

MASTEROPPGAVE

MINT5900

November 2016

«Bedre lagspiller av å trene sammen?

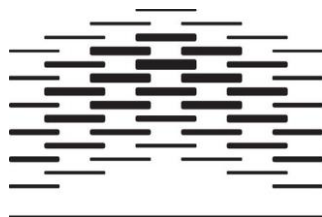
-Hvordan kan deltagelse i tverrprofesjonell in-situ simuleringstrening
bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere?»

-En kvalitativ studie

Hege Vistven

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Tittel	<p>«Bedre lagspiller av å trene sammen?» Hvordan kan deltagelse i tverrprofesjonell in-situ simuleringstrening i hjertestansteam bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere?» -En kvalitativ studie.</p>
Bakgrunn	<p>Forskningen er knyttet til og et ledd i evaluering av et simuleringprosjekt med simuleringstrening i tverrprofesjonelt hjertestansteam ved et sykehus i Norge. Hensikten med studien er å evaluere intervensjonen gjennom intensivsykepleierens uttrykk. Den overordnede begrunnelsen er viktigheten av tverrprofesjonell samhandling for god pasientbehandling og pasientsikkerhet. Forskningsspørsmålene er knyttet til</p> <ul style="list-style-type: none"> -hvordan intensivsykepleiere kan øke samhandlingskompetanse gjennom tverrprofesjonell simuleringstrening, og hvilke faktorer som har betydning? -om det har noe å si at alle profesjonene trener sammen i autentisk team? -om det har betydning for intensivsykepleierens forståelse av egen kompetanse?
Metode	<p>Det er brukt en deskriptiv kvalitativ metode og data er samlet inn i fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere. Intervjuguide ble utarbeidet fra et teoretisk rammeverk for tverrprofesjonelt teamarbeid i helse og sosialfag. Rammeverket ble også brukt til å systematisere funn i drøfting.</p>
Resultat	<p>Intensivsykepleierne ga uttrykk for økt samhandlingskompetanse etter gjennomført simuleringstrening. Relasjonelle, prosessuelle, kontekstuelle og organisatoriske forhold som påvirket dette ble påpekt. Funnet ble kategorisert i følgende kategorier: Kommunikasjon, Roller og teamarbeid, ledelse, debriefing og Realistisk øvelse. Følgende overordnede tema ser ut til å være en forutsetning for læring av samhandlingskompetanse i simuleringstreningen: Trygghet, tydelighet, forståelse og realisme. Intensivsykepleierne uttrykte at de hadde fått ny forståelse for egen og andres rolle i teamet og hvordan samhandling i teamet bør foregå for at det skal være effektivt.</p>
Konklusjon	<p>Ut fra dette utvalget ser det ut til at in-situ simulering i tverrprofesjonelt hjertestansteam kan øke samhandlingskompetansen til intensivsykepleierne ved å gjøre simuleringen trygg, forståelig, tydelig og realistisk.</p>
Nøkkelord	<p>Intensivsykepleie, Intensivsykepleie, Samhandlingskompetanse, Simulering, Tverrprofesjonelle team, Hjertestansteam, Resuscitering, Kommunikasjon, Roller, Teamarbeid, Ledelse, Debriefing, Realistisk øvelse, Trygghet, Tydelighet, Forståelse og Realisme</p>

Title	<p>«Better teamplayer from training together? How can participation in interprofessional in-situ simulation-training in cardiac-arrest team improve intensive care nurses interactive skills?» -A qualitative study.</p>
Background	<p>The research is related to, and a part of the evaluation of a simulation project with simulation training in interprofessional cardiac-arrest team at a hospital in Norway. The purpose of this study is to evaluate the intervention through intensive care nurses' expressions. The overarching rationale is the importance of interprofessional interaction for good patient care and patient safety. The research questions are related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> -how intensive care nurses can increase interaction skills through interprofessional simulation training, and what factors have an impact? -if it has something to say that all professions exercising together in authentic team? -if it is important for intensive care nurse's understanding of their own expertise?
Method	<p>It is used a descriptive qualitative method and data collected in focus group interviews with intensive care nurses. The interview- guide was compiled from a theoretical framework for inter-professional teamwork in health and social care. The framework is used to systematize findings in discussion.</p>
Results	<p>Intensive care nurses expressed group interaction skills through simulation training. Relational, procedural, contextual and organizational factors that influenced this was pointed out. Findings were categorized into the following categories: Communication, roles and teamwork, leadership, debriefing and realistic exercise. The following main theme seems to be a prerequisite for learning interaction skills in simulation training: Assurance, clarity, understanding and realism. Intensive care nurses expressed that they had gained new understanding of their own and others' roles in the team and how collaboration within the team should take place for it to be effective.</p>
Conclusion	<p>Based on this sample, it appears that in-situ simulation in inter-professional cardiac team can increase collaboration expertise of intensive care nurses by making simulation safe, understandable, clear and realistic.</p>
Keywords	<p>Intensive care nursing, interactive skills, simulation, inter-professional team, cardiac arrest team, resuscitation, communication, roles, teamwork, leadership, debriefing, realistic experience, confidence, clarity, understanding and realism</p>

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	s. 3
1.1 Introduksjon til tema.....	s. 3
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	s. 4
1.3 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	s. 4
1.3.1 Intervensjonen.....	s. 4
1.3.2 Pasientbehandling og pasientsikkerhet.....	s. 6
1.4 Hensikt med forskningsundersøkelsen.....	s. 6
1.5 Avgrensinger.....	s. 7
1.6 Tidligere funn og indikasjoner for forskning.....	s. 7
2.0 LITTERATURGJENNOMGANG.....	s. 9
2.1 Systematisk litteratursøk og søkestrategi.....	s. 9
2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	s. 10
2.3 Utvelgelse av aktuelle forskningsartikler.....	s. 11
2.4 Presentasjon av sentrale forskningsartikler.....	s. 12
2.5 Styrker og svakheter ved utvalgt forskning.....	s.13
3.0 TEORETISK GRUNNLAG.....	s. 15
3.1 Sentrale begreper.....	s. 15
3.1.1 Tverrprofesjonalitet.....	s. 15
3.1.2 Samhandling.....	s. 15
3.2 Samhandlingskompetanse.....	s. 16
3.3 Tverrprofesjonelle team og teamprosesser.....	s. 17
3.4 Et konseptuelt rammeverk for tverrprofesjonelt samarbeid.....	s. 18
4.0 METODE.....	s. 22
4.1 Valg av metode.....	s. 22
4.2 Utvalg.....	s. 22
4.3 Strategi for rekruttering og innpass i forskningsfeltet.....	s. 23
4.4 Datainnsamling og transkribering.....	s. 24
4.4.1 Forberedelse til datainnsamling.....	s. 24
4.4.2 Praktisk gjennomføring.....	s. 25
4.4.3 Transkribering av data.....	s. 25
4.5 Analyse.....	s. 26
4.6 Relevans og gyldighet.....	s. 28.
4.7 Forske i eget miljø.....	s. 29
4.8 Forskningsetiske overveielser.....	s. 30
5.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	s. 33

