

# Regulering af teamemotion – traumesygeplejerskers emotionelle arbejde

*Peter Musaeus & Annette Jakobsen*

Der er følelser og regulering af følelser i alle teams. Teamemotion kan forstås som teammedlemmers vurderinger af, hvad teamet bør lægge mærke til ved opgaveløsning. Teamemotion reguleres gennem tilegnelse af organisatoriske normer for, hvilke emotioner der må udtrykkes, og hvordan de må udtrykkes, eksempelvis at vrede bør undertrykkes, mens glæde bør vises. Forskning i følelser på arbejde inden for servicefag har fokuseret på emotionelt arbejde. Men der mangler forskning i forhold til emotioner i arbejdsteam. Det medicinske traumeteam er fokus for denne artikel. Artiklen er et casestudie af traumesygeplejerskers emotionelle arbejde overfor andre teammedlemmer samt patienter. Vi undersøger regulering af teamemotion ud fra håndtering af uenighed og konflikt, normer om ro og effektiv teamkommunikation samt hierarki i teamet.

Emotioner kommunikerer i teams. Det er særligt tydeligt i teams, hvor liv og død er på spil. Stemningen i et team bliver frygtsom, hvis en faretruende situation lur, såsom i et brandslukningsteam, der står foran en ildebrand eller et militærteam før indsats. Men emotioner orkestreres eller reguleres også, eksempelvis i et medicinsk team ved briefing forud for en vanskelig patientbehandling, hvor teamlederen beder teammedlemmerne om at kommunikere sagligt og holde deres følelser for sig selv. Emotioner kan have en afsmittende indvirkning på teamarbejde, og teamarbejde kan influere på emotioner. Teammedlemmer kan eksempelvis virke stressede, udstråle glæde, signalere skuffelse eller vrede, alt sammen emotioner, der kommunikerer og kan influere på teamets arbejde. Endvidere kan teammedlemmer udføre emotionelt arbejde – det aspekt af lønnet arbejde, der indebærer at vise følelser overfor kun-

der i overensstemmelse med organisationens normer (Hochschild 1983). Begrebet om emotionelt arbejde er tæt forbundet med ideen om regulering af følelser, der igen hænger nøje sammen med følelser forstået som vurderinger af situationer.

I artiklen tager vi udgangspunkt i en forståelse af emotioner, som komplekse kropslige samt kognitive vurderinger af omskiftelige situationer i forhold til, om de indebærer noget skadeligt eller gavnligt for en person (Lazarus 1991). Herudfra definerer vi teamemotion som teamets vurderinger – det vil sige teammedlemmers oplevelse og kommunikation – herunder den oplevede stemning i teamet. Teamemotion kommunikerer verbalt og non-verbalt og er vurderinger af, hvorvidt situationer kan være skadelige eller gavnlige for teamet. Det kan være direkte vurderinger eksempelvis, hvis et teammedlem er i fare for at dø, teamet er i fare for at blive opløst eller

indirekte vurderinger, hvis der er fare for at teamet ikke kan opfylde sin mission, hvis en patient er i risiko for at dø.

Denne artikel er et casestudie af traumesygeplejerskers oplevelser af teamemotioner. Traumeteamet behandler patienter, der har været udsat for alvorlige fysiske skader eksempelvis ved trafik- og arbejdsuheld eller voldelige episoder. Arbejdet er derfor forbundet med stærke emotioner – såvel glæde og gru – som teammedlemmerne forholder sig til for at forhindre stærke emotionelle udtryk samt skabe effektiv teamkommunikation. I artiklen analyserer vi normer for, hvad man må føle og udtrykke af emotioner som medlem af et traumeteam, med særligt fokus på sygeplejerskers emotionelle arbejde. Vi undersøger hvilke normer, der influerer på emotioners udtryk i arbejds-teams. Opsummerende definerer vi teamemotion som vurderinger, eksempelvis af om, der er håb eller grund til bekymring i forhold til, om teamet kan løse en opgave tilfredsstillende. Teamemotion er altså både individuelle teammedlemmers oplevelser såvel som kommunikation. Forskning i emotioner som teamfænomen er mangelfuld, men fortjener at blive undersøgt, da teamorganisering i moderne arbejdsliv er vidt udbredt, og fordi det er uklart præcist hvilke implikationer teamemotion har for teamperformance.

## Begrebsafklaring

For at uddybe fænomenet teamemotion vil vi definere tre sammenhørende begreber: *Teamkommunikation, emotionelt arbejde og teamemotionel regulering*. Vores argument er, at teamemotion reguleres som emotionelt arbejde på teamniveau. Det vil sige, at emotionelt arbejde påvirkes af organisatoriske normer og regulerer teammedlemmers oplevelse og kommunikation af emotioner.

## Teamkommunikation

Emotioner definerede vi ovenfor i henhold til Lazarus (1991) som beskriver vurderinger af, hvorvidt en begivenhed er skadelig eller gavnlig for individet. Det vil sige, at teamemotioner har at gøre med teammedlemmers vurderinger af om teamets mål og opgaveløsning er truet eller fremmet af en begivenhed. Emotioner kommunikerer til stadighed i teamet og teamdeltagere skjuler nogle udtryk, mens andre forstærkes. Det kan være, at had skjules for at beskytte sig selv eller andre, mens glæde opmuntres for at skabe gejst. Teamemotioner udtrykker fælles forventninger til, hvordan emotioner bør kommunikerer – non-verbalt og verbalt. Vi definerede ovenfor teamemotioner som vurderinger i teamet som helhed, herunder stemning og måder hvorpå teammedlemmer fortolker og udtrykker emotioner. Det betyder, at vi må forklare, hvad det vil sige at udtrykke en emotion? Her vil vi skelne mellem non-verbal og verbal kommunikation: Non-verbal kommunikation inkluderer ansigtsudtryk, fagter etc. mens verbal kommunikation inkluderer tonefald, men også brug af sarkasme til at fremstille en emotion.

