

Samarbeid i hjertestansteam

En kvalitativ studie om intensivsykepleieres erfaringer fra samarbeid i hjertestansteam under resuscitering

Anne Skeivoll
Carina Bjørlykke

Veileder
Ellen Benestad Moi

Antall ord: 19 845

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i Master i spesialsykepleie, spesialisering intensiv, ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

SAMMENDRAG

Prosjektets bakgrunn: Flere områder innen helsevesenet har den siste tiden økt fokus på betydning av samarbeid. American Heart Associations (AHA) retningslinjer fra 2010 fokuserer i større grad på ikke-tekniske ferdigheter i forhold til opplæring av utøvere i Avansert Hjerte- og Lungeredning (AHLR). I regi av stiftelsen Better And Systematic Team (BEST) er de siste år blitt økt fokus på samarbeid i traumeteam. Det foreligger imidlertid få studier direkte knyttet til samarbeid i hjertestansteam i Norge.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med denne studien var å få kunnskap om intensivsykepleieres erfaringer fra samarbeid i hjertestansteam. Problemstillingen var: Hvordan erfarer intensivsykepleier i hjertestansteam samarbeid under resuscitering?

Metode: Individuelle semistrukturert intervju av seks intensivsykepleiere som er sertifiserte AHLR utøvere ble utført høsten 2013. Det ble vektlagt ikke-tekniske ferdigheter i samarbeid i hjertestansteam med fokus på forbedringsområder. Kvalitativ innholdsanalyse av Graneheim og Lundman ble brukt for å analysere datamaterialet.

Resultater: Funn i denne studien viser at de ulike områder intensivsykepleierne anså som viktige for samarbeidet i hjertestansteamet er: Kommunikasjon, kompetanse, teamdynamikk og teamleder.

Konklusjon: Ikke-tekniske ferdigheter, herunder spesielt kommunikasjon og teamlederferdigheter, var essensielt for informantenes opplevelse av samarbeid i hjertestansteam. Samarbeid i hjertestansteam kan forbedres ved å ta i bruk hyppigere debriefing og en utstrakt bruk av samtrening som inkluderer alle profesjonene i teamet.

Nøkkelord: Ikke-tekniske ferdigheter, hjertestansteam, samarbeid, avansert hjerte-lungeredning, kommunikasjon, teamdynamikk, teamleder

ABSTRACT

Project background: Several areas in health care have recently seen an increased focus on the importance of cooperation. In its guidelines from 2010, The American Heart Association (AHA) places increased importance on non-technical skills in the training of personnel who perform advanced cardiac life support (ACLS). The Better And Systematic Team Foundation (BEST), have in recent years contributed to a growing focus on cooperation in trauma teams. However, in Norway, there is little research directly linked to the issue of cooperation in Norwegian cardiac arrest teams.

Aim:The aim of this study is to gain knowledge about the experiences of intensive care nurses with regard to cooperation in cardiac arrest teams. Our main concern was: how do intensive care nurses experience cooperation during resuscitation?

Method:Individual, semi-structured interviews were conducted with six intensive care nurses who are certified in performing advanced cardiac life support. The interviews took place in the autumn of 2013.

The interviews were mainly centred around non-technical skills in regard to the cooperation within cardiac arrest teams, with an emphasis on areas of potential improvement.

Qualitative content analysis by Graneheim and Lundman was used to analyse the gathered data.

Results:The findings of this study show that the main areas which are important to the cooperation within cardiac arrest teams are: communication, skills, team dynamics and team leadership.

Conclusion:Non-technical skills, in particular communication and team leadership skills, are essential to the interviewees' experiences of cooperation within cardiac arrest teams. Such cooperation can be improved by providing more frequent de-briefs and increased situation training which involve all professions which make up a cardiac arrest team.

Keywords: Non-technical skills, cardiac arrest teams, cooperation, advanced cardiac life support, communication, team dynamics, teamleader

FORORD

Denne studien er en avsluttende del av master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie ved Universitetet i Agder.

Vi hadde et ønske om å skrive om hjertestans. I begynnelsen var vi usikre på hvilken innfallsvinkel vi skulle velge. Etter en felles idemyldring kom vi frem til en løsning. På bakgrunn av tidligere erfaring synes vi samarbeid i hjertestansteam er et spennende og nyansert felt. Vår interesse for tema gjorde at vi ønsket å undersøke flere sider ved samarbeidet, men til slutt fant vi den riktige veien å gå i dette ulendte terrenget som en mastergradsoppgave er.

Vi var spent på arbeidsprosessen i forkant av studiens oppstart, særlig tatt i betraktning at vi er en del av det første kullet som skriver en masteroppgave i intensivsykepleie. Selve arbeidsprosessen kan sammenliknes med en berg- og dalbane, men til tross for dette har vi klart å beholde roen og arbeide strukturert. Det har vært en styrke å være to om arbeidet. Samarbeidet oss to i mellom opplever vi som overveiende positivt.

En stor takk til vår veileder universitetslektor Ellen Benestad Moi ved Universitetet i Agder. Ditt engasjement, positive humør og inspirerende pågangsmot har vært betydningsfullt for oss i arbeidsprosessen. Du har stilt oss de riktige spørsmålene når vi trengte dem som mest. Samtidig har du vært tilgjengelig for oss når motbakkene virket uoverkommelige.

Takk til avdelingsleder ved respektive avdeling hvor intervjuene ble foretatt. Vi ble alltid møtt med en positiv holdning og god tilrettelegging i forbindelse med intervjuene.

Videre vil vi spesielt takke alle informantene som sa seg villig til å dele sine erfaringer med oss.

Kristiansand mai 2014

Anne Skeivoll og Carina Bjørlykke

INNHold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 GENERELT OM TEMA	1
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG TIDLIGERE FORSKNING	2
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	3
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	4
1.5 SØKEPROSESS.....	4
1.6 BEGREPSAVKLARING.....	5
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	7
2.1 TEAMSAMARBEID.....	7
2.2 SIMULERING	10
3.0 METODE	12
3.1 VALG AV KVALITATIV METODE	12
3.2 UTVALG	12
3.3 INTERVJUPROSESSEN.....	14
3.3.1 Semistrukturert intervju.....	14
3.3.2 Forberedelse til intervju	15
3.3.3 Gjennomføring av intervju.....	15
3.4 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	16
3.4.1 Nødvendige tillatelser.....	16
3.4.2 Informert samtykke og frivillig deltakelse.....	17
3.4.3 Konfidensialitet og taushetsplikt.....	17
3.4.4 «Å forske på egne»	18
3.5 ANALYSE.....	18
3.6 METODEREFLEKSJON OG -KRITIKK	21
4.0 RESULTATER – PRESENTASJON AV FUNN	27
4.1 LEDEREN - LIMET I TEAMET	27
4.1.1 Utstråler tydelighet og klarhet.....	27
4.1.2 Ser sammenhenger og må ha overblikk	27
4.1.3 Usikkerhet smitter.....	28
4.2 KOMMUNIKASJON - ET TVEEGGET SVERD	29
4.2.1 Få budskapet frem	29
4.2.2 Når budskapet blir tåkelagt	30
4.2.3 Snakk så jeg forstår deg.....	30
4.3 KOMPETANSE - SAMMENSATT KUNNSKAP	31

4.3.1 Å ha det i «hodet».....	31
4.3.2 Å ha det i «ryggmargen»	32
4.4 TEAMDYNAMIKK - Å FUNGERE SOM EN ENHET PÅ GODT OG VONDT.....	32
4.4.1. Å finne sin plass.....	32
4.4.2 Å være prisgitt de andre	33
4.4.3 Å snakke sammen når stormen stilner	35
4.5 BETYDNINGEN AV TID OG STED	36
5.0 DISKUSJON	38
5.1 HVA FORTELLER INFORMANTENES ERFARINGER OM TEAMDYNAMIKKENS BETYDNING FOR HJERTESTANSTEAM?	38
5.1.1 Tydelig og strukturert kommunikasjon	38
5.1.2 Debriefing etter hjertestans	43
5.2 HVA FORTELLER INFORMANTENES ERFARINGER OM TEAMLEDERS BETYDNING I HJERTESTANSTEAM?	45
5.2.1 Forventninger til teamleder	45
5.2.2 Teamleders fremtoning	46
5.3 Å TRENE SAMMEN -EN UTFORDRING, MEN OGSÅ EN RESSURS	48
5.3.1 Simulering.....	50
6.0 KONKLUSJON	52
7.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	53
LITTERATUR.....	55
Vedlegg 1: Søkestreng	
Vedlegg 2: Mail fra Norsk Resuscitasjonsråd (NRR)	
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	
Vedlegg 4: Intervjuguide	
Vedlegg 5: Svar fra Forskningsetisk komité (FEK)	
Vedlegg 6: Svar fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD)	
Vedlegg 7: Mail fra Forsknings- og undervisningsavdeling ved sykehus inkludert i studien	
Vedlegg 8: Eksempel på tabell for analyse fra meningsenhet til tema	

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Generelt om tema

Hvert år rammes cirka 15 000 mennesker av akutt hjerteinfarkt i Norge (Folkehelseinstituttet, 2012). Dette er den hyppigste årsaken til hjertestans. Ved hjerteinfarkt er faren for hjertestans størst de første timene etter infarktets debut. En tredjedel av dem som får hjertestans, rammes av dette på sykehus. Hjertestans kan også bli utløst av lite oksygen i blodet, blodpropp i lungene, trykkn pneumothorax og traume. Ved en hjertestans opphører egensirkulasjon. Etter kun få minutter med opphør av egensirkulasjon, vil oksygenmangel føre til skader på hjernecellene. Godt utført avansert hjerte- og lungeredning vil bidra til at pasienten oppnår *Return Of Spontaneous Circulation* (ROSC). Tidlige kompresjoner og defibrillering samt mest mulig *hands-on-time* vil gi bedre utfall og mulig bedre overlevelse (Norsk Resuscitasjonsråd (NRR), 2010).

Basal hjerte- og lungeredning (BHLR) består av kompresjoner og innblåsing. Avansert hjerte- og lungeredning (AHLR) består av BHLR, administrering av medikamenter og defibrillering. Alt helsepersonell skal kunne utføre BHLR. På sykehusene finnes det etablerte hjertestansteam som utfører AHLR. En AHLR-utøver skal gjennomgå NRR sitt kurs i form av en teoridel og en prøve annethvert år samt praktisk trening hvert halvår. Imidlertid gjør sykehuset en viss tilpasning av opplæringen. Det aktuelle sykehuset i vår studie forholder seg til NRR og *European Resuscitation Council* (ERC) sine retningslinjer, men det gjøres en tilpasning av opplegget på bakgrunn av tilgjengelige ressurser og hva som er praktisk mulig å gjennomføre. Det er et faglig utvalg med fagdirektør i spissen som bestemmer over prosedyrer relatert til hjertestansteamet. For å kunne være medlem i hjertestansteamet og administrere medikamenter, får man en tidsbegrenset og personlig delegering av virksomhetsleder i det aktuelle foretak (NRR, 2010).

På sykehus er det etablert hjertestansteam som rykker ut til de aktuelle avdelingene når en hjertestans varsles. Det bør i følge NRR (2010) bestå av minimum tre personer. I Norge er det kun de største sykehusene som har faste hjertestansteam. Ved andre sykehus er sammensetningen annerledes. Der er hjertestansteamet ofte sammensatt av en anestesilege, en medisinsk vakthavende, en anestesisykepleier og en sykepleier fra enten hjerteovervåkingen, akuttmottaket eller intensivavdelingen. Uansett er en hjertestans en situasjon et team må samarbeide om.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og tidligere forskning

«Samarbeid innebærer å tilpasse seg hverandres arbeidsoppgaver, rytme og stil. Samarbeid er mer enn en arbeidsform, det er også en arbeidsnorm » (Orvik, 2004, s. 250).

Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2002) sier at intensivsykepleieren skal samarbeide med annet kvalifisert helsepersonell. De skal hindre at skader og komplikasjoner tilkommer pasienten i forbindelse med behandling. Videre skal intensivsykepleier handle på instruks fra ansvarlig lege og administrere aktuelle medikamenter samt sikre at medisinsk behandling blir utført på en forsvarlig måte.

Den siste tiden har blant annet Legeforeningen fokusert mer på samarbeid (Schreiner, 2004), og det er blitt mer sentralt innen legeutdanningen. Stiftelsen *Better and Systematic Team* (BEST) fokuserer på samarbeid i traumeteam for å forbedre og optimalisere behandlingen til traumepasienter (Westli et al., 2010). Til tross for at fokuset på samarbeid og samhandling har økt på mange områder innen helsevesenet, erfarer vi at det finnes barrierer som kan gå ut over samarbeidet i en hjertestanssituasjon.

Ikke-tekniske ferdigheter blir ikke vektlagt på lik linje med tekniske ferdigheter. Dette poengterer Andersen et al. (2010) i sin studie om ikke-tekniske ferdigheter og barrierer for forbedring av teamsamarbeid. Studien påpeker hvordan ikke-tekniske ferdighetene har for lite fokus i ERC sine retningslinjer. Videre mener de ferdigheter relatert til lederskap og teamsamhandling bør formaliseres som en del av opplæringsprogrammet for AHLR utøvere. Castelao et al. (2013) fant teamkoordinering, herunder kommunikasjon, planlegging og lederskap, som essensielt i resuscitering og veldokumentert i tidligere forskning. Klar rolle og oppgavefordeling gjennom en dyktig og tydelig teamleder er grunnleggende for et vellykka teamsamarbeid. Castelao et al. (2013) foreslår implementering av teamkoordinering i retningslinjer for å kunne gi klare forventninger og oppgaver i hjertestanssituasjoner.

Så mye som 70-80 % av medisinske feil kan ha en sammenheng med svikt i ikke-tekniske ferdigheter (Rall og Dieckmann, 2005). På bakgrunn av menneskelige feil ble rapporten *To Err is Human* (Kohn et al., 2000) utarbeidet med henblikk på å styrke pasientsikkerhet. American Heart Association (AHA) har rettet et større fokus på ikke-tekniske ferdigheter i sine retningslinjer fra 2010 (Mancini et al., 2010). St. meld. nr. 10 (2012-2013) «*God kvalitet og trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*» legger føringer for et økt fokus på pasientsikkerhet innen helsevesenet. Der kommer det frem hvordan en stor del av avviksmeldingene innen helsevesenet skyldes menneskelige feil, og blant annet svikt i

ikke-tekniske ferdigheter som for eksempel kommunikasjon. Helsepersonelloven (1999, sist endret 2014) §1 og §4 sier helsepersonell plikter å utføre faglig forsvarlig yrkesutøvelse som ivaretar pasientens sikkerhet. Specialisthelsetjenesteloven (1999, sist endret 2014) krever at sykehusene arbeider kontinuerlig med kvalitetsforbedring for å styrke pasientsikkerheten.

Tekniske ferdigheter får naturlig nok et stort fokus i hjertestansteam. En hjertestans er en akutt og uforutsigbar situasjon hvor ting må fungere. I en akuttsituasjon arbeider man innenfor en presset tidsramme hvor teamet er avhengig av at samarbeidet fungerer optimalt. I retningslinjene til NRR (2010) heter det at teamet bør samtrene minst hver 6. måned for å ivareta god beredskap. Imidlertid fremkommer ikke dette i godkjenningskrav for hver enkelt AHLR-utøver. Vi undrer oss over hvorfor ikke samtrening og ikke-tekniske ferdigheter blir vektlagt i større grad. Informantene i Andersen et al. (2010) understreker at ikke-tekniske ferdigheter kan forbedre teamsamarbeid og behandling av hjertestans.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Vår hensikt med denne oppgaven vil være å få belyst intensivsykepleieres erfaringer fra arbeid i hjertestansteam. Det er mye fokus på tekniske ferdigheter innen AHLR og det er etter vår mening godt implementert i praksis. Kan et økt fokus på ikke-tekniske ferdigheter optimalisere teamets samarbeid, slik at man oppnår best mulig utfall med henblikk på økt pasientsikkerhet?

Med dette som utgangspunkt ønsker vi å se nærmere på erfaringer intensivsykepleierne i hjertestansteam har gjort seg. Vi vil se på hva som gjør at samarbeidet oppleves som bra. Vi er spesielt interessert i det som kan forbedres. Er det noe gjennomgående mønster i intensivsykepleiernes erfaringer? I så fall, kan rutiner endres slik at samarbeidet blir optimalisert?

Med utgangspunkt i dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan erfarer intensivsykepleier i hjertestansteam samarbeid under resuscitering?

- med fokus på mulige forbedringsområder

1.4 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 inneholder en generell presentasjon av tema, bakgrunn og tidligere forskning, hensikt samt beskrivelse av problemstilling. Kapittel 2 omhandler hvordan artikkelsøk er utført. Teori om teamsamarbeid, simulering og *Crisis Resource Management*(CRM) som er anvendt i diskusjonen presenteres i kapittel 3.

I kapittel 4 presenterer vi metoden i sin helhet. Vi forteller om valg av kvalitativ metode og gjør rede for hvordan utvalget og intervjuprosessen har foregått. Deretter presenteres forskningsetiske overveielser som omhandler nødvendige tillatelser, informert samtykke og frivillig deltakelse, konfidensialitet og taushetsplikt samt «å forske på egne». Videre presenteres analysen og til slutt foretar vi metoderefleksjon og -kritikk.

Resultatene presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 diskuterer vi resultatene opp mot aktuell teori og forskning. Avslutningsvis, i kapittel 7, kommer konklusjon og implikasjoner for praksis.

1.5 Søkeprosess

Vi foretok artikkelsøk i juni og september 2013 samt mars 2014. Vi henvendte oss til bibliotekar, både på sykehusbiblioteket og biblioteket ved UiA, underveis i prosessen for å få hjelp til søkeord og søkeveiledning. På bakgrunn av problemstillingen vår: Hvordan erfarer intensivsykepleier i hjertestansteam samarbeid under resuscitering, fikk vi satt opp et PICO¹-skjema for å strukturere søket vårt. Vi har brukt søkeordene: *team**, *teamwork**, *nurs**, *multidisciplinary*, *resuscitat**, *cardiopulmonary*, *heart arrest*, *cardiac arrest*, *communica**, *cooperat**, *lead**, *non-technical skill**, *human factor*, *critical incident stress debriefing*, *closed loop*. Disse søkeordene ble brukt i ulike kombinasjoner og i ulik rekkefølge. Vi har søkt via EbscoHost i Medline og Cinahl, Ovid, Svemed, Google Scholar og Pubmed. Eksempel på søkestreng er lagt ved studien (vedlegg 1).

Vi valgte først og fremst artikler som var relatert til hjertestansteam, men brukte også enkelte som omhandlet teamarbeid i akutte situasjoner, hvor resultatene var overførbare til denne studien. Artikkelen skulle være engelsk- eller norskspråklige.

¹ PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcome*) er en søkestategi for å finne frem til tidligere forskning ut fra en problemstilling (<http://libguides.uia.no/content.php?pid=256757&sid=2693220>)

Artiklene er fra vitenskapelige tidsskrift. Vi ønsket at de skulle være *peer reviewed*, men tillot likevel et par artikler som ikke var det. Dette ble gjort fordi disse artiklene var inkludert i *systematic review* og ved å inkludere dem fikk vi et bredere perspektiv på ikke-tekniske ferdigheter og teamsamarbeid. Enkelte artikler er funnet via referansesøk i utvalgte artikler, som for eksempel Castelao et al. (2013).

Artiklene som er inkludert i studien skriver seg ikke fra lenger tilbake enn 2005. Vi fokuserte på å inkludere artikler av nyere dato for å finne oppdatert forskning på feltet.

Litteraturen som er tatt i bruk er fra 2000-2013 med et unntak. Vi valgte å bruke boken av Kirkevold (1996) fordi denne omtaler hvordan sykepleiers kunnskap skal tre frem i akutt situasjoner. Vi fant ikke dette beskrevet på bedre måte i annen litteratur derfor valgte vi å benytte oss av denne boken til tross for at den er av eldre årgang.

1.6 Begrepsavklaring

Her presenterer vi vår forståelse av sentrale begrep som blir brukt i studien.

Ikke-tekniske ferdigheter: Flin et. al. (2010) oversatt og referert i Abrahamsen og Finsnes (2011, s. 2369) definerer ikke-tekniske slik «kognitive, sosiale og personlige ferdigheter som komplementerer tekniske ferdigheter og som bidrar til sikker og effektiv pasientbehandling».

