne i lokalet for at signalerer hendes egen kropslige opfattelse. Tine får alle til at grine ved at karikere at hun “føler sig udenfor”” Team 3 (Bilag 14)

Selvom vi observerer, at der i alle tre teams udføres handlinger, så peger det også i retning af, at en klarlægning af roller er vigtig. For at forstå, hvilken betydning det kan have for udviklingen af rolleforståelse i det tværprofessionelle samarbejde kan det i spillets didaktisk design være vigtigt, at man har opmærksomhed på iscenesættelse af handlingsplan, herunder nogle klare rolledefinitioner (Jank & Meyer:2006:112).

Briefingsfasen kan bruges til at sætte en ramme der giver de professionelle mulighed for at drive selvvirksomhed i scenariet. Det er under mål strukturen at instruktøren får skabt læringsmiljø, hvor de professionelle har tillid til, at de kan udfolde sig uden at blive udstillet og dermed tør handle. Det ligger i simulationsmetoden, at der skal skabes et trygt læringsmiljø for deltagerne med en anerkendende tilgang, så de har det godt med den rolle, som de nu skal spille i spillet. Stemningen i rummet er det man først bliver mødt med.

Rollen som figurant viser sig at have en betydning for deltagerne, da figuranten giver en livagtighed til scenariet, som de professionelle kan relatere til både i situationen og på sigt. Det giver en dynamik, der fordrer at de professionelle skal agere tværprofessionelt. Den genkendelighed det skaber italesættes i både debriefing og fokusgrupper som væsentligt for motivationen for at deltage engageret i spillet.

Vi har dermed også et særligt fokuseret blik på *handlingsstrukturen, indholdsstrukturen og socialstrukturen*, idet at der i disse strukturer skabes rammebetingelser, der viser at have indflydelse på deltagernes læreproces ved at påvirke deres forståelse for det tværprofessionelle samarbejde (Andresen:2020)

At man får en rolle i spillet, i et ad hoc team, hvor de ikke nødvendigvis kender til kollegers måde at samarbejde på, og ikke kender til patientens tilstand og person, observerer vi og hører i fokusgruppen at det udfordrer de professionelle i deres fælles modtagelse af patienten.

At komme ud af rollen igen, umiddelbart efter i at have været i den nye kontekst, observerer vi efterlader deltagerne i en særlig stemning.

“Stilheden afbrydes pludselig af instruktøren, som siger; “ så slutter vi”. Spl Søren og læge Martin der er på stuen kigger op - der siges ikke noget - ingen savner lige sygeplejerske Ida der er gået efter noget...” Team 2 (Bilag 19)

Ifølge Jank og Meyer er relations arbejde en opbygning og en vedligeholdelse af kommunikationsformer, der kan udvikle en atmosfære der kan fremme læring - en psykologisk sikkerhed (Jank & Meyer:2006:81). Denne opmærksomhed hører til under socialstrukturen. Dermed kan en opmærksomhed på at tydeliggøre manuskriptet for spillet og dermed rolleskift i de forskellige faser i simulationstræningen fungere fremmende for de professionelle.

Deltagerne i de 3 teams møder op med forskellige faglige erfaringer, uddannelsesbaggrund, motivation for læring og erfaring med simulation, og har derfor forskellige forudsætninger for at indgå i rollespillet. Deltageres forudsætninger kan derfor have en betydning for planlægningen. Der kan være emotioner, der kommer til udtryk.

“Ida: altså jeg synes jo sådan noget er mega angstprovokerende i virkeligheden ... 'jeg hader det' sådan rent personligt.... ' jeg synes det er så ubehageligt'...men jeg synes det giver så god mening.....og jeg synes hurtigt man slipper den derjeg sad inden med hjertebanken og svedige håndflader....men jeg synes hurtig man lægger det fra sig når man står i det...fordi det bliver et virkeligt scenariet...og man er i omgivelserne...”Team 2 (Bilag 20)

Når instruktøren i situationen fornemmer, at de professionelle virker sårbare, kan der med fordel udover de helt basale instruktioner omkring rummet og strukturen, tilføjes flere informationer ud fra et fokus på både socialstruktur og indholdsstruktur, eksempelvis på italesættelse af mål som de professionelle skal øve i scenariet

Jank og Meyer beskriver begrebet tilgængelighed under indholdsstrukturens ydre side som en kontinuerlig iagttagelse af spillets udformning, hvilket stiller både faglige og pædagogiske krav til instruktøren. Der fordres en tydelighed i spilleregler for at undgå forvirring undervejs i processen.