5.1 Kommunikasjon.....	s. 33
5.1.1 Trygghet i kommunikasjon.....	s. 33
5.1.2 Tydelighet i kommunikasjon.....	s. 35
5.2 Roller og teamarbeid.....	s. 36
5.2.1 Trygghet på kompetanse og samhandling i teamet.....	s. 36
5.2.2 Forståelse av kompetanse og samhandling i teamet.....	s. 37
5.2.3 Tydelige roller og tydelige team	s. 38
5.3 Tydelig ledelse.....	s. 39
5.4 Debrifing.....	s. 40
5.4.1 Trygghet i debrifing.....	s. 41
5.4.2 Forståelse gjennom refleksjon i debrifing.....	s. 42
5.5 Realisme i simulering.....	s. 43
5.6 Oppsummering av funn.....	s. 44
6.0 DISKUSJON.....	s. 46
6.1 Samhandlingskompetanse i et relasjonelt perspektiv.....	s. 46
6.1.1 Trygg kommunikasjon.....	s. 46
6.1.2 Trygghet på egen kompetanse, roller og samhandling.....	s. 47
6.2 Samhandlingskompetanse i et prosessuelt perspektiv.....	s. 48
6.2.1 Tydelig kommunikasjon.....	s. 48
6.2.2 Situasjonsforståelse.....	s. 50
6.2.3 Tydelig ledelse og oppgavefordeling.....	s. 50
6.3 Samhandlingskompetanse i et kontekstuelt perspektiv.....	s. 51
6.3.1 Trygt miljø i simulering og debrifing.....	s. 51
6.3.2 Realistiske omgivelser: Autentisk team.....	s. 53
6.4 Samhandlingskompetanse i et organisatorisk perspektiv.....	s. 54
6.5 Styrker og svakheter ved forskningsundersøkelsen.....	s. 55
6.6 Oppsummering og forslag for videre forskning.....	s. 56
LITTERATURLISTE.....	s. 57
VEDLEGG 1: Søknad om gjennomføring av forskningsundersøkelse	
VEDLEGG 2: Tillatelse til å gjennomføre forskningsundersøkelse	
VEDLEGG 3: Tillatelse fra personvernombudet; NSD	
VEDLEGG 4: Utsatt frist fra personvernombudet; NSD	
VEDLEGG 5: Informasjonsskriv til respondenter	
VEDLEGG 6: Intervjuguide	

1.0 INNLEDNING

Dette er en masteroppgave i intensivsykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og gjennomføres som et forskningsprosjekt. Innledningsvis vil jeg presentere og gjøre rede for bakgrunnen for valg av problemstilling. Bakgrunn for valg av problemstilling og hensikten med studien klargjøres.

1.1 Introduksjon til tema

Ifølge NSFLIS (2002) Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier stilles det høye krav til intensivsykepleierens evne til tverrfaglig samarbeid og samhandling med de ulike faggruppene som behandler pasienten. Intensivsykepleie skal administreres som en del av en større enhet. En av de mest utfordrende kliniske situasjoner intensivsykepleieren står ovenfor i akuttsykehus er hjertestans. Situasjonen krever et team av forskjellige profesjoner med ulike roller som jobber sammen for et felles mål; å redde liv, og intensivsykepleieren er en del av teamet.

Ifølge Orvik (2015) blir det stadig et større preg av lagidrett på det arbeidet i kliniske komplekse virksomheter som hjertestansteam. Å spille på lag er samhandling, og ifølge Orvik (2015) krever samhandling samhandlingskompetanse. Samhandlingskompetanse innebærer handlingsorientering, felles ansvar og gjensidig avhengighet. Team som behandler pasienter hjertestans, videre omtalt som hjertestansteam, må inneha både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Forskning på resuscitering og hjertestans har et økt fokus på de ikke-tekniske ferdighetene som skal til for at et hjertestansteam skal kunne samhandle effektivt til beste for pasienten. Ikke-tekniske ferdigheter, omtalt i engelsk litteratur som «Non-technical skills» eller «NTS», er ferdigheter som kreves for å mester teamprosesser som f.eks kommunikasjon, lederskap, prioritering, rolleforståelse og situasjonsforståelse (Andersen, Jensen, Lippert, & Østergaard, 2010). Ferdighetene anses som nødvendig for å inneha samhandlingskompetanse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Denne forskningen er et ledd i evalueringen av et prosjekt ved et lokalsykehus i Sør-Norge. Prosjektet er en intervensjon med simuleringstrening hvor alle profesjonene i hjertestansteamet øver sammen i et simulert hjertestansscenario. Læringsfokus er på ikke-tekniske ferdigheter som samhandling, kommunikasjon og ledelse. Målet er å styrke interaksjonen i teamet for å nå felles mål i resuscitering, og gjennomføre oppgaven på en koordinert og rasjonell måte. For å evaluere intervensjonen ble følgende problemstilling utarbeid:

«Bedre lagspiller av å trene sammen?

- Hvordan kan deltagelse i tverrprofesjonell in-situ simuleringstrening i hjertestansteam bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere?».

Ordlyden i problemstillingen henviser til sammenligningen mellom lagidrett og teamarbeid som nevnt innledningsvis. Det viser til intensivsykepleierens plass i en større sammenheng, det aktuelle behandlingsteamet som har ansvar for pasienten.

1.3 Bakgrunn for valg av problemstilling

Simulering har et overordnet moralsk formål og det er pasientsikkerhet. Likevel er det ikke sånn at bare man simulerer så blir pasientsikkerheten ivaretatt. Simuleringen må kvalitetssikres og vurderes. Denne forskningsundersøkelsen er et ledd i evaluering av en simuleringsintervensjon. Evalueringen vil bli foretatt i et intensivsykepleiefaglig perspektiv. Det gjøres kort rede for intervensjonen her:

1.3.1 Intervensjonen

Simuleringsprosjektet og startet opp i 2015. Tidligere har intensivsykepleierne som deltar i hjertestansteamet gjennomført resusciteringsøvelse i egen faggruppe. Intervensjonen i simuleringsprosjektet går ut på at alle aktørene i hjertestansteamet skal gjennomføre in-situ simuleringsøvelse på hjertestansscenario samlet.

Videre i teksten brukes ord som intervensjonen, simuleringstreningen, og simuleringprosjektet om hverandre, men alle ordene henviser til den samme intervensjonen. In-situ simulering er en teambasert treningsteknikk som gjennomføres ved reelle pasientavdelinger. Autentisk utstyr brukes og deltagerne er helsepersonell som ville deltatt i teamet ved en reel situasjon (Wheeler, Geis, Mack, LeMaster, & Patterson, 2013). Det har aldri vært trent på ikke-tekniske ferdigheter eller samhandling mellom profesjonene i hjertestansteamet ved det aktuelle sykehuset. Simuleringsprosjektet har til hensikt å heve hjertestansteamets forberedthet til å håndtere og behandle hjertestans med fokus på bedre pasientbehandling og pasientsikkerhet. Hjertestansteamet har klart definerte oppgaver nedfelt i prosedyre for hjertestansteamet som vist i tabellen nedenfor:

Ansvar og arbeidsfordeling:

Medisinsk Lege	Teamleder. Ansvar for at gjeldende prosedyre følges, leder stansteam og følger TID i sløyfe. Kunne defibrillere ved behov
Medisinsk turnuskandidat	Brystkompresjoner
Anestesilege	Frie luftveier og ventilering. Intravenøs tilgang.
Anestesisykepleier	Tar med akuttsekk for luftveishåndtering. Frie luftveier og ventilering. Intravenøs tilgang. Trekke opp anestesimedikamenter
Intensivsykepleier	Tar med akuttveske med medikamenter og defibrillator som kobles opp og defibrillerer ved behov. Trekke opp medikamenter og føre kurve

Fra tabellen ser vi at intensivsykepleiers har med defibrillator og akuttmedisin til stedet for hjertestans på sykehuset. Videre har hun ansvar for å koble opp og administrere defibrillator samt trekke opp og gi medisiner som sine definerte oppgaver. De som skal delta i simuleringstreningen får beskjed om dette på morgenen, et omtrentlig tidspunkt for øvelsen og hvor øvelsen vil foregå. Alle deltar i vanlig drift på sykehuset inntil alarmen utløses.