Ad hoc-team: *Ad hoc* har sin opprinnelse fra latin og betyr «til dette» (Berulfsen, 1986). Manser (2009) forklarer det som et team bestående av forskjellige spesialiteter som kommer sammen for en kort eller lengre periode for å løse en spesiell oppgave. Teammedlemmene i et ad hoc-team kan være de samme eller variere fra gang til gang. Sistnevnte forekommer i denne studien.

Pasientsikkerhet: Vincent (2006) oversatt og referert i Aase (2010, s. 26) definerer pasientsikkerhet som «det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser».

I denne studien bruker vi konsekvent begrepet intensivsykepleier om informantene, selv om en av de seks informantene er autorisert sykepleier. Dette blir gjort fordi selve studien har et utgangspunkt i master i spesialsykepleie med spesialisering i intensiv. Det var også hensiktsmessig for å bevare informantenes anonymitet.

I stedet for å omtale forfatterne av studien som forskerne har vi valgt å bruke ordet «vi».

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Utgangspunktet for teoretisk rammeverk er en sammenfatning av viktige momenter fra teorier om samarbeid. Vi velger sentral teori fra flere forfattere slik at samarbeid blir belyst fra ulike sider. Dette valget ble gjort fordi det var vanskelig å kun bruke en teori om emnet teamsamarbeid. Samtidig inkluderer vi teori om simulering fordi vi vil diskutere dette opp mot noen av funnene i studien. Momentene i underkapittelet som omhandler teamsamarbeid omtaler team, samarbeid, grunnleggende verdier for samarbeid, kunnskap, kompetanse, rolle, teamleder og kommunikasjon. Deretter presenteres underkapittel om simulering og hva dette innbefatter.

2.1 Teamsamarbeid

Et team består av flere representanter som har et felles mål de arbeider mot. Teamet består av mennesker med ulik kompetanse der hver enkelt deltaker bidrar med sin særegne kompetanse. Dette vil bidra til at det felles resultatet som teamet kommer frem til, er bedre enn det én representant ville klart alene (Lauvås og Lauvås, 2004; Sjøvold, 2006). God organisering gjør at den samlede kompetansen blir mer enn hver enkelt fagperson alene. Dette gir synergi til det beste for pasienten (Orvik, 2004). Manser (2009) påpeker hvordan forbedret teamsamarbeid vil være med på å fremme både pasientsikkerhet og gi god faglig selvfølelse.

I akutte situasjoner som ved hjertestans er det viktig med en klar arbeidsdeling og at hver enkelt i teamet vet hvilken rolle vedkommende innehar i situasjonen. Ifølge Lai (2013b) er rollen knyttet til forventet adferd i ulike situasjoner. Det er forventninger til hvordan en utfører oppgaver og hvilket ansvarsområde en person har. Lai (2013b) omtaler det å være profesjonell i en rolle. Hun sier det handler om å representere den rollen man har påtatt seg i kraft av det arbeidet en har. En definert rolle må ha klare beskrivelser og forventninger knyttet til seg. Det kan ikke foreligge tvil om ansvarsområdet og beslutningsmyndigheten knyttet til rollen (Lauvås og Lauvås, 2004; Lai, 2013b). Lai (2013b) påpeker videre hvordan det må være realistiske forventninger knyttet til rollen. Forventningene må samsvare med tilgjengelige ressurser og den tiden medlemmet har til rådighet.

For at samarbeid skal bli mulig i en presset situasjon, er det betydningsfullt at hvert teammedlem viser evne til fleksibilitet og tilpasning. Dette krever en uttalt samarbeidsinnstilling. Lauvås og Lauvås (2004) omtaler hvordan et godt team er avhengig av

at medlemmene ønsker å lære av hverandre gjennom å arbeide sammen. Teammedlemmene må ønske å dele av sin kompetanse og kunnskap. Samtidig må de være villige til å bli veiledet og veilede andre. En må også være villig til å blottstille seg, i den forstand at en er mottakelig for både positive og negative tilbakemeldinger fra andre teammedlemmer. Et godt samarbeid bør kjennetegnes av fire verdier: åpenhet, respekt, tillit og ansvar. *Åpenhet* i samarbeid er å kunne våge si hvordan ting er. Hvor god en relasjon er, forteller mye om hvilken grad av åpenhet som er til stede. Å være åpen hvis alle er enige, er ikke vanskelig; det er først når flere ulike syn og oppfatninger kommer frem at problemer kan oppstå. *Respekt* bør være til stede i enhver relasjon. Det å anerkjenne en annens syn og meninger samt at man tar vedkommende på alvor, er viktig. Dersom respekt er til stede, er det betraktelig lettere å være enig eller uenig. Uenighet kan føre til fruktbare diskusjoner. *Tillit* til egen kompetanse og engasjement er grunnleggende; i samarbeid er det betydningsfullt at man har tillit til andres kompetanseområder. I et godt samarbeid forutsettes det dessuten at alle involverte parter tar *ansvar* (Halland, 2004).

Kvarnström (2009) presenterer begrepet kunnskapssynergi. Det handler om å lære av hverandre gjennom samarbeid og utvikle det Kvarnström (2009) omtaler som ens egen kunnskapsbase i møte med andres kunnskapsbaser. Her vises det til at hvert enkelt teammedlem resonnerer ulikt, men sammen kommer frem til en felles konklusjon. Det bidrar til at man får belyst en situasjon fra flere sider. Siden teamet består av flere ulike profesjoner, må en redegjøre mer eksplisitt for egen tankegang og vurderinger. Dette kan bidra til at en lærer mer og får en økt bevissthet om sin egen profesjons kunnskapsområde.

Kirkevold (1996) beskriver personlig kompetanse som en kompetanse bestående av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen er *personuavhengig*. Teoretisk kunnskap er i utgangspunktet noe alle kan tilegne seg hvis en er villig til å oppsøke den samt besitter evner til å tilegne seg den. Den praktiske kunnskapen er derimot subjektiv og baseres på kunnskap tilegnet via erfaringer. Den kan i en viss grad overføres mellom personer. Dersom en erfaren sykepleier for eksempel deler sine praktiske kunnskaper med en uerfaren sykepleier, vil den uerfarne sykepleieren inneha denne kunnskapen når hun møter en ukjent situasjon. Målet er at den samlede kompetansen skal tre fritt frem i ulike situasjoner, spesielt akutsituasjoner. Kompetansen foreldes ikke, men den kan forfalle. For å videreutvikle egen kompetanse må en være åpen for andres ideer og nyttiggjøre seg dem. Dette bidrar til egenutvikling. Skau (2011) påpeker egne feiltrinn som den beste kilden til bearbeiding og forbedring av personlig kompetanse.

En utfordring i teamarbeid er at utviklingen av det en kaller *gruppetenkning* eller *groupthink* (Sjøvold, 2006; Kvarnström, 2009). Ifølge Orvik (2004) skjer det når teammedlemmer tenderer og oppfordres til å ha samme tankemønster. Det er da dette som blir akseptert og legitimt i teamet. Individuelle vurderinger og resonnementer blir sett ned på. Dette kan igjen føre til at en ikke har det samme behovet for å søke ny og relevant informasjon, da teamet eller gruppen allerede har lagt føringer for et kollektivt og låst tankesett. Dette kan gi konsekvenser i form av at ulike alternativer på et problem ikke blir vurdert, såkalt *fikseringsfeil* (Rall og Dieckmann, 2005).

En teamleder kan bli definert som et teammedlem som har beslutningsmyndighet i teamet på bakgrunn av kompetanse. Ifølge St.Pierre et al. (2011) er godt lederskap og utbytterikt samarbeid to sider av samme sak. En god teamleder er avhengig av lederegenskaper, men også av samarbeidsevnene til de andre teammedlemmene. Å være teamleder i akutte situasjoner kan være utfordrende. Gode lederegenskaper er tillært; de er ikke medfødte. For å oppnå et godt samarbeid og fremstå som en god teamleder, er det betydningsfullt at de resterende teammedlemmene oppmuntrer, legger til rette for og promoterer gode lederegenskaper. Videre er det viktig at teamleder prøver å finne løsninger på problemet verbalt slik at teamet er med i tankegangen og setter seg klare mål med arbeidet. Beslutninger bør foretas på grunnlag av innspill fra teammedlemmer. Teamleder sørger for at oppgaver blir koordinert og delegert samtidig som han ser til at de blir overholdt og eventuelt omdisponerer ressurser. Til sist reevaluerer teamleder situasjonen kontinuerlig verbalt slik at teamet kjenner til endringer underveis (St.Pierre et al., 2011).

I studien til Hicks et al. (2008) kom det frem at sykepleiere opplever mangelfull kommunikasjonen mellom de ulike faggruppene som et hinder for effektivt teamarbeid. I team hvor en ikke kjenner hverandre og hverandres kvalifikasjoner, vil dette presentere en ekstra utfordring for kommunikasjonen (Østergaard et al., 2011). Eide og Eide (2004) beskriver hvordan en optimal profesjonell kommunikasjon bør være. De fremhever vilje til forandring og åpenhet som viktige momenter i en profesjonell kommunikasjon. Videre forutsetter de empati som en grunnleggende evne slik at en kan leve seg inn i andres situasjon, lære av andre og ikke føle seg truet av deres kunnskap. Kommunikasjon kan deles inn i to hovedgrupper: verbal og nonverbal. Den verbale kommunikasjonen består av en språklig formidling. Akuttsituasjoner krever verbal kommunikasjon som er preget av struktur, klarhet og tydelighet. Dette innebærer at beskjeder blir gitt på en tydelig måte, mottaker bekrefter beskjeden og gir bekreftelse tilbake til sender. Dette er hovedelementene innen *closed-loop*

kommunikasjon (Wilson et al., 2005; Weller et al., 2014). Den nonverbale inneholder flere momenter som kan være med på å farge budskapet som blir levert fra sender til mottaker. Kroppsspråk og stemmebruk er eksempler på momenter i nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide, 2004). Husebø et al. (2011) viser i sin studie hvordan nonverbal og verbal kommunikasjon blir brukt under resuscitering. De fant at koordineringen innad i teamet var avhengig av både non-verbal og verbal kommunikasjon. Videre påpeker studien hvordan den nonverbale kommunikasjonen også må bli anerkjent som bidrag for å oppnå effektiv teamkommunikasjon.

2.2 Simulering

Simulering i et klinisk miljø er ifølge Husebø og Rystedt (2010) å prøve og gjenskape virkeligheten eller noe som er nærliggende. Aktivitetene er knyttet opp mot å trene ferdigheter, foreta beslutninger og å tenke kritisk. Dette kan gjøres gjennom rollespill og bruk av interaktiv video eller ved bruk av pasientsimulator. Det er læringsmål som styrer om simulering skal fokusere på tekniske ferdigheter eller ikke-tekniske ferdigheter (Dieckmann, 2009).

Mellommenneskelige ferdigheter, slik som kommunikasjon, lederskap og samarbeid, kan bli trent på. Dette kan for eksempel være aktuelle læringsmål i simulering. Dieckmann (2009) påpeker hvordan en simulering er helt avhengig av et felles læringsmål for å gi et hensiktsmessig læringsutbytte. Simulering deles inn i tre faser: briefing, gjennomføring av scenarioet og debriefing. I første fase blir gruppen orientert om utstyret og scenariet, rollene blir tildelt og læringsmålene blir gjort kjent. Andre fase er gjennomføringen av scenarioet som vanligvis tar 10-15 minutter. Alle deltakerne blir informert om at de skal handle slik de normalt ville gjort i virkeligheten. Fasilitator² har ansvar for å sørge for at scenarioet ikke utvikler seg i gal retning eller at det stopper opp. Siste fase omhandler debriefing hvor alle samles i plenum og går gjennom læringsmålene. Fasilitator ber gruppen beskrive forløpet, hva de gjorde bra og hva som kan forbedres samt hva i simuleringen som kan overføres og brukes i den kliniske hverdagen (Husebø og Rystedt, 2010).

Ved å simulere gjør helsepersonell seg nytte av tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Å gjøre dette i trygge omgivelser med en pasientsimulator kan gi helsepersonell muligheten til å prøve

² I simulering er instruktør eller lærer mer en «tilrettelegger» som bidrar til å stimulere læring. Ofte referert til som fasilitator innen simulering (Husebø og Rystedt, 2010).

og feile uten at det går ut over pasientsikkerheten. Nybegynnere kan se konsekvensen av egne avgjørelser da de kan stå alene i en simuleringssituasjon uten innblanding fra mer erfarne. Å gjøre feil er tillatt og det er noe man vil lære av. Uvanlige og kritiske situasjoner kan bli øvd på slik at helsepersonell har handlingskompetanse når en reell situasjon oppstår (St.Pierre et al., 2011).

CRM har sin opprinnelse i flyindustrien. Tidlig på 1990 tallet utviklet Gaba (2010) en metode for å trene på CRM. Gaba (2010) har omformet og tilpasset CRM til anesthesiologien med mål om å sikre pasientsikkerhet. I dag brukes simulering for å trene på disse ferdighetene. CRM begynner før en kritisk situasjon oppstår. Menneskelige feil vil alltid forekomme, og det første steget for å identifisere en feil er å innse at det alltid vil oppstå feil (Kohn et al., 2000). CRM er et instrument for å minimere menneskelige feil (Rall og Dieckmann, 2005; Østergaard et al., 2011).

Et viktig moment innen CRM er opparbeidelse av ikke-tekniske ferdigheter. De utgjør kognitive, sosiale og individuelle ferdigheter som komplementerer tekniske ferdigheter. Med dette er det ønskelig å oppnå en sikker og effektiv utførelse av arbeidsoppgaver (Østergaard et al., 2011). Det er essensielt at teamet ikke godkjenner en løsning uten å stille seg spørsmål om det kan være flere alternativ eller hvilket alternativ som er det beste. Dersom en løsning godkjennes uten å se på alternativene kan teamet risikere å begå fikseringsfeil (Rall og Dieckmann, 2005).

I det følgende presenteres hovedprinsippene innen CRM slik de er utformet av Rall og Dieckmann (2005). CRM innebærer å kjenne miljøet i form av tilgjengelig utstyr og personell. Deretter må man forutse og lage en plan sammen med teamet for uventede situasjoner. Tilkall hjelp tidlig om nødvendig; det er ikke et tegn på manglende kunnskaper, men snarere et ønske om å få en annens vurdering. Prøv å forutse behov for ytterligere hjelp før situasjonen blir kritisk og en mangler ressurser til å utføre alle oppgaver. Teamet må ha fokus på godt lederskap. Alle er ansvarlige for pasientens sikkerhet. Prøv å fordele arbeidsmengden etter beste evne innad i teamet. Kommuniser effektivt; bruk *closed-loop* kommunikasjon. Få tak i all tilgjengelig informasjon via ulike kilder. Forebygg eller håndter fikseringsfeil. Dobbeltsjekk egne og andres arbeid for å fange opp eventuelle feil. Gjør deg nytte av tilgjengelige hjelpemidler; bruk prosedyrer og oppslagsverk. Gjør opp ny status regelmessig. Konsentrer deg om det som er mest prekært i situasjonen og som trenger full oppmerksomhet. Prioriter kontinuerlig, ved endringer kan nye prioriteringer være nødvendig.

3.0 METODE

3.1 Valg av kvalitativ metode

Ved bruk av kvalitativt forskningsintervju ønsker en å forstå verden fra intervjupersonens side. I denne studien var dette relevant siden vi ville se nærmere på informantens erfaringer. Erfaringer er vanskelig å kvantifisere og kommer best frem gjennom nyanserte og detaljerte beskrivelser (Kvale og Brinkmann, 2009). Slik Malterud (2013) skriver, ønsker vi ved en kvalitativ metode å forstå hvorfor informantene handler som de gjør og hvilke tankeprosesser som ligger til grunn for de ulike erfaringene de har gjort seg. Dette lar seg ikke måle gjennom standardiserte svar som forskere i kvantitativ metode bruker.

Det kvalitative forskningsintervjuet bygger i følge Kvale og Brinkmann (2009) på en dagligdags samtale samtidig som en setter denne inn i en profesjonell ramme. Utgangspunktet for samtalen er et overordnet tema. En kan gå ut fra en intervjuguide som vil fungere veiledende i samtalen, men Malterud (2013) påpeker at den ikke nødvendigvis må følges til punkt og prikke. Målet er at samtalen skal være en grobunn for å produsere kunnskap. Dette er igjen avhengig av at intervjusituasjonen oppleves som trygg slik at informanten kan snakke fritt og reflektere over egne erfaringer. Forholdet mellom informant og intervjuer kan være sammensatt. Det kan være en kilde til utvikling hos begge; de kan få en økt forståelse av de ulike tema som berøres. Samtidig får informanten mulighet til å prate om noe som opptar ham eller henne samt se sin rolle fra et annet perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.2 Utvalg

Formålet med undersøkelsen var å få frem erfaringer til intensivsykepleiere i hjertestansteam ved et større regionsykehus i Sør-Norge. Vi ønsket å undersøke hjertestansteam som er sammensatt av personell fra ulike avdelinger og som rykker ut når hjertestans blir utløst via calling. Hvert teammedlem har en delegert funksjon, men sammensetningen varierer med ulike personer fra gang til gang avhengig av hvem som er på vakt. Dette vil i praksis si at teamet er ulikt og varierer på dag, kveld og natt. Vi ønsket at informantene hadde sitt arbeidssted på hjerteovervåkningen eller hadde en tilknytning til hjerteavdelingen i og med at det var en slik organisering vi har erfaring med og ønsket å undersøke. Vi kontaktet NRR (vedlegg 2) for å forhøre oss om de hadde en oversikt over hvordan de ulike hjertestansteamene på sykehusene i Norge er organisert. Det hadde de ikke, og oppfordret oss

til å ta kontakt med sykehusene selv. Vi tok da en ringerunde til seks sykehus i Sør-Norge. Ved hvert sykehus formidlet avdelingslederen på den avdelingen hvor intensivsykepleier i hjertestansteamet arbeidet hvordan oppbygningen av hjertestansteamet var der. Fem av de seks sykehusene hadde en oppbygning hvor intensivsykepleier i hjertestansteamet rykket ut fra intensivsen eller akuttmottaket. Det var med andre ord kun ett av de seks forespurte sykehusene som var aktuelt for studien.

Vi tok tidlig kontakt med det aktuelle sykehusets forsknings- og undervisningsavdeling, og sendte søknadsskjema etter gjeldende prosedyre. Det tok kort tid før vi fikk et positivt svar. Da fremmet vi ønske om at en representant med kjennskap til hjertestansteamet kunne velge ut informanter for oss. Vi la frem ønske om seks informanter på bakgrunn av den tiden og de ressursene vi hadde til rådighet. Ifølge Polit og Beck (2010) bør forskeren gjennomføre mellom fem og 10 intervju. Samtidig påpeker Morse (2000) hvordan mengden og kvaliteten på datamaterialet er med på å styre antallet informanter som er nødvendig for å oppnå metningspunktet for data. Dersom informantene bidrar til god og reflektert informasjon basert på egne erfaringer, kan antallet informanter begrenses. Morse (2000) poengterer videre hvordan bredden i forskningsspørsmålet er med på å styre mengden datamateriale som kreves. Vi opplevde at temaet for intervjuene engasjerte informantene i studien. Det kunne virke som om engasjementet deres gjorde at de svært villige fortalte om egne erfaringer. Polit og Beck (2010) viser til ulempene ved å ha et for lite utvalg. Da kan resultatene bli ikke-representative for populasjonen og dermed representere en bias. Derfor hadde vi som utgangspunkt seks informanter. Dette var et antall som virket overkommelig med tanke på at vi er nye i forskerrollen og at vi hadde begrenset med tid til å gjennomføre samt bearbeide intervjuene. Da vi var ferdige med de seks planlagte intervjuene, diskuterte vi i fellesskap og med veileder om datamaterialet var dekkende for forskningsspørsmålet. Ved gjennomføringen av de siste intervjuene fikk vi frem flere nyanser på spørsmålene vi stilte, men det tiltrådte ingen nye overraskende momenter. Vi anså materialet som mettet og tilstrekkelig til å utføre en analyse. Ifølge Malterud (2013) vil metningspunktet bli oppfylt dersom nytt datamateriale ikke lenger gir ny kunnskap. Vi endte med over 60 sider transkribert intervju.

Ved et strategisk utvalg (engelsk: *purposive sampling*) velger forskeren informanter som best vil bidra til studien. Innen denne utvalgsmetoden finnes det flere strategier. I vår studie har vi foretatt det Polit og Beck (2010) kaller for en *criterion sampling*. Dette involverer å bruke forutbestemte kriterier som er sentrale for studien. Vi valgte denne utvalgsmetoden for å få tak i informanter som har erfaring på feltet. Ifølge Malterud (2013) er det en styrke ved

gjennomføring av strategisk utvalg dersom forskerne har bakgrunn fra feltet, slik forskerne har i denne studien.