Eksempelvis kan medlemmer i et team kommunikere følgende emotioner eller vurderinger: Uro (noget er galt), glæde (alt er vel), vrede (I skal gøre jer mere umage eller skynde jer etc.) Eller man kan se på sine teamkammeraters ansigter eller måden et medlem udtrykker sig verbalt, at vedkommende oplever en emotion af afmagt, som måske skyldes usikkerhed, eller omvendt man kan se på deres rolige kropslige fremtoning, at de har styr på situationen. Pointen er, at teamemotioner – emotioner på individ og teamniveau til stadighed kommunikerer i teamarbejde.

## Emotionelt arbejde

Emotioner er associeret med teamkommunikation som nævnt ovenfor, men også

med regulering af emotioner. Det mest måske mest berømte eksempel på emotionel regulering i organisatorisk kontekst er Hochschilds (1983) begreb om emotionelt arbejde, der refererer til, at organisationer pålægger medarbejdere at udvise bestemte følelser. Eksempelvis udfører stewardessen emotionelt arbejde ved at smile til flypassageren – uanset hvordan passageren opfører sig – og giver dermed passageren en behagelig oplevelse og bidrager til en tryk flyrejse. Emotionelt arbejde er defineret som et aspekt af lønnet arbejde, der indebærer emotionsmæssig organisering og emotionel regulering, som har til formål at skabe et bestemt kropsligt observerbart udtryk hos medarbejderen (Hochschild 1983, 7). Idet emotionelt arbejde er et aspekt ved lønnet arbejde, er det ikke noget, den enkelte læge eller sygeplejerske selv vælger, men en del af en organisatorisk norm – på hospitals- og teamplan. Diverse studier har fundet, at sygeplejersker såvel som læger på stuegang (Larson & Yao 2005) forventes at optræde med et passende emotionsmæssigt udtryk, hvilket indebærer, at deres emotioner fremtræder på en forudsigelig og ønskværdig måde, eksempelvis i henhold til normer om god kundepleje i servicefag (Kelly & Barsade 2001; Tracy & Tracy 1998) eller god omsorg i sygeplejefaget (Froggatt 1998; Henderson 2001; James 1992).

### Teamemotionel regulering

Som omtalt indledningsvist sker der en regulering af teammedlemmernes emotioner, således at stærke eller uønskede emotioner (vrede eksempelvis) dæmpes, mens for organisationen ønskværdige emotioner (glæde eksempelvis) styrkes. Hvad man som teammedlem må føle og udtrykke, herunder hvad stemningen i teamet er som helhed, afhænger altså af normer og af teamets historie i forhold til, hvilke emo-

tioner man har erfaring med er gavnlige, hvilke neutrale og endeligt hvilke, der skader eller smitter/spredt dårlig stemning i teamet (Barsade 2002). Med andre ord reguleres teamarbejde i høj grad af normer for kommunikation af emotioner på team og individ-niveau. Der er mere eller mindre eksplicite normer, der regulerer, hvordan, hvor meget og hvilke emotioner teammedlemmer forventes at udvise i teamarbejdet.

Temfølelser skal reguleres eller kontrolleres gennem tilegnelse af normer. Det skal de for at teamet kan arbejde effektivt med opgaveløsning, og fordi følelser er reguleret af organisatoriske normer. Dette fænomen – at organisatoriske normer styrer følelsesmæssige udtryk som et væsentligt aspekt af at udføre arbejdet – kaldes emotionelt arbejde. På et individuelt niveau er det velundersøgt, at emotionelt arbejde – at smile til kunderne og udtrykke glæde sådan som organisationen ønsker – finder sted i servicefag. Imidlertid er der kun få studier, der beskæftiger sig med emotionel regulering i teams (Kelly & Barsade 2001). Team-niveauet er betydningsfuldt, for det første fordi teams har vundet indpas overalt i moderne organisationer og arbejdsliv – og der derfor er økonomiske og praktiske grunde til at forstå teams. For det andet fordi gruppe og individ udøver en gensidigt konstituerende effekt, og i forhold til tænkning, handling og følelse vil disse fænomener på gruppeniveau være fundamentalt anderledes end på individuelt niveau. Eksempelvis må vi formode, at følelsen af vrede er (kvalitativt og kvantitativt) forskellig, alt efter om det er som leder eller menigt medlem af et team eller privatperson (forælder etc.), at individet oplever og udtrykker følelsen.

Opsummerende er fænomenet emotionelt arbejde udtryk for emotionel regulering på organisatorisk niveau, mens teamemotionel regulering indbefatter emotionelt arbejde på teamniveau. Teamkommunika-

tion og teamemotioner er således tæt forbundne, idet teammedlemmer er optaget af at kommunikere – og dermed regulere – hvordan de føler.

## Casestudie

Artiklen bygger på interviews, deltagerobservation og dokumentanalyse og rapporterer et casestudie af seks traumesygeplejerskers emotionelle regulering og emotionelle arbejde i traumeteamet. Vi vil beskrive traumeteamets organisering i det følgende og kort argumentere for, hvorfor traumeteamet er en velegnet case til at belyse sammenhængen mellem emotioner og teamkommunikation.

## Traumeteamet

Traumeteamets organisering kan forstås ud fra to principper: Ad hoc organisering og manual/guidet respons. Traumeteamet organiseres med hierarkiske strukturer med både uerfarne og erfarne teammedlemmer (Klein et al. 2006). Traumeteamet er typisk organiseret som et interdisciplinært ad hoc team bestående af: En ortopædkirurgisk traumeteamleder (læge), en ortopædkirurgisk mellemvagt (læge), en anæstesilæge, som kan fungere som stedfortrædende leder, 1-2 anæstesisygeplejersker, 1-2 skadestuesygeplejersker, en bioanalytiker, en sekretær, en radiograf og en serviceassistent. Traumeteamet hastegradsvurderer, undersøger, diagnosticerer, behandler og træffer afgørelser om videre behandling af traumepatienten. Behandlingsfokus for traumeteamet er stabilisering af patientens vitale fysiologiske tilstand, det vil sige primært luftveje, åndedræt, cirkulation og neurologiske skader.