1.3.2 Pasientbehandling og pasientsikkerhet

Det er et økt fokus i nyere forskning på betydningen av tverrprofesjonalitet og samarbeid for pasientsikkerhet. Helsepersonell har tradisjonelt trent på oppgaver som individer eller i hver enkelt profesjon, samtidig som man i praksis alltid skal jobbe som et team som jobber rundt pasienten. Det lager et språk mellom hvordan det trenes på oppgaver og hvordan de i praksis utføres (Hunt, Shilkofski, Stavroudis, & Nelson, 2007). European Resuscitation Council, ERC, anbefaler at man trener på resuscitering gjennom simulering i tverrfaglige team (Monsieurs et al., 2015). Like viktig som praktisk øvelse er det å reflektere sammen over delte erfaringer i debriefing i etterkant av praktisk øvelse (Monsieurs et al., 2015; Reeves, Lewin, Esprin, & Zwarenstein, 2010). Simuleringstrening kan medvirke til å ivareta pasientens rett til rettferdig og lik behandling gjennom at situasjoner som er sjeldne eller risikofylte trenes på og i økende grad standardiseres (Hofmann, 2015).

Det ligger i mitt mandat som intensivsykepleier å bidra til å utvikle faglig forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet. I følge Stubberud (2015a) er det viktig at intensivsykepleiere bidrar med forskning som sørger for at ny kunnskap kommer fram og blir omsatt til og innarbeidet i praksis. I følge NSFLIS (2002), Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleier, skal vi bidra til å forske og utvikle faget vårt. Dette er forskning som er nær praksis. Resultatet av forskningen gir en evaluering av en intervensjon og utviklingen av et prosjekt og kan få konsekvenser for praksis.

1.4 Hensikt med forskningsundersøkelsen

Forskningsundersøkelsen har hatt til hensikt å få frem hvordan simuleringstrening i tverrprofesjonelle hjertestansteam kan ha betydning for utvikling av samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere. Det vil si om intensivsykepleieren opplever at simuleringstreningen gjør henne mer kompetent til å samhandle med de andre profesjonene i hjertestansteamet, og på hvilken måte. I forkant av forskningsundersøkelsen ble følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan kan intensivsykepleieren øke sin samhandlingskompetanse gjennom simulering i tverrprofesjonelle hjertestansteam, og hvilke faktorer spiller inn?
- Utgjør det noen forskjell for utvikling av samhandlingskompetanse at alle profesjonene i hjertestansteamet trener sammen i simulering?
- Er det tydelig for intensivsykepleierne hvilken samhandlingskompetanse som er nødvendig og har hun en opplevelse av å være en samhandlingskompetent del av hjertestansteamet etter gjennomført simuleringstrening?

1.5 Avgrensinger

Dette er en masteroppgave i Intensivsykepleie, og forskningen skal knyttes til intensivsykepleiefaget. Det tas utgangspunkt i NSFLIS (2002) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Initialt var det ønskelig og ble søkt om muligheten til å inkludere flere profesjoner i forskningsundersøkelsen, men etter en evaluering ble det bestemt å kun inkludere intensivsykepleiere i denne forskningsundersøkelsen. Avgrensingen har vært nødvendig i denne sammenheng grunnet oppgavens gitte rammer, oppgavens gitte omfang og tidsaspektet. Teori om simulering som metode forventes kjent og blir ikke gjort rede for. Alle funn fra forskningsundersøkelsen har ikke kunnet presenteres og drøftes grunnet oppgavens begrensede omfang. Funn som presenteres oppleves som sentrale og relevante til problemstillingen.

1.6 Tidligere funn og indikasjoner for forskning.

Gjennom mitt litteratursøk fant jeg store mengder forskning på simuleringstrening for team i helsevesenet. Et av hovedfunnene er at simuleringstrening i team øker kvaliteten på pasientbehandling og pasientsikkerhet, men at det er vanskelig å sammenligne forskningen fordi det ikke er en standardisert intervensjon. Forskning har et økt fokus på de ikke tekniske ferdighetene og de menneskelige faktorene som påvirker resuscitering (Andersen et al., 2010; Buljac-Samardzic, Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden, & van Wijk, 2010; Frengley et al., 2011; Hunziker et al., 2011; Marsch et al., 2004; E. M. Norris & A.S. Lockey, 2012)

Simuleringstrening tas i bruk for å øke helsepersonells forberedthet til å møte akutte, alvorlige situasjonen som for eksempel hjertestans. Det er gjort kvantitative og kvalitative studier om implementering av tverrfaglig simuleringstrening, og måling av effekt i forhold til helsepersonells vurdering av om dette har vært nyttig. (R. Ballangrud, Hall-Lord, Hedelin, & Persenius, 2013; Kyrkjebo, Brattebo, & Smith-Strom, 2006; Meurling et al., 2013; Muller-Juge et al., 2014)

I og med at denne forskningen er knyttet til en intervensjon som er unik for dette sykehuset og tilpasset konteksten og læringsmålene, gir det indikasjon for forskning på og evaluering av intervensjonen.. I forskningslitteraturen fant jeg også begrunnelser for å utføre forskningen. Watters et al. (2015) viser til at det trengs videre forskning på hvordan og hvorfor er det forskjell på en tverrprofesjonell læringssituasjon og læringssituasjon hvor profesjonene trener segregert. R. Ballangrud, Hall-Lord, Persenius, and Hedelin (2014) viser til at det trengs forskning for å få en dypere forståelse av intensivpersonalets oppfattelse av tverrprofesjonelt samarbeid betydning for pasientsikkerhet.

2.0 LITTERATURGJENNOMGANG

I dette kapittelet vil det gjøres rede for søkestrategi for å finne forskning som var aktuell i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. Det vil bli gjort rede for inklusjons- og eksklusjonskriterier. Prosessen med gjennomgang av tidligere forskning som er relevant for denne studien vil bli beskrevet. Sentrale artikler presenteres kort, og styrker og svakheter ved forskningen vil bli diskutert.