Fortrinnsvis ønsket vi å intervju intensivsykepleiere. Avdelingslederen ved det aktuelle sykehuset ga imidlertid tilbakemelding på at det kunne forekomme mangel på disse. Våre inklusjonskriterier ble dermed endret til å omfatte både intensivsykepleiere og autoriserte sykepleiere som var opplærte og godkjente AHLR-utøvere i hjertestansteam. Informantene måtte ha deltatt i minimum fem hjertestanssituasjoner. Dersom vi hadde utelatt å stille disse kriteriene, kunne vi risikert å få for eksempel informanter som var nye i rollen og kanskje kun hadde opplevd et par hjertestanssituasjoner. De ville kanskje ikke kunne bidratt med like utfyllende beskrivelser i og med at erfaringsgrunnlaget var minimalt.

Fem av de seks informantene var intensivsykepleiere. Alderen varierte fra cirka 30 år til cirka 60 år. Informantene hadde deltatt i hjertestansteamet fra cirka tre til 25 år. Alle informantene var kvinner. En kan stille seg spørsmålet om resultatene ville blitt annerledes og mer nyanserte dersom det også hadde vært mannlige informanter med i studien.

3.3 Intervjuprosessen

3.3.1 Semistrukturert intervju

Semistrukturerte intervju brukes for å samle kvalitative data. En ønsker å forstå temaer fra dagliglivet ut fra intervjupersonens perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2009). For å sikre at aktuelle tema ble tatt opp, ønsket vi å bruke en intervjuguide. Intervjuguiden var basert på tidligere forskningsartikler om det aktuelle emnet (Andersen et al., 2010). Dette er i tråd med slik Lundman og Graneheim (2012) omtaler bruk av intervjuguide. For å forsikre oss om at vi fikk frem intervjupersonenes virkelige mening, stilte vi hyppige oppfølgingsspørsmål. Siden vi ikke har gjennomført liknende intervju tidligere, måtte vi i forkant av intervjuene teste ut spørsmålene i intervjuguiden. Var spørsmålene fruktbare? Ga de intervjupersonen mulighet til å snakke om temaet? Vi intervjuet hverandre og medstudenter. Etter dette endret vi ordlyden i spørsmålene slik at de ble stilt på en mer utdypende måte. Videre påførte vi bak hvert spørsmål: *Kan du beskrive?* Dette for å få informantene til å gi rike beskrivelser av erfaringene sine.

3.3.2 Forberedelse til intervju

Vi ønsket primært å utføre intervjuene i arbeidstiden slik at informantene var mer tilgjengelige og muligens mer motiverte for å la seg intervju. Dette var avdelingslederen positiv til og gjorde avtaler med informantene slik at hvert intervju ble utført i informantens arbeidstid.

Vi laget et skriv til informantene hvor det ble informert om studiens formål (vedlegg 3). Dette ble oversendt til avdelingslederen som skulle dele ut informasjonen når informantene sa seg villige til å delta. Dessverre mottok ikke alle informantene denne informasjonen. I etterkant ser vi at vi skulle forsikret oss om at informantene hadde mottatt denne informasjonen slik at alle var forberedt før de stilte til intervju. Dette resulterte i at vi brukte god tid før intervjuet, for slik å forsikre oss om at de var tilstrekkelig informert.

Selv forberedte vi oss ved å lese metodelitteratur og tidligere forskning.

3.3.3 Gjennomføring av intervju

Vi gjennomførte halvparten av intervjuene hver. Den ene forskeren fungerte som intervjuer og førte ordet. Den andre forskeren satt ved siden av og fulgte med, og kom med eventuelle oppklarende spørsmål. Etter hvert i intervjuprosessen ble vi mer bevisste på å stille oppfølgingsspørsmål. Dette kan være fordi vi var usikre i begynnelsen på hvor mye vi kunne gå ut over intervjuguiden (vedlegg 4). Men etter som prosessen skred frem, ble vi mer komfortable med dette og intervjuene gled lettere. Å anvende semistrukturert intervju stilte store krav til oss som forskere. Det krevdes årvåkenhet for å få tak i det informanten sa «mellom linjene». Å sende et mottatt budskap tilbake til intervjupersonen var en måte å få bekreftet at vi hadde oppfattet budskapet riktig. Vi gjorde dette i form av en oppsummering slik at informantene hadde mulighet til å bekrefte, avkrefte eller oppklare (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi delte intervjuene mellom oss for å sikre at begge fikk med seg konteksten og fikk prøve seg i rollen som intervjuer. Det var også lærerikt å observere hverandre og gi nyttige tips i etterkant. Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker. Etter intervjuene transkriberte vi materialet samme dag. Dersom det går for lang tid mellom intervju og transkribering, kan essensielle opplysninger bli misforstått eller ikke bli «plukket opp» (Malterud, 2013).

Vi byttet på å transkribere. Det var et bevisst valg at vi transkriberte materialet selv. Gjennom transkripsjon kan man lære teksten og materialet å kjenne samt at man husker stemningen fra selv intervjuet og en kan gjøre seg notater underveis (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi ønsket å ta med pauser, latter og tonefall i transkripsjonen. Ved å gjøre dette kunne vi lettere gjengi og huske stemningen ved senere gjennomlesning av materialet. Malterud (2013) påpeker hvordan det er en fordel at intervjueren transkriberer materialet selv. Da vil vedkommende lettere kunne oppklare uklare setninger og setningsoppbygninger som er av betydning for meningsinnholdet i teksten. Forskeren som i vårt tilfelle ikke utførte intervjuene, satt på sidelinjen under intervjuene og fikk slik et helhetlig bilde av situasjonen. Det ble derfor naturlig at det var denne personen som transkriberte materialet.

Fem av seks intervjuer ble foretatt på sykehuset på et møterom i nærheten av hjerteovervåkingen. Det siste intervjuet ble foretatt på et rom på biblioteket. Dette gjorde at informantene var villige til å delta og at gjennomføringen av intervjuene var lettere å få til, da de slapp å bruke av sin egen fritid.

Vi brukte som nevnt tidligere båndopptaker. Enkelte av informantene ble litt ukomfortable da de skjønnte at de måtte snakke inn i mikrofon og at det de sa ble tatt opp på bånd. Vi måtte forsikre dem på ny om hvordan dette skulle bli anonymisert og kun brukt i masteroppgaven.

Vi hadde satt av en time til hvert intervju. Varigheten på intervjuene var fra 30-50 minutter. Ved én anledning ble vi forstyrret av en person som hadde arbeidsmateriale lagret på møterommet, og det ble distraksjon i intervjuet. Det var helst vi, intervjuere, som ble forstyrret av dette. Det så ut som om informanten var opptatt av selve intervjusituasjonen. Informanten fortsatte å fortelle under distraksjonen og det kunne virke som om vedkommende ikke lot seg bemerke av forstyrrelsen i særlig grad. Etter dette holdt vi døra låst slik at avbrytelser i størst mulig grad ble unngått.

3.4 Forskningsetiske overveielser

3.4.1 Nødvendige tillatelser

Da prosjektbeskrivelsen ble godkjent av veileder, sendte vi en søknad til Forskningsetisk komité (FEK) ved UiA hvor vi skrev om bakgrunnen for studien, metode, utvalg og den planlagte analyseprosessen. Vi la vårt informasjonsskriv til informantene og vår foreløpige

intervjuguide som vedlegg til søknaden (vedlegg 3 og 4). Studien ble godkjent av FEK (vedlegg 5). Etter dette sendte vi søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om studien. Her ble det redegjort for problemstilling, metode, oppbevaring av informasjonsmateriale og tidspunkt for planlagt avslutning av studien. I svaret fra NSD kom det frem at studien var meldepliktig (vedlegg 6). Videre påpekte de at vi måtte unngå å omtale medlemmene i teamet med direkte yrkestittel. I vår søknad til det aktuelle sykehuset oversendte vi vår prosjektplan for studien samt informasjonsskrivet til informantene, vår foreløpige intervjuguide og godkjenning fra FEK og NSD. Vi fikk klarsignal til å starte studien (vedlegg 7).

3.4.2 Informert samtykke og frivillig deltakelse

Informert samtykke betyr at informantene blir informert om undersøkelsens formål samt hovedtrekkene i design og fordelene ved å delta (Slettebø, 2008). Vi formulerte et informasjonsskriv om hva studien gikk ut på, dens hensikt og mulige ulemper ved å delta. Denne informasjonen sendte vi til avdelingslederen slik at informantene visste hva de svarte ja til å delta i. Vi ba hver enkelt informant om å lese gjennom informasjonen om studien. Vi ga dem også en kort muntlig presentasjon og opplyste om deres mulighet til å trekke seg. Deretter ba vi dem om å underskrive på at de sa seg villige til å delta i studien (vedlegg 3). Dette er i følge Simonsen og Nylenna (2005) vilkårene for å innhente gyldig samtykke.

3.4.3 Konfidensialitet og taushetsplikt

Konfidensialitet går ut på at informantene i en undersøkelse ikke skal kunne bli identifisert eller gjenkjent i materialet i den ferdige studien (Kvale og Brinkmann, 2009). Utvalget i studien er imidlertid begrenset. Dette øker muligheten for at informantene kan bli gjenkjent eller gjenkjenne egne sitater i det ferdige materialet. Vi har forsøkt å anonymisere og omskrive utsagn for å sikre informantenes konfidensialitet. Vi anonymiserte svar samtidig som vi var svært bevisste på at informantenes mening skulle komme tilstrekkelig frem i bearbeidelsen av materialet (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne balansegangen var noe vi vektla i hele analyseprosessen slik at ikke verdifullt datamateriale skulle gå tapt underveis.

Informantene ble informert om at vi har taushetsplikt og at datamaterialet ikke ville bli brukt til andre formål enn denne studien. Datamaterialet ble oppbevart innelåst og var derfor ikke

tilgjengelig for andre enn forskerne. Informantene ble kodet med fiktive navn og ikke med nummer. Etter at oppgaven er innlevert og bestått, vil lydfiler, dokumenter og annen informasjon bli slettet.

3.4.4 «Å forske på egne»

Informantene i studien er intensivsykepleiere med erfaring fra hjertestansteam. Forfatterne av studien har selv erfaring fra arbeid i hjertestansteam. Intervjuer informant-forholdet blir annerledes når informantene kjenner til intervjuerens bakgrunn. Slik Coar og Sim (2006) påpeker i sin artikkel om å intervjuer ens likemenn, vil det være fordeler og ulemper ved dette. En fordel er at det kan gi en rikere innsikt i temaet. En viss kollegial tillit til hverandre kan også gjøre at informanten deler mer. På den annen side vil informanten kunne føle at han eller hun blir testet i sin kunnskap og på sitt felt. Hensikten med denne studien var å få en innsikt i informantenes erfaringer og ikke deres direkte kunnskap om fagfeltet. Dette mener vi bidro til at intervjusituasjonen ikke bar preg av testing. Hos noen av informantene i studien til Coar og Sim (2006) kom det frem at det å bevare en positiv profesjonell identitet sto sentralt da de ble intervjuet av kollegaer. Vi opplevde ikke vår kjennskap til feltet som et problem under datainnsamlingen. Vår innsikt i fagfeltet var derimot en positiv faktor i møtet med informantene. Intervjuene ble formet av felles faglig forståelse, noe som antakeligvis bidro til å gi rike beskrivelser.

Informantene som er helsepersonell blir ikke beskyttet av Helsinkideklarasjonen på lik linje med informanter som er pasienter eller tilhører andre grupper definert som sårbare (Nylenna og Simonsen, 2005). Ifølge Malterud (2013) må forskerne i en slik situasjon bruke godt skjønn for å sikre en ansvarlig forskningsetikk i forhold til informantene.

3.5 Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse ble valgt fordi den kan tilpasses ulike formål og data av varierende kvalitet. Denne analysen kan brukes av både erfarne og uerfarne forskere med ulik grad av forkunnskap. Kvalitativ innholdsanalyse har blitt brukt innen sykepleieforskning for å tolke ulike tekster. Analysen tar for seg mangfoldet i en tekst og belyser ulikheter og likheter (Lundman og Graneheim, 2012). I følge Malterud (2013) skal det endelige målet med analysen være utvikling av ny kunnskap:

i form av *beskrivelser* som gir oss forståelse av mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper, *begreper* som gir oss presise betegnelser og navn, eller *teoretiske modeller* som gir innsikt i mulige sammenhenger (Malterud, 2013, s. 82).

I vår studie var vi primært ute etter detaljerte beskrivelser. I følge Malterud (2013) er ikke utvikling av begreper eller teoretiske modeller bedre enn detaljerte beskrivelser. Forskeren må selv vurdere om beskrivelsene kan være grunnlag for utvikling av begreper og teoretiske modeller. Dette var ikke noe vi hadde i tankene i analysearbeidet, men vi var bevisste på hvordan nye beskrivelser og begreper kunne tre frem når vi arbeidet med materialet.

Analysematerialet besto av seks intervju. Intervjuguiden hadde allerede forhåndsbestemte emner som vi ønsket å vite mer om. Emnene baserte seg på tidligere forskningsartikler (Andersen et al., 2010; Castelao et al., 2013). Informantene snakket utdypende om disse emnene. Det ble naturlig for oss da i første omgang å se etter disse emnene i det transkriberte datamaterialet. Underveis i prosessen da materialet var godt kjent for oss, ble vi mer åpne for beskrivelser av andre områder som ikke kom tydelig frem. Vi spurte for eksempel ikke om personlig kompetanse, men dette var noe som kom frem i flere av intervjuene. Informantene brukte ikke selve ordet personlig kompetanse, men anvendte andre ord om begrepet.

Vi har valgt å følge Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. Valget ble gjort etter ønske om å ha en analyse som gjorde det mulig å arbeide ut fra en mal. Ifølge Malterud (2002) kan man som nye forskere oppleve en del hindringer på veien og bli oppslukt i selve analyseprosessen. Hun anser det som en fordel å følge en tidligere oppskrift for analyse. Da kan forskeren lettere fokusere på datamaterialet, og sjansen for å stå fast i analyseprosessen blir mindre. Ved å følge Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse kan det være lettere for leserne å følge forskernes tankegang i analyseprosessen. Vi vil her presentere vår gang i analyseprosessen basert på Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse.

Første skritt i analyseprosessen gikk ut på å lese igjennom intervjuene gjentatte ganger og se hele tekstmaterialet som en helhet. Intervjuene ble til sammen det Lundman og Graneheim (2012) beskriver som en analyseenhet. Deretter diskuterte og reflekterte vi over innholdet i teksten. Videre tok vi for oss ett og ett intervju. Etersom vi hadde brukt en intervjuguide som forhåndsbestemte hvilke emner vi ønsket at informanten skulle utdype, kom disse naturlig frem i tekstmaterialet. Dette utgjør det Lundman og Graneheim (2012) karakteriserer som domener. De åpenbare domenene ble planlegging, rollefordeling, kommunikasjon, lederskap,

team og debriefing. Etter gjentatte gjennomlesninger trådte det frem flere domener i teksten, som for eksempel personlighet, kontekst og verdier i teamarbeid.

Andre skritt besto i å dele intervjuene opp i meningsenheter. Dette er ifølge Graneheim og Lundman (2004) å trekke ut en del av teksten som gir felles mening. Dette gjorde vi i fellesskap for ikke å overse eller feiltolke intervjuteksten. Vi var bevisste på ikke å få for små og fragmenterte meningsenheter, eller meningsenheter som ble for store og inneholdt flere meninger. Vi nummererte hver meningsenhet i hvert intervju.

Tredje skritt var å kondensere meningsenhetene. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er dette å forkorte dem, men likevel bevare kjernen i meningsenheten. Dette gjorde vi også i fellesskap for å kvalitetssikre arbeidet. Vi leste høyt meningsenheten og den kondenserte meningsenheten for å sikre oss at budskapet ble bevart. Samtidig sjekket vi den kondenserte meningsenheten opp mot det opprinnelige datamaterialet og forsikret oss om at den ikke var tatt ut av sin sammenheng.

Fjerde skritt innbefattet å gjøre de kondenserte meningsenhetene om til koder. Dette blir ifølge Graneheim og Lundman (2004) kalt *abstraksjon*. Kodene og meningsenhetene ble kontinuerlig nummerert slik at vi visste hvilke som hørte sammen. Kodene ble skrevet opp på gule lapper. Disse ble sortert etter meningsinnhold og plassert i midlertidige grupper. Kodene hadde farger etter informant. Da kunne vi lettere spore kodene tilbake til intervjuene når det var nødvendig å gå til råmaterialet. Dette ble gjort når vi ville bekrefte at den virkelige meningen trådte frem gjennom kodene.

Deretter, i skritt fem, ble kodene plassert i subkategorier. Dette ble gjort på bakgrunn av koder med sammenfallende innhold. Dette innebar at de kodene som ble plassert i en og samme kategori var de som var nært beslektet og skilte seg fra innholdet i andre subkategorier. Deretter ble subkategoriene sammenføyd i en felles kategori som var beskrivende for alle subkategoriene (se tabell 1 og vedlegg 8). Dette var en møysommelig prosess. Vi diskuterte kategoriene oss imellom, med veileder og på masterseminar. Etter hvert ble det klart for oss at vi måtte skape flere kategorier og godta et mindre innhold av subkategorier i disse. Dette ble naturlig i og med at enkelte subkategorier ikke var sammenfallende med den overordnede kategorien. For eksempel måtte vi sette subkategorien «tid og sted» som egen kategori. Kategoriene utgjorde til sammen et tema; *vi påvirker hverandre*. Vi diskuterte hvorvidt dette temaet representerte intervjuenes latente innhold. Vi har forsøkt å reflektere over det informantene sier mellom linjene, det er slik det latente innholdet trer frem i følge Lundman

og Graneheim (2012). Å finne frem til tema har vært en prosess gjennom hele prosjektet. Dette har vært gjenstand for diskusjon internt hos vi, forskerne, og med veileder. Avslutningsvis leste vi igjennom alle intervjuene på ny. Dette for å sikre at vi ikke hadde oversett betydningsfull informasjon.

Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsenhet til tema

Meningsenhet	Kondensert Meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
Det er at de er tydelige og at du ser at de er trygge på rollen. Med en gang du kommer på stans så er det ingen som er i tvil i det rommet om hvem som er leder. Du er ikke i tvil, og alle er enige om at det er sjefen. De gjør det sjefen sier. Da vet man at den kan sine ting.	Gode ledere er tydelige og trygge på rollen sin. Det er ikke tvil i rommet om hvem som er leder innad i teamet.	god leder, ingen tvil om hvem	Utstråler tydelighet og klarhet	Leder- <i>limet i teamet</i>	Vi påvirker hverandre

3.6 Metoderefleksjon og -kritikk

Valg av tema ble gjort på bakgrunn av faglig interesse, yrkeserfaring og nyere studier. Vår tilknytning til feltet var en faktor som vi var bevisste på i intervju- og analyseprosessen. Vi forsøkte å sette vår forforståelse i parentes, men ifølge Malterud (2013) er dette uoppnåelig. Dersom vår forforståelse ble satt i parentes ville vi ikke hatt mulighet til å bruke vår kunnskap om feltet til å oppnå en utvidet og dypere forståelse av informantenes erfaringer. Likevel var vi hele tiden bevisste på at det var informantenes mening som skulle tre frem.

I ettertid ser vi at valg av tema var vidt. Dette var vi imidlertid bevisst på ved studiens oppstart. Vi diskuterte hvorvidt vi skulle fokusere på ett eller flere moment fra de tidligere studiene som omhandlet samarbeid i hjertestansteam eller akutt-team. Vi kunne for eksempel fokusert på kun lederskap eller rollefordeling i team. Dette ville muligens gitt oss utdypende kunnskap om et tema. Det kunne vært interessant, men på den annen side kunne det blitt snevert og vi kunne risikert å miste et helhetlig bilde av samarbeid. Dette synes vi ble best oppnådd ved å stille spørsmål knyttet til flere momenter omkring et overordnet tema. Når man

velger tema er det ifølge Malterud (2013) viktig å være bevisste på at studien skal tilføre ny kunnskap. Etter å ha lest en nyere *systematic review* av Castela et al. (2013) så vi at de etterlyste mer forskning om teamkoordinering ved hjertestans. For å forbedre teamkoordinering listet de opp aktuelle tiltak som AHLR-øvelser, kommunikasjonstrening, simulering og debriefing.