For det andet bygger traumeteamarbejde på en manual – en trykt guide til traumebehandling. Det vil sige, det baseres på en algoritme (kaldet ATLS efter Advanced Trauma Life Support 2008) som danner basis for

vurdering, undersøgelse og traumebehandling. Traumemanualen beskriver udførligt teammedlemmernes ansvarsområder og retningslinjer for stabilisering af patientens fysiologiske tilstand. Traumemanualen beskriver normer for teamkommunikation, eksempelvis vigtigheden af klar og tydelig kommunikation. Teamkommunikation er vigtig for traumeteamet – medlemmerne kommunikerer hele tiden indbyrdes omkring en række medicinske behandlings- og diagnosticerings-teknologier (scanninger, røntgen etc.) for at sikre hurtig og korrekt traumevurdering og behandling. Men det kan overraske, at traumemanualen ikke beskriver emotioner, hvis vores argument er rigtigt i denne artikel – at teamkommunikation handler om teamemotion, som er vurderinger af dynamiske situationer.

Denne mangel motiverede os til herværende undersøgelse af teamemotioner i traumeteamet. Selvom emotioner heller ikke er nævnt i læger og sygeplejerskers lærebøger inden for akutmedicin var det interessant, at alle interviewede sygeplejersker var enige om, at *“emotioner er meget vigtige”* (Iben) for traumeteamet. Endvidere bekræfter vores observationer på traumestuen, at traumeteammedlemmerne oplever at udføre et emotionelt og fysisk krævende arbejde. Dette arbejde er, som nævnt indledningsvist, potentielt forbundet med stærke emotioner (udover gru og glæde også sorg og følelsen af stress). Disse følelser forstærkes ved, at teamet ofte arbejder under handletvang: Patienten dør, hvis der ikke handles nu og her.

## Metode

Artiklen afrapporterer et kvalitativt interviewstudie af seks traumesygeplejerskers oplevelse af emotionelt arbejde i forbindelse med deltagelse i akut traumeteamarbejde på et universitetshospital i Danmark. Efter observation af traumeteamet, teamtræning og audits, udførte førsteforfatteren

semistrukturerede, individuelle kvalitative interviews med seks kvindelige sygeplejersker udvalgt som bekvemmelighedskvota. Interviewene blev transskriberet ordret og varede i gennemsnit 46 minutter på nær et enkelt interview på kun 12 minutter med en sygeplejerske, der ikke længere var tilknyttet traumeteamet. Alle navne på deltagere i traumeteamet er anonymiserede.

Analysen beror på tematisk analyse, der er en metode til at identificere, begrebs-sætte og fremstille temaer i interviewdata (Braun & Clarke 2006). Et tema er et mønster i interviewdataene, der indfanger noget betydningsfuldt i forhold til forsknings-spørgsmålet (Braun & Clarke 2006, 82), man baserer sig på teoretiske propositioner (Yin 1989, 106). I dette studie blev tematisk analyse anvendt til at organisere interview-materialet ud fra bl.a. gentagen lytning og transskription af interviews, gentagen læsning af materialet, iterativ kodning og analyse af kodninger sammenholdt med nye læsninger af interviewdata og teori om emotionelt arbejde.

Ethvert casestudie – ikke bare kvalitative casestudier – der er baseret på en lille forsøgspopulation ('small N'), bør efterprøves i forhold til studiets generaliserbarhed og validering. Hvad angår validering i dette studie, anvendte førsteforfatteren deltagerchecks ('member checking'), hvor temaer blev afprøvet for deltagerne i interviewene. Endvidere benyttede vi et omfattende deltagerobservationsarbejde, primært ved at anden-forfatteren har arbejdet i flere år med traumeteams på flere forskellige akutte afdelinger. Problemet er, at spørgsmålet om generaliserbarhed forudsætter en logik, der favoriserer statistisk sampling, mens analytisk generaliserbarhed i kvalitative case studier handler om at udlede almene forhold udledt af en teori eller casestudier, hvor betingelserne er sammenlignelige med den studerede case (Yin

1989, 43f). Problematikken med generaliserbarhed handler altså ikke primært om, at dette casestudie har et begrænset empirisk grundlag (seks interviews og observationer), idet et kvalitativt casestudie aldrig kan handle om at generalisere via empirisk sampling. Eksempelvis er det ikke målet med herværende studie at generalisere fra en sample af tilfældigt udvalgte traumesygeplejersker til populationen af traumesygeplejersker. Ved at fokusere på en enkelt hospitalspraksis og seks personer har vi forsøgt at indfange aspekter af team emotionel regulering blandt traumesygeplejersker, men også at udvikle analytiske kategorier (nævnt nedenfor), der organiserer traumeteamets emotionelle arbejde.

## Emotionel regulering: Teamorganisering og normer

I dette afsnit vil vi skelne mellem teamemotioner organiseret 'team-internt' i forhold til de øvrige kollegaer i traumeteamet og 'team-eksternt' i forhold til patient og pårørende. Endvidere argumenterer vi for, at traumeteamets emotioner reguleres ud fra normer omkring professionalisme, undgåelse af konflikt samt neutralitet eller påtaget ro. Disse empiriske resultater er vist i tabel 1 (på næste side), der har til formål at lette læsningen af den følgende analyse.

Inden vi for alvor går videre med den empiriske analyse vil vi først klargøre, hvad vi forstår ved normer og for det andet sondringen mellem team-intern og team-ekstern. Hvad angår normer eller forskrifter for emotioner i traumeteamet svarer en interviewdeltager, Iben: *"Jeg ved ikke om der er forskrifter, men man kan sige, at når man bliver ansat på hospitalet, så er der nogle forventninger til personale, altså personalepolitikker"*. Det er implicitte normer ("*forventninger*") og eksplicitte normer ("*forskrifter*") – det vil sige italesatte forventninger til adfærd

Tabel 1. Resultater: Teamemotionel regulering

	Team-intern regulering	Team-ekstern regulering
<b>Konflikt</b>	Konflikt og uenighed skjules indtil teamet samles backstage	Patient skal ikke opleve eventuel konflikt i teamet
<b>Neutralitet og ro</b>	Rationelle beslutningsprocesser	Patient foregives, at tilstand ikke er akut
<b>Hierarki og distribuering</b>	Skamfuldt, hvis læge græder. Læger har visse privilegier forbundet med emotionelt arbejde	Skadestuesygeplejerske må vise emotioner; Sygeplejersken står altid til rådighed for patienten

herunder emotionsudtryk – som vi vil analysere i dette og efterfølgende afsnit. Vi vil argumentere for, at normer kan være både eksplicite og implicite. Argumentet er, at der er normer, der regulerer teamarbejde og specifikt teammedlemmernes emotioner – deres kommunikation og oplevelsen af emotionerne. Emotioner i traumeteamet reguleres gennem idealer om professionalisme, ro og effektivitet.