“Mille siger at hun 'leger' hun går efter medicin - Instruktøren korrekter hende - og siger hun skal gå efter det rigtigt. ... “Team 1 (Bilag 18)

“Tine kommer tilbage “jeg er tilbage med agas” hun kigger spørgende hen på den splfaglig

instruktør og lægefaglig instruktør...hun kigger spørgende over på instruktøren og gentager hun er tilbage med agas - for at indikere at hun mangler et svar “. Team 3 (Bilag 17)

Det er ikke muligt for en instruktør at forudse alle de veje som spillet kan gå, idet deltagerne har en vis grad af spillerum. Instruktøren kan forberede flest mulige udfald, hvilket kan hjælpe med at holde overblik under spillet og skrue op og ned for sværhedsgraden i spillet afhængig af deltagernes forudsætninger og nærmeste udviklingszone (Jank & Meyer:2006:76).

5.4.1 Delkonklusion af betydning af spildesign.

Vi ser på vores spildesign med strukturmodellen. Vi kan se, at det primært er på mål, indhold, social og handlingsstrukturen vi finder opmærksomhedspunkter, der kan have betydning for udviklingen af det tværprofessionelle samarbejde i spillet. Det vi ser, får betydning for spillets didaktiske design er det virkeligheds og tidstro element med brug af figurant, der giver en livagtighed til scenariet - som giver en dynamik der fordrer at de professionelle skal agere tværprofessionelt. Det skaber genkendelighed for de professionelle og det virker motiverende for at deltage engageret i spillet. Tydeliggørelse af manuskriptet af spillet og dermed rolleskift i de forskellige faser i simulationstræning, kan gøre det nemmere at komme ind og ud af roller. Anerkendende tilgang, opmærksomhed på deltagere og tydeliggørelse af mål er med til at skabe en psykologisk sikkerhed for de professionelle.

6. Metodekritik

6.1 Valg af metode

Vi betragter, hvilke metodemæssige problemstillinger vi efter undersøgelserne har afdækket, og hvilken betydning de eventuelt har for projektets fund Vi redegør for kvaliteten af vores undersøgelse og forholder os til, om eventuelle andre metodevalg kunne skabe bedre viden og mulige nye perspektiver på problemstillingen. Vi er optaget af at møde vores informanter i deres sociale kontekst og fokusgrupperne frembringer nuancerede observationer og fortællinger. Vi mener derfor, at der ligger en styrke i det anvendte undersøgelsesdesign,

Et andet metodevalg vil kunne skabe anden viden. Vi har reflekteret over, at der kunne have været andre spændende perspektiver ved at kombinere det kvalitativt studie med en kvantitativ

metode som et spørgeskema. Måske ville det skabe flere repræsentative fund gennem mixed methods og dermed øge opgavens gyldighed.

6.2 Litteratursøgning

Vi foretager indledningsvist en litteratursøgning i databaserne CINAHL, PubMed og Google Scholar på søgeord; *Interprofessional collaboration* og *simulation based teaching*. Vi foretager en emnesøgning i det forskningsmateriale der fremkommer og en kædesøgning. Vi har ikke været systematiske i vores behandling heraf, hvorfor at vi ikke kan fremvise en klar søgehistorik. Vi er overbeviste om, at en mere struktureret tilgang kunne have givet et mere nuanceret materiale og en mere transparent søgehistorik. Gennemgående i de artikler vi vælger ud, hvor vi læser abstracts, fremkommer et billede af, at flere forskningsartikler ikke er relevante for vores projekt, hvorfor kun to studier inkluderes som baggrundsviden.