Vi startet forundersøkelsene høsten 2013. Som tidligere nevnt startet vi med å kontakte NRR (vedlegg 2). Da de ikke hadde noen oversikt over organisering av hjertestansteamene i landet, ble vi nødt til å undersøke på egenhånd. I ettertid ser vi at denne prosessen burde vært påbegynt tidligere. Vi begrenset studien til Sør-Norge av praktiske hensyn. I etterkant ser vi hvordan dette kan ha bidratt til at vi ikke fikk tak i flere hjertestansteam med liknende oppbygning, slik vi ønsket. Dette kunne gitt oss et bredere utvalg og kanskje bidratt til et annerledes datamateriale. Vi ser i etterkant hvordan inklusjonskriteriene kunne vært annerledes. Fremfor å ha en overvekt av intensivsykepleiere, kunne vi ha valgt utelukkende ut ifra erfaring. På den annen side kunne vi da risikert å ha fått et ensidig datamateriale, da ville vi muligens ikke fått med det brede spekteret både erfarne og mindre erfarne informantene ga oss.

Vi hadde som nevnt oversendt et informasjonsskriv om studien til avdelingslederen ved det aktuelle sykehuset hvor vi ga vedkommende oppdraget med å delte ut informasjonen til informantene. Ifølge Repstad (2007) og Malterud (2013) er muntlig informasjon ikke tilstrekkelig da dette kan bli glemt, misoppfattet eller overhørt. Videre er det en fordel dersom de aktuelle informantene har noe skriftlig å forholde seg til. Det viste seg imidlertid at ikke alle hadde fått informasjonsskrivet på forhånd. Vi som forskere burde forsikret oss om at informantene hadde mottatt dette. Da så ikke hadde skjedd for enkelte av informantene, førte det til at de måtte lese gjennom informasjonen før intervjuet startet. Vi ser muligheten for at informantene kunne ha opparbeidet seg flere tanker og refleksjoner i forkant hvis de hadde fått mer utfyllende informasjon på forhånd. Et annet moment som vi ser kan diskuteres i ettertid, er hvordan informantene ble rekruttert. Da det var deres leder som spurte om deltakelse, kan det være de følte seg forpliktet til å si ja. Samtidig var det positivt at lederen valgte ut informanter, da denne vet hvilke personer som er interessert i emnet og i stand til å gi rike beskrivelser (Repstad, 2007).

Siden vi er noviser innen forskning og ikke har utført kvalitative intervju tidligere, ser vi at vi kunne brukt lengre tid i forkant på å sette oss inn i kunsten å intervju. Vi forsøkte å lage en

intervjusituasjon mellom hverandre og med medstudenter. Dette ga oss en enkel innføring. På den annen side erfarte vi under selve intervjuene hvordan det å stille spørsmålene på en slik måte at de gir fruktbare og utdypende svar, var utfordrende. Etter hvert som vi mestret å stille utdypende spørsmål ble vi tryggere og mer komfortable i intervjusituasjonen. Vi tillot informanten lengre pauser, uten avbrytelser fra forskerne, i påvente av svar. Slik Kvale og Brinkmann (2009) skriver, krever det lang tid å lære intervjukunsten; det er en håndverksmesterlære. De anbefaler noviser innen feltet først å prøve seg i en trygg transkripsjonssituasjon slik at de unngår å miste viktig informasjon under intervjuet. På grunn av tidspress i forberedelsene av intervjuene, fikk vi ikke øvd på dette. Likevel opplevde vi transkriberingen som håndterlig. Dette var mye på grunn av godt utstyr med god lyd kvalitet samt at lydopptakene lot seg avspille på halv hastighet.

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere studier. Vi diskuterte med veileder om spørsmålene ville gi fruktbare svar. Etter noen runder med diskusjon omkring intervjuguiden, var vi tilfredse med dens oppbygging. Kvelden før det første intervjuet kom vi imidlertid på et tilleggsspørsmål som viste seg å være sentralt. Dette tilleggsspørsmålet omhandlet debriefing. Vi syntes det var interessant å høre informantens erfaringer om dette siden vi tror det er ulik praksis for debriefing innen de ulike helseforetakene. Spørsmålet om debriefing kan ha sin opprinnelse i vår studiespesialisering hvor vi har sett betydningen debriefing kan ha for teamarbeid i etterkant av simulering. I begynnelsen fulgte vi intervjuguiden ganske slavisk. Etter hvert slappet vi mer av og brukte intervjuguiden mer som en huskeliste. Den av oss som ikke intervjuet, fulgte med på intervjuguiden og forsikret seg om at intervjueren fikk stilt alle spørsmålene i løpet av intervjuet. Dette opplevde vi som en god fremgangsmåte. Vi tror det bidro til at informantene var mer avslappet under intervjuene. Dersom intervjuguiden var blitt brukt slavisk ser vi for oss en risiko for at intervjuet hadde blitt kunstig og at vi ikke hadde fått de rike beskrivelsene. Repstad (2007) påpeker hvordan intervjuguiden ikke trenger å følges slavisk; den er kun et verktøy for å hjelpe intervjueren til å berøre alle aktuelle områder som ønskes undersøkt.

Vi diskuterte rett etter intervjuene og underveis i analyseprosessen hva informantens virkelige mening var. Ifølge Lundman og Graneheim (2012) er dette med på å styrke studiens pålitelighet. Det kan være lettere å fange opp flere variasjoner omkring et tema dersom man er flere som intervjuer. Da stiller man kanskje forskjellige oppfølgingsspørsmål (Lundman og Graneheim, 2012). Vi byttet på å gjennomføre intervjuene. Dette kan ha gjort at vi utviklet en mer lik intervjuerstil fremfor om vi hadde intervjuet separat. Et annet moment kan være

hvordan informanten ble påvirket av å ha begge forskerne til stede under intervjuet. Det kan være dette ga et asymmetrisk forhold (Kvale og Brinkmann, 2009). Vår opplevelse av dette var at informantene virket trygge på oss. Det kan være personlig kjemi eller at informantene var så profesjonelle og sikre i sin rolle slik at de ikke lot seg affisere av å være i undertall. Vi var bevisst på å fremstå som ydmyke i møte med informantene. Dette forsøkte vi ved å gjøre situasjonen uhøytidelig gjennom å snakke løst med informantene før intervjuet startet.

Det er første gang vi gjennomfører denne type intervju. I etterkant ser vi at vi ble bedre til å stille oppfølgingsspørsmål til de siste informantene enn tilfellet var med de første. I begynnelsen var vi litt forsiktige siden vi var redde for å «legge ord i munnen» på dem. Etter en samtale med veileder som oppfordret oss til å stille oppfølgingsspørsmål, ble vi også mer bevisste på hvor verdifulle oppfølgingsspørsmål kan være for å få bekreftet informantens virkelige mening. Vi tillot oss selv å stille oftere oppfølgingsspørsmål fordi vi så betydningen av å få rike og utfyllende beskrivelser. Kvale og Brinkmann (2009) fremhever hvordan kunsten å stille oppfølgende spørsmål krever en evne til å tilpasse seg intervjusituasjonen, og oppfølgingsspørsmålet må dessuten være en direkte respons på informantens utsagn.

I svaret fra NSD fikk vi enkelte restriksjoner når det gjaldt å omtale personer med yrkestittel (vedlegg 6). Dette poengterte vi for informantene før oppstart av hvert intervju. Dette ser vi kan ha medført at intervjusituasjonen kan ha opplevdes noe kunstig fordi informantene normalt ville omtalt disse ved yrkestittel. Likevel glemte informantene fort denne instruksjonen da de ble engasjert i å fortelle. Med vilje rettet vi ikke på informantene under intervjuet fordi vi ikke ønsket å avbryte dem i deres resonnement og slik miste verdifull informasjon. Imidlertid var vi bevisste på å omskrive dette da vi transkriberte slik at ikke yrkestittel kom frem. Vi har vært bevisst på føringene vi fikk fra NSD og fulgt dem så godt det har latt seg gjøre.

Vi valgte å transkribere på bokmål da dette ga oversikt tidlig i prosessen og samtidig bevarte informantens anonymitet. Vi gjenga materialet ordrett. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan en ordrett gjengivelse av råmaterialet skape en etisk utfordring dersom det skal publiseres. Informantene kan virke mindre intelligente på grunn av en slik ordrett fremstilling og det kan resultere i oppstykkede setninger. Vi var bevisst på hvordan sitater i teksten skulle være autentiske, men samtidig representere informantens på en god måte. Derfor gjorde vi små endringer ved transkribering slik at fremstillingen ble mer eksakt uten å miste essensen i innholdet.

Før oppstart av analyseprosessen hadde vi flere interne diskusjoner om hvordan vår forforståelse ville sette sitt preg på analysen. Ifølge Lundman og Graneheim (2012) kan bruk av forforståelsen føre til at man gjenkjenner viktige budskap som kan bidra til å få en dypere forståelse av datamaterialet. Dersom vi hadde utelatt å bruke vår forforståelse hadde vi risikert å miste verdifullt datamateriale. På den annen side kan vår forforståelse ha bidratt til at vi ikke fikk gode nok beskrivelser. Selv om vi var bevisste på å stille oppfølgingsspørsmål også der hvor utsagnene var innlysende, ser vi muligheten for at informasjon kan ha gått tapt.

Vi brukte god tid i analyseprosessen, nærmere bestemt cirka to måneder. Det forekom flere diskusjoner vedrørende kategorier og subkategorier. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er en nøye presentasjon og redegjørelse av analyseprosessen grunnleggende for å styrke studiens troverdighet. Diskusjonene gikk blant annet ut på valg av meningsenheter. Her var utfordringen å nå frem til meningsenheter som ikke var for små og fragmenterte, på den annen side kunne de heller ikke være for vide slik at en meningsenhet inneholdt flere meninger. Å finne dekkende kategorier var utfordrende. På mange måter ønsket vi å plassere subkategoriene inn i domeneene i intervjuguiden. På et masterseminar fikk vi innspill fra medstudenter og vi klarte således å løfte blikket. Dette medførte at kategoriene ble bygget opp av subkategoriene, og ble mer jordnære samt beskrivende for våre funn. Hele analyseprosessen ble fortatt i fellesskap, dette er ifølge Lundman og Graneheim (2012) med på å styrke resultatenes tilforlatelighet. Veileder ble også konferert jevnlig under analyseprosessen for å kvalitetssikre. Det er ifølge Lundman og Graneheim (2012) verdifullt for studiens troverdighet dersom andre personer med kunnskap om metode og feltet undersøker om det er samsvar fra meningsenhet til tema. På den annen side var det kun tre personer, forskerne og veileder, som hadde god innsikt i analyseprosessen. Over lengre tid kan vi risikere at de involverte ser seg blind på datamaterialet. Det kan være vi skulle inkludert flere eksperter, både på selve fagfeltet og på kvalitativ metode, for å sikre at ikke informasjon gikk tapt i analyseprosessen.

Vi hadde et relativt lite utvalg og våre resultater kan ikke generaliseres, men funnene gjenspeiler likevel et bilde av virkeligheten. Studiens gyldighet kunne blitt forsterket dersom flere av informantene hadde vært menn og mer variasjon i alder (Polit og Beck, 2010). På den annen side har vi brukt sitat i presentasjon av funnene, dette kan ifølge Lundman og Graneheim (2012) styrke gyldigheten. Ved å gi en god beskrivelse av utvalg, datainnsamling, analyse og kontekst gjør vi det mulig for leseren å bedømme hvorvidt studien er overførbar (Lundman og Graneheim, 2012).

For å sikre studiens gyldighet har vi gjennomgående stilt oss spørsmålet om det faktisk er informantenes erfaringer vi undersøker. Etter å ha lest intervjuene gjentatte ganger samt diskutert i samråd med veileder, opplever vi at studien svarer på problemstillingen. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) og Graneheim og Lundman (2004) blir gyldigheten styrket når forskerne måler det studien har som problemstilling. Ifølge Malterud (2013) blir gyldigheten styrket når studien baseres på et grundig teoretisk fundament. Likevel ser vi hvordan muligheten for å ha oversett relevant forskning kan være tilstede. Dette fordi vi måtte avslutte søk etter forskning i tide for å kunne komme videre med studien.

Studiens pålitelighet kan avgjøres ved å spørre seg om forskerne hadde fått samme resultater dersom de hadde gjennomført samme undersøkelse en gang til (Kvale og Brinkmann, 2009). Ifølge Lundman og Graneheim (2012) får forskeren en sentral rolle i kvalitative studier fordi forskeren er delaktig under intervjuet og er slik medskaper av datamaterialet. Dette kunne ført til at andre forskere hadde kommet frem til erfaringer med forskjellige nyanser enn det som fremkommer i denne studien.

Vi har hele tiden vært bevisste på å gjengi informantenes erfaringer og meninger på en ærlig måte. I analyseprosessen har vi redegjort for og reflektert over hvert skritt. Dette mener vi bidrar til å styrke studiens troverdighet.

4.0 RESULTATER – PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet blir funnene presentert i form av kategorier og subkategorier.

4.1 Lederen - limet i teamet

4.1.1 Utstråler tydelighet og klarhet

Samtlige informanter trakk frem betydningen av å ha en velfungerende teamleder. Videre vektla de at teamet er prisgitt teamlederen. En teamleder som har evne til å gi klare og tydelige instruksjoner samtidig som vedkommende beholder roen, danner grunnlaget for stemningen i teamet. En informant beskrev det slik:

«En god teamleder er en som er rolig og som står litt utenfor situasjonen slik at han har oversikt og utstråler at dette kan han. Trygg på det man holder på med.»

Flere av de informantene som kjente til teamleder fra tidligere arbeid med vedkommende, opplevde at dette ga en trygghet. Dette i form av at de visste at denne personen var kunnskapsrik og tok de riktige beslutningene. Teamleder kunne imidlertid også godt være ukjent, men samtidig trygg, og det fordi han utviste umiddelbar situasjonskontroll og faglig dyktighet. Som en informant sa:

«Med en gang du kommer på stans så er det ingen som er i tvil i det rommet om hvem som er leder.»

Når en ukjent teamleder opptrer utydelig, derimot, mente flere at det ga en usikkerhet i form av at de ikke visste hvor mye kontroll eller erfaring vedkommende hadde. Dette hang sammen med grad av lederegenskaper. Ukjente teamledere som går inn i en situasjon og opptrer passivt, gjør det vanskelig for informantene å stole på teamlederen. En informant fortalte om sin opplevelse med en ukjent teamleder:

«Og lederen bare står og lurere på det, tja og ha.. Ting kan nesten bli litt halvveis. Selv om en følger algoritmen så er det noe med at da blir ting mer utrygge enn hvis man får tydelige svar.»

4.1.2 Ser sammenhenger og må ha overblikk

Å undersøke sykehistorie mente informantene var en sentral lederoppgave. Med utgangspunkt i dette mente de at lederen kan velge veien videre. Å ha en fremdriftsplan ble ansett som

meningsfullt for samtlige da dette gir mer oversikt. Mangel på en fremdriftsplan gjorde at resusciteringen ble rutinepreget. En informant uttalte følgende:

«Ta avgjørelser. Tørre å... ja altså. En ser at her er det en hjertestans, men hvorfor er det det? Hva gjør vi for å finne ut av mer rundt? I stedet for å bare la klokka gå.»

Dersom fremdriftsplanen ikke ble satt i sammenheng med pasientens sykehistorie, skapte dette usikkerhet og uklarhet blant teammedlemmene. Som en informant fortalte:

«Viktig at teamleder vet pasientens sykehistorie underveis. Slik at de kan avslutte i tide, ikke holde på i det uendelige hvis det ikke er noe å hente.»

For å ha et best mulig overblikk burde teamleder konferere med teamets øvrige medlemmer, mente informantene. De ga uttrykk for at dette ga teamlederen bedre forutsetninger for å ta veloverveide beslutninger. Særlig gjaldt dette for de informantene karakteriserte som den usikre lederen, som vi ser nærmere på i neste underkapittel. Informantene verdsatte teamledere som raskt vurderte situasjonen og tok avgjørelser.

4.1.3 Usikkerhet smitter

Flere informanter hadde erfart usikre teamledere som trakk seg tilbake og lot andre overta uten at dette var avklart. I slike situasjoner opplevdes det vanskelig å vite hvem en skulle forholde seg til som teamleder. Spørsmålet ble da om en skulle høre på personen som i utgangspunktet hadde fått tildelt teamlederrollen eller snarere den som naturlig tok lederrollen der den usikre teamlederen trakk seg tilbake. Dette mente informantene ga usikkerhet og påvirket stemningen i teamet. Slik beskriver en informant dette:

«Når det er usikkert hvem som... Når teamleder trår to skritt til side og velger å ta en sånn lav profil, nei da blir det litt sånn...»

Dersom teamlederen er usikker, er det bedre at han forteller dette i stedet for å maskere egen usikkerhet. Å se sine egne begrensninger og eventuelt innhente hjelp når nødvendig, trakk informantene frem som positivt.

«...og hvis den er usikker, den som skal lede det, da, du ser det tydelig at den er usikker uten at en sier det. Da er det mye bedre, tenker jeg, at den som skal lede sier at: Jeg har ikke vært

med på så mange hjertestanser, jeg. Jeg vil gjerne ha litt råd her nå. (...) Det er mye bedre å si det enn å liksom snike seg bak i rommet og ta en telefonen...»

Avklaring av teamlederrollen og hva slags hjelp vedkommende eventuelt har behov for, gjør det lettere for teammedlemmene å *backe* ham opp. Noen av informantene fortalte at de forsøkte å gjøre dette gjennom å stille diskrete spørsmål. Enkelte vektet å bevare teamleders integritet. En informant påpekte at faglig dyktighet nødvendigvis ikke er synonymt med å være en sikker leder.

4.2 Kommunikasjon - et tveegget sverd

4.2.1 Få budskapet frem

I intervjuguiden går et av spørsmålene ut på om informantene hadde hørt om begrepet *closed-loop* kommunikasjon (vedlegg 4). For nesten samtlige var begrepet ukjent. Da informantene ble forklart hva det var, sa alle seg enige i at de brukte bekræftende kommunikasjon i ulik grad. Alle understreket betydningen av å gi tilbakemeldinger for å ha en hensiktsmessig kommunikasjon. En informant beskrev direkte kommunikasjon slik:

«Kort og direkte. Veldig klare meldinger. Ikke noe utenomsnakk, ikke om hva man skal ha til middag. Rett på sak. Da fungerer det veldig fint. Det er ingen som sier at pasienten ser litt tufs ut; man sier at nå er pasienten hvit og kald. Det er veldig direkte kommunikasjon.»

Samtlige av informantene mente at en hadde fokus på *closed-loop* kommunikasjon under øvelser. De fremhevet at det opplevdes kunstig å bruke det, men likevel brukte de det i praksis. Enkelte opplevde øvelser som kunstige fordi de ikke trente sammen med resten av teammedlemmene. Én yrkesgruppe skulle fylle alle rollene i teamet, noe som ikke stemmer overens med virkeligheten. En informant sier det slik:

«Der vi i én yrkesgruppe skal fylle alle funksjonene, så blir det ikke veldig reelt hvor mye vi får øvd på kommunikasjon. Men i de uanmeldte øvelsene er det veldig god sjans til å øve på kommunikasjon.»

Informantene påpekte videre hvor viktig det er med god kommunikasjon innad i teamet. Da vet alle hva man holder på med. De fleste ga uttrykk for at de å si høyt hvilke medikamenter

man har gitt falt naturlig for dem. En slik kommunikasjon gjør at det er lettere for alle å vite hvor man er i algoritmen og kjenne til planen videre. En informant uttalte:

«Alle må snakke sammen og fortelle hva de holder på med og hva de har gjort.»

4.2.2 Når budskapet blir tåkelagt

Flere informanter trakk frem hvordan hølytt kommunikasjon ofte kunne være negativt. De ga uttrykk for hvordan dette påvirka teamet og gjorde at arbeidet gikk saktere. En optimal kommunikasjon for disse informantene ble beskrevet som rolig og høflig. Enkelte opplevde selve situasjonen i seg selv som en stressfaktor. Hølytt kommunikasjon bidro dermed til å øke stressnivået deres ytterligere. Flere poengterte at man ble mindre effektiv ved bruk av hølytt kommunikasjon. En av informantene uttrykte seg slik:

«... det er ikke sånn voldsom skriking. Ingen roper, ingen prater høyt, ingen spisse stemmer. Alle er liksom innstilt på å få dette til å gå. (...) Det går ikke forttere, ikke sant...»

Et par informanter syntes at hølytt kommunikasjon burde være akseptert i en slik situasjon. De poengterte at det viktigste var å få ting gjort. Disse informantene syntes å ha et skille mellom hølytt og uhøflig kommunikasjon.