For det andet lad os uddybe skellet mellem intern og ekstern – det fænomen, at traumeteamet udfører emotionelt arbejde på to scener. Her trækker vi på Goffmans (1959) skelnen mellem scenen ('frontstage'), iscenesættelsen i forhold til en konkret eller abstrakt iagttagelse versus det, der sker bag ved scenen ('backstage') – altså teammedlemmerne imellem bagved scenen/uden for traumestuen. Hvordan teammedlemmet handler er forbundet med medlemmets position; metaforen bruges altså ikke blot om en teatralisk rolleoptræden, men også om steder: Teamets scene – eksternt (på traumestuen) – og bag scenen – internt (til audits, på gangene, i kaffestuen etc.). Hochschilds (1983) begreb om emotionelt arbejde bygger på Goffmans (1959) teatermetafor og skelner mellem overfladisk og dybtfølt emotionelt arbejde. Overfladisk emotionelt arbejde ses som skuespil, (såkaldt 'surface acting') – at vise en emotion på skrømt versus emotionelt arbejde som dybtfølt respons

(såkaldt 'deep acting') – autentisk at føle noget. Ideen er, at medarbejderen manipulerer sig selv til at opleve og udtrykke samme emotion. Det, der føles, og det, der udtrykkes, kommer således i overensstemmelse med organisatoriske normer. I klassisk forstand refererer emotionelt arbejde altså til det aspekt ved et lønnet job, der kræver medarbejderens regulering og manipulation af emotioner enten som noget dybfølt eller overfladisk. Vi vil udvide denne forståelse til at beskrive teamarbejde for at forklare normer om emotionel regulering.

### Konflikt

Vores undersøgelse fandt, at teamets norm om professionel håndtering af konflikt overlapper i ønsket om at undgå konflikt, men alligevel er normen om undgåelse af konflikt (og "ramaskrig" som en deltager kalder det) stærkere eksternt end internt. For at starte med den teaminterne scene: Konflikt opleves som "frustrationer over at ting ikke gøres ordentligt", eller "at man skal stå i en [...] skarp situation og man skal diskutere med lederen. Og det sker og det er jo emotioner" (Iben). Man forsøger at holde konflikter væk fra teamarbejdet, således problemløsning ikke forhindres gennem 'emotionel smitte', det fænomen, at negative emotioner breder sig i teamet og skaber ineffektivitet (Barsade 2002).

Normen om at håndtere konflikter teaminternt – uden for traumestuen – betyder

en forskubning af emotioner fra scenen (traumestuen) til bag scenen. Iben taler om *“uskrevne hensyn til hinanden [...] man tager nogle hensyn til hinanden”*. Det begrundes hun med, at *“der er ikke nogen der ønsker en konflikt på en traumestue”*. Dette udsagn er i tråd med tidligere studier, der viser, at sundhedsfagligt personale er trænet i at kontrollere og undertrykke deres emotioner; eksempelvis lærer medicinstuderende gradvist at identificere sig med andre fagpersoners emotioner snarere end med patientens (Conrad 1988).

På det teameksterne niveau ses en norm om, at patienter ikke skal opleve konflikter i teamet. Det betyder som omtalt i følgende citat, at konflikt forskubbes fra scenen til bag scenen:

Iben: *“Man skal tale ordentligt. Fordi så skal man tage det [konfliktuelle] bagefter hvad det end måtte være [...] Om det står på skrift tror jeg ikke, så ville man oplære os i det [...] Jeg tror et eller andet sted at mennesker har et ønske om at der ikke skal opstå ramskrig nede på en traumestue [men] respekt for hinanden og en respekt for patienten”*.

Det kræver indsigt at forstå, hvad der forårsager teamkonflikt. Vores deltagerobservation i traumeteamet viser, at en hyppig kilde til konflikt ligger i, at der kan være magtkampe omkring lederskab. Det giver sig udtryk i spændinger omkring, hvem der er formel og uformel leder. Traumemanualen specificerer det formelle hierarki i traumeteamet, som nævnt med ortopædkirurg som formel leder. Det giver to under-teams: Det kirurgiske og det anæstesiologiske. Den ledende anæstesiolog er leder af det anæstesiologiske under-team, og vedkommende kan optræde som uformel leder. De to teams arbejder delvist uafhængigt af hinanden, men den formelle teamleder af traumeteamet forventes at koordinere dette

arbejde, udover at være leder af sit eget subteam (typisk ortopædteamet).

Ovenstående er udtryk for en historisk spænding i forhold til, hvilket speciale, der behandler traumer: ortopædkirurgien versus anæstesiologien. Traditionelt set har *“den gyldne standard”* for traumebehandling ATLS (som traumemanualen bygger på) indeholdt en passage om, at traumer var et kirurgisk speciale, om end seneste version af ATLS (Millard 2010) ikke favoriserer ortopædkirurgien over anæstesiologien. Vores observationer peger på, at der kan være magtkampe mellem det kirurgiske og anæstesiologiske speciale, og teammedlemmer kan opleve frustrationer, hvis formelt lederskab er utydeligt. Teamet kan mangle ledelse, hvis den formelle leder (ortopædkirurgen) er mindre kompetent og/eller erfaren end andre teammedlemmer. Det er oftest den ledende anæstesiolog, der kan være uformel leder – hvis ortopædkirurgen ikke også er uformel leder – men vi (begge artiklens forfattere) har observeret episoder i traumeteamet, hvor eksempelvis en dominerende serviceassistent var uformel leder.

For at opsummere opstår problemet, fordi anæstesiologen i traumemanualen er defineret som nr. to i ledelseshierarkiet, men til tider har mere erfaring og kompetence end lederen:

Hanna: *“Nogle anæstesiologer har meldt ind [til traumeteamkoordinatoren] at de ikke føler de blev hørt af unge traumevagt. Eller unge traumevagt var ikke kompetent nok”*.

