

Kunskap och kommunikation är en ledares plattform

TVÄRVETENSKAPLIG STUDIE AV TRAUMATEAMÖVNINGAR VISAR BETYDELSEN AV VERBAL OCH ICKE-VERBAL KOMMUNIKATION

Magnus Hultin, docent, överläkare, universitetslektor, institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, anesthesiologi och intensivvård
 ● magnus.hultin@umu.se

Maritha Jacobsson, docent, universitetslektor, institutionen för socialt arbete

Christine Brulin, professor

Maria Härgestam, med dr, universitetsadjunkt; de båda sistnämnda institutionen för omvårdnad; samtliga Umeå universitet

År 2014 dog 4 851 personer i Sverige till följd av yttre våld eller skada [1]. I Sverige är stora trauman ovanliga, vilket medför att svensk sjukvårdspersonal är ovan att handlägga svåra trauman [2]. Ett interprofessionellt team för traumaomhändertagande kan variera från 2 personer på en sjukstuga (1 läkare och 1 sjuksköterska) till 10 deltagare i ett fullt uppställt traumateam på specialiserade enheter [3].

Forskning visar att patienter drabbas av onödiga skador och komplikationer [4, 5] till följd av bristande teamarbete och brister i kommunikation mellan sjukvårdspersonal [6, 7]. Ledarskap, ömsesidig monitorering med beredskap för att hjälpa till vid behov, adapterbarhet, teamorientering och gemensam målbild samt användning av kommunikation med kvittens lyfts ofta fram som nyckelfaktorer för välfungerande team [8, 9].

Ledarens uppgift är att leda teamet, initiera arbetsuppgifter, monitorera hur arbetet fortskrider och koordinera de olika teammedlemmarnas arbetsuppgifter [8, 10, 11]. Arbetet som ska utföras av det multiprofessionella teamet är komplext, oförutsägbart och akut. Arbetet sker under stor tidspress [11, 12], och vilka som ingår i teamet styrs av arbetsschemat. Att i teamet skapa ett gemensamt synsätt på och förståelse av patientens problem och de uppgifter som bör utföras kan vara en utmaning [13].

När en ledare leder ett team används både verbal och icke-verbal kommunikation. Somliga menar att all social ordning förhandlas mellan individer [14]. Inom organisationer tillåts och uppmuntras olika typer av kommunikationsstrategier för att åstadkomma detta, t ex förhandlande, diskuterande, undervisande och tvingande. Strategierna är ofta flexibla, vilket innebär att ledarna kan inta olika positioner och använda olika repertoarer i interaktionen [15] för att få gruppen att tillsammans utföra uppgiften.

Standardiserad kommunikation är viktigt

En viktig komponent för välfungerande akutsjukvårdsteam är standardiserad kommunikation. Ordens betydelse behöver vara samma för olika personer

i teamet, t ex ABCDE (airway, breathing, circulation, disability, environmental control/exposure), MATAS (mediciner, allergi, tidigare sjukdomar/operationer/graviditet, aktuella sjukdomstillstånd/skador, senaste måltid) och SBAR (situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation) [16].

Strukturen i kommunikationen behöver också standardiseras, dels i form av rapportens struktur (ABCDE, MATAS, SBAR), dels i form av hur flödet av ord når fram till mottagaren och hur det bekräftas, t ex genom kommunikation med kvittens (closed-loop communication, CLC) (Figur 1) [17].

Tre komponenter för säkrad kommunikation

Säkrad kommunikation kan delas upp i tre olika komponenter [18, 19]:

- informationsutbyte
- fraseologi
- kommunikation med kvittens.

Informationsutbyte handlar om vilken information som skickas mellan sändare och mottagare, att använda alla typer av tillgänglig information, att informationen sänds vidare till rätt person utan uppmaning och att det sker periodiska uppdateringar för att en helhetsbild ska förmedlas.