En informant fremhevet nonverbal kommunikasjon som et forstyrrende element:

«Det kan være mye sånn nonverbal kommunikasjon, ikke sant. At du ser på teamleder som er litt usikker og som skal lede dette her ikke helt vil. Så ser du noen himler litt med øynene...»

En annen informant trakk frem at mindre prat kunne være positivt så lenge ting ble gjort. Samtidig mente informanten at uerfarne teammedlemmer syntes å ha et større behov for å kommunisere verbalt. Hvor mye kommunikasjon som var nødvendig, varierte således fra gang til gang ut fra hvilke teammedlemmer som møtte opp.

4.2.3 Snakk så jeg forstår deg

Informantene nevnte betydningen av å stille oppklarende spørsmål dersom lederen «snakket over hodet» på dem. Videre ble det poengtert at en må stille slike spørsmål omgående slik at en ikke glemmer og verdifull informasjon går tapt. Enkelte opplevde at teamet ble delt dersom uklarheter ikke ble oppklart. Manglende oppklaring av uklarheter førte på sikt til dårlig

stemning i teamet. Bruk av avansert språk ble ikke nevnt av de alle informantene. Enkelte nevnte imidlertid at de kunne stille oppklarende spørsmål dersom noe var uklart.

Dersom kommunikasjon uteble, kunne dette representere et stressmoment, og det hadde negativ innvirkning på samarbeidet. Helheten forsvant når alle jobbet på hver sin kant uten å informere hverandre. En informant sa følgende om kommunikasjon:

«Den kan være ikke-eksisterende, altså at det ikke er noen som snakker sammen i det hele tatt. Man driver på hver sin tue og alle holder på med sine ting...»

4.3 Kompetanse - sammensatt kunnskap

4.3.1 Å ha det i «hodet»

Flertallet av informantene trakk frem betydningen av å være faglig oppdatert. I de tilfelle informantene opplevde seg selv som faglig oppdaterte, var de også tryggere i situasjonen og stressfaktoren ble dermed redusert. Å inneha kunnskap, lettet arbeidet og ga overblikk. En informant understreket hvor viktig det er at alle er oppdaterte på retningslinjene og ny forskning:

«Og de samme forventningene til hva som skal gjøres og at folk er oppdatert på siste nytt. For det er jo stadig litt forandringer på kompresjoner og forskjellig. (...) Det er jo forska på for å komme frem til en rutine og en måte å gjøre ting på, så... De har jo egentlig plikt til å følge det. At de følger retningslinjene.»

Ved oppdatering av retningslinjene og endring av algoritmen fortalte en informant at det tok tid før vedkommende følte seg trygg. En annen informant bekrefter dette. Ved en hjertestans hvor man må tenke raskt og klart, kunne det å huske alle leddene i algoritmen være vanskelig for denne informanten. Informantene trakk ellers frem hvordan hjertestans på barneposten gjorde dem utrygge. Flere opplevde at barn var et ukjent fagfelt for dem.

Enkelte informanter mente at de hadde tilstrekkelig erfaring til tross for at de uttrykte usikkerhet ved forandring av rutiner. Andre trakk frem hvordan den teoretiske erfaringen på mange måter er sidestilt med den praktiske. En informant forklarte det slik:

«Det er også viktig med den teoretiske erfaringen. Det er ikke bare den praktiske erfaringen. Selv om det er mange som tror at dette er veldig praktisk, så er den teoretiske erfaringen like

viktig. At man har en idé om hvorfor man gir de medisinerne og hva som skjer og til hvilke pasienter. Hva kan man forvente...»

Informantene så betydningen av å inneha tilstrekkelig kunnskap til at de var i stand til å følge teamleders resonnement. Da kunne de stille spørsmål og oppklare uklarheter, noe som igjen bidro til å opprettholde et høyt faglig nivå.

4.3.2 Å ha det i «ryggmargen»

Informantene foretok ulik grad av planlegging når de skulle gå med hjertestanscallingen. Noen forberedte seg ved å sjekke utstyr og tenke gjennom algoritmen, mens andre fortalte at de ikke forberedte seg på noen måte. En del av informantene med lang erfaring var dem som forberedte seg minst. En av disse informantene uttrykte dette samtidig som hun fortalte at å gå med callingen gjorde henne mer på vakt.

«Jeg er litt mer på vakt og håper at den ikke skal gå. Det er klart at jeg har nok litt mer adrenalin i blodet når jeg går med den.»

Flertallet av informantene fortalte om hvordan trening var med på å gjøre dem trygge og kunne bidra til en grad av forutsigbarhet når de kom i en reell situasjon. Det var spredte meninger blant informantene angående utbytte av uanmeldte øvelser. Noen ga uttrykk for at disse øvelsene ble lite effektive da de fort kunne bli avbrutt eller nedprioritert av faggrupper med stor arbeidsbelastning utenom teamet. Andre igjen følte at nettopp de uanmeldte øvelsene var den beste treningen.

4.4 Teamdynamikk - å fungere som en enhet på godt og vondt

4.4.1. Å finne sin plass

Alle informantene hadde klart for seg hva deres rolle i stansteamet var. Slik oppsummerer en av dem dette:

«Hvis du tenker det som er tildelt oss. Så er jo det at vi har ansvar for å få med alt utstyret til stedet (...) Men ellers er jo vår jobb å få koblet til overvåkingen, enten via PADs eller elektroder. Også er det jo hovedsakelig å gi medikamenter og holde styr på klokka.»

Flere informanter vektla betydningen av å ha tildelte roller. Dette ga forutsigbarhet som igjen ga dem trygghet i en uforutsigbar situasjon. Noen informanter fortalte at dersom de hadde kontroll på egne oppgaver og observerte at andre i teamet trengte hjelp, kunne dette gjøre at de gikk ut over egen rolle. En informant påpekte hvordan alle rollene må bli fylt for at teamet skal fungere optimalt; hun uttrykte det slik:

«Ikke bare se at min rolle er fylt, og alle andre gjør feil og her står jeg. Vi kan jo ikke ha det sånn, en må jo hjelpe. Det er jo en pasient vi skal prøve å redde, ikke ens egen rolle...»

Andre informanter fortalte at dersom noen teammedlemmer var usikre, bidro dette nettopp til at informantene gikk ut over egen rolle. De som uttrykte dette, var informanter med lang erfaring. Samtlige informanter fortalte at rollene i en reell stanssituasjon var klart definerte fra sykehusets side. Dersom situasjonen var komplisert med for eksempel hjertestans som følge av styrtblødning, ga dette et mer uoversiktlig bilde og genererte flere oppgaver som ikke var naturlig definerte. Dette kunne føre til at rollene ble mer uklare og man trengte gjerne hjelp fra personell utenfor teamet. En fallgrube her, opplevde enkelte informanter, var at det kunne tiltre for mange hjelpere slik at hele teamet fungerte mindre effektivt. En informant uttrykte det slik:

«Jeg forventer at noen skal gjøre det og så står vedkommende bare der. Det har skjedd noen ganger. De som skal inn der bør ha definerte oppgaver og så må alle vite hvem som gjør hva. Det er i alle fall en fordel.»

4.4.2 Å være prisgitt de andre

Samtlige informanter påpekte hvordan teamsammensetningen kan være avgjørende. Det å kjenne teammedlemmer fra før, var med på å skape trygghet. En informant trakk frem betydningen av å bruke hverandres navn; vedkommende fortalte at hun da følte seg mer sett av de andre i teamet. En annen faktor som bidro til fellesskap var å ha en felles plan for arbeidet og at avgjørelsene som ble tatt var samstemte. Veien til dette var ifølge flere informanter å løfte blikket og se hvert enkelt teammedlem. En informant sa følgende:

«Det er jo noe med å være med å trekke trådene slik at alle går samme veien. Se litt, hvem sliter hvor i teamet. Hvem trenger hjelp. Vi må jo hjelpe hverandre til å bli gode.»

Dersom andre teammedlemmer uttrykte at de var irriterte og ble hissige, bidro dette til usikkerhet hos flere informanter. Da ble de utrygge og fortalte videre at de lettere kunne fomle, gjøre feil og at arbeidet ble mindre effektivt. En informant sa:

«Vi påvirker hverandre. Merker jo selyfølgelig at samarbeidet i teamet blir dårligere hvis en står og kjefter. Siden vi er et så lite team, så påvirker vi jo veldig tydelig hverandre (...) Vi henger jo sammen, vi samarbeider jo, vi er jo et team.»

En del informanter fremhevet betydningen av å opptre høflig selv om man befinner deg i en stressituasjon. Andre mente imidlertid at høflighet var underordnet og at det viktigste var fremdrift i arbeidet. Å opptre respektfullt overfor hverandre i teamet var noe flertallet av informantene fremhevet som betydningsfullt.

Flere informanter trakk også frem hvordan det overordnede målet krever at teamet må jobbe sammen. I et team eksisterer det, ifølge informantene, en gjensidig avhengighet; Alle er like viktige. Det er ikke ett enkeltmedlem i teamet som skal komme frem til målet alene, men teamet som en enhet. En informant uttrykte det slik:

«Men jeg tror nok det viktigste som man gjør er å forlate egoet ved døra og nå er vi et team og nå skal vi jobbe for pasienten at pasienten skal overleve.»

Åpenhet i teamet var noe flere informanter trakk frem som viktig. Det å ha muligheten til å komme med innspill, spørre og si ifra om egen usikkerhet, ble sett på som vesentlig. Andre beskrev situasjoner hvor man arbeidet på hver sin kant og egentlig ikke hadde helt oversikten over hva andre teammedlemmer gjorde eller trengte hjelp til. Slike situasjoner ble beskrevet av informantene som lite tilfredsstillende. En informant påpekte at man er prisgitt de andre teammedlemmene. En annen informant bekreftet at situasjonen er avhengig av hvilke teammedlemmer som møter opp. De ulike teammedlemmene kan altså bidra til en bra eller en mindre bra opplevelse. Informanten påpekte videre at den variable sammensetningen av teamet gjør at situasjonen oppleves ulikt fra gang til gang. Dette kunne være positivt dersom man hadde hatt en negativ opplevelse ved forrige hendelse. Neste gang kunne det bli en helt annen teamsammensetning og dermed et annet utfall av opplevelsen.

Flere av informantene kom dessuten inn på hvordan forskjellige personligheter kan prege teamet. En informant trakk for eksempel frem hvordan noen med personligheter som er mer markante kan overskygge andre. Vedkommende fremhevet at det ikke nødvendigvis er den som skriker høyest som besitter mest kunnskap. Dette kan på mange måter være en

utfordring, men informanten hadde ikke opplevd at dette hadde skapt problemer. Ulike personligheter må en akseptere i et team; hun uttrykte det slik:

«Vi er jo forskjellige personligheter. Noen er forsiktige og stille av seg. Noen er litt mer brautende og mer rett fram, her er jeg. Sånn vil det alltid være. Det må man leve med i et team.»

En annen informant påpekte hvordan personlighet kan være uforanderlig:

«... det er klart at noen er litt spisse i kantene og slenger med leppa fortere enn andre og det har de gjort hele sitt liv og kommer til å gjøre til de selv går i graven.»

4.4.3 Å snakke sammen når stormen stilner

Samtlige informanter hadde sjelden eller aldri deltatt på debrifing. Dersom det hadde vært debrifing etter vanskelige situasjoner, fikk de som oftest høre om det i etterkant. Informantene forklarte at debrifinger ble gjort med personalet på aktuell post eller akuttmottak; hele stansteamet var sjelden inkludert.

På grunn av mangel på debrifing snakket informantene med sine kollegaer om opplevelsen sin. De beskrev det som å få «luftet ut» egne tanker. De ga uttrykk for at dette ikke var helt tilfredsstillende siden kollegene bare kunne høre på deres versjon, ikke bekrefte det informantene fortalte. Det var et gjennomgående trekk at alle informantene savnet å ha debrifing, i større eller mindre grad. Enkelte ønsket kun debrifing etter situasjoner som hadde opplevdes vanskelig for dem. En informant sa:

«Det er jo de gangene... Det har jo vært noen stanser i forbindelse med fødsel og sånne ting og slike voldsomme ting. Og du føler det langt inn i sjela at dette var så trist at det ikke gikk... Ja. Da føler jeg det kunne vært godt å snakke sammen.»

Andre informanter så betydningen av å ha debrifing både etter vellykkede og tragiske hendelser. De påpekte hvordan man da også kunne få bekreftelse på at man hadde gjort ting riktig, og at debrifing ga mulighet for læring og videreutvikling. Enkelte informanter poengterte at debrifing var spesielt viktig for mindre erfarne teammedlemmer. Gjennom debrifing forsterkes det som er bra, og det gir de enkelte teammedlemmene en trygghet i det videre arbeidet. En informant uttrykte det slik:

«Hva var det som gjorde at dette ikke gikk eller hva var det som gjorde at det gikk? Det er litt viktig å få det litt ut (...) Særlig i begynnelsen når man løper av sted på litt vanskelige stans, kan det være litt viktig (...) Lære av hverandre. Gjøre teamet enda sterkere.»

Denne informanten trakk også frem hvordan debriefing kan gjøre teamet sterkere. Andre informanter påpekte at debriefing kunne være en mulighet til å stifte bedre bekjentskap og dermed også oppnå bedre samarbeid med de andre profesjonene i teamet. De så betydningen av erfaringsutveksling for å få innblikk i hverandres profesjon og tankesett. Andre informanter var betenkte når det gjaldt i hvor stor grad man kan være ærlig under en debriefing. Balansegangen mellom ikke å såre, men samtidig å si ifra, ble understreket som vanskelig. Dette gjaldt særlig etter mindre vellykkede hendelser.

Et annet moment som kom frem under intervjuene var den praktiske gjennomføringen av debriefing. Da informantene ble bedt om å beskrive hva som kunne være en god debriefing for dem, svarte flere at de ønsket å ha det så fort som mulig etter den aktuelle situasjonen. Samtidig påpekte de hvordan gjennomføringen av dette kunne være problematisk. I det en situasjon er ferdig, opplever flere informanter at teamet fort oppløses. Teammedlemmene må tilbake til hver sin moderavdeling på grunn av ventende arbeidsoppgaver. Debriefing er lite hensiktsmessig dersom ikke alle teammedlemmene er til stede. En informant fortalte hvordan vedkommende opplevde dårlig oppmøte på debriefing som mangel på respekt for dem som signaliserte at de hadde behov for det. Dersom debriefing skal være hensiktsmessig, burde det være obligatorisk, mente denne informanten.

4.5 Betydningen av tid og sted

Flere informanter opplevde utrygghet når de ikke kjente omgivelsene eller var usikre på møtestedet. Noen påpekte hvordan bemanningen kunne spille inn på hvor mye ekstra ressurser som var tilgjengelig. På natt er det for eksempel lite personale som kan ta hånd om uforutsette deloppgaver. Dersom utrykningen går til en avdeling hvor man er vant til å håndtere akutte hendelser, opplevdes det som en betryggende faktor. En informant fortalte:

«Jeg er nok mer utrygg når jeg løper på en sengepost enn på intensiv eller på akuttmottak. Så er det jo mange erfarne sykepleiere der (...) På natt og kveld så er det jo ikke mye folk på jobb...»

Andre forhold, som lite fysisk plass, mange mennesker og unge pasienter, var også faktorer som kunne skape ekstra stress. En informant sa:

«Alle kjenner vel på det der at hvis det står nyfødtpost så kjenner en at her er det noe som ikke jeg helt mestrer.»

5.0 DISKUSJON

Utgangspunktet for diskusjonen er temaet fra funnene: *Vi påvirker hverandre*. Fokuset har hele tiden vært å fordype oss i områder med potensiale for forbedring, og å se nærmere på hvordan ikke-tekniske ferdigheter kan videreutvikles.

Diskusjonen blir delt inn i tre kapitler. Den første delen omhandler informantenes erfaringer omkring teamdynamikk. Her diskuterer vi hvilken betydning kommunikasjon og debriefing har for samarbeid. Den neste delen omhandler informantenes erfaring om teamleders betydning i hjertestansteam, herunder forventninger til teamleder og teamleders fremtoning. Til sist diskuterer vi betydning av trening og simulering for hjertestansteam. Dette får en utvidet plass i forhold til hvor mye informantene forteller om trening. Simulering trekker vi også frem selv om ikke informantene ble spurt direkte om dette. Likevel gjør vi et bevisst valg om å diskutere trening samt simulerings betydning for teamsamarbeidet, fordi vi anser dette som en arena med forbedringspotensial.

5.1 Hva forteller informantenes erfaringer om teamdynamikkens betydning for hjertestansteam?

5.1.1 Tydelig og strukturert kommunikasjon

For flertallet av informantene var begrepet *closed-loop* kommunikasjon ukjent, men de fortalte hvordan de brukte bekreftende kommunikasjon og presiserte betydningen av en slik kommunikasjon. Informantene i studien til Andersen et al. (2010) var heller ikke godt kjent med selve begrepet *closed-loop* kommunikasjon. De forklarte hvordan de brukte *closed-loop* kommunikasjon under øvelser, men at den uteble i en reell hjertestanssituasjon. Informantene i denne studien forteller at bekreftende kommunikasjon blir brukt, både under øvelser og i reelle hjertestanssituasjoner. De fleste informantene forklarte hvordan de brukte bekreftende kommunikasjon ved administrasjon av medikamenter. I og med at flertallet av informantene ikke kjente til eller husket selve begrepet *closed-loop* undrer vi oss over om de legger samme betydning i det de kaller bekreftende kommunikasjon. Når informantene i tillegg uttalte at det var kunstig å bruke *closed-loop* kommunikasjon så er spørsmålet hvorvidt bekreftende kommunikasjon blir brukt på en hensiktsmessig måte. På den annen side ville kanskje bruken og opplevelsen blitt annerledes dersom informantene hadde fått en innføring og trening i bruk av *closed-loop*. Da ville det blitt naturlig og automatisk å anvende *closed-loop*

kommunikasjon i teamarbeidet. Weller et al. (2014) og Wilson et al. (2005) poengterer betydning av en strukturert kommunikasjon og hvordan det kan føre til en mer systematisk og oversiktlig informasjonsflyt. Hele teamet vil da bruke samme kommunikasjonsform, og misforståelser vil lettere unngås. Weller et al. (2014) viser til hvordan et økt fokus på å forbedre teamkommunikasjon kan være det neste steget for å forbedre pasientbehandlingen. På bakgrunn av dette mener vi *closed-loop* kommunikasjon kan bidra til å kvalitetssikre samarbeidet i hjertestansteamet ytterligere, og således være til det beste for pasienten.

Blant informantene kom det frem at behovet for kommunikasjon varierte. Noen informanter påpekte at erfarne har mindre behov for å kommunisere enn uerfarne. Andre informanter igjen, ble stresset av lite kommunikasjon og følte at det påvirket samarbeidet negativt. På den annen side bør det heller ikke bli for mye kommunikasjon; Det kan føre til en opphopning av oppgaver teamet skal utføre. Dermed kan man risikere å glemme oppgaver slik at fokuset blir tatt bort fra pasienten og *hands-on* tiden blir redusert (Andersen et al., 2010; Castelao et al., 2013). Vi mener individuelle hensyn er vanskelige å ivareta i et hjertestansteam. Det er av avgjørende betydning at informasjonsflyten blir tilstrekkelig, men samtidig relevant. Samtidig stiller det også krav til det enkelte teammedlemmet om å si ifra dersom vedkommende opplever at han/hun ikke har tilstrekkelig informasjon til å kunne bidra med sine oppgaver i samarbeidet.