Det er formelt set veldefineret, hvem der er lederen, og dermed hvem der er øverst i det formelle hierarki. *“Der er nødt til at være en høvding”*, som Hanna siger, og videre: *“det er ideelt set ortopædkirurgen”*. Grundet magtforskydning, ekspertise eller hvis traumeopgaven kræver det, er den uformelle leder imidlertid den ledende anæstesiologiske

overlæge. *“Der skal noget til at gå imod anæstesiologerne, vi er en junta”,* som en anæstesiologisk sygeplejerske fortalte.

## Neutralitet og ro

Ro og handlekraft er nødvendige egenskaber at udvise i traumeteamet for at modvirke stress og handle på trods af den iboende usikkerhed og dynamik i traumearbejdet.

Hanna: *“Uanset, hvor pressede vi er, så foregår det [traumeteamarbejdet] næsten altid i god ro og orden. Man er egentlig meget bevidst om at patienten ikke skal mærke, hvor akut det her er lige nu. Indtil vedkommende er intuberet. Så kan man bedre [sige til hinanden]: Nu skal det gå hurtigt”.*

Citatet viser det skift, der sker i teamekstern ro og regulering (som *“patienten ikke skal mærke”*) til teamintern fart. Relativt hurtigt efter at traumeteamet er trådt sammen, sker der et skift i teamets opmærksomhed fra teameksternt til – internt. Patientens vitale funktioner såsom luftveje, åndedræt, cirkulation etc. bør hurtigst muligt efter ankomst til hospitalet være stabiliserede. Hvornår i forløbet, patienten bliver respiratorisk og cirkulatorisk stabil, har betydning for patientens tilstand både i forhold til overlevelse og til eventuelle følger. Tid/dynamik er altså altafgørende i traumeteamet. Karakteristisk for traumeteamet er, at teamet ofte er opløst efter en times intenst arbejde, idet de enkelte teammedlemmer har andre funktioner at udføre end deltagelse i traumeteamet.

Teamet skal ikke (eksternt – overfor patienten) vise, hvor alvorlig situationen er endsige lade sig stresses. Det, der er brug for, er, som Jette udtrykker det: *“neutralitet eller påtaget ro”*. Ro muliggør, at teamet er i stand til at træffe de rigtige beslutninger. Teammedlemmer skal påtage sig en ro, hvilket sker gennem verbal kommunikation. En

teknik hertil internt i teamet er ‘closed loop kommunikation’, hvor man gentager den anden parts spørgsmål og dernæst svarer for derved at sikre teamets opmærksomhed, herunder at ingen vigtige informationer miskommunikeres og overses (Sexton, Thomas & Helmreich 2000). Teammedlemmer forventes således at rapportere relevante observationer til teamlederen og andre teammedlemmer, således at alle teammedlemmer får informationer omkring traumpatientens tilstand. Denne teknik bruges teaminternt- og eksternt:

Iben: *“Men det er noget, vi faktisk taler om, at der skal være en kommunikation [...] på traumestuen og det handler om at man får lavet closed loops som man kalder det rent fagligt [...] det være sig [team-eksternt over for] pårørende eller rent fagligt [teaminternt] hvis der sker noget og der skal være [...] ro og orden”.*

Det forventes, at traumeteammedlemmet bevarer sin objektivitet og emotionsmæssige ligevægt under stress. At udvise (overdreven) empati kan ses som en mangel på emotionel regulering og kan være dysfunktionel. Eksempelvis fortalte Eva, at hun i sin elevtid var bevidst, engang hun levede sig for meget ind i en patients smerter. Derfor gav hendes kolleger hende en opgave med at monitorere et drop, hvorved fokus blev flyttet fra det emotionelle til noget rent konkret praktisk. Eva kunne derved regulere sine emotioner og undgå overidentifikation med patienten. Et andet eksempel er Jette, der fortæller om regulering af sine emotioner:

Jette: *“Det [er] måske nok sjældent jeg oplever, at der er noget der går ind. [...] Det er meget sjældent, at jeg bliver ked af det eller bliver overdrevet emotionel. Det blokerer for overblikket. [...] Man tager sin professionelle*



*frakke på, fordi det her er så forfærdeligt. Det hæmmer ens handleevne”.*

Jette trækker her på en krops/tøj-metaforisk forståelse af oplevelser som noget, der perciperes (“noget der går ind”), men som skal kontrolleres (ellers “blokerer” det) af ens “professionelle frakke”. Hvis ikke den professionelle kontrollerer sine emotioner, bliver de overdrevne og blokerer for overblik og handleevne. Citatet viser, at der foregår emotionel regulering i traumeteamet, ved at teammedlemmet gør sig robust – tager den professionelle frakke på – for ikke at opleve og udvise negative emotioner i forbindelse med traumearbejde. Et sådant beskyttende lag til regulering af ekstreme emotioner kommer til udtryk team – eksternt og internt – gennem en rolig kommunikation og fremtoning.

Teamemotioner frygtes at kunne blokere for teamets opmærksomhed på, hvad der er vigtigt i situationen. Et team, der er i sine emotioners vold, mangler overblik – ifølge informanterne i dette studie. På det teaminterne plan er det negative emotioner, eksempelvis gru, der særligt kan ramme uerfarne og medvirke til at overvælde og ‘besmitte’ teamet, at skabe et ubeslutsomt og dårligt fungerende team. På det teameksterne plan er idealet om ro til stede i forhold til patienten:

Hanna: *“Man [...] har til opgave at holde patienten rolig. [Det er] også en vigtig opgave lægemæssig og sygeplejemæssigt ved risiko for [at patient går i] chok. Man gør, hvad man kan for, at det ikke det sker. Ikke bevidst, bare noget man gør”.*

At holde patienten rolig er altså en implicit patientnorm. Men der er ligeledes regulering af stress og fravær af uro teaminternt:

Else: *“Noget der måske bliver vist meget af emotioner [er] stress på traumestuen. [...]”.*