6.3 Rollen som observatør

Vi er begge observatører i alle 3 observationsstudier. Vi aftaler at opdele det så vi observerer enten spl, eller læge. Vi mener, at vi dermed kan opfange det unikke i hvordan den enkelte profession forstår deres rolle. Det er sværere end vi tror, da vi alligevel får feltnoter om begge roller nedskrevet. Vi ser efterfølgende, at instruktørerne får mere fokus i vores observationer, end vi forventer, men at det åbner observationerne ift. vores spørgsmål omkring selve simulationsmetoden i fokusgruppen.

6.4 Observations empiri

Vi vælger i alle 3 observationsstudier at transskribere hver især, for derefter at lave en sammenskrivning. Trods klare aftaler, gør vi det alligevel forskelligt, bl.a. idet vi ikke nævner vores deltagere med navn, hvilket medfører forvirring i sammenskrivningen og efterfølgende gennemlæsning og rettelser.

6.5 Fokusgruppen

Fokusgrupperne ligger umiddelbart efter simulationstræningen med 10 minutters pause. Vi er ikke rutinerede nok som observatører og moderator til at gå fra den ene rolle til den anden, og er derfor meget afhængig af fokusgruppe interviewguiden, hvilket har præget spørgsmålene i

de første fokusgrupper. Vi reflekterer efterfølgende over, at moderatoren skal bruge observationsstudiet til at nedskrive refleksioner relateret til vores efterfølgende interviewguide, for dermed at kunne henvise mere til det informanterne lige kom fra.

6.6 Etiske overvejelser og valg af teori

Vores etiske overvejelser gennem projektet er rendt fra os nogle steder. Vi er blevet opmærksomme på, at vi på lydoptagelserne er kommet til at tiltale informanterne med navn, og at vi under vores første transskribering kan genkende medarbejderne, da de i deres præsentation ikke er anonymiseret nok. Vi udvælger dele af Dewey og Schøns teorier, og dette valg betyder naturligvis også fravalg. Dermed afskærer vi os fra interessante emner som empirien også peger på, og vi efterlader interessant empiri ubehandlet.

7. Konklusion

I vores indledning og problemformulering sætter vi fokus på et problemfelt, som giver os et afsæt til at undersøge, hvilke påvirkninger in situ simulationstræning har for rolleforståelse i det tværprofessionelle samarbejde i ad hoc teams i en akutmodtagelse af en patient, samtidig ønsker vi at få indsigt i didaktikkens betydning for planlægning af in situ simulationstræning, med følgende problemformulering;

Hvordan påvirker in situ simulationstræning deltagernes forståelse af rolleudførelse og rolleforståelse i tværprofessionelt samarbejde i ad hoc teams i en akutmodtagelse – og hvilken betydning kan spillets didaktiske design få for udviklingen af tværprofessionelt samarbejde?

Konteksten for projektets undersøgelse er en akutafdeling, hvor der i foråret 2020 bliver opstartet et simulationstrænings projekt mhp at fremme tværprofessionelt samarbejde i den akutte modtagelse. Det særlige ved akutte patientmodtagelser er uforudsigelighed, kompleksitet og et tidsafhængigt handle pres for at hjælpe patienten og dette giver sjældent tid til refleksion i situationen eller efterfølgende i dagligdagen. Simulationstræning er en læringsmetode til at arbejde med kompetenceudvikling og tværprofessionalitet og det er den læringsform der er projektets særlige fokus.

Vores projekt tager et hermeneutisk ståsted og undersøger problemformuleringen gennem et kvalitativ undersøgelsesdesign bestående af tre observationsstudier og 3 fokusgruppeinterviews. Undersøgelsen tager et induktivt afsæt, idet vi har været optaget af at forstå, hvordan de professionelle læger og sygeplejersker tænker, føler, og handler i forskellige kontekster.

Datamaterialet fra observationsstudierne bearbejdes gennem transskribering, meningskondensering og meningsfortolkning. Data fra fokusgrupperne bearbejdes gennem kodning og begrebsliggørelse i en hermeneutisk proces. Vi vælger at kombinere vores observationsstudier og fokusgruppeinterviews i en triangulering for dermed at få en grundig og kvalificerede indsigt i vores empiri.