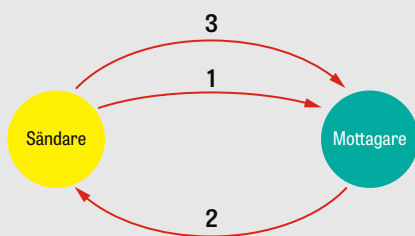
Fraseologi handlar om hur informationen skickas

HUVUDBUDSKAP

- I en studie analyserades kommunikationen i 18 traumateamövningar.
- Kommunikation med kvittens (closed-loop communication, CLC) initierad av teamledare var associerad med kortare tid till beslut om slutlig behandling än om kommunikation med kvittens hade initierats av andra teammedlemmar.
- Ledarnas verbala kommunikation med teamdeltagare var bestämmande, undervisande, diskuterande eller förhandlande.
- Ledare som tog och behöll kontroll över arbetet i teamen positionerade sig i den »inre cirkeln«, nära patientens huvud.
- Betydelsen av korrekt position i rummet liksom betydelsen av hur ledaren verbalt och icke-verbalt leder teamets arbete förtjänar att lyftas fram på ledarutbildningar i akut omhändertagande.

»Kommunikation med kvittens innebär säkerställande av att budskapet uppfattats korrekt.«

FIGUR 1. Kommunikation med kvittens



► För att säkerställa att ett sänt meddelande uppfattats korrekt kan man använda en metodik med kvittens. Metoden innefattar tre delar: Utrop, dvs sändaren skickar ett meddelande (1); återkoppling, dvs mottagaren bekräftar att meddelandet tagits emot (2); kvittens, dvs sändaren bekräftar att mottagaren tolkat meddelandet korrekt (3).

mellan sändare och mottagare: korrekt terminologi, kompletta standardrapporter, kortfattat utan onödigt brus och så att informationen kan uppfattas tydligt (text tonläge, volym och utan distorsion om tekniska hjälpmedel används).

Då informationen sänds är det viktigt att få en bekräftelse på att den uppfattats korrekt och komplett. Kommunikation med kvittens innebär säkerställande av att budskapet uppfattats korrekt. I litteraturen framhålls ofta att effektiva team i högre grad än ineffektiva team använder kommunikation med kvittens [17, 20, 21]. Detta kommunikationsverktyg har därför inkluderats i många utbildningar [9, 22]. En komplett kommunikation med kvittens innefattar tre steg (Figur 1) [19].

Tvärvetenskapligt projekt studerade teamövningar

I ett tvärvetenskapligt projekt som påbörjades hösten-vintern 2009-2010 genomfördes en serie traumateamövningar som fokuserade på omhändertagande av svårt skadad patient från ankomst på skadeplats till dess att beslut om patientens slutgiltiga behandling fattats i traumarummet. I projektet studerades den verbala och icke-verbala kommunikationen i traumateamen samt ledarnas kommunikationsstrategier [23-26]. Dessutom undersöktes om det fanns något samband mellan kommunikation med kvittens och effektivitet i teamen, definierad som tid till beslut om slutlig behandling.

Övergripande resultat från studierna visade att kommunikationen har stor betydelse för teamets effektivitet. Det handlar inte bara om vad som sägs utan även hur budskapet framförs [27].

I föreliggande artikel presenteras resultat från en avhandling som fokuserade på hur traumateam kommunicerade under arbetet och vilken betydelse kommunikationen och ledarskapet hade för beslut om slutlig behandling.

METOD

Deltagare och arbetsrutiner

18 traumateam med vardera 6 deltagare inkluderades. Teamen bestod av en traumaledare (kirurg/akutläka-

re), en anestesiológ, en sjuksköterska från akutmottagning, en anestesisyksköterska, en undersköterska från akutmottagning och en undersköterska från operationsavdelning.

Enligt sjukhusets arbetsbeskrivning för traumateam var traumaledaren patientansvarig läkare och ansvarade för B och DE i ABCDE-konceptet. Anestesiologen ansvarade för A och C. Sjuksköterskan från akutmottagningen ansvarade för perifera infarter och infusioner. Undersköterskan från akutmottagningen assisterade i första hand traumaledaren och ansvarade för avklädning av patienten. Anestesisjuksköterskan assisterade anestesiologyen med luftvägarna. Undersköterskan från operationsavdelningen dokumenterade vitalparametrar från patientmonitorn under teamövningen.

Upplägg av övningen

Två olika fall av patient med hypovolemi förprogrammerad som patofysiologisk modell i en patientsimulator (SimMan 3G, Laerdal) användes vid övningarna. Det ena fallet gällde ett knivstick med blödning från vänster axill, och det andra fallet en cykelolycka med intraabdominell blödning.