*Hvor det egentlig er mere velset, at det er en cool-holdning man har til hinanden. Og at man stille og roligt arbejder sig igennem det her. Hvor nogle sådan kan kører op i en spids, og det smitter jo lidt af faktisk”.*

Emotioner er således noget, der skal reguleres i traumeteamet, for at teamet fungerer og træffer korrekte beslutninger under pres. Case studier har vist, at diverse professionelle herunder brandmænd (Scott & Myers 2005) og alarmcentral-personel (Tracy & Tracy 1998) udfører emotionelt arbejde, der tjener til at regulere deres egne og klientens emotioner for derved at skabe en rolig atmosfære som en betingelse for effektiv problemløsning i høj-risiko teams. Emotioner kan være forbundet med en professionel maske eller “et stoneface”, som Jette udtrykker det. At sygeplejersken (eller lægen) frivilligt påtager sig en maske med rolig stemmeføring overfor patienter i stressede situationer, svarer til den ro alarmcentralpersonale påtager sig, når de taler med stressede opkaldere. Det kan eksempelvis være personer, der ringer for at anmelde en kriminel handling. Tracy og Tracy (1998) fandt, at alarmcentralpersonale både ‘kanaliserer’ følelser af vrede og hysteri væk fra opkalderen, samtidig med at de regulerer deres egne negative følelser og udviser et neutralt roligt stemmeleje. Denne emotionelle regulering er altså dobbeltrettet dels mod sig selv og dels mod opkaldere for derved at sikre, at mest mulig information overleveres ved alarmopkald.

Afslutningsvist på dette afsnit vil vi sige om analyser af normer og teamemotionel regulering i traumeteamet, at normen om, at teammedlemmer udstråler ro og imødekommenhed, er et ideal både internt og eksternt i teamet, men teammedlemmer kan dog lufte utilfredshed, vise negative emotioner teamet-internt. Emotionelt arbejde handler i traumeteamet ikke primært om at

give patienten en positiv negativ oplevelse – det er altså ikke en vare som sygeplejersken sælger i lighed med stewardessen, der sælger en god og sikker rejse til passageren ved at smile – men en emotionel regulering, der skaber optimalt team problemløsning.

## Hierarki og distribuering

Vi fandt i vores undersøgelse, at emotionelt arbejde er forskelligt differentieret eller distribueret i traumeteamet således, at traumesygeplejersker udfører mere emotionelt arbejde end læger. Det hænger sammen med det formelle og uformelle hierarki i traumeteamet (Klein et al. 2006). Den hierarkiske struktur forstærkes gennem traumemanualen, der forventes læst af alle inden de deltager i traumeteamet. Traumemanualen indeholder en rollebeskrivelse – eksempelvis er traumelederen defineret som en ortopædkirurg, stedfortrædende leder en anæstesiolog etc. Hierarkiske processer er udfoldet som social interaktion i teamet – og hospitalet generelt – hvor læger traditionelt, men ikke nødvendigvis, opnår en højere plads i hierarkiet end sygeplejersker (Froggat 1998).

En illustration af emotionel regulering og emotionelt arbejde er distribueret i teamet. Det kan anskues gennem følgende anekdote: To anæstesilæger og en ortopædkirurg blev af medforfatteren til denne artikel informeret om studiet og spurgt, om de ville deltage, hvortil den ene svarede: *“Glem det Annette, der findes ikke emotioner i traumeteamet”*. Ingen læger deltog i studiet, hvilket stod i kontrast til de seks sygeplejersker, der deltog, og som tidligere nævnt mente, at følelser er stærkt repræsenteret i teamarbejdet.

Kontrol af emotioner kan ses som et forsøg på at fremstå rationel. Man kan fortolke lægernes adfærd som fortrængning, benægtelse eller positioneringsarbejde, der giver kontrol over situationen og tillader at bevare rollen som den i teamet, der har mest

travlt og derfor ikke har tid til at deltage i et projekt om emotioner. Dette bekræftes af et casestudie af James (1992) af hospices. Studiet pegede på, at læger udviser mindre engagement og indlevelse end plejere/medhjælpere, fordi dette (emotionelle) arbejde er tidskrævende og lægerne (i hospice-studiet) ikke havde tid til at sætte sig ind i patientens livshistorie. Men det er vigtigt at holde fast i, at der principielt stadig er tale om emotionelt arbejde – undertrykkelse af følelser – hvis læger via professionel socialisering lærer at holde deres engagement og indlevelse for sig selv. Om noget tilsvarende gør sig gældende i det danske sundhedssystem generelt – altså at læger udfører mindre emotionelt takserende arbejde end andre faggrupper grundet lægers travlhed og relativt kortere patientkontakt (sammenlignet med sygeplejersker eksempelvis) – er en interessant, men uudforsket hypotese. Læger socialiseres emotionelt gennem universitetsuddannelse og klinik ophold på hospitaler, men er ikke trænet i – og forventes ikke – at udføre emotionelt arbejde – i modsætning til sygeplejersker. Medicinstuderende lærer i løbet af studietiden at regulere deres bekymring i mødet med lidende patienter (Lief & Fox 1963), hvorved håbet er, at de forbliver tilstrækkeligt objektive og upartiske. Det er derfor ikke overraskende, hvis der i traumeteamet udtrykkes normer om, at læger ikke bør være for emotionelt engagerede. Følgende narrativ handler om en læge, der ikke opfyldte normen om selvbeherskelse og ro:

*Else: “Jeg kan faktisk huske engang vi havde en traumevagt eller en mellemvagt og da han gik ud af stuen, altså blev afløst, der græd han. Der kan jeg huske vi fulgte op på det. [...] De efterfølgende dage var vi flere, der var henne og snakke med ham, og spørge om han var ok, og hvordan han havde det ovenpå denne her oplevelse. Så hvis vi snakker om*

*man må vise emotioner på traumestuen, så vil jeg sige: Ja det må du godt, men man gør det ikke. [...] Han sagde faktisk, at han havde det ok, men han havde ikke lyst til at snakke om det. Jeg tænker også at [hvis] man som mand går grædende fra sin arbejdsplads – jeg tror ikke han var ok med det”.*

Ovenfor referer “man gør det ikke” til normen om, at læger ikke forventes at udvise emotioner. Den yngre læge var skamfuld over at bryde normen omkring kontrol af sine emotioner som fagperson, idet emotionsmæssig regulering, som nævnt tidligere, forventes at være lært allerede på lægeuddannelsen. Endvidere er emotionelt arbejde udtrykt som eksempelvis empati ofte beskrevet som et centralt karakteristikum i lavtlønnede jobs (herunder sygepleje, men også pædagogjobs etc.), som om der var en negativ korrelation mellem intensiteten af omsorg og finansiel belønning (Brezis 2009).