2.1 Systematiske litteratursøk og søkestrategi.

For å klargjøre og strukturere forskningsspørsmålet har jeg brukt et PICO skjema:

Pasient/problem	Intervensjon	Comparison/sammenligning	Outcome/resultat
-Deltager i tverrprofesjonell simuleringstrening -Deltager i hjertestansteamet -Teammedlemmet	-Tverrprofesjonell In-situ simuleringstrening i hjertestansteam -Tverrprofesjonell simuleringstrening	- Tradisjonell AHLR trening i segregerte profesjonsgrupper vs. tverrprofesjonell simuleringstrening. -Simulere sammen med hele teamet vs. den enkelte profesjonsgruppe hver for seg	- Økt Samhandlingskompetanse -Bedre ikke-tekniske ferdigheter; NTS -Bedre teammedlem -Bedre pasientbehandling -Økt pasientsikkerhet

PICO skjemaet ble videre brukt for å sett opp søkeord for søk i databaser:

-Critical care -Cardiac arrest team -Advanced Life support team	Simulation, Resuscitation, Interprofessional Teamwork Collaboration	-Resuscitation Practice -Interprofessional teamwork in resuscitation	-Experienced learning -Teamwork-skills -Self-assessment -Improved NTS
Cardiac arrest team* AND Simulation* Critical Care*	-Simulation* -Interprofessional teamwork* AND resuscitation*	Simulation AND resuscitation practice Simulation AND Interprofessional teamwork in resuscitation	Interprofessional teamwork* AND Patient safety* -Simulation* AND Patient safety*

Jeg har gjennomført søk i følgende databaser: Chinal, Medline, Pubmed, Ovid og ProQuest. I løpet av forskningsprosessen har søketjenesten Oria blitt tilgjengelig og brukt i søket. Jeg har også brukt søketjenesten QxMD. Det har vært søkt på søkeordene hver for seg og deretter satt noen sammen for å se om dette gir mer nøyaktig søkeresultat. Databasene er valgt utfra graden av tilgang til sykepleiefaglig og medisinsk forskning, samt tilgang jeg har hatt til databasene. Litteraturhenvisninger er også gjennomgått manuelt og artikler som gjennomgående refereres til i annen forskning er undersøkt.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

I tabellen under har jeg presentert inklusjons og eksklusjonskriterier jeg har lagt til grunn for i litteraturgjennomgangen:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Har en intensivsykepleiefaglig eller intensivmedisinsk forankring.	Som omhandler simuleringsscenarioer fra pediatriske settinger
Omhandler simuleringstrening på resuscitering trening i team/tverrprofesjonelt	Studier som kun omhandler selve simuleringsovelsen
Omhandler tverrprofesjonell simulering	Studien i kontekst som ikke er relevant for intensivsykepleie
Simulering innenfor sykehus	Simulering utenfor sykehus
Norsk eller engelsk språk	Artikkelen er ikke tilgjengelig på norsk eller engelsk
Ikke eldre enn 10 år	Eldre enn ti år

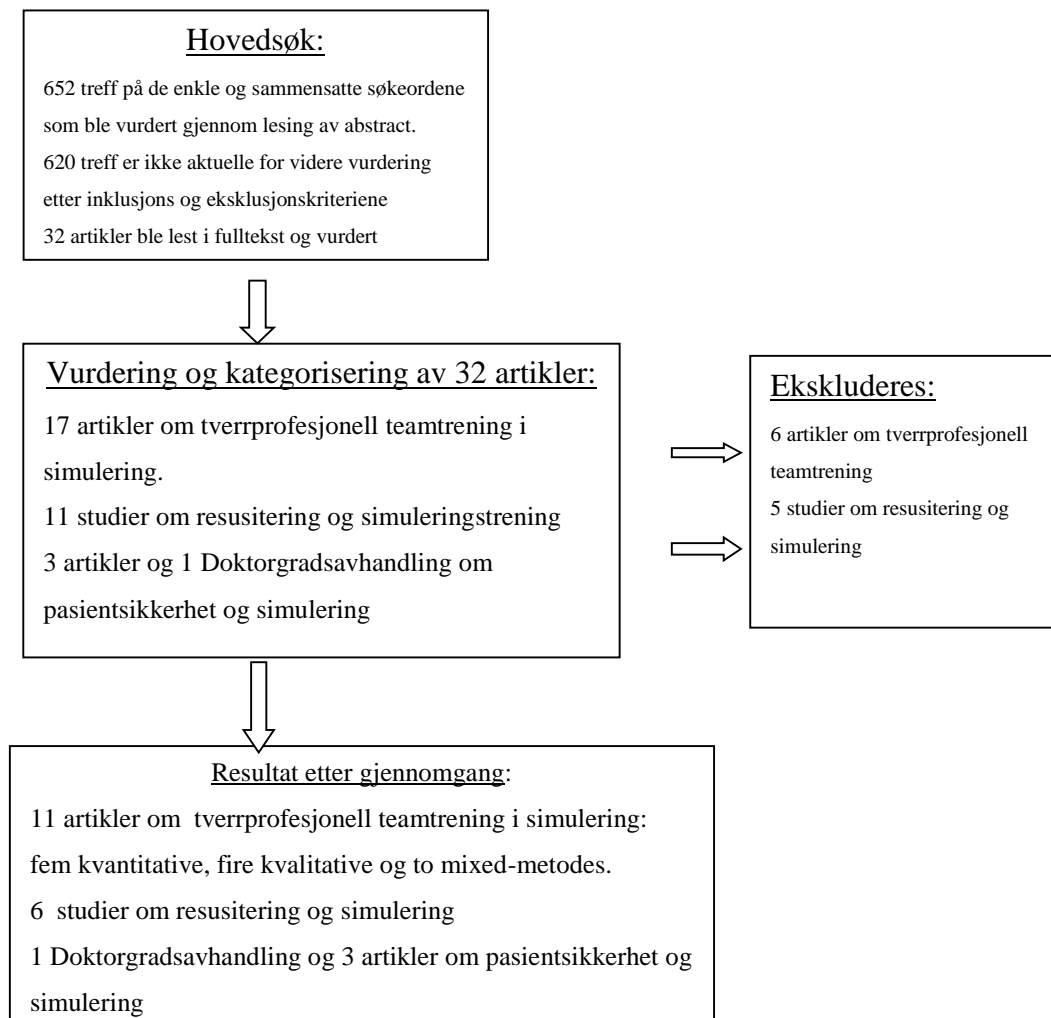
Det har vært viktig å få tak i forskning som inngår i en lik kontekst som forskningsfeltet jeg befinner meg i, for lettere å kunne overføre funnene. Jeg har ekskludert forskning om simuleringstrening for studenter, da det ut fra begrenset erfaring er usikkert hvorvidt de er kjent med den kliniske konteksten hjertestansteamet befinner seg i. Det er mye ny forskning på simuleringstrening, og jeg har derfor satt en ramme på de siste ti årene i inklusjonskriterier. Likevel har jeg tatt med noen artikler som er eldre enn ti år. Dette har jeg gjort fordi de fremstår som sentrale for utviklingen av simuleringstrening i tverrprofesjonelle team og refereres til i flere av de nyere forskningsartiklene.

2.3 Utvelgelse av aktuelle forskningsartikler.

I gjennomgang og utvelgelsesprosessen har jeg brukt Kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2014). Utvelgelsen ble foretatt med utgangspunkt i inklusjons og eksklusjonskriteriene som er presentert tidligere. Initialt gjennomgikk jeg abstraktene til aktuell litteratur og vurderte om denne forskningen var relevant for min problemstilling. Etter gjennomgang av abstrakter satt jeg igjen med 32 artikler. Artikkene ble så lest i full tekst, noe som igjen førte til eksklusjon av 11 artikler. Ekskluderingen ble foretatt på grunn av manglende relevans til forskningsspørsmålene. Videre samlet jeg resterende artikler i en systematisk oversikt og kategoriserte forskningen etter tema følgende tema:

- 1) Tverrprofesjonell teamtrening og simulering.
- 2) Resuscitering og simulering.
- 3) Pasientsikkerhet og simuleringstrening

I tabellen presenterer jeg utvelgelsesprosessen i litteratursøket:



Etter gjennomgang av aktuell forskning ut fra inklusjons/eksklusjonskriterier og kvalitet har jeg inkludert til sammen 21 studier som vist i tabellen ovenfor. Det meste av forskningen er presentert på engelsk. Forskningen belyser ulike aspekter av forskningsspørsmålene og vurderes som relevant i forhold til problemstillingen.