Ambulanspersonalen larmades till skadeplatsen enligt ordinarie larmrutiner. På skadeplatsen var patienten lätt konfusorisk, takykard och hade ett systoliskt blodtryck på drygt 70 mm Hg. Under transporten till sjukhuset var patienten cirkulatoriskt påverkad av hypovolemin men stabil. På akutrummet överrapporterades patienten till traumateamet, och i samband med förflyttning till bären initierade instruktören hypotoni (systoliskt blodtryck ≤ 48 mm Hg), vilket inducerade medvetslöshet, icke-palpabla pulsar och apné.

Arbetet i traumateamet med att stabilisera ABCDE-funktionerna och att komma till beslut om definitiv åtgärd med operation följde därefter.

Direkt efter det att traumateamövningen hade avslutats samlades hela teamet inklusive ambulanspersonal för gemensam genomgång och reflektion.

Datainsamling

Teamövningarna spelades in för senare analys. Delta-garna var försedda med individuella trådlösa mikrofoner, och varje ljudspår spelades in digitalt. I akutrummet var tre webbkameror fast monterade för att spela in omhändertagandet.

All ljud- och videoinspelningar samt loggdata och skärminspelning från patientsimulatorens laddades upp i F-Rex (FOI, Linköping), ett datorprogram designat för modellering och simultan uppspelning av ett stort antal datakällor för explorativ analys av skeenden [28].

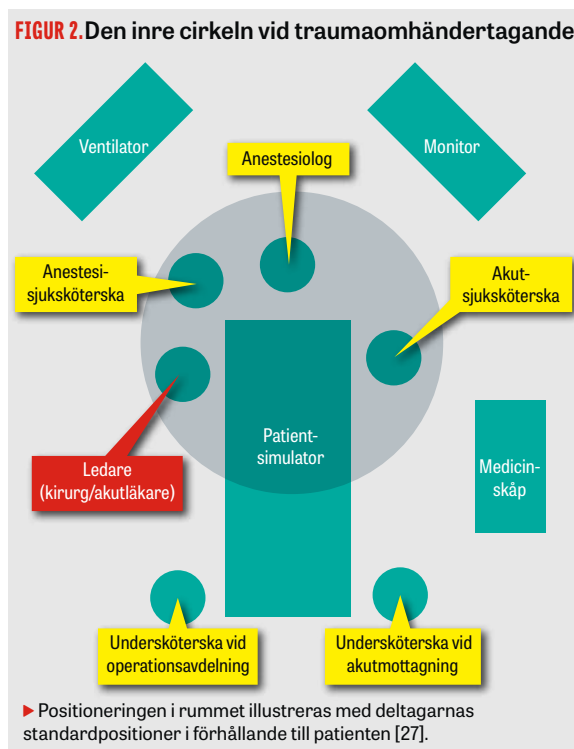
Teamdeltagarnas bakgrundsdata samlades in med hjälp av en enkät före övningen.

Analysmetoder

Den verbala kommunikationen transkriberades ordagrant [29] och analyserades med hjälp av diskurspsykologi [15]. I analysen identifierades meningsheter som kunde klassificeras som tvingande, undervisande, diskuterande eller förhandlande kommunikationsstrategier som ledarna använde för att skapa gemensamma mål i teamet.

Den icke-verbala kommunikationen analyserades

FIGUR 2. Den inre cirkeln vid traumaomhändertagande



med kvantitativ innehållsanalys [30]. Deltagarnas position i rummet i förhållande till gällande arbetsbeskrivning bedömdes. Blickriktning, taltid och gester kvantifierades i proportion av tid av teamövningen.

För att analysera antal sk utrop och kommunikation med kvittens (Figur 1) i traumateamen kategoriserades och kvantifierades den transkriberade texten utifrån tidigare definitioner av utrop och kommunikation med kvittens [17, 19].

Klassificering av kommunikationen gjordes av två av författarna. I samtliga fall eftersträvades konsensus för klassificeringen om tveksamheter uppstod. Vid tveksamheter diskuterades med övriga författare. Författarna har olika bakgrund: en ATLS (advanced trauma life support)-instruktör, en TNCC (trauma nurse core course)-instruktör, två traumateamträningsinstruktörer och en med bakgrund i diskursanalys och erfarenhet av interaktions- och observationsstudier samt tre med mångårig erfarenhet av akutsjukvård.

Med logistisk regression (Poisson-regression) utvärderades vilka av ett antal oberoende variabler som var kopplade till hög användning av dels utrop, dels kommunikation med kvittens [25]. För att undersöka vilka faktorer i teamen som var av betydelse för att komma till beslut om slutlig behandling användes Cox proportionella hazard-kvot [26].