En utfordring for informantene i vår studie oppsto dersom kommunikasjonen ble for avansert eller ukjent. Dette utdypet de ved at andre teammedlemmer brukte begrep som var ukjent for dem. Informantene forklarte hvordan de stilte oppklarende spørsmål for å forsikre seg om at de hadde forstått den virkelige meningen. Å snakke i klare og tydelige termer vil si å bruke fagbegrep som alle teammedlemmene forstår. Leonard og Frankel (2010) nevner hvordan sykepleier og lege kan ha variasjoner i sin kommunikasjon. Hicks et al. (2008) anbefaler et større fokus på direkte og tydelig kommunikasjon mellom ulike faggrupper i et team. Som intensivsykepleier skal man kunne samarbeide tverrprofesjonelt, og dette innebærer å tilpasse seg andre faggrupper (NSFLIS, 2002). Vi mener at det å tilpasse seg andre også innebærer å si klart i fra dersom kommunikasjonen er vanskelig å forstå. Imidlertid ser vi hvordan enkelte kan ha barrierer for dette, noe som også kan ha sammenheng med erfaring. Mindre erfarne kan ha lettere for å stille spørsmål fordi det ikke stilles de samme forventningene til dem knyttet til kunnskap. På den annen side kan også det motsatte forekomme: De mindre erfarne kan ha et behov for å vise sin dugelighet og at en er kompetent til å håndtere rollen, og dermed unngår man å stille spørsmål dersom man er i tvil. Erfarne kan også gå i denne

fallgruven. På bakgrunn av deres erfaring forventes det at de besitter en viss kompetanse, og i frykt for å komme i en sårbar situasjon, utelater de å stille oppklarende spørsmål. På den annen side kan en tenke seg at erfarne er mer trygge både på sin kompetanse og i sin rolle, noe som kan bidra til at de muligens ikke innehar disse barrierene. Så kan en stille seg spørsmålet om hvor fokuset bør ligge i denne situasjonen. En informant uttalte som nevnt hvordan det ikke er ens egen rolle en skal redde, men pasientens liv. Stubberud (2010) omtaler hvordan det å være intensivsykepleier innebærer en bevissthet omkring egen kompetanse. Intensivsykepleieren vet når han/hun må innhente ytterligere informasjon eller oppklare uklarheter slik at vedkommende kan gi forsvarlig behandling. Med andre ord må fokus være rettet mot å gi pasienten optimal behandling. Dette er ikke en situasjon hvor en skal forsvare egen rolle og kompetanse, men bruke disse ressursene til beste for pasienten.

En andel av informantene syntes høylytt kommunikasjon var stressende. De omtalte og forbandt høylytt kommunikasjon med en irritert og hissig avsender. I Eide og Eide (2004) omtales det hvordan stemmens klang kan formidle ulike uttrykk. Det kan være at avsender er ubevisst sin egen stemmes klang og hvordan denne virker på andre. På den annen side vil stresset i en hjertestanssituasjon prege alle involverte parter og være med på å farge både den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Andre informanter mente det viktigste var å få ting gjort og at høylytt kommunikasjon var akseptert dersom man viste respekt for hverandre. Vi mener utfordringen blir å være bevisst hvordan egen kommunikasjon kan påvirke andre. Samtidig kan det være vanskelig å vite hvordan ens egen oppførsel kan påvirke andre dersom man ikke får konkret tilbakemelding. Å motta tilbakemelding på hvordan en fremstår i samarbeid med andre, omtaler Orvik (2004) som samhandlingskompetanse. Vi mener det er rimelig å forvente en samhandlingskompetanse fra teammedlemmer i hjertestansteam; de må kunne gi og motta tilbakemelding fra andre teammedlemmer som et ledd i å optimalisere teamarbeidet.

En informant fortalte hvordan kroppsspråk, som himling med øynene, til andre teammedlemmer, blir tydelig innad i teamet og kan være et forstyrrende element. Denne informanten ga uttrykk for at hun opplevde nonverbal kommunikasjon som negativt. Det kan imidlertid tenkes at nonverbal kommunikasjon er preget av kultur og nødvendigvis ikke betyr det samme for hver enkelt. Nonverbal kommunikasjon kan være av både språklig og kulturell art, og sammen er dette med på å farge budskapet fra sender til mottaker (Eide og Eide, 2004). Husebø et al. (2011) påpeker i sin studie betydningen av fokus på både nonverbal og verbal kommunikasjon under simuleringstrening. Vi tolker det slik at den nonverbale

kommunikasjonen forstyrret den aktuelle informanten i hjertestanssituasjonen. Dersom nonverbal kommunikasjon utgjør en forstyrrende faktor, slik informanten beskriver, mener vi dette kan påvirke teamarbeidet negativt. Teammedlemmer kan bli usikre i egen rolle, deres oppmerksomhet blir tatt bort fra pasienten og de bruker istedet ressurser på å tolke nonverbale budskap. Det kan også tenkes at noen teammedlemmer er mer sensitive for andres kroppsspråk når personene er ukjente eller dersom man ikke har møttes i en liknende situasjon tidligere. Vi mener nonverbal kommunikasjon kan ha betydning for arbeidsflyten innad i hjertestansteamet, hvor en er avhengig av å forstå hverandre innenfor et kort tidsperspektiv.

Informantene beskriver klart og tydelig hvordan fokuset ligger på tekniske ferdigheter under øvelser. De har god kontroll på hvilke tekniske ferdigheter de må inneha for å delta i hjertestansteamet. På den annen side kan det virke som om kommunikasjon i forhold til de øvrige teammedlemmene ikke er gjenstand for like stort fokus. Informantene forklarer hvordan de stiller diskrete spørsmål for å veilede andre teammedlemmer. Weller et al. (2014) anbefaler i sin studie å arbeide mot å minimere barrierer for informasjonsflyt i team, og påpeker hvordan et flatt hierarki kan være bidrag til dette. På bakgrunn av dette undrer vi oss over om hierarkiske strukturer i teamet er grunnen til at informantene ikke er tydeligere i sin kommunikasjon. Det kan synes som om informantene kun sier klart i fra dersom de ser en direkte og overhengende fare for pasientsikkerheten. Diskrete spørsmål fremstår imidlertid som en motsetning til den tydelige kommunikasjonen som informantene selv etterlyser i teamet. Hvorfor spørsmålene stilles diskrete, kan vi undre oss over. Et svar kan muligens være at informantene er utrygge på egen vurdering, et annet at de tror deres observasjoner ikke har overveiende betydning for pasienten. Et tredje kan være at informantene vil bevare teamleders integritet, slik enkelte av informantene også har påpekt. I et team bør ingen av disse mulighetene bli en barriere for informasjonsutveksling. Alle medlemmene i et hjertestansteam innehar en kompetanse, og med bakgrunn i denne vil vi hevde at alle medlemmene er forpliktet til å si ifra dersom de har observasjoner som er relevante for behandlingen.

Informantene i studien deltar i et ad hoc-team sammensatt av ulike faggrupper, og dette vil representere en utfordring (Leonard og Frankel, 2010). Østergaard et al. (2011) forklarer hvordan kommunikasjon vanskeliggjøres i ad hoc-team fordi man kan risikere å ikke kjenne til verken hverandre eller hverandres kompetanse. Flere studier påpeker hvordan en standardisert og strukturert måte å kommunisere på i akutsituasjoner styrker pasientsikkerheten og teamsamarbeidet (Manser, 2009; Andersen et al., 2010; Leonard og Frankel, 2010; Husebø et al., 2011; Castelao et al., 2013). Dette fordrer at alle medlemmene i

et team er lært opp til og trener på samme måte å kommunisere på. Videre er det essensielt slik Lai (2013b) påpeker at alle i teamet er innforstått med sin rolle. Dersom dette ikke er tilfellet, mener vi det kan føre til flere misforståelser underveis på grunn av mangelfull eller upresis kommunikasjon i hjertestanssituasjonen. I verste fall kan kommunikasjonsbrist føre til svekket pasientsikkerhet.

Informantene beskrev betydningen av å ha en fremdriftsplan som var klar for alle teammedlemmene. Dette mente informantene muliggjorde en felles oversikt. Ved å ha en felles oversikt kan man unngå å låse seg fast i en tankemodell, også kjent som fikseringsfeil innen CRM (Rall og Dieckmann, 2005; Sollid, 2010). Vi mener fikseringsfeil kan bunne i gruppetenkning hvor individuelle resonnement og vurderinger blir tilsidesatt. Det kan for eksempel være at teammedlemmer har ønske om å gjøre et godt inntrykk og samarbeide tilfredsstillende med de andre i teamet. Stress i situasjonen kan være en annen faktor som gjør at teammedlemmer vil tendere til gruppetenkning fremfor egne resonnement; dette fremkommer også hos St.Pierre et al. (2011). Det kan også være at teammedlemmer ikke opplever tilstrekkelig grad av trygghet og tillit innad i teamet for å uoppfordret komme med egne innspill. En annen faktor kan være at den hierarkiske strukturen i teamet blir for sterk slik at enkelte teammedlemmer anser seg som medlemmer med lavere status, slik det fremkommer i studien til Hunziker et al. (2011). Dette igjen kan medføre at de ikke sier sin egen mening fordi de anser den som mindre verdt. Det påpekes i flere studier hvordan klimaet i et team bør være preget av åpenhet slik at teammedlemmene kan si ifra om egne observasjoner og eventuelle bekymringer uten å være redde for å si noe feil (Kohn et al., 2000; Andersen et al., 2010; Leonard og Frankel, 2010; Hunziker et al., 2011). På den annen side ser vi hvordan det kan være problematisk å etablere tillit og trygghet i et ad hoc-team. Dette mener vi kan oppnås dersom teamdeltakerne har trent sammen i forkant. Å ha trent sammen og blitt kjent med hverandre, kan senke terskelen for å komme med egne innspill og resonnement. Weller et al. (2014) påpeker hvordan samtrening kan bidra til at teamet får en bedre forståelse av hverandres roller. Med andre ord vil tillit og trygghet i teamet gi mindre risiko for gruppetenkning og fikseringsfeil. Et annet perspektiv kan være hvordan man kan finne trygghet i sin egen kompetanse i kraft av sin rolle som intensivsykepleier. Vi hevder at som intensivsykepleier skal man arbeide kunnskapsbasert. Dette vil, i tillegg til å finne frem til ny forskning, bety å inneha oppdatert kunnskap (Stubberud, 2010). Dersom intensivsykepleieren innehar oppdatert kunnskap, mener vi dette bør kunne være et grunnlag for å stole på egen dømmekraft slik at en kan komme med egne resonnement og innspill.

5.1.2 Debriefing etter hjertestans

Debriefing forekom sjelden eller aldri, ifølge samtlige informanter. De fleste uttrykte et ønske om å delta på debriefing hyppigere, og spesielt etter hendelser som gikk inn på dem. De mente debriefing kunne gi mulighet for læring og stifte nærmere bekjentskap med de øvrige teammedlemmene.

Samtidig som informantene ønsket debriefing, påpekte de også hvordan den praktiske gjennomføringen kunne by på utfordringer. Å finne riktig tid og sted for en debriefing kan være problematisk (Dyregrov, 2002; St.Pierre et al., 2011). Utfordringen blir å vurdere om debriefing lar seg gjennomføre på tilmålt tid og om en teamleder har mulighet til å lede debriefing. Dersom det har vært en svært uvanlig hendelse som har gitt et sterkt inntrykk på teammedlemmene kan det være urealistisk å forvente at debriefing lar seg gjennomføre på fem minutter. På den annen side påpeker Salas et al. (2008) hvordan debriefing ikke trenger å vare lenger enn et par minutt eller en halv time, og at debriefing til tross for kort tid kan gi grunnlag for læring og styrke pasientsikkerheten. Vi mener en slik gjennomføring av debriefing trolig forutsetter at alle teammedlemmene er trent i dette. Salas et al. (2008) forklarer at selv om debriefing ideelt sett skal gjennomføres snarest mulig kan man vente et par dager. Dersom man utsetter en debriefing på grunn av hendelsens alvorlige karakter, vil dette imidlertid by på utfordringer. Sentrale detaljer fra hendelsen kan bli glemt (Healy og Tyrrell, 2013). Vi ser hvordan en hektisk hverdag kan by på vanskeligheter og få samlet alle medlemmer i et ad hoc-team ved en senere anledning. Dessuten kan teammedlemmene ha bearbeidet hendelsen hver for seg og mistet behovet for å prioritere debriefing med teammedlemmene. Dermed mister teammedlemmene muligheten til å lære gjennom debriefing, og slik forbedre teamets kompetanse.

Informantene påpekte hvordan de så debriefing som en mulighet til å få en økt forståelse for andre profesjoner og med deres rolle. I funksjonsbeskrivelsen stilles det krav om samarbeid med andre profesjoner som en viktig del av intensivsykepleien (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2010). Som en del av et tverrfaglig hjertestansteam er det av betydning at intensivsykepleieren kan motta og gi tilbakemelding fra andre profesjoner. Dersom hjertestanssituasjonen har bydd på ulike vanskeligheter, kan en felles diskusjon og forslag til løsning bidra til utvikling av teamet på tvers av profesjoner (Kvarnström, 2009). Med andre ord er det essensielt for utvikling at muligheten for å gi tilbakemelding finner sted. På den annen side så enkelte av informantene risikoen for å såre andre teammedlemmer under debriefing. I litteraturen understrekes det at debriefing skal foregå i en trygg kontekst hvor

hovedfokuset er å sette ord på egne handlinger (St.Pierre et al., 2011). Å såre andre kommer i motsetning til hovedmålet med debriefing som er læring (Salas et al., 2008; St.Pierre et al., 2011). Vellykket debriefing forutsetter at teamleder kan prinsippene for å styre en hensiktsmessig debriefing. Dersom dette ikke er tilfellet, tror vi en fallgrube kan være at man påpeker egne og andres feil. Hvis debriefing ikke er satt i system kan hjertestansteamet heller ikke forvente en teamleder med kompetanse til å gjennomføre debriefing. Hjertestansteamet risikerer da at resultatet blir det motsatte av det opprinnelige målet for debriefing.

Det var gjennomgående blant informantene at debriefing for dem betydde å bearbeide følelser eller å få luftet ut egne tanker. Ifølge Healy og Tyrrell (2013) var dette også tilfellet for dem i deres studie som deltok på debriefing etter akutte situasjoner, her i akuttmottak. Videre kom det også frem i Healy og Tyrrell (2013) at det kun var en brøkdelt som så på debriefing som et verktøy for å forbedre samspillet i hjertestansteamet. Det var hovedsakelig personell med lengre erfaring som understreket dette. Det motsatte forekom i vår studie; der var det kun én informant som så debriefing som et verktøy for å forbedre samspillet i teamet. Av samtlige informanter hadde denne informanten minst erfaring med deltakelse i hjertestansteam. Vi mener dette virker paradoksalt fordi en skulle tro intensivsykepleiere med lengre erfaring i større grad er i stand til å løfte blikket og se debriefing som et nyttig verktøy for å forbedre samspillet i teamet. På den annen side kan erfarne intensivsykepleiere ha opparbeidet seg en rutine som gjør det vanskelig å se teamarbeidet i et nytt lys. Dersom erfaring gjør at intensivsykepleieren ikke ser behov for debriefing som en læringssituasjon for hjertestansteamet, mener vi dette utgjør et faremoment som igjen kan føre til stagnasjon. Videre mener vi den erfarne intensivsykepleieren bør se hvordan hun kan bidra med verdifulle innspill og synspunkter i en debriefing.

Vi synes det er interessant at enkelte av informantene kun etterlyste debriefing etter situasjoner de opplevde som vanskelige. En situasjon kan oppleves ulikt for forskjellige teammedlemmer og vi undrer oss over hvilken opplevelse som skal være styrende for hvorvidt man foretar en debriefing. Noen kan ha et sterkt følelsesmessig behov for det, mens andre ikke ser nytteverdien. Hvis enkeltmedlemmer ikke møter opp eller ønsker å delta kan de resterende teammedlemmene, ifølge Dyregrov (2002), tolke dette som mangel på respekt. En informant påpekte da også nettopp hvordan manglende oppmøte på debriefing er lite respektfullt overfor de andre teammedlemmene. Dersom teammedlemmer opplever debriefing som en arena for både læring, videreutvikling og bearbeiding mener vi det kan bli mer aktuelt

å gjennomføre debriefing etter en hjertestans. Kanskje dette kunne bidra til en hyppigere bruk av debriefing og ikke kun etter de hendelsene som blir en følelsesmessig påkjenning.

Mangel på retningslinjer eller rutiner for debriefing kan føre til at det blir nedprioritert. Dette mener vi er betenkelig da forskning kan vise til en sammenheng mellom debriefing og forbedret kvalitet på selve hjerte- og lungeredningen (Mancini et al., 2010). Dersom debriefing blir sett på som et verktøy for læring og forbedring mener vi dette kan bidra til vekst og utvikling hos det enkelte teammedlem. Dette vil igjen være med på å styrke den samlede kompetansen innad i teamet og slik sikre best mulig behandling for hjertestanspasienten.

5.2 Hva forteller informantenes erfaringer om teamleders betydning i hjertestansteam?

5.2.1 Forventninger til teamleder

Informantene hadde tydelige forventninger til hva teamlederrollen innebar: En leder skulle stå utenfor situasjonen, ha en fremdriftsplan, gi tydelige beskjeder og ha adekvat kunnskap. På mange måter kan en forstå informantenes forventninger ut fra hva selve ordet ledelse betyr, «å sette i bevegelse» (Orvik, 2004, s. 289). Ifølge Orvik (2004) er klarlagte ansvarsforhold en del av grunnlaget for et godt samarbeid. Ifølge NRR (2010) skal lederen i et hjertestansteam ha oversikt og drive en fremdriftsplan samt sikre pasienten optimal behandling. Det er imidlertid opp til helseforetaket selv å stille krav til hvilke kvalifikasjoner en teamleder i et hjertestansteam skal ha. Helseforetaket forholder seg til NRR og ERC sine retningslinjer, men må handle ut fra de ressursene de har til rådighet. Vi kan anta at informantenes forventninger til rollen er realistiske sett ut fra hvordan rollen er definert fra NRR sin side. På den annen side ser vi hvordan krav og forventninger ikke samsvarer. Castelao et al. (2013) trekker frem hvordan assistentleger og turnusleger føler seg uforberedt til å lede hjertestansteam; de understreker selv betydningen av å delta i lederskapstrening for å være bedre forberedt. I studien til Andersen et al. (2010) fortalte de informantene som var teamledere hvordan de ikke fikk noen eller sparsom introduksjon til teamlederrollen. Vi vil hevde at kravene til teamleder til en viss grad er urealistiske dersom de ikke får spesifikk opplæring i å lede hjertestansteam. Det var et gjennomgående syn blant informantene i denne studien at teamleder ofte viste seg å ha avgjørende betydning for opplevelsen av samspillet i

hjerstestansteamet og dermed samarbeidet. Siden teamlederen, både i denne studien og i flere andre studier (Hunziker et al., 2010; Hunziker et al., 2011; Castelaο et al., 2013), viser seg å være avgjørende, mener vi det er betenkelig at det ikke er obligatorisk å trene lederskap før en skal tiltre en slik rolle. Hunziker et al. (2010) fant hvordan kort innføring i lederskap hos teamledere i hjerstestansteam bidro til bedre resultatet ved en simulert hjerstestans. Selv etter fire måneder viste det seg hvordan teamledere nyttiggjorde seg denne kunnskapen i reelle situasjoner. Totalsummen ble et forbedret teamarbeid og kvalitet på hjerte- og lungeredningen. En slik innføring i lederskap kan gjøre teamleder bedre styrket til å ta beslutninger, organisere, motivere og arbeide mot et felles mål, det Lai (2013a) omtaler som ledelseskompetanse. På den annen side kan vi stille spørsmål ved hva konsekvensen blir dersom ikke lederskap prioriteres som en integrert del av AHLR-opplæringen. En konsekvens vi mener dette kan ha, er dårlig kvalitet i samarbeidet. Hvis teamleder mangler lederegenskaper, kan det gå utover de andre teammedlemmene som forventer overblikk, fremdriftsplan og avgjørelser fra teamleder. Dette samsvarer med funnene i studien til Andersen et al. (2010) hvor informantene forklarer hvordan uerfarne teamledere påvirker kvaliteten i behandlingen som gis. St. meld. nr. 10 (2012-2013) poengterer hvordan alle medlemmer innad i et team ikke har mulighet til å besitte den oppdaterte kunnskapen på alle felt. Det kan være av avgjørende betydning å ha en teamleder som kan utnytte teamets totale kunnskap (St.Pierre et al., 2011). I ytterste konsekvens kan manglende lederskap gå utover algoritme, medisiner og reduksjon av *no-flow* tid (Castelaο et al., 2013). Dette igjen kan påvirke pasientens prognose både på kort og lang sikt.

Teamlederne får innføring i tekniske ferdigheter, men NRRs retningslinjer tilsier ikke spesiell lederopplæring (NRR, 2010). Dette står i motsetning til AHAs retningslinjer som fra 2010 anbefaler trening på lederskap for å forbedre teamets prestasjoner (Bhanji et al., 2010; Mancini et al., 2010). Det blir stående som et paradoks at teamlederskap forventes fra helseforetakets side når de ikke prioriterer opplæring.