2.4 Presentasjon av sentrale forskningsartikler.

Her presenteres noen studier som vurderes som sentrale funn, og som er relevante i kunnskapsgrunnlaget for denne forskningsstudien:

Andersen et al. (2010) har publisert en kvalitativ studie: "Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams." Formålet er å identifisere hvilke ikke-tekniske ferdigheter som bidrar til å forbedre utførelse av teamarbeid og beskrive barrierer som hindrer bruk av de ikke-tekniske ferdighetene i stansteam. Studien konkluderer med at en forbedring av ikke-tekniske ferdigheter kan forbedre teamarbeid og behandling av hjertestans, men at det finnes flere barrierer som må overvinnes. Forståelse for muligheter for utvikling av og barrierer for ikke-tekniske ferdigheter i hjertestansteamet kan være viktig for å forstå hvordan intensivsykepleiere utvikler samhandlingskompetanse. Denne undersøkelsen er gjort i Danmark, og forskningen kan være gjennomført i tilsvarende kontekst når det gjelder kultur og helsevesen.

Frengley et al. (2011) har publisert studien: "*The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care teams.*" I intervensjonen ble teamene randomisert til case-basert læring eller simulerings-basert læring for to scenarioer. 40 team bestående av en lege og fire sykepleiere gjennomgikk en 10 timers studiedag som inkluderte team-intervensjonen debriefing og undervisning. Resultatet ble signifikant forbedring i score for teamarbeid, lederskap og team koordinasjon i postintervensjonstest. I resultatene kom det fram at debriefing fører fram til en stor del av læringseffekten. Deltagerne evaluerte studiedagen og simuleringsopplevelsen og følgende tematiske kategorier kom ut av dette: Læring av kurset, trygghet i lignende akutte situasjoner, trygghet i akutte hendelser generelt, forandringer i klinisk praksis eller teamarbeid etter gjennomført intervensjon. Det er funnet referanser til denne artikkelen i annen forskning.

Meurling et al. (2013) har publisert artikkelen: ”Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions.” Studien undersøker relasjoner mellom simuleringstrening og ulike profesjoners mestringsforventinger, opplevd kvalitet av samarbeid og kommunikasjon og oppfatninger av teamarbeid og trygghet. Resultatet av undersøkelsen var at leger, sykepleiere og hjelpepleiere opplevde økt mestringsforventning på å forstå og kunne håndtere en akutt klinisk situasjon etter simuleringstrening. Studien konkluderer med at alle teammedlemmene dro fordeler av simuleringstrening i autentisk sammensatte team, men at det ble uttrykt forskjellig i de ulike profesjonsgruppene. Forskningen har relevans til problemstillingen ved at den undersøker effekter av simuleringstrening i autentiske team, der deltagerne utfyller den rollen de vanligvis innehar. Det at undersøkelsen er gjort i Sverige kan bety at det har en sterkere overføringsverdi til våre egne forhold ved at det er nært i geografi og kultur.

Watters et al. (2015) har foretatt en sammenlignende intervensjonsstudie hvor simuleringstrening i tverrprofesjonelle og enprofesjonelle team ble sammenlignet. Deltagernes mestringstro på følgende områder ble målt: å administrere akutte situasjoner, kommunikasjon, teamarbeid og lederskap. I sammenlikning mellom tverrprofesjonell og enprofesjonell simuleringstrening viste funnene at egen mestringstroen hadde økt med 12 % hos de som trente i enprofesjonelle team og med 20% hos de som trente i tverrprofesjonelle team. Den tverrprofesjonelle simuleringstreningen ble fremhevet som den med størst læringsutbytte. Denne forskningen er sentral i forhold til forskningsspørsmålet om det utgjør noen forskjell for utvikling av samhandlingskompetanse at legene og sykepleierne trener sammen i sine respektive roller og funksjoner i hjertestansteamet.

2.5 Styrker og svakheter ved utvalgt forskning.

Studier fra Europa og USA, inkludert tre skandinaviske land er inkludert i etter å ha gjennomført kunnskapssøket i forskningslitteraturen. Det kan anses som en styrke for mangfoldet i funnene ved at forskningen fra forskjellige deler av verden. Studiene fra Norge, Sverige og Danmark vil hevdes å være forsket fram under ganske lik overordnet kontekst i forhold til struktur og kultur i helsevesenet. Det kan likevel være forskjeller i konteksten på mellom ulike sykehus og avdelinger, og ulikheter i intervensjoner og definisjoner som må tas hensyn til når funn fra forskningsundersøkelsen skal sammenlikning med tidligere forskning.

De inkluderte forskningsundersøkelsene består av forskning som er vurdert til å være fra middels til lav kvalitet vurdert ut fra S-pyramiden. Det er likevel ikke nødvendigvis den forskningen som ligger høyt i evidens og kvalitet, altså høyt på S-pyramiden jeg trenger som teoretisk bakgrunn for min studie. Hensikten med litteraturgjennomgangen har vært å gjøre et bredt søk for å finne mest mulig kunnskap om forhold og fenomener knyttet til tverrprofesjonell teamtrening i simulering og intensivsykepleierens rolle i dette. Dette gir styrke i form av et robust teoretisk kunnskapsgrunnlag, og viser hva slags relevant forskning som allerede eksisterer på området.

Mange variabler som for eksempel hvilke læringsmål som brukes og hvordan simuleringstreningen gjennomføres spiller inn på teamprosesser og simuleringstrening. For å få fram og evaluere hvordan simuleringstreningen ved dette aktuelle forskningsstedet virker inn på samhandlingskompetanse og ikke-tekniske ferdigheter for intensivsykepleierne må det undersøkes spesifikt på dette utvalget og dette forskningstedet. Det finnes forskning som kan ha overføringsverdi og gi de samme svarene, men det vet man ikke før man har gjennomført forskningsundersøkelsen. Det vil også være relevant å se på om man i denne forskningsundersøkelsen kan komme fram til de samme funn og trender som i allerede eksisterende forskning.

3.0 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet vil det gjøres rede for teoretisk for forståelse og rammeverk for forskningsundersøkelsen. Det gjøres kort rede for sentrale begreper. Videre presenteres teori om teamarbeid og teamprosesser. Tilslutt i kapitlet presenteres et teoretisk rammeverk hvor faktorer som virker inn på tverrprofesjonelt teamarbeid er systematisert.

3.1 Tverrprofesjonalitet og samhandling

Det vil i dette kapitlet bli gjort rede for sentrale begreper som er relevante i forskningen. Det vil gjøres rede for hvordan begrepet tverrprofesjonalitet brukes i denne studien. Det blir gjort rede for samhandling i teamkontekst.

3.1.1 Tverrprofesjonalitet

Det brukes forskjellige begreper om arbeid som involverer flere profesjoner i forskningslitteraturen. I denne forskningsundersøkelsen er begrepet tverrprofesjonalitet valgt når profesjonenes samhandling i hjertestansteamet omtales. Begrepet tverrprofesjonalitet, eller det engelske interprofessionalism, har fått en sterkere posisjon i nyere forskning. Orvik (2015) viser til at mens tverrfaglighet handler om fag, disipliner og kunnskap, så beskriver tverrprofesjonalitet i større grad om hvordan klinikere arbeider sammen, og det inneholder en større grad av kollektivt ansvar. Alle faktorer som virker inn på tverrprofesjonalitet tas hensyn til. Begrepet anses relevant for den typen samhandling som forgår mellom profesjonene i hjertestansteamet ut fra den nære samhandlingen og det kollektive ansvaret for pasientbehandlingen.