Vi tager gennem hele projektet afsæt i Højholdt og Lehns-Christiansen forskning fra praksisfeltet om, hvordan man kan forstå tværprofessionelt samarbejde, som en særlig tilgang til læring i praksis. Problemformuleringen belyses yderligere gennem Dewey og Schøns erfaringsbaserede læringsforståelse, med særlig fokus på deres syn på, at læring er knyttet til reflektive handlinger. De underbygger dermed nødvendigheden af at skabe læringsmuligheder, der giver plads til at de professionelle via handlinger mødes af problemstillinger der giver anledning til refleksioner, hvilket går i tråd med vores læringsmetode i projektet. Vi anvender Jank & Meyer hermeneutiske strukturmodel til at give os en didaktisk refleksion over hvilken betydning spil designet kan have for udvikling af det tværprofessionelle samarbejde. Sidst i projektet reflekterer vi over vores brug af metode og hvilken betydning det kan have for vores fund i projektet.

Vi finder mønstre både på, hvad der påvirker forståelse af de forskellige professionsroller, og på professionernes rolleforståelse i det tværprofessionelle samarbejde. I vores analyse om *roller* pegede det på generelle mønstre. Vi ser at rolleforståelse er monofagligt i begge professioner. De holder fast i hver deres prioriteringsredskab som et fokus for opgaveløsningen. De kæmper lidt om opgaverne omkring patienten. De har deres rutiner og vaner, som giver dem en sikkerhed i opgaveløsningen.

Professionsidentitet løbende i et samspil med andre, og det er en proces for begge professioner, men der er strukturelle vilkår i den biomedicinske magtstruktur, som kan påvirke det tværprofessionelle samarbejde. Professionerne kan via kendskab til hinandens roller og opgaver (gennem simulationstræning) kan drage nytte af deres individuelle kompetencer og i et samspil højne det tværprofessionelle samarbejde.

Vi ser, at begge professioner arbejder ud fra vaner. Man kan variere handlinger i vanerne, men at det kun er ved refleksion, at de kan forandres. Simulationstræning giver mulighed for refleksion-i-handling i scenariet og i debriefingen. Det er i refleksionen, at de professionelle får stillet sig kritisk overfor den handling og tænkning der bringer dem i situationer, hvor deres vaner ikke rækker og de forstyrres heraf.

De professionelle italesætter, at rammen for læring i akutafdelingen er præget af nogle organisatoriske udfordringer. De fremhæver at fysiske rammer i afdelingen, et stort flow af patienter og personale, samt mange opgaver i de forskellige professioner har en betydning for rolleforståelse i tværprofessionel modtagelse af den akutte patient. De professionelle peger på, at simulationstræning giver stort udbytte set ifht., at de to professioner har mindre tid sammen, mindre samspil med hinanden og mindre refleksion i hverdagen.

Projektet peger på, at det der kan have betydning for spillets didaktiske design, er det virkeligheds og tidstro element med brug af figurant, der giver en livagtighed til scenariet - som giver en dynamik der fordrer at de professionelle skal agere tværprofessionelt. Det skaber genkendelighed for de professionelle og det virker motiverende for at deltage engageret i spillet. Anerkendende tilgang, opmærksomhed på deltagere og tydeliggørelse af mål og hjælp til rolleskift kan være med til at skabe en psykologisk sikkerhed for de professionelle betydninger for det tværprofessionelle samarbejde.

Ovenstående anskueliggør, at man gennem in situ simulationstræning kan påvirke forståelsen af rolleudførelse og rolleforståelse i tværprofessionelt samarbejde i ad hoc teams i en akutmodtagelse og at spillets didaktiske design kan have en betydning for udviklingen af det tværprofessionelle samarbejde.

8. Litteraturliste

8.1 Bøger

Andreasen, Karen et al (2017): *At undersøge læring*. 1. udgave. Samfundslitteratur

Brinkmann, Svend og Lene Tanggaard (2020): *Kvalitative metoder*. 3. udgave, 1 oplag. Hans Reitzels forlag

Brinkmann, Svend (2006): *John Dewey en introduktion*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, KBH.

Dewey, John (2008): *Erfaring og opdragelse*. 2. udgave 1 oplag Hans reitzels forlag kbh

Dewey John .(1933,2009): *Hvordan vi tænker – en reformulering af forholdet mellem refleksiv tænkning og uddannelsesprocessen*. Århus: Forlaget Klim.