5.2.2 Teamleders fremtoning

Informantene fortalte hvordan teamleders evne til å være tydelig påvirket teamet. Enkelte ganger var det ikke noen tvil om hvem som var leder i situasjonen. Informantene beskrev tilfeller hvor teamleder trakk seg tilbake i situasjonen og lot andre overta uten at dette var avklart. Intensjonen bak en slik tilbaketrekning kan ha bunnet i at teamleder observerte et

velfungerende hjertestansteam og at han ikke ønsket å bryte dette opp. Hunziker et al. (2011) påpeker hvordan teamleder som ankommer en hjertestanssituasjon ikke alltid bør bryte inn dersom teamet er velfungerende. En annen mulighet kan være at teamleder så sin egen begrensning i situasjonen. På den annen side ble ikke teamlederrollen avklart i de tilfellene informantene i denne studien sikter til, og vi tolker det slik at informantene derfor ble i tvil om hvem som skulle inneha teamlederrollen. Lai (2013b), Lauvås og Lauvås (2004) påpeker hvordan det ikke kan foreligge tvil om ansvarsområdet knyttet til en rolle. Dersom det ikke foreligger klarhet i hvem som innehar teamlederrollen er det vanskelig for de resterende teammedlemmene å vite hvem de skal henvende seg til. Dette kan resultere i uklar oppgavefordeling og koordinering i hjertestanssituasjonen.

Informantene beskrev hvordan ukjente teamledere som gikk passivt inn i en hjertestanssituasjon genererte usikkerhet hos dem. Slik Halland (2004) presiserer, er det i samarbeid betydningsfullt at en har tillit til andres kompetanseområder. Vi kan anta at informantene hadde vanskelig for å stole på teamledere som var ukjente. En annen innfallsvinkel kan være hvordan teamleders passive oppførsel gjorde dem usikre. På bakgrunn av tidligere erfaring kan informantene trekke slutninger for hvorvidt det er lederegenskapene eller erfaringen som gjør teamleder passiv. En ukjent teamleder kunne representere en uforutsigbar faktor i en allerede uforutsigbar situasjon.

En av informantene i studien fortalte hvordan lederferdigheter ikke nødvendigvis hadde sammenheng med grad av kunnskap og erfaring. Basert på dette utsagnet har dermed flere kandidater potensiale til å bli gode teamledere. Dersom teamledere ikke har lang erfaring med hjertestans kan de igjennom gode lederegenskaper dra nytte av teamets samlede erfaring (St. meld. nr. 10, 2012-2013). Det kan tenkes at teamledere med lang erfaring stoler mer på egne evner, og dermed unngår å anvende innspill fra teammedlemmer. På den annen side vil vi hevde at teamledere med mindre erfaring er mer avhengig av innspill fra de andre teammedlemmene for å ta avgjørelser. Dette er interessant i forhold til det Kvarnström (2009) omtaler som kunnskapssynergi, her er fokuset å lære av hverandres profesjoner og belyse et problem fra flere sider. Vi vil hevde at både den uerfarne og erfarne teamlederen har behov for opplæring i lederferdigheter. Den uerfarne vil kunne heve kompetansen ved å dra nytte av andres kunnskap (Kirkevold, 1996). Den mer erfarne teamlederen vil kunne bruke det som et verktøy for å se situasjonen fra flere sider og unngå det som omtales som fikseringsfeil.

Informantene tilla teamleder et stort fokus for et vellykka samarbeid. I følge St.Pierre et al. (2011) er en teamleder avhengig av samarbeidsevnene til teammedlemmene. Enkelte informanter forklarte hvordan de forsøkte å *backe opp* teamleder. Utenom dette omtalte ikke informantene sin egen rolles betydning for samarbeidet i like stor grad. Vi stiller oss undrende til hvorvidt informantene er bevisst sin egen rolle og kompetanse som bidrag til teamarbeidet. Slik St. meld. nr. 10 (2012-2013) sier er teamet avhengig av at alle har faglig kompetanse for å bidra til den oppgaven som skal utføres. Vi mener det er essensielt at intensivsykepleier bevisst deler av sin kompetanse og ikke undervurderer egne resonnement som et verdifullt bidrag til hjertestansteamet.

5.3 Å trene sammen -en utfordring, men også en ressurs

Enkelte informanter opplevde øvelsene som kunstige fordi de ikke trente sammen med resten av teamet. De få sjansene de hadde til å trene sammen med hele teamet, var på uanmeldte hjertestansøvelser. Noen av informantene syntes de uanmeldte øvelsene var gode læringsarenaer. De resterende informantene beskrev de uanmeldte øvelsene som stressende fordi de ble evaluert i forhold til tid, det var mange tilskuere der samt at øvelsene ikke ble prioritert av deler av teamet.

Hovedvekten av informantene påpekte at det var lenge siden de hadde vært med på en reell hjertestans og flere hadde vanskeligheter med å huske sist gang de hadde opplevd det. I de senere år har det blitt økt fokus på at de ulike profesjonene innad i et team trener sammen (Kohn et al., 2000; Manser, 2009; St. meld. nr. 10, 2012-2013). Til tross for dette finnes det i retningslinjene for AHLR kun anbefalinger om at hele teamet trener sammen regelmessig; det er imidlertid ikke et krav (NRR, 2010). Sollid (2010) presenterer en mulighet for å opprettholde ferdigheter knyttet til akuttmedisinske hendelser som er sjeldne. Han mener at man må ha vært med på et visst antall tilfeller av en aktuell hendelse for å opprettholde et minimum av kompetanse. Dersom man ikke har fått mulighet til dette, foreslår han å utføre simuleringsscenario og slik nå et visst kvantum for å opprettholde et visst kvalitetsnivå.

I selve akuttsituasjonen skal kompetansen tre frem (Kirkevold, 1996). Ifølge funksjonsbeskrivelsen må intensivsykepleieren ha en handlingsberedskap overfor sin pasientgruppe (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2010). Vi stiller oss undrende til hvordan intensivsykepleieren skal kunne oppnå gode tekniske og ikke-tekniske ferdigheter i

hjerstestanssituasjoner dersom hun ikke regelmessig får delta på hjerstestans, enten reell eller simulert. Vi mener dette i verste fall kan føre til et dårlig samarbeid fordi hovedfokuset blir på å utføre de tekniske ferdighetene riktig på bekostning av ikke-tekniske ferdigheter.

Et par av informantene fortalte at de oppfattet uanmeldte hjerstestans som en god læringssituasjon, og da særlig for kommunikasjon. I følge Høyland (2010) bør tekniske ferdigheter trenes innenfor hvert fagområde. Imidlertid mener han trening av ikke-tekniske ferdigheter kan foregå på tvers av disipliner fordi kommunikasjon og koordinasjon er uavhengig av de ulike profesjonene. Ut fra egen erfaring med uanmeldte hjerstestans, opplever vi at det en fokuserer på ved slike hendelser er utrykningstid og gjennomføring av algoritmen. Vi mener fokuset blir for ensidig på tekniske ferdigheter slik dagens praksis er organisert. Enkelte av informantene ga da også uttrykk for at uanmeldte hjerstestans følte som en test av deres ferdigheter. Om disse informantene ble stresset fordi dette var en ukjent situasjon for dem, kommer ikke frem. Det er mulig at de informantene som hadde et positivt utbytte av uanmeldte hjerstestans, hadde deltatt på flere og dermed opplevde et større læringsutbytte fra disse situasjonene. Uansett mener vi dette taler for at samtlige teammedlemmer i hjerstestansteam har nytte av å øve på ikke-tekniske så vel som tekniske ferdigheter på uanmeldte hjerstestans. Videre mener vi at det å være ukjent for de andre i teamet også kan bidra til at de uanmeldte hjerstestansøvelsene snarere blir sett på som en test fremfor en læringssituasjon. Dermed er det trolig at for ukjente teammedlemmer kan fokuset bli å vise sin kompetanse og betydning for resten av teamet. Weller et al. (2014) understøtter hvordan simulering med debriefing kan bidra til en økt felles forståelse og respekt for hverandres profesjoner. Dersom teammedlemmene innehar en slik innsikt i hverandres profesjoner blir de kjent med hvilken kompetanse alle teammedlemmene har. Ved uanmeldte hjerstestans tror vi fokuset da vil bli rettet mot hvordan teamet som helhet fungerer og mindre fokus på hvert enkelt medlem.

Enkelte informanter gir uttrykk for trygghet når de kjenner andre teammedlemmer. I følge Manser (2009) og Østergaard et al. (2011) er det utfordringer knyttet til ad hoc-team i og med at man da sjelden vil kjenne alle i teamet. Kyrkjebø et al. (2006) foreslår samtrening med de ulike profesjonene innad i et team. Dette vil medføre at de ulike profesjonene utvikler gjensidig respekt for hverandre samt ser betydningen av samarbeid. Ved samtrening kan man også bli bedre kjent med hvilken rolle, kompetanse og hvilke ferdigheter de andre i teamet innehar eller ikke innehar. Med bakgrunn i dette mener vi betydningen av samtrening burde bli mer vektlagt. Andre erfarne teammedlemmer kan utgjøre en «ressurs», men for å kunne

nyttiggjøre seg av andres kompetanse, må en være kjent med den (Rall og Dieckmann, 2005; Sollid, 2010; St.Pierre et al., 2011). Dersom man ikke samtrener, mener vi det vil være vanskelig å ha noen forutsetning for å vite hvilke ressurser andre profesjoner i teamet kan ha ut over sin rolle.

5.3.1 Simulering

Når informantene i vår studie omtaler trening som kunstig, tolker vi det dithen at det kan knyttes til ulike forhold ved treningen. Vi undrer oss over om ikke trening med utgangspunkt i simulering kunne vært med på å gjøre øvelsene mer realistiske. Da ville informantene fått et læringsmål før hvert scenario samt hatt en debriefing etterpå. Vi mener dette kunne vært et positivt innslag for treningene og kanskje gitt et økt læringsutbytte. Et annet moment som kan bidra til mer realistisk trening, vil være å inneha sin egen profesjonelle rolle i teamet og slippe å fylle andre profesjoners roller. Tidligere har det vært argumentert for å inneha ulike roller under simulering da dette syntes å ha gitt et utvidet perspektiv på andre profesjoner. Kyrkjebø et al. (2006) anbefaler imidlertid at alle profesjoner skal inneha sin rolle på trening fordi dette gir best læringsutbytte. Et tredje moment knyttet til trening er læringsmålene som presenteres. De må verken være for enkle eller for vanskelige slik at deltakeren kan yte etter beste evne og trives med arbeidsoppgavene (Lauvås og Lauvås, 2004; Orvik, 2004). Dersom læringsmålene ikke er utfordrende, kan dette føre til stagnasjon og teammedlemmene kan bli uengasjerte. På den annen side vil for vanskelige læringsmål kanskje heller bidra til at teammedlemmene ikke blir sikre på egen kompetanse og i egen rolle. Slik Orvik (2004) sier må læringsmålene være utfordrende samtidig som de er overkommelige; et eksempel kan være *closed-loop* kommunikasjon.

Informantene opplevde trening som en arena for trygghet som bidro til forutsigbarhet når de kom i en reell hjertestansituasjon. Vi stiller spørsmål ved hvorfor det da ikke simuleres i større grad. Ifølge Andersen et al. (2010) er det et paradoks at reelle hjertestanssituasjoner blir brukt som læringssituasjon for uerfarne teamledere når prestasjonen til resten av teamet er nært knyttet til teamlederen. De siste årene har simulering blitt implementert enkelte steder som en del av både den medisinske- og sykepleiefaglige utdanningen (Husebø og Rystedt, 2010). St. meld. nr. 10 (2012-2013) gir også anbefalinger om å anvende simulering som treningsmetode for å styrke pasientsikkerheten. Det gir en mulighet for å trene på ferdigheter uten at eventuelle feil går utover pasienter (Gaba, 2010; Østergaard et al., 2011). Innen

simuleringsteorien omfavner en muligheten til å gjøre feil innenfor en trygg ramme som den beste læringen. Informantene ga uttrykk for at uanmeldte øvelser gav et varierende utbytte. Vi får inntrykk av at det ikke er mulighet for å gjøre feil både under trening og uanmeldte hjertestans. Under trening har utøverne press om å bli AHLR-sertifisert, mens på uanmeldte hjertestans blir hver rolle evaluert. Ut fra dette mener vi helseforetaket mangler en arena for trening innen trygge rammer hvor fokuset rettes mer mot læring fremfor testing av kunnskap og effektivitet.

Videre påpekes det hvordan utstyret nødvendigvis ikke er det viktigste, men deltakernes evne og vilje til å leve seg inn i simuleringen (Rall og Dieckmann, 2005; Husebø og Rystedt, 2010; St.Pierre et al., 2011). De største barrierene for å bruke simulering som treningsmetode innen helsevesenet, har vært at det er ressurskrevende og det finnes lite forskning som viser en målbar effekt av simulering (Gaba, 2010; Husebø og Rystedt, 2010; St.Pierre et al., 2011). Likevel viser flere studier hvordan deltakerne i simuleringsbasert trening selv føler en effekt av dette. Det understrekes særlig en effekt for ikke-tekniske ferdigheter, som kommunikasjon, lederskap og teamsamarbeid (Østergaard et al., 2008). Selv om det enda ikke finnes gode verktøy for å måle effekten av simulering, mener vi likevel det burde bli implementert som treningsmetode. På den annen side ser vi imidlertid hvordan helseforetaket kan møte på ulike utfordringer ved å ta i bruk simulering i sin helhet. Sollid (2010) påpeker at helsevesenet trenger en standardisering av simulering for å ta det i ytterligere i bruk som treningsmetode. Vi mener imidlertid at dette ikke bør være en barriere for å ta i bruk simulering i større grad, men at man heller bør se på hvilke måter det kan gjennomføres på og utforske hvilke simuleringskurs som eksisterer. Fullskalasilulering avhenger ikke av moderne utstyr. Det sentrale er å kunne leve seg inn i situasjonen samt at en følger en oppskrift for simulering og inkluderer alle deler ved den, som forberedelse, gjennomføring og debriefing (Husebø og Rystedt, 2010). Vi ser at dette kan kreve ressurser i form av tid samt at en må ha tilgang på fagpersoner som er kjent med simulering og kan fungere som fasilitator. På den annen side er ressurser tildelt AHLR-trening og en mulighet kan da være å se på bruken av disse ressursene og eventuelt omdisponere dem. Selv om dette utgjør en ekstra kostnad, mener vi at helseforetaket betaler en liten pris sammenliknet med det store utbyttet simulering kan gi i form av trygghet for den enkelte og teamet som helhet.

6.0 KONKLUSJON

Utgangspunktet for denne studien var problemstillingen: Hvordan erfarer intensivsykepleier i hjertestansteam samarbeid under resuscitering? Hensikten med studien var å belyse betydningsfulle faktorer for samarbeid i hjertestansteam gjennom erfaringene med henblikk på ikke-tekniske ferdigheter. Vi ønsket å ha fokus på mulige forbedringsområder. For å analysere funnene brukte vi kvalitativ innholdsanalyse av Lundman og Graneheim (2012). Vi anser denne som en velegnet metode for å analysere informantenes erfaringer. Gjennom informantenes beskrivelser av egne erfaringer har vi fått kunnskap om hvordan ikke-tekniske ferdigheter påvirker samarbeidet i hjertestansteamet.

Hva viser så denne studien om intensivsykepleiernes erfaringer fra samarbeid i hjertestansteam?

Det var særlig erfaringer som omhandlet kommunikasjon og lederskap som kom frem i studien. Informantene hadde lite erfaring med debriefing, men de hadde likevel klare synspunkter omkring dette.

Informantene brukte bekreftende kommunikasjon, men det virket ikke som om det var basert på et felles og strukturert kommunikasjonsmønster og metodikk. Informantene vektla kommunikasjon som et grunnleggende fundament for samarbeid.

Debriefing forekom sjelden eller aldri. Samtlige informanter ønsket hyppigere debriefing. Studien viser hvordan det er av betydning å se debriefing som bearbeiding av egne reaksjoner, men særlig også som et læringsverktøy for den enkelte og for teamsamarbeidet.

Informantens erfaring om trening av AHLR viser hvordan dagens praksis i stor grad fokuserer på tekniske ferdigheter. I tillegg var kommunikasjon et tilbakevendende tema og vi ser på dette som et uttrykk for et behov for trening av ikke-tekniske ferdigheter.

Informantene hadde klare forventninger til teamlederrollen. Når teamleder ikke oppfyller disse forventningene får det konsekvenser for teamsamarbeidet. Studien viser hvordan teamleder har en avgjørende betydning for samarbeidet under hjertestans. Disse resultatene understøttes av tidligere studier.

Gjennom arbeidet med denne studien har vi blitt enda mer bevisste betydningen av ikke-tekniske ferdigheter, herunder spesielt kommunikasjon og gode teamlederferdigheter, i samarbeid under hjertestans.

7.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Det har vært lærerikt å jobbe med problemstillingen «hvordan erfarer intensivsykepleier samarbeid i hjertestansteam under resuscitering». Vi mener problemstillingen er sterkt forankret i intensivsykepleiers hverdag og relevant for praksis. Studien viser ulike områder hvor praksisfeltet har forbedringspotensial.

Informantenes utsagn og gjennomgang av teori har belyst området ikke-tekniske ferdigheter bedre, og disse forslagene er ment som et innspill til forbedring av samarbeid i hjertestansteam. Studien viser hvor betydningsfullt samarbeid i hjertestansituasjonen er. Vi mener et optimalt samarbeid er grunnleggende for å ivareta pasientsikkerheten.

Ytterligere samtrening for hele hjertestansteamet, mener vi vil være verdifullt for å videreutvikle teamets ikke-tekniske ferdigheter og teamsamarbeid. Simulering, som har klare læringsmål og med debriefing som avslutning, vil være med å skape en ny og trygg læringsarena. En del av AHLR-kurset ved helseforetaket bør gjennomføres sammen med andre profesjoner der læringsmålene omhandler ikke-tekniske ferdigheter. Dersom samtrening og simulering var et krav for å delta i AHLR teamet, så ville kanskje flere ressurser ville blitt tildelt. Studier viser at det enda gjenstår å finne frem til gode, validerte verktøy som kan måle effekten av simulering og samtrening. Dersom effekten blir målbar, tror vi terskelen vil bli mindre for å implementere simulering og samtrening i helseforetaket.

Ifølge informantene i denne studien var ikke debriefing satt i system og det ble sjelden gjennomført. Debriefing bør inkluderes som et verktøy for læring. Det kan gi en mulighet for å bearbeide hendelser innad i teamet og slik styrke profesjonenes forhold til hverandre samt styrke samarbeidet. Det bør stilles krav om ledelseskompetanse til teamleder i hjertestansteam fra helseforetakets side. Informantenes erfaringer og tidligere forskning viser hvor avgjørende denne rollen er for teamets samlede prestasjon.

I følge funksjonsbeskrivelsen plikter intensivsykepleieren å stimulere til videreutvikling av faget. Intensivsykepleier har i kraft av sin profesjon et ansvar for å være faglig oppdatert og drive fagutvikling både for egen yrkesgruppe og annet helsepersonell (NSFLIS, 2002; Stubberud, 2010). For å sikre en forsvarlig yrkesutøvelse bør intensivsykepleieren kontinuerlig strebe etter å arbeide kunnskapsbasert til det beste for pasienten. Intensivsykepleieren plikter å si fra dersom områder innenfor AHLR kan forbedres.

Forslag til videre forskning er å gjøre studier etter å ha implementert trening på ikke-tekniske ferdigheter i hjertestansteam. Hvordan ville erfaringene til intensivsykepleierne vært da? Det ville også vært lærerikt å inkludere alle profesjonene i teamet i en framtidig studie for å få frem flere ulike erfaringer. Videre mener vi det ville vært verdifullt å sammenlikne teammedlemmers erfaringer fra ad hoc-team med erfaringer fra stasjonære hjertestansteam. Det hadde vært interessant å se om det var samsvar eller forskjeller i opplevelsen av samarbeid i ad hoc-team versus stasjonære hjertestansteam.

LITTERATUR

Aase, K. (2010). Pasientsikkerhet-hendelser, begreper og omfang. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis i helsevesenet* (s. 17-29). Oslo: Universitetsforlaget.

Abrahamsen, H. B. og Finsnes, K. (2011). Mer simulering! *Tidsskr Nor Lægeforen*, 23(131), 2369-2371

Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A. og Østergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, 81(6), 695-702. doi:10.1016/j.resuscitation.2010.01.024

Berulfsen, B. (1986). *Fremmedordbok* (15. utg. ved Bjarne Berulfsen og Dag Gundersen.). Oslo: Kunnskapsforl. (Kunnskapsforlagets blå ordbøker).