At læger har større autonomi er i hvert fald rapporteret i følgende citat:

*Hanna: “Der er [...] større accept fra patientens side om at lægen har travlt [men] måske ikke at sygeplejerske har det. Der bliver brokket fra medierne om at sygeplejerske har travlt. Men lægen har carte blanche til at have travlt. [...] sygeplejersker står mere til rådighed. [...] Der er nok større accept, lægen får lov til at smutte hurtigere [fra traumestuen]”.*

Udtrykket ‘at stå til rådighed’ indebærer forventningen om, at sygeplejersken udfører emotionelt arbejde – at hun er stabil, rolig, venlig etc. Sygeplejersken forventes at servicere patienten og må ikke have lige så travlt som lægen. Sygeplejersken fastholdes af medier og patienter i rollen som den, der giver sig tid (til omsorg), mens lægen kan smyge sig uden om.

At normer (om professionalismisme for eksempel) influerer forskelligt på det team-

interne og team-eksterne plan kan ses i følgende om traumearbejdet: “Man kan godt have haft et trist forløb og så stadig have haft et rigtig godt samarbejde” (Iben). Et “trist forløb” er et emotionsmæssigt belastende patientforløb, hvor patienten dør. Succeskriteriet for teamet er ikke emotionelt arbejde overfor patienten, men teamkonsensus om, at man anstrenger sig for at arbejde sammen; idealt er, at “her gjorde vi godt nok hvad vi kunne [selvom] patienten døde”, som Jette udtrykker det. Dødsfald er ikke så belastende for et team, der fokuserer på læring og ‘fagligt udbytte’ sammenlignet med et team, der primært engagerer sig i målet om emotionel engagement med en hårdt kvæstet patient, der ikke altid kan overleve uanset, hvad teamet gør. Afhængigt af målet kan teamet skabe distance til patientens tilstand. Teamarbejde kan skabe ‘fællesskab’ og læring uanset, hvor hårdt tilredt patienten er, og dermed hvor lave chancer patienten reelt set har for at overleve. Flere af interviewdeltagerne nævnte traumeteamets fokus på faglighed – samarbejde, træning, udvikling etc. Traumeteamets succeskriterium er at visitere og behandle kvæstede patienter/alvorlige traumer og derved søge at forhindre død og handicaps. Traumeteamets primære fokus er ikke emotionelt arbejde – det kan med rette hævdes at være sekundært om lægen eller sygeplejersken giver patienten en god emotionsmæssig oplevelse. Men deltagerne oplevede, at hospitalet forventede, at de var servicemindede over for alle patienter og frem for alt, at man internt i teamet håndterede emotioner professionelt. For at opsummere: emotionelt arbejde er distribueret i traumeteamet, og emotionel regulering afhænger derfor af roller og hierarki i teamet.

## Perspektiverende diskussion

Vi fandt, at teamemotion kan ses som takseringer af, om traumeteamet har en fælles for-

ståelse af situationen internt i teamet samt eksternt i forhold til emotionelt arbejde udført overfor patienter. Traumesygeplejersker udfører emotionelt arbejde – der reguleres overfor både patienter og teammedlemmer. Målet hermed er ikke primært emotionelt arbejde – på samme måde som servicearbejderen smiler til den betalende kunde for at give ham en positiv oplevelse – men emotionel regulering for at få teamarbejdet til at fungere effektivt. Det sker ved, at teammedlemmer fremstår roligt internt i teamet såvel som eksternt i forhold til traumepatienter og deres pårørende. Professionalisme-normer er med til at regulere teamemotioner. Uensigtsmæssige emotioner såsom gru eller overdreven emotion anses eksempelvis for skadelige og kommunikeres ikke gerne – det er i patientens og teamets professionelle interesse at være/spille rolig.

Vores undersøgelse peger på, at traumeteamwork er karakteriseret ved både regler og improvisation. På den ene side må teamet have klare handleanvisninger, men på den anden side må det improvisere frit i måden, teamet regulerer emotioner på i den aktuelle situation. To ulykkesforløb er aldrig helt ens, og teamets medlemmer har ofte ikke arbejdet sammen tidligere. Det kræver, at teamet kan forholde sig dynamisk fortolkende til sine emotioner samt handle mere regelbundet til situationen og dermed forsøge at skabe en rutinepræget situation. Det akutte traumeteam skal træffe beslutninger under stress, fordi præstationen afhænger af, hvor hurtigt teamet reagerer på patientens svingende fysiske tilstand. Intet er så at sige givet på forhånd, og patientens tilstand kan forværres meget pludseligt. Det gør, at normer for regulering både skal være forudsigelige – at alle teammedlemmer ved, hvad der forventes – og at man har en fælles forståelse, men samtidig at man kan improvisere, forholde sig til nye emotionelle vurderinger.

Herved får teamemotionel regulering et dobbelt strategisk sigte: På den ene side anses emotioner for at være spontane, potentielt ukontrollerbare, hvorfor de skal reguleres eller underkastes skeptisk monitorering. Dette er det klassiske kognitionspsykologiske syn på emotioner, ifølge hvilket emotioner forstyrrer ellers rationelle kognitive processer (Simons 1982). Men vores undersøgelse peger på, at traumeteamet er et sted, hvor emotioner er vigtige pejlemærker for beslutninger. Traumeteamet et sted, hvor dynamiske, improviserede teamvurderinger – ofte af emotioner – har stor indflydelse på teamkommunikation. Eksempelvis ved at smile antyder man, at teamets mål/handlinger skal forfølges, ved at udtrykke noget med vrede antyder man, at noget/nogen skal stoppes. Teamemotioner er altså paradoksale derved, at de på den ene side kan anses for at hindre rationel beslutningstagen og på den anden side, at de er vigtige kommunikative redskaber, som øger teamets vurderinger af dynamiske situationer.