Etikprövning

Alla deltagare gav skriftligt samtycke till att ingå i studien. Studien är etiskt prövad och godkänd av etikprövningsnämnden i Umeå.

RESULTAT

Ledarens position i teamet och i rummet

Med hjälp av teoretiska begrepp hämtade från diskurs-

psykologi [31] valde vi att beskriva hur ledaren kommunicerade i teamet för att förmedla kunskap och skapa gemensamma mål för prioriteringar i arbetet [23]. Utifrån vald kommunikationsstrategi klassificerades ledaren som auktoritär eller jämlik [15, 32]. I denna indelning ses utrop som en tvingande kommunikationsstrategi liksom kommunikation med kvittens, vilken också kräver att deltagare och ledare lyssnar på andra teamdeltagare för att kommunikationen ska kunna slutföras.

Kommunikationsstrategierna användes flexibelt beroende på hur akut situationen var och hur teamdeltagarna interagerade. Genom att skifta mellan olika kommunikationsstrategier skapade ledarna konsensus i gruppen kring gemensamma mål, vilket fick teamet att tillsammans utföra uppgiften [15].

Auktoritära ledare använde sig i huvudsak av tvingande och undervisande kommunikationsstrategier, medan jämlika ledare använde diskuterande och förhandlande strategier [23]. I de team där ledaren tog en mer jämlik position bjöds deltagare in att diskutera och vara delaktiga i besluten och gavs en större grad av autonomi i arbetet. I de team där ledaren tog en auktoritär position blev deltagarna däremot mer tysta och ifrågasatte inte ledarens prioriteringar. Icke-verbala kommunikation som position, röstnyanser och gester förstärkte den verbala kommunikationen.

Under övningen positionerade sig ledaren både kommunikativt och fysiskt i rummet [25, 26]. Närmast patientens huvudända, beskrivet som »den inre cirkeln«, fanns beslutscentrum (Figur 2). De ledare som hade tillgång till och kontroll över »den inre cirkeln« förstärkte sin verbala kommunikation med icke-verbala signaler, såsom blickriktningar, intonationer och verbala kommandon till medarbetarna samt gester. Dessa ledare arbetade också aktivt verbalt med att inhämta kunskap från övriga deltagare i teamet och för att mer nyanserat visa vad de menade.

De ledare som inte tog kontroll över »den inre cirkeln« hade ett mer otydligt ledarskap. De talade tvekan eller var tysta och uttryckte otydlighet, hade svårt att inhämta viktig information och stängdes i princip ute från den inre cirkeln, vilket ibland ledde till att andra teamdeltagare tog över ledarens arbetsuppgifter [26].

Utrop och kommunikation med kvittens

Drygt hälften av deltagarna i övningarna hade tidigare tränat i team i simulatormiljö [25] med teoretisk och praktisk undervisning i kommunikation med kvittens. Resultatet i vår studie visade att kommunikation med kvittens i genomsnitt användes sällan (medelvärde = 2,8 tillfällen) och utrop något oftare (medelvärde = 20,0 tillfällen). Kommunikation med kvittens användes i begränsad omfattning oberoende av om individerna i teamet tidigare deltagit i undervisning om hur de bör använda utrop/kommunikation med kvittens. Utrop användes oftare av teammedlemmar med 11 eller fler år i yrket och av dem med praktisk erfarenhet av trauma under det senaste året än av medlemmar utan sådan erfarenhet [24].

Team med större andel medlemmar med skandinavisk bakgrund eller med större andel teammedlemmar som genomgått minst två strukturerade traumakurser använde kommunikation med kvittens oftare

än övriga team [24]. Även ledarskapsstilen hade betydelse för användningen av kommunikation med kvittens. Team vars ledare använde en jämlik ledarstil initierade fler tillfällen av kommunikation med kvittens än team vars ledare använde en mer auktoritär ledarskapsstil. Ledarens initiering av kommunikation med kvittens var viktig för att teamet snabbt skulle komma vidare till slutlig behandling [25].

Utrop och kommunikation med kvittens som initierades av andra än ledaren i teamet minskade däremot sannolikheten att beslut om slutlig behandling skulle fattas inom tidsramen för övningen.

Hälften av de team som ingick i studien kom inom tidsramen för övningen fram till beslut om slutlig behandling.