3.1.2. Samhandling

Ifølge Orvik (2015) kan samhandling karakteriseres som kunnskap i handling. Det rettes særlig oppmerksomhet mot organisering av pasientarbeidet. Intensivsykepleiere og alle som er involvert må være innstilt på at man skal løse oppgaven sammen og har et felles mål. Det felles målet er best mulig pasientbehandling.

Intensivsykepleie i akutte situasjoner dreier seg om å kunne handle og ta raske avgjørelser, og dette er avgjørende for pasientens overlevelse og for å unngå skader og varige men. Man skal kunne gå inn i nye og ukjente situasjoner, gjøre kliniske vurderinger og handle kompetent (Stubberud, 2015b). Samtidig er samhandling med behandlingsteamet en forutsetning for faglig forsvarlig intensivsykepleie, og hun skal i samarbeid med annet kvalifisert personell forebygge komplikasjoner i forbindelse med behandling (NSFLIS, 2002).

Oppgavene må løses gjennom en felles forståelse for hva denne situasjonen krever av alle involverte. Profesjonene må koordinere sine handlinger og forholdet mellom enkeltpersoner må baseres på gjensidig tillit, ansvar og likeverd. Intensivsykepleieren må på denne måten samhandle gjennom forpliktelse og gjensidig ansvar i handlinger sammen med andre profesjoner. Hjerstesteamet må samhandle fordi det ikke er mulig å gjennomføre oppgaven hver for seg uten samhandling og koordinasjon av oppgaver. Samhandling inneholder det Orvik (2015) kaller et «etisk og juridisk imperativ» om at det skal være interaksjon, at handling skal skje sammen med andre. I dette ligger det Aadland (1998) kaller en pliktetisk dimensjon. Det at intensivsykepleieren plikter til å handle til det beste for pasienten gjennom ikke skade og velgjørenhetsprinsippet, fører til en plikt til samhandling når det kreves for best mulig pasientbehandling. Det ligger en norm om at ansvar realiseres gjennom å handle sammen. Samhandling kan være et virkemiddel for å bygge tillit mellom intensivsykepleiere og profesjonene som arbeider sammen. Det er også et middel for å organisere arbeidet for pasienten.

3.2 Samhandlingskompetanse

Ifølge Orvik (2015) innebærer samhandlingskompetanse både handling og refleksjon. Det vil si evnen til å reflektere over verdier og kulturen i teamet, og om den er hensiktsmessig for å nå et felles mål. Samtidig trengs det handlingsrettet kompetanse for å organisere teamarbeidet, involvere alle tilgjengelige ressurser og bruke disse til det beste for pasienten.

Samhandlingskompetanse i klinisk sammenheng betegner relasjoner mellom helsepersonell som er forpliktende (Orvik, 2015). Intensivsykepleiere som deltar i hjerstesteamet er forpliktet gjennom mandatet til teamet å samhandle i teamet kunne gi pasienten best mulig behandling. Samtidig vil hun kunne bygge relasjoner og utvikle tillit til andre profesjoner gjennom samhandling. Det bidrar til bevisstgjøring og forståelse for hverandre i teamet.

Samhandlingskompetanse som beskrevet av Orvik (2015) kan oppsummeres i tre hovedelementer:

- **Handlingsorientering:** Det innebærer at noe skal gjøres sammen. At man som helsepersonell er handlingsorienterte i akutsituasjoner handler om å skape flyt i arbeidsprosessene og handle raskt. Det krever personlige egenskaper samtidig som man må ha relasjonelle ferdigheter som fleksibilitet og evne til improvisasjon.
- **Felles ansvar:** Det innebærer at alle profesjonene har et felles ansvar for pasientbehandlingen, og at man i felleskap opprettholder og overholder rutiner. Det er et forpliktende kollegafelleskap der alle har en viss oversikt over pasientsituasjonen.
- **Avhengighet:** Det innebærer at pasienten skal møte en helhetlig helsetjeneste. Alle profesjonene i teamet kan samhandle og at alle profesjonene er avhengig av hverandre.

Orvik (2015) hevder at helsepersonell kan utvikle samhandlingskompetanse gjennom å se, kommunisere og handle. Dette kan være et argument for å bruke simuleringstrening som metode for å utvikle samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere og andre profesjoner.

3.3 Tverrprofesjonelle team og teamprosesser

Tverrprofesjonelle team er en form for organisert samhandling hvor det er stor grad av involvering i hverandres arbeid (Orvik, 2015). Et team er en gruppe mennesker som jobber sammen for å oppnå et felles mål. De samhandler dynamisk, avhengig av hverandre, og de tilpasser seg for å oppnå spesifikke verdsatte mål. Teamet produserer et felles produkt som er et resultat av bidrag fra alle teammedlemmene (Maestre & Felpete, 2012). Ideelt sett vil et velfungerende team være mer effektivt, nøyaktig og trygt enn om ett individ eller en gruppe individer som jobber separat og parallelt skulle utført samme oppgave (Hunt et al., 2007).

I følge Maestre and Felpete (2012) er to aspekter viktig for vellykket teamarbeid i det tverrprofesjonelle teamet:

- Individets evne til å fungere som et medlem av et team
- Hele teamets evne til å fungere som en kollektiv enhet.

Størrelsen på oppgavens krav, sammensetningen av teamet og organisasjonenes kontekst virker inn på hvordan teamet yter og fungerer. Alle medlemmer i teamet bør dele informasjon på en effektiv og troverdig måte.

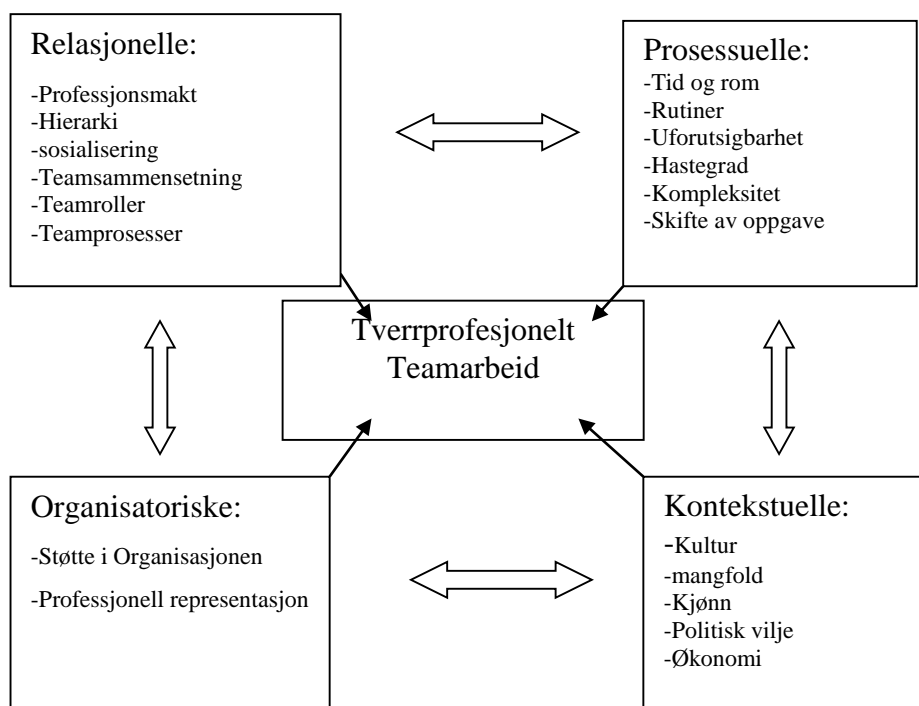
Like viktig er situasjonsbevissthet for å holde riktig perspektiv i situasjonen (Maestre & Felpete, 2012) Reeves et al. (2010) oppsummerer kjerneelementene i teamarbeid i fem punkter:

- 1) Felleskapsfølelse, det at teamet føler en felles identitet.
- 2) At roller, oppgaver og mål er avklart. Det betyr at alle teamets medlemmer vet hva alles roller og oppgaver er.
- 3) Gjensidig avhengighet. Teammedlemmer skal føle at de er avhengig av hverandre for å nå målet
- 4) Integrasjon. Det betyr at samarbeidet skal være integrert i og mellom alle teammedlemmer
- 5) Felles ansvar. Selv om hvert enkelt teammedlem har sin rolle, har alle et felles ansvar for å gjennomføre oppgaven

Teamprosesser kan defineres som kognitive, verbale og adferdsmessige aktiviteter som foregår mens teamet jobber sammen (Schmutz & Manser, 2013). Prosessene i teamet vil variere ut fra hvilket mandat teamet har. Hjertestansteamet har som mandat å utføre livreddende førstehjelp ved hjertestans. Tid er en viktig faktor som bidrar til at arbeidet må utføres effektivt. Disse teamene blir i litteratur omtalt som «high-performance teams» (Hunt et al., 2007). Teamene blir også omtalt som «fluid-teams». Dette er en gruppe mennesker som organiseres av institusjonen, og som holdes ansvarlig for en spesiell oppgave (Bushe & Chu, 2011). Teamkomposisjonen varierer fra vakt til vakt og ofte vet man ikke hvem du skal samarbeide med før du står i situasjonene og må handle raskt og effektivt.

3.4 Et konseptuelt rammeverk for tverrprofesjonelt teamarbeid.

Reeves et al. (2010) har introdusert et konseptuelt rammeverk for tverrprofesjonelt teamarbeid i boken: «Interprofesjonal Teamwork for Health and Social care». Det konseptuelle rammeverket bygger på forskning på dette tema. Faktorer som påvirker tverrprofesjonelt teamarbeid er kategorisert i fire domener. Disse faktorene tilfører noe til og påvirker teamprosesser individuelt og kollektivt (Reeves et al., 2010) Modellen under illustrerer faktorer samlet i fire hoveddomener:



Ut fra modellen ser vi at faktorene i de ulike domene påvirker hverandre og at de påvirker hvordan teamet fungerer og arbeidet blir utført. Videre gjøres kort rede for betydningen av de fire ulike domene og fremtredende faktorer ved hvert domene:

Relasjonelle faktorer:

Det er faktorer som virker direkte inn på forholdet mellom teammedlemmene, som f.eks. profesjonsmakt, hierarki og sosialisering inn i profesjonsroller. Det kan for eksempel være:

- Tydelige roller som anses å være essensielt for effektive relasjoner og ytelse i det tverrprofesjonelle teamet. Det er med på å definere hvert teammedlems oppgave, ansvar og omfang av praksis. Tydelige roller er også med på å sikre at profesjonelle grenser ikke overtreides.
- Lederen i det tverrprofesjonelle teamet spiller en nøkkelrolle i det tverrprofesjonelle teamet. Hvilken ledelsesstrategi han velger har direkte innvirkning på hvordan temaoppgaven blir utført. Lederen er et individ som påvirker andre gjennom sin evne til å motivere, ta avgjørelser og oppmuntre til deltagelse.
- Team-prosesser har mange dimensjoner. Det inkluderer kommunikasjon, stabilitet i teamet, følelser, tillit og respekt, konflikt og humor.

- Utvikling av tillit og respekt. Dette kan bygges gjennom delte erfaringer og spesielt i situasjoner hvor teammedlemmene kan vise sine tekniske ferdigheter og profesjonelle kompetanse.

Prosessuelle faktorer: Dette er faktorer som influerer hvordan teamarbeidet utføres, og som virker inn på effektiviteten i teamet:

- Tid man bruker sammen i teamet er med på å utvikle tillit, respekt og forståelse mellom medlemmene i teamet
- Fysisk plassering, altså hvor man befinner seg er en faktor som påvirker prosessen i teamet. Fysisk plassering er også hvor man befinner seg fysisk i forhold til de andre teammedlemmene.
- Uforutsigbarhet, alvorlighetsgraden og kompleksiteten av det kliniske arbeidet spiller inn på kravene til det tverrfaglige teamet. Den tverrprofesjonelle rollen til hvert teammedlem blir mer krevende og kompleks, og det øker kravene til samhandling mellom teammedlemmene.
- Skifte av oppgave kan være nødvendig i teamprosessen når situasjonen krever det. det kan bli nødvendig for teammedlemmer å overta oppgaver eller gi fra seg oppgaver.

Kontekstuelle faktorer:

Dette er faktorer som i den videste forstand finnes i det bredere kulturelle, politiske og økonomiske, samt det fysiske og miljømessige landskapet teamet befinner seg i:

- Kulturen i teamet påvirkes av alle teammedlemmenes meninger og oppfattelser som knyttes til teamet og de tverrprofesjonelle interaksjonene i teamet.
- Kjønn, politisk vilje og økonomi er også kontekstuelle faktorer som påvirker det tverrprofesjonelle teamarbeidet.
- Mangfold i teamet kan handle om personlig eller profesjonelt mangfold. Det kan være mangfold av ekspertise og erfaring som utgjør en stor felles kunnskapsbase. Mangfold kan også være ulikheter
- De fysiske omgivelsene teamet befinner seg i og tilgjengelig teknologi og utstyr

Organisatoriske faktorer:

Dette er faktorer som virker inn på det lokale organisatoriske miljøet som teamet befinner seg i, og som direkte eller indirekte påvirker tverrprofesjonelt samarbeid:

- Støtte i organisasjonen viser seg gjennom at det blir satt av tid og ressurser til å utvikle og vedlikeholde tverrfaglig samarbeid.
- Ledelsen for de ulike profesjonene kan påvirke gjennom å vise støtte og entusiasme til prosjekter som fremmer tverrprofesjonelt samarbeid.
- Det at teamet har innflytelse over eget arbeid og organisering av dette. Det vil si at teamet kan ta beslutninger om hvordan pasientbehandlingen best kan utføres i situasjonen ut fra en autonom tilnærming

Videre i denne forskningsundersøkelsen vil rammeverket bli modifisert og tilpasset til det tverrprofesjonelle samarbeidet i hjertestansteamet.

4.0 METODE

I dette kapitlet vil det gjøre rede for metodiske overveielser. Valg av forskningsdesign og metode begrunnes, og det vil bli gjort rede for hvordan forskningsundersøkelsen har blitt gjennomført. Det gjøres rede for utvalg og strategi for innpass i forskningsfeltet og rekruttering av respondenter. Prosessen med utarbeidelse av intervjuguide og datainnsamling. Det gjøres rede for analyse av data. Studiens validitet og reliabilitet vurderes, før det redegjøre for forskningsetiske overveielser som er gjort i hele forskningsprosessen.