Frederiksen, J.T (2019): *Den velfærdsprofessionelle – mellem omsorg, ansvar og kontrol*
Akademisk forlag

Gadamer, H.G (2007): *Sandhed og metode- grundtræk af en filosofisk hermeneutik*
2 udgave. Academia

Helleshøj.H. et al. (2015): *Simulation i sundhedsuddannelserne*, 1. udgave, 1 oplag Forfatterne og Munksgaard, København

Højholdt, Andy (2013): *Tværfagligt samarbejde i teori og praksis*. 1. udgave, 1. oplag; Forfatteren og Hans Reitzels Forlag

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2015) : *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, 3. udgave, 3. oplag Hans Reitzels Forlag

Lehn-Christiansen, Sine et al. (2016): *Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. København:Frydenlund Academic

Lehn-Christiansen, Sine (2016): *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. 1.udgave, 1. oplag, København. Forfatterne og Munksgaard

Madsen, Claus & Munch, Per, red. (2008): *Med Dewey in mente*. 1. udgave, Århus. Forfatterne og Klim

Schön, Donald. A (2001): *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. 1. udgave. Klim

Schön, Donald. A (2013): *Uddannelse af den reflekterende praktiker - tiltag til en ny udformning af undervisning og læring for professionelle*. 1 oplag. Klim

Wackerhausen, Steen (2002): Professionsidentitet, uddannelse og humanisme I: *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse - i sundhedsområdet*. Hans Reitzels forlag, København (s. 51-75)

8.2 Artikler

Costello, M et al: Student experiences of interprofessional simulation: Findings from a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, Volume 32. 2018

Howards S.K, Gaba, D.M, Fish, K.J et al :1992: Anesthesia crisis resource management training: Teaching anesthesiologist, to handle critical incident. *Aviat Space Environ Med*, Vol.63:763-70

Liederman, Z et al: Improvement in Hematology Interprofessional Care: Simulation With an Emphasis on Collaboration. *MedEdPORTAL* 2020:16.

Haslam, Alexander et. al (2011): *The New Psychology of Leadership*, Psychology Press, Hove, 2011

<https://www.auh.dk/siteassets/uddannelse/hr---laegelig-videreuddannelse/pdf/aars-mode/oplag-uao-om-ledelse-v-mogens-laussen.pdf>

Prasanna Raj Supramaniam: *The Impact of Targeted Simulation Training on Medical Student learning in Obstetrics and Gynaecology: A prospective cohort study with quantitative assessment* Søgedato 20.4.2021

<https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-2017/AMEE-2017-APP-DATA/7KK-Po.pdf>

8.3 Opgaver

Andresen, Lena Rai (2020): Didaktik opgave. 3 semester

Hansen, Charlotte (2020): Didaktik opgave, 3 semester

Aagaard, L.R & Andersen, V.K (2015): Tirsdags Simulation i Fælles Akutafdelingen

8.4 Internetsøgninger

Akutkoncept, søgedato 27.3.2021

<https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfo/akuthospitalet/dokumenter/akutkoncept.pdf>

Akuthospitalet, søgedato 27.3.2021

<https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/akuthospitalet/>

Akutplan for AUH - grundlag og præmisser, 2018, søgedato 26.3.2021

[https://e-dok.rm.dk/edok/edotor/AAUH.nsf/vUpload/XE7EE21241753F383C125847700363AEB/\\$file/Akutkoncept%20p%26aring%3B%20AUH.pdf](https://e-dok.rm.dk/edok/edotor/AAUH.nsf/vUpload/XE7EE21241753F383C125847700363AEB/$file/Akutkoncept%20p%26aring%3B%20AUH.pdf)

Arbejdsgruppe for det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse: Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2019, søgedato 20.12.2020

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Simulationsbaseret-traening-rapport-enderlig-udgave---041119.ashx?la=da&hash=69AB12058F0E6C4735DD489768B3BF23CC15C560>

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje søgedato 20.4.2021

<https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2008/29>

Sundhedsstyrelsen: De 7 lægeroller søgedato 20.4.2021

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2013/Publ2013/De-syv-l%C3%A6geroller.ashx>

Dagens Medicin:

Regionerne: Danmark skal have et speciale i akutmedicin, søgedato 20.1.2021:

<https://dagensmedicin.dk/bent-hansen-danmark-skal-have-speciale-akutmedicin/>

E Dok, Triage, søge dato 27.3.2021

<https://e-dok.rm.dk/edok/admin/GUI.nsf/Desktop.html?Open&login>

Kompetenceprofil for sygeplejersker ansat i akutafdelingen 2015, søgedato 27.3.2021

<https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/faginfo/akuthospitalet/dokumenter/organisering-og-uddannelse/kompetenceprofil-for-spl-ansat-i-akutafdelinger-rm.pdf>

Projektbeskrivelse Tværfaglig undervisning for medicin- og sygeplejestuderende, søgedato 27.3.2021

<https://www.auh.dk/siteassets/uddannelse/grunduddannelse/tvarfaglig-undervisning/projekt-beskrivelse-version-feb-2012-intertvars.pdf>

Region Midt: Modtagelse af den akutte patient - Introduktion af abcde algoritme, søgedato 11.4.2021

<https://www.rm.dk/siteassets/om-os/organisation/center-for-e-laering/vores-blokke/kurser/billedlinks/covid19undervisning/abcde-med-region-midt-skabelon.pdf>

Sundheds- og hospitalsplan for Region Midtjylland– et sundhedsvæsen på patientens præmisser. Høringsudgave, søge dato: 4.6.2020:

<https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/fremtidens-sundhedsvasen/sundhedsplan/sundhedsplan/sundheds--og-hospitalsplan.pdf>

Sundhedsstyrelsen 2016: Notat om Akutmedicin som lægefagligt speciale, søgedato 26.3.2021

<https://www.ft.dk/samling/20151/almdel/suu/spm/305/svar/1306276/1608827.pdf>

Sundhedsstyrelsen, søgedato 26.3.2021

<https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/akutanbefalinger-i-hoering>

Systematisk litteratursøgning, søgedato 10.1.2021

<https://library.au.dk/forskere/systematisklitteraturoegning/>

WHO Simulation handbook manual, søgedato 20.3.2021

<https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/254741/WHO-WHE-CPI-2017.10-eng.pdf;jsessionid=1AA1FB2A167B5F04A5C03D0E14B9A012?sequence=1>

Yngre lægers arbejdsmiljø 2019. Søgedato: 15.6.2020:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/yl_arbejdsmiljoeundersoegelse_2019.pdf

Aau kommunikation - emotioner. Søgedato 20.04.2021:

https://www.kommunikation.aau.dk/forskning/vidensgrupper/maerkk/Oplevelsens_glossar/vis/emotion.cid92363

8.5 Billeder

Alle billeder der er vist i projektet, er egne fotos. De personer der er afbilledet har givet accept for offentliggørelse.

9. Bilag

Bilag 1: Oversigt over empiri

Bilag 2: Pilot Observationsstudie

Bilag 3: Forberedelse til observationsstudie

Bilag 4: Observationsguide

Bilag 5: Fokusgruppe Guide

Bilag 6: Fælles sammenskriv af observationsstudie 3

Bilag 7: Fælles sammenskriv af observationsstudie 2

Bilag 8: Kodning, kategorisering og begrebsliggørelse i fokusgruppen

Bilag 9: Interaktionsanalyse spørgsmål

Bilag 10: Interaktioner i team 1, 2 og 3

Bilag 11: Novice i hermeneutisk proces i fokusgruppen

Bilag 12: Kodning, kategorisering af fokusgruppe 1

Bilag 13: Tragtmodel hermeneutisk proces

Bilag 14: Kodning, kategorisering af fokusgruppe 3

Bilag 15: Samtykkeerklæring

Bilag 16: Informationsbrev til deltagerne

Bilag 17: Analyse af sammenskriv observationsstudie 3

Bilag 18: Analyse af sammenskriv observationsstudie 1

Bilag 19: Analyse af sammenskriv observationsstudie 2

Bilag 20: Kodning, kategorisering af fokusgruppe 2

Bilag 21: Beskrivelse af rammerne for fokusgrupperne

Bilag 22: Fokusgruppe Guide hermeneutisk proces

Bilag 23: Tegning