Bhanji, F., Mancini, M. E., Sinz, E., Rodgers, D. L., McNeil, M. A., Hoadley, T. A., m.fl. (2010). Part 16: Education, implementation, and teams: 2010 american heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 Suppl 3), S920-933. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971135

Castelao, E. F., Russo, S. G., Riethmüller, M. og Boos, M. (2013). Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation : A systematic review of the literature. *Journal of Critical Care*

Coar, L. og Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: Methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), 251-256

Dieckmann, P. (2009). Simulation settings for learning in acute medical care. I: Dieckmann, P. (red.), *Using simulations for education, training and research* (s. 40-138). Lengerich: Pabst.

Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing: Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, T. og Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2012). *Hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom; forebygging, behandling og forskning*. fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>

Gaba, D. M. (2010). Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 105(1), 3-6. doi:10.1093/bja/aeq124

Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Kvalitativ innholdsanalyse i sykepleieforskning: Begreper, prosedyrer og tiltak for å oppnå troverdighet. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112

Halland, G. O. (2004). *Læring gjennom stimulerende samspill: Veiledning, vurdering og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Healy, S. og Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse: The Journal Of The RCN Accident And Emergency Nursing Association*, 20(10), 32-37

Helsepersonelloven. (1999, sist endret 2014). *Lov om helsepersonell*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 27. mars 2014, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hicks, C. M., Bandiera, G. W. og Denny, C. J. (2008). Building a simulation-based crisis resource management course for emergency medicine, phase 1: Results from an interdisciplinary needs assessment survey. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1136-1143. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00185.x

Hunziker, S., Bühlmann, C., Tschan, F., Balestra, G., Legeret, C., Schumacher, C., m.fl. (2010). Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: A randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1086. doi:10.1097/CCM.0b013e3181cf7383

Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschan, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D., m.fl. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*, 57(24), 2381-2388. doi:10.1016/j.jacc.2011.03.017

Husebø, S. E. og Rystedt, H. (2010). Simulering innen helsefag. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis i helsevesenet* (s. 155-171). Oslo: Universitetsforlaget.

Husebø, S. E., Rystedt, H. og Friberg, F. (2011). Educating for teamwork--nursing students' coordination in simulated cardiac arrest situations. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2239-2255. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05629.x

Høyland, S. (2010). Trening av ikke-tekniske teamferdigheter. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis i helsevesenet* (s. 190-200). Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* (1. utgave). Oslo: Gyldendal.

Kohn, L. T., Corrigan, J. og Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. fra <http://site.ebrary.com/lib/AGDER/docDetail.action?docID=10038653>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvarnström, S. (2009). Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. I: Willumsen, E. (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid* (s. 88-102). Oslo: Universitetsforlaget.

Kyrkjebø, J. M., Brattebø, G. og Smith-Strøm, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 507-516

Lai, L. (2013a). Hva er kompetanse? Kompetanse som begrep og fenomen. I: Lai, L. (red.), *Strategisk kompetanseledelse* (3 utgave, s. 45-66). Bergen: Fagbokforlaget.

Lai, L. (2013b). Kompetansemobilisering. I: Lai, L. (red.), *Strategisk kompetanseledelse* (3 utgave, s. 153-180). Bergen: Fagbokforlaget.

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Leonard, M. W. og Frankel, A. (2010). The path to safe and reliable healthcare. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 288-292. doi:10.1016/j.pec.2010.07.001

Lundman, B. og Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. og Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-199). Lund: Studentlitteratur AB.

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 25(122), 2468-2472

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mancini, M. E., Soar, J., Bhanji, F., Billi, J. E., Dennett, J., Finn, J., m.fl. (2010). Part 12: Education, implementation, and teams: 2010 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*, 122(16 Suppl 2), S539-581. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971143

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151. doi:10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5. doi:10.1177/104973200129118183

NRR. (2010). *Ahlf: Norsk grunnkurs i avansert hjerte-lungeredning retningslinjer 2010*.

NSFLIS. (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>

Nylenna, M. og Simonsen, S. (2005). *Helseforskningsrett: Den rettslige regulering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk.

Polit, D. og Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research - appraising evidence for nursing practice* (7). London: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkens.

Rall, M. og Dieckmann, P. (2005). Safety culture and crisis resource management in airway management: General principles to enhance patient safety in critical airway situations. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 19(4), 539-557

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., m.fl. (2008). Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 34(9), 518-527

Schreiner, A. (2004). *Kom i gang: Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo: Den norske lægeforening.

Sjøvold, E. (2006). *Teamet: Utvikling, effektivitet og endring i grupper*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utgave). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Slettebø, Å. (2008). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B. S. r. (red.), *Etikk i sykepleien* (s. 207-224). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sollid, S. (2010). Simulering og akuttmedisin. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis i helsevesenet* (s. 172-189). Oslo: Universitetsforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999, sist endret 2014). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 27. mars 2014, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

St. meld. nr. 10. (2012-2013). *God kvalitet og trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 03. april 2014, fra <http://www.regjeringen.no/pages/38154897/PDFS/STM201220130010000DDDPDFS.pdf>

St.Pierre, M., Buerschaper, C., Hofinger, G. og Simon, R. (2011). *Crisis management in acute care settings* (Vol. 2. utgave). Berlin, Heidelberg: Springer.

Stubberud, D.-G. (2010). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: Stubberud, D.-G. og Gulbrandsen, T. (red.), *Intensivsykepleie* (s. 32-52). Oslo: Akribe.

Weller, J., Boyd, M. og Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149-154. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168

Westli, H. K., Johnsen, B. H., Eid, J., Rasten, I. og Brattebø, G. (2010). Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: An independent group design. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18, 47. doi:10.1186/1757-7241-18-47

Wilson, K. A., Burke, C. S., Priest, H. A. og Salas, E. (2005). Promoting health care safety through training high reliability teams. *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), 303-309. doi:10.1136/qshc.2004.010090

Østergaard, D., Dieckmann, P. og Lippert, A. (2011). Simulation and crm. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 239-249. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.003>

Østergaard, H. T., Østergaard, D. og Lippert, A. (2008). Implementation of team training in medical education in denmark. *Postgraduate Medical Journal*, 84(996), 507-511. doi:10.1136/qshc.2004.009985

VEDLEGG 1

Thursday, May 08, 2014 9:45:18 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S4	S1 AND S2	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text,MEDLINE	22
S3	S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text,MEDLINE	99
S2	communication OR cooperation OR leadership	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text,MEDLINE	470,124
S1	heart arrest team OR cardiac arrest team OR resuscitation team	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text,MEDLINE	638

19:29 08.05.2014

VEDLEGG 2

8.5.2014

Gmail - Hjertestansteam



Carina Bjørlykke <carinabjorlykke@gmail.com>

hjertestansteam

2 e-poster

Carina Bjørlykke <carinabjorlykke@gmail.com>

16. oktober 2013 kl. 12.43

Til: post@nrr.org

Hei,

Vi holder på å ta en master i spesialisertepleie ved Universitetet i Agder, spesialisering intensiv. I vår oppgave har vi tenkt å undersøke samarbeid i hjertestansteam. I den forbindelse lurer vi på om dere har noen oversikt over hvordan teamene ved de ulike sykehusene er organisert?

Vi ønsker å intervjue sykepleiere/intensivsykepleiere som deltar i hjertestansteam.

På forhånd takk :)

Vennlig hilsen,
Anne Skeivoll og Carina Bjørlykke.

Jofrid Jåtun Hansson <jofrid.hansson@nrr.org>

16. oktober 2013 kl. 22.56

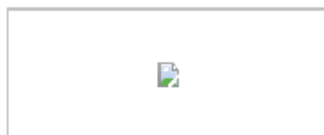
Til: Carina Bjørlykke <carinabjorlykke@gmail.com>

Hei!

Takk for henvendelsen!

Jeg har dessverre ikke noen oversikt over hvordan de ulike stansteamene er organisert. Vil anbefale å kontakte sykehus direkte - gjerne både små og store sykehus for å se om det er noen stor forskjell på organiseringen. Spennende oppgave - lykke til!! :-)

Vennlig hilsen / best regards
Jofrid Jåtun Hansson
NRR sekretær / secretary
e-mail: jofrid.hansson@nrr.org
Tlf / phone number +47 918 20 515



Den 16. okt. 2013 kl. 12:43 skrev Carina Bjørlykke:
[Slettet tekst øjeblik]



PastedGraphic-2.tiff
28K

VEDLEGG 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Samarbeid i hjertestansteam»

Bakgrunn og formål

Innen avansert hjerte-lungeredning (AHLR) er det godt innarbeidede algoritmer og rutiner. Tekniske ferdigheter har naturlig nok et stort fokus. Vi ønsker å se hvilken betydning ikke-tekniske ferdigheter kan ha for samarbeid i en hjertestanssituasjon. Det vil være verdifullt å få innblikk i din erfaring av samarbeid i hjertestansteam. Det er ønskelig at du har deltatt i minimum fem reelle hjertestanssituasjoner. Vår hensikt med denne oppgaven vil være å få belyst autoriserte sykepleieres/intensivsykepleieres erfaringer fra arbeid i hjertestansteam. Prosjektet er en mastergradsstudie ved UiA, institutt for helse- og sykepleievitenskap, master i spesialsykepleie, spesialisering intensiv.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at du deltar i et intervju som varer om lag en time. Under intervjuet vil det være to studenter tilstede. Den ene intervjuer deg, mens den andre lytter. Intervjuet vil bli utført på sykehuset og i arbeidstiden din.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd.

Under intervjuet ønsker vi at du omtaler annet helsepersonell med yrkestittel og unngår bruk av navn.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelsen vil ikke ha noen direkte fordeler eller ulemper for deg, men vil bidra til ny kunnskap om dette temaet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun de ansvarlige for prosjektet som har tilgang til materialet, altså to studenter og veileder. Opplysningene vil bli

oppbevart innelåst. En kode knytter deg til materialet gjennom en navneliste. Navnelisten vil bli oppbevart i et annet skap enn resten av materialet.

Vi vil ha fokus på å anonymisere materialet. Sitater vil bli brukt i det endelige materialet. Vi vil omskrive dem i den grad det er mulig slik at ikke andre skal gjenkjenne deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2014. Alle opplysninger om deg vil da slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Anne Skeivoll, student: askeivo@hotmail.com tlf.: 452 75 804

Carina Bjørlykke, student: carinabjorlykke@gmail.com tlf.: 909 90 938

Ellen Benestad Moi, veileder: ellen.b.moi@uia.no tlf.: 911 75 942

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg samtykker til å delta i intervju

Jeg samtykker til at personopplysninger kan publiseres/ lagres frem til prosjektslutt]

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDE

Intervjuet vil ta ca en time. En av oss vil stille spørsmål. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Intervjuet vil være anonymt og vi ønsker at du ikke bruker navn, men heller yrkestittel når du refererer til annet helsepersonell. Vi ønsker ikke å ha fokus på tekniske ferdigheter.

Ca hvor mange reelle hjertetas har du deltatt på?

Samarbeid

Fortell hva som er et godt samarbeid for deg...

Planlegging

Hva gjør det med deg når du har hjertestanscallingen? Hvordan forbereder du deg?

Rollefordeling

Hva er din rolle i stansteamet? Fortell!

- Hvis det hender at du går ut over din rolle i teamet? Hva gjør du da? Hvor ofte skjer dette?
- Hva er grunnen til at du går ut over din rolle? Hva igangsetter det?

Hva gjør deg trygg i en hjertestanssituasjon?

Hva gjør deg utrygg i en hjertestanssituasjon?

Kommunikasjon:

I situasjoner hvor samarbeidet fungerer bra, hvordan er kommunikasjonen?

I situasjoner hvor samarbeidet ikke fungerer bra, hvordan er kommunikasjonen?

I hvilken grad har dere fokus på kommunikasjon når dere gjennomfører AHLR øvelser(og/eller opplæring)? Fortell..

-Har du hørt om begrepet «closed-loop» kommunikasjon? I så fall, hvordan brukes det?

Lederskap:

Hva er en god teamleder for deg?

Hva betyr lederskapet for samarbeidet? Og eventuelt for deg i din rolle?

Team:

Hvis du ser tilbake på den siste hjertestanssituasjonen du var med på, hva var bra/mindre bra?

Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike faggruppene i teamet?

Hva tror du er det viktigste for at et team skal fungere godt?

Debriefing:

Hvilke erfaringer har du med debriefing i etterkant av hjertestans? Fortell..

Generelle spørsmål

Hva slags opplæring har du hatt for å gå med hjertestanscallingen?

VEDLEGG 5

The screenshot shows a web browser window with several tabs open, including 'Søknad SSHF, gjennomf...', 'Søknadsskjema SSHF (1)...', 'Student - Universitetet i A...', 'Universitetet i Agder', and 'Universitetet i Agder'. The address bar shows 'https://fronter.com/uia/main.phtml'. The page header includes the 'fronter' logo, navigation menus for 'Rom' and 'Verktøy', and the user name 'Carina Bjørlykke'. The main content area displays a breadcrumb trail: 'Du er her: ... > Innlevering skjema > Innlevering 09 fek frist 15.september'. Below this, there are search, map, and print options. The central focus is a comment box titled 'Innlevering skjema - Kommentar'. It lists the names 'Carina Bjørlykke' and 'Anne Skeivoll'. Under 'Les kommentarer i besvarelsen din:', there is a link to 'Endelig søknad FEK.doc'. The 'Kommentar:' field contains the text: 'Prosjektet " Samarbeid i hjertestansteamet" ble i møtet i Fek 23.09.13 godkjent for prosjektoppstart under de forutsetninger som er beskrevet i søknaden. Lykke til. På vegne av Fek Anne Skisland'. The 'Karakter:' is 'Godkjent' and the 'Evaluering:' is also 'Godkjent'. An 'Avbryt' button is located at the bottom right of the comment box. The Windows taskbar at the bottom shows various application icons and the system clock indicating 15:34 on 19.10.2013.

VEDLEGG 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ellen Benestad Moi
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 10.09.2013

Vår ref:35348 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35348	<i>Samarbeid i hjertestansteam</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Benestad Moi</i>
<i>Student</i>	<i>Carina Bjørlykke</i>

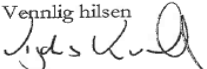
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Carina Bjørlykke, Skipsheia, 4780 BREKKESTØ

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no



Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for innsamling og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet godt utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Prosjektleder opplyser at det under intervjuet kan bli stilt spørsmål som indirekte kan identifisere tredjepersoner (her kollegaer, ikke pasienter). Tredjepersoner vil kun eventuelt da bli omtalt med yrkestittel. Personvernombudet tar dette til orientering, men vil anbefale at en istedet for yrkestittel bruker kollega. Dette vil gjøre at det ikke heller vil være mulig indirekte å identifisere tredjepersoner. Personvernombudet registrerer at det gjennom rekruttering og førstegangskontakt vil bli gitt generell informasjon til avdelingen hvor prosjektet skal gjennomføres på, og det anbefales at alle ansatte ved avdelingen gis generell informasjon om forskningsprosjektet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.10.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

VEDLEGG 7

Svar fra aktuelt sykehus:



Carina Bjørlykke <carinabjorlykke@gmail.com>

(ikke noe emne)

[REDACTED] 21. oktober 2013 kl. 08.54
Til: Carina Bjørlykke <carinabjorlykke@gmail.com>, Anne Skeivoll <askeivo@hotmail.com>

Hei

Det er greit. Dere skriver at dere har tenkt å gjøre hele datainnsamlingen ved [REDACTED]. Søknaden deres er kun sendt til [REDACTED], enhetsleder [REDACTED].

Dersom dere skal ha informanter ved andre enheter må jeg sende søknadsskjema til flere. Bare gi meg beskjed i så fall.

Mvh [REDACTED]

VEDLEGG 8

Eksempel analyse fra meningsenhet til tema

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori	Tema
<p>- Det er at de er tydelige og at du ser at de er trygge på rollen. Med en gang du kommer på stans så er det ingen som er i tvil i det rommet om hvem som er leder. Du er ikke i tvil, og alle er enige om at det er sjefen. De gjør det sjefen sier. Da vet man at den kan sine ting.</p>	<p>- Gode ledere er tydelige og trygge på rollen sin. Det er ikke tvil i rommet om hvem som er leder innad i teamet.</p>	<p>-god leder, ingen tvil om hvem</p>	<p>-Utstråler tydelighet og klarhet</p>		<p>Vi påvirker hverandre</p>
<p>- har du en tydelig leder så vet den godt hva som skal gjøres og hva som ikke skal gjøres. Han vet fremdriften i hva som skal gjøres. Han finner fort ut av hvor landet ligger hos dette mennesket som en prøver å gjenopplive.</p>	<p>-En tydelig leder har en fremdriftsplan og vet hva som skal gjøres.</p>	<p>-tydelig leder har en fremdriftsplan</p>	<p>-Ser sammenhenger og må ha overblikk</p>	<p>Leder- limet i teamet</p>	
<p>- du ser tydelig at den som skal lede er usikker uten at han sier det. Da er det mye bedre om han sier ifra i stedet for å snike seg litt sånn bak i rommet og ta en lav profil</p>	<p>- Dersom leder er usikker er det bedre at han sier dette høyt</p>	<p>-tydeliggjøre egen usikkerhet</p>	<p>-usikkerhet smitter</p>		

<p>- I den settinga så er jo det kjempeviktig. Det merker en jo at fungerer godt hvis folk er flinke til å si for eksempel nå er tuben på plass, eller sjokker vekk fra senga. Ja, da kan man få lov til å bruke litt stemme når man sier sånne ting.</p> <p>-Når ingen snakker sammen. Ingen kommunikasjon i teamet i det hele tatt. Alle holder på med sitt og ingen forteller hva de holder på med. Da er det sånn at man bl-ir utrygg.</p>	<p>-det er kjempeviktig med closed loop kommunikasjon, da kan man bruke litt høy stemme.</p> <p>-utrygghet kommer når det er ingen kommunikasjon i teamet, alle holder på med sitt og ingen snakker.</p>	<p>- closed loop er viktig!</p> <p>- ingen kommunikasjon gir utrygghet</p>	<p>-få budskapet frem</p> <p>-snakk så jeg forstår</p>	<p>Kommunikasjo <i>n- et tveegget sverd</i></p>	
<p>-at folk har samme «oppskrift» i hodet. Og de samme forventningene til hva som skal gjøres og at folk er oppdatert på siste nytt. For det er jo stadig litt forandringer.</p> <p>- Ja, det er jo det at du vet hva du skal gjøre. Skjønner situasjonen. Det er jo klart det gir jo trygghet.</p>	<p>- viktig at folk har samme «oppskrift» i hodet, forventninger og at de er oppdaterte.</p> <p>-Erfaring gjør at jeg skjønner situasjonen og det gir meg trygghet.</p>	<p>- teamet har samme forventninger og er oppdaterte.</p> <p>- Erfaring gir forståelse</p>	<p>-å ha det i «hodet»</p> <p>-å ha det i «ryggmargen»</p>	<p>Kompetanse- <i>sammensatt kunnskap</i></p>	
<p>- Det kan og være når noen i teamet er usikre slik at de ikke fyller rollen sin</p> <p>- Det er jo noe med å være med å trekke trådene slik at alle går samme veien. Se litt, hvem sliter hvor i teamet. Hvem trenger hjelp. Vi må jo hjelpe hverandre til å bli gode.</p>	<p>-usikre teammedlemmer, utydelige roller</p> <p>- Hjelpe hverandre til å bli gode innad i teamet slik at alle er på riktig vei</p>	<p>-rolleusikkerhet</p> <p>- hjelpe hverandre gode</p>	<p>-Å finne sin plass</p> <p>-Vi påvirker hverandre</p>	<p>Teamdynamikk <i>- å fungere som en enhet på godt og vondt</i></p>	

<p>Ikke bare helt se at min rolle er fylt, og alle andre gjør feil og her står jeg.</p> <p>-Det er viktig at man får det ut. Med å ta en debriefing kunne man blitt litt bedre kjent med hverandre og bedre kjent med tankesettet til de andre i teamet. Fått en bekreftelse på at det man gjorde var riktig. Så kan man lære noe av det.</p>	<p>-Gjennom debriefing kan man bli bedre kjent med hverandres tankesett og få bekreftelse på det man har gjort, samt lære noe av det.</p>	<p>- lære hverandres tankesett gjennom debriefing</p>	<p>-Å snakke sammen når stormen stilner</p>		
<p>Og hvis jeg er på en plass jeg er litt mer kjent. Det er litt mer utrygt hvis en plutselig skal en plass som en nesten aldri har vært før og som en nesten ikke husker hvor en er hen.</p>	<p>Trygt å løpe på kjente steder. Og utrygt ved mindre kjente steder.</p>	<p>Omgivelsenes betydning.</p>		<p>Tid og sted</p>	