DISKUSSION

Ursprungligen handlade metoden för kommunikation med kvittens om att säkerställa informationsöverföring vid radiokommunikation [17]. Genom återkoppling ska principerna för kommunikation med kvittens garantera säker kommunikation; sändaren av ett budskap ska försäkra sig om att budskapet har uppfattats korrekt och återkoppla att budskapet uppfattats korrekt.

En viktig fråga är dock hur detta fungerar i ett traumarum. I klinisk praxis är uttrycken »jag nickade som bekräftelse« och »vi hade ögonkontakt« återkommande kommentarer i debriefing då bristen på verbal kommunikation med kvittens efter traumateamövningar diskuteras. Att tiden till beslut om slutlig behandling var längre vid mer användning av kommunikation med kvittens som inte initierats av teamets ledare kan tyda på avsaknad av gemensam målbild.

Kommunikationsstrategierna skiftade

Ledarna skiftade dynamiskt mellan olika kommunikationsstrategier under övningen, både verbalt och icke-verbalt, utifrån situationen i akutrummet och interaktionen mellan teammedlemmarna [23]. Utifrån vald kommunikationsstrategi positionerade sig ledaren eller blev positionerad som auktoritär eller jämlik i teamet. Om strategiväxlingen sker för att effektivisera kunskapsinhämtning kan det betraktas som något positivt. Om strategin däremot är ett tecken på att ledaren har en svagare position och positioneras utanför den viktiga beslutsfattande inre cirkeln kan detta få negativa konsekvenser, exempelvis fördröjt beslutsfattande [25].

Den totala användningen av verktyget kommunikation med kvittens var lågt men högre i de team där ledaren positionerade sig som jämlik och använde sig av en diskuterande och förhandlande kommunikationsstrategi [24]. Utrop och kommunikation med kvittens användes begränsat, trots att drygt hälften av deltagarna tidigare hade genomgått utbildningar som fokuserat på detta kommunikationsverktyg. Traumateam kan med andra ord arbeta tillsammans utan tidigare användning av utrop och kommunikation med kvittens

Dessa resultat tyder på att kommunikation med kvittens i vissa delar har betydelse för omhändertagande av en traumapatient; dock är det viktigt att i fortsatta studier fokusera på i vilka delar av omhän-

dertagandet som kommunikation med kvittens är av största betydelse för ett gott utfall.

Ledare och medarbetare behöver öva kommunikation

Traumateamets, och speciellt ledarens, kommunikation är av oerhörd betydelse för ett fungerande team. Genom riktade systematiska övningar av olika kommunikationsstrategier borde såväl den verbala som den icke-verbala kommunikationen kunna förbättras och därmed förbättra möjligheten att välja lämplig strategi i olika situationer [33, 34]. Likaså är det av stor betydelse att ledaren tränar såväl ledarskap som kommunikation, vilket innebär att traumaledare och medarbetare behöver öva på olika kommunikationsstrategier, verbala såväl som icke-verbala.

Vi ser ett behov av utbildningar där ledare och medarbetare lär sig att medvetet använda och växla mellan olika kommunikationsstrategier för att optimera teamarbetet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D4X9