Traumeteamet er organiseret med et veldefineret hierarki. Sygeplejersker udfører et mere synligt emotionelt arbejde end læger. Det er næppe tænkeligt, at det kun er sygeplejersker, der kommunikerer om følelser, idet alle forventes at regulere deres følelser. Men litteraturen og vores undersøgelse antyder, at sygeplejersker må vise stærkest følelsesmæssigt engagement i patienten. En hypotese kunne være, at der er direkte sammenhæng mellem hierarki og emotionel regulering – jo højere position i hierarkiet desto færre emotionelle udbrud og oplevelser forventes man at måtte kommunikere. Det kræver mere omfattende empiriske studier end rapporteret i dette studie (selvom man kunne indvende, at hypotesen er nærmest selvindlysende). Ret beset er der meget mere at undersøge. Man kunne forestille sig en arbejdskultur helt anderledes end det medicinske traumeteams kultur – eksempelvis

et kunstner- eller religiøst-kollektiv, hvor det var teamlederens fornemmeste rolle og privilegium at kommunikere og sågar overdrive snarere end undertrykke sine følelser.

Perspektivet i at udforske teamemotionel regulering er, at man herigennem kan bidrage til at skabe effektive teams, der bygger på effektiv emotionel teamkommunikation. Det er således empirisk velunderbygget, at kvaliteten af teamarbejde – eksempelvis effektmål såsom hvor mange patientfejl det medicinske team begår – afhænger af effektiv teamkommunikation (Sexton, Thomas & Helmreich 2000). I det lys bør teammedlemmer trænes i at identificere teamemotioner samt bruge emotioner kommunikativt og regulerende. Det kunne skabe en fælles team problemforståelse af, hvad der meddeles, og hvad der er forstået af teamets medlemmer. Der er brug for studier, der ikke bare som tidligere stu-

dier viser, at hospitalssygeplejersker udfører emotionelt arbejde (Froggatt 1998; Henderson 2001), og at teammedlemmer udfører emotionelt arbejde overfor borgere (Kelly & Kelly 1998), men som undersøger, hvordan emotionel regulering sker på teamniveau – internt og eksternt. Målet med denne forskning i teamemotionel regulering er således at skabe bedre teams, bedre arbejdsbetingelser for arbejdere, der står i 'skarpe', stressende situationer med stort beslutningsansvar uden at undertrykke emotioner.

Vi konkluderer, at teamemotion kan være et nærværende og stærkt oplevet kommunikativt gruppefænomen. Teamemotion synes endvidere at være et fænomen, der reguleres med nidkærhed i organisationer, fordi vurderinger af situationer af betydning for teamets ve og vel er betydningsfulde for mange (sociale, politiske, faglige etc.) aktører i og uden for teamet.

## REFERENCER

- American College of Surgeons Committee on Trauma (2008): *Advanced Trauma Life Support for Doctors*, Student course manual, 8 udgave, Chicago, American College of Surgeons.
- Barsade, Sigal (2002): The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behavior, i *Administrative Science Quarterly*, 47, 644–675.
- Braun, Virginia & Victoria Clarke (2006): Using thematic analysis in psychology, i *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brezis, Mayer (2009): Caring in medicine: missed opportunity for healing? i *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 990–992.
- Conrad, Peter (1988): Learning to doctor: reflections on recent accounts of the medical school years, i *Journal of Health and Social Behaviour*, 29, 323–332.
- Froggatt, Katherine (1998): The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work, i *Journal of Advanced Nursing*, 28, 2, 332–8.
- Goffman, Erving (1959): *The presentation of self in everyday life*, New York, Doubleday Anchor.
- Henderson, Angela (2001): Emotional labour and nursing: an underappreciated aspect of caring work, i *Nursing Inquiry*, 8, 2, 130–138.
- Hochschild, Arlie Russell (1983): *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley, University of California.
- James, Nicky (1992): Care = organisation + physical labor + emotional labour, i *Sociology of Health & Illness*, 14, 488-509.
- Kelly, Janice & Sigal Barsade (2001): Mood and emotions in small groups and work teams, i *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 86, 99–130.
- Klein, Katherine et al. (2006): Dynamic delegation: Shared, hierarchical, and deindividualized leadership in extreme action teams, i

- Administrative Science Quarterly*, 51, 590-621.
- Lazarus, Richard (1991): *Emotion and Adaptation*, Oxford, Oxford University Press.
- Lief, Harold & Renée Claire Fox (1963): Training for 'detached concern' in medical students, i Harold Lief, Victor Lief & Nina Lief (red.): *The Psychological Basis of Medical Practice*, New York, Harper & Row, 12-35.
- Millard, William (2010): A Fine Excision: ATLS Manual No Longer Defines Trauma as a Surgical Disease, i *Annals of Emergency Medicine*, 55, 3, A20-A24.
- Scott, Clifton & Karen Kromann Myers (2005): The socialization of emotion: Learning emotion management at the fire station, i *Journal of Applied Communication Research*, 33, 67-92.
- Sexton, Bryan, Eric Thomas & Robert Helmreich (2000): Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys, i *British Medical Journal* 320, 745-749.
- Simon, Herbert Alexander (1982): Comments, i Margaret Sydnor Clark & Susan Fiske (red.): *Affect and cognition*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 333-342.
- Tracy, Sarah & Karen Tracy (1998): Emotion labor at 911: A case study and theoretical critique, i *Journal of Applied Communication Research*, 26, 390-411.
- Yin, Robert (1989): *Case Study Research. Design and Methods*, Sage Publications, CA, Newbury Park.

**Peter Musaeus**, ph.d., psykolog, er lektor ved Aarhus Universitet, Center for Medicinsk Uddannelse  
e-mail: peter@medu.au.dk

**Annette Jakobsen** er udviklings- og uddannelsesansvarlig sygeplejerske, MHH ved Århus Universitetshospital, Fælles Akut Modtagelsen, Århus Sygehus  
e-mail: annjakob@rm.dk