REFERENSER

- Sveriges officiella statistik. Dödsorsaker 2014. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-8-1.
- Ribbe E. Optimalt omhändertagande vid trauma. *Läkartidningen*. 2013;110:363-4.
- Traumamanual. Riktlinjer för omhändertagande av svårt skadade patienter. Solna: Karolinska universitetssjukhuset, Traumagrupper; 2013. http://www.karolinska.se/globalassets/global/traumacentrum/traumamanual_karolinska_20130626.pdf
- Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Vårdskador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Artikelnr 2008-109-16.
- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):i85-90.
- Rabøl LI, Andersen MI, Østergaard D, et al. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:268-74.
- Salas E, Sims D, Burke C. Is there a big five in teamwork? *Small Group Research*. 2005;36:555-99.
- Rall M, Dieckmann P. Crisis resource management to improve patient safety. Vienna: European Society of Anaesthesiology; 2005.
- Flin R, Patey R, Glavin R, et al. Anaesthetists' non-technical skills. *Br J Anaesth*. 2010;105(1):38-44.
- Klein KJ, Ziegert JC, Knight AP, et al. Dynamic delegation: shared, hierarchical, and deindividualized leadership in extreme action teams. *Adm Sci Q*. 2006;51:590-621.
- Hjortdahl M, Ringen AH, Naess AC, et al. Leadership is the essential non-technical skill in the trauma team - results of a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009;17:48.
- Markoczy L. Consensus formation during strategic change. *Strategic Management Journal*. 2001;22:1013-31.
- Strauss AL. Negotiations: varieties, contexts, processes, and social order. San Francisco: Jossey-Bass; 1978.
- Wetherell M, Potter J. Mapping the language of racism: discourse and the legitimation of exploitation. New York: Columbia University Press; 1992.
- Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32:167-75.
- Burke CS, Salas E, Wilson-Donnelly K, et al. How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):i96-104.
- Smith-Jentsch KA, Zeisig RL, Acton B, et al. Team dimensional training: a strategy for guided team self-correction. I: Cannon-Bowers JA, Salas E, editors. Making decisions under stress: implications for individual and team training. Washington, DC: American Psychological Association; 1998. p. 271-97.
- Wilson KA, Salas E, Priest HA, et al. Errors in the heat of battle: taking a closer look at shared cognition breakdowns through teamwork. *Hum Factors*. 2007;49:243-56.
- Bowers CA, Jentsch F, Salas E, et al. Analyzing communication sequences for team training needs assessment. *Hum Factors*. 1998;40:672-9.
- McIntyre RM, Salas E. Team performance in complex environments: what we have learned so far. I: Guzzo RA, Salas E, editors. Team effectiveness and decision making in organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 1995. p. 9-45.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). TeamSTEPPS. <http://teamstepps.ahrq.gov/index.htm>
- Jacobsson M, Härgestam M, Hultin M, et al. Flexible knowledge repertoires: communication by leaders in trauma teams. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:44.
- Härgestam M, Lindkvist M, Brulin C, et al. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open*. 2013;3:e003525.
- Härgestam M, Lindkvist M, Jacobsson M, et al. Trauma teams and time to early management during in situ trauma team training. *BMJ Open*. 2016;6:e009911.
- Härgestam M, Brulin C, Hultin M, et al. Non-verbal communication in trauma teams: a crucial element when time and space is sparse. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:37.
- Härgestam M. Negotiated knowledge positions - communication in trauma teams [avhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2015.
- Andersson D, Pilemalm S, Hallberg N. Evaluation of crisis management operations using reconstruction and exploration [paper]. 5th International Conference on Information Systems for Crisis Response and Management (ISCRAM), Washington, DC, 4-7 maj 2008.
- McLaughlin ML. Conversation: how talk is organized. Beverly Hills: Sage Publications; 1984.
- Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Los Angeles/London: SAGE; 2013.
- Potter J, Wetherell M. Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour. London/Newbury Park, CA: Sage Publications; 1987.
- Gilbert GN, Mulkey MJ. Opening Pandora's box: a sociological analysis of scientists' discourse. Cambridge/New York: Cambridge University Press; 1984.
- Ericsson KA, Krampe R, Tesch-Romer C. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychol Rev*. 1993;100:363-406.
- Ericsson KA. Acquisition and maintenance of medical expertise: a perspective from the expert-performance approach with deliberate practice. *Acad Med*. 2015;90:1471-86.

SUMMARY

Leadership in acute care teams based on knowledge and communication – an interdisciplinary analysis of a serie of in-situ trauma team trainings

Efficient communication is one of the key features of good teamwork. Call-outs (CO) and Closed-loop communication (CLC), as a component of secure and efficient communication, has been extensively taught in the team training context. This paper reports results from a thesis exploring how trauma teams communicate while working. Eighteen in-situ trauma team training sessions were documented with surveys, audio and video for later analysis. Discourse analysis, quantitative content analysis and quantitative methods were used. The use of CO and CLC in the teams was low. CLC initiated by the team leader was associated with a higher likelihood of decision to go to surgery within the training session. CLC initiated by others than the team leaders was associated with longer time taken until the decision to go to definitive care. Using discourse analysis the leaders' way to position themselves using verbal communication could be described as dynamically switched between coercive, educational, discussing and negotiating strategies to take control of the team. Leaders that took control of the teams also positioned themselves physically in the inner circle, i.e. close to the patient's head. When trauma teams work together, only a limited amount of communication occurs structured as CO and CLC. The importance of physically positioning yourself at the right place in the room as well as to choose communication strategy to get things done might need to be discussed during leadership trainings. Deliberate practice in the use of communication tools as CO and CLC and in switching between different communication strategies might benefit the team function and the care of patients when time is sparse.