4.1 Valg av metode

Problemstilling og forskningsspørsmålene har vært styrende for valg av metode. De skal belyses og besvares gjennom hvordan intensivsykepleierne uttrykker sine opplevelser. Det ble naturlig å velge en kvalitativ design. Forskningsundersøkelsen er utført som det Polit and Beck (2012) kaller en deskriptiv kvalitativ studie. Det er en generell design som ikke er knyttet til noe spesifikt rammeverk, teori eller forskningstradisjon, men som søker å finne og beskrive mønster i dataene som er hentet fram gjennom forskningsundersøkelsen. Kvalitativ metode kan brukes for å evaluere intervensjoner, fordi man kan få et innblikk i respondentenes forståelse og opplevelse av hvilken betydning intervensjonen har. Dette støttes av Polit and Beck (2012) og Reeves et al. (2010) som mener at det kan være hensiktsmessig for å utvikle intervensjoner gjennom å fange opp opplevelse, verdier og forståelser av individer og grupper. Det er intensivsykepleiernes forståelse og opplevelse av hvilken betydning simuleringstrening i tverrprofesjonelle hjertestansteam har for utvikling av samhandlingskompetanse som står sentralt i denne forskningen. Ifølge Ludvigsen et al. (2014) kan man gjennom kvalitative studier få fram en dypere forståelse av respondenters perspektiv og kontekstuelle faktorer. Det kan gi ny innsikt i intervensjonens vei videre.

4.2 Utvalg

Det var hensiktsmessig å rekruttere respondenter ut fra et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg settes sammen med mål om at utvalget er de som har best mulig utgangspunkt til å belyse forskningsspørsmål og problemstilling (Malterud, 2013).

Denne tilnærmingen kan være nyttig når man skal identifisere og få kunnskap om erfaringer rundt et spesielt fenomen av interesse (Polit & Beck, 2012). I dette tilfelle var tre kriterier satt:

1. Respondentene må være intensivsykepleiere grunnet intensivsykepleiefaglig fokus
2. Respondenten skulle ha gjennomført intervensjonen med tverrprofesjonell simulering i hjertestansteam for å kunne evaluere intervensjonen.
3. Respondenten måtte ha erfaring fra arbeid i hjertestansteam, for om mulig ha et sammenligningsgrunnlag med virkeligheten utenfor simuleringsøvelsen.

Alle respondentene i utvalget var av samme kjønn, kvinner, og nokså like i alder med variasjon på +/-10 år. De var intensivsykepleiere som oppfylte kriteriene som vist over. Respondentene kan karakteriseres som en homogen gruppe. For å få fram det felles erfaringsgrunnlaget som grunnlag for samtalen, samt legge til rette for en produktiv gruppedynamikk kan det være en fordel å sette sammen fokusgruppene så homogent som mulig (Malterud, 2013).

4.3 Strategi for rekruttering av respondenter og innpass i forskningsfeltet.

For å kunne gjennomføre forskningen ble det søkt om tillatelse ved avdelingsledelsen ved AIO og akuttmottak på sykehuset (Se vedlegg 1). Klarsignal for oppstart av forskningsundersøkelsen ble gitt på e-post (se vedlegg 2). Det ble i første omgang søkt om å inkludere flere profesjonsgrupper i denne forskningen. Da dette ble omgjort til å kun inkludere intensivsykepleiere ble dette avklart muntlig med avdelingsleder. I samarbeid med veileder ble det sendt søknad til personvernombudet, NDS, og det ble gitt godkjennelse for gjennomføring av forskningsprosjektet. Se vedlegg 3. Da forskningsprosjektet ble utsatt ble det gitt tillatelse og utsatt frist av Personvernombudet, NSD (Se vedlegg 4) Et skriv ble utarbeidet, godkjent av NSD, og distribuert til respondenter før oppstart av forskningsprosjektet (Se vedlegg 5). Fag- og forskningssykepleier i intensivavdelingen delte ut informasjon om forskningsundersøkelsen i forbindelse med de tverrfaglige simuleringsøvelsene i hjertestansteamet. Videre ble potensielle respondenter kontaktet pr. e-post, med invitasjon om å være med i forskningsprosjektet. Det ble informert om forskningsprosjektet og informasjonsskrivet ble vedlagt.

Intensivsykepleierne bekreftet deltagelse ved å svare på e-post, og det ble avtalt videre tid og sted for fokusgruppeintervjuene. Alle som fikk forespørsel om deltagelse, totalt sju intensivsykepleiere samtykket til å være med. En respondent ble forhindret fra å være med grunnet uforutsett arbeidsbelastning i intensivavdelingen. Alle respondenter fikk delta i arbeidstid eller fikk en arbeidstime i kompensasjon fra avdelingen.

4.4 Datainnsamling og transkribering

Datainnsamlingen ble gjort gjennom fokusgruppeintervjuer. Bakgrunn for valg av fokusgruppeintervjuer er at det er en god metode om man vil finne kunnskap om holdninger, erfaringer og synspunkter i et miljø hvor mange mennesker samhandler (Malterud, 2013). Fokusgruppeintervju ble valgt for å framheve samtale og diskusjon rundt intensivsykepleiernes erfaringer fra den tverrprofesjonelle simuleringstreningen i hjertestansteamet. Det var også en praktisk årsak til valget av metode for datainnsamling. Tiden brukt på intervjuene ble kortere og dermed mer praktisk gjennomførbar i forhold til tidsaspektet for masteroppgaven.

4.4.1 Forberedelse til datainnsamling

For å få svar på forskningsspørsmålene mine ble det utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden er forankret i og utarbeidet fra det konseptuelle rammeverket for tverrprofesjonell teamarbeid av Reeves et al. (2010). Rammeverket er modifisert og tilpasset tverrprofesjonelt teamarbeid i hjertestansteamet. Intensivsykepleiernes utvikling av samhandlingskompetanse vil bli sett i et relasjonelt, prosessuelt, kontekstuellt og organisatorisk perspektiv. Tabellen under viser domeneene spørsmålene ble delt inn i:

Relasjonelle faktorer	Prosessuelle faktorer	Kontekstuelle faktorer	Organisatoriske faktorer
-Hva virker direkte inn på forholdet mellom teammedlemmer?	-Hva virker inn på teamets funksjoner og effektiviteten i teamet?	-Hva i den fysiske og miljømessige sammenhengen virker inn på teamprosesser?	-Hva i det organisatoriske miljøet teamet befinner seg i virker inn på teamprosesser?

Utarbeidelse av intervjuguiden var en prosess. Jeg brukte refleksjon og bevisstgjøring av egen forforståelse, samt tips fra veileder underveis. For intervjuguiden i sin helhet se vedlegg 6. Min erfaring som forsker er begrenset. Jeg hadde ingen erfaring med fokusgruppeintervjuer. Likevel har jeg lang erfaring med å samtale med mennesker gjennom mange år som sykepleier og intensivsykepleier. Det å kunne snakke med pasienter og pårørende som er i krise, om både hverdagslige og alvorlige, personlige tema antas å være en ferdighet som kan overføres til andre arenaer i livet, da også til forskerrollen.

I forberedelsene til intervju ble det brukt teori fra Malterud (2013), Malterud (2012) og Kvale and Brinkmann (2015). En pilotundersøkelse ble gjennomført for å prøve ut spørsmålene i intervjuguiden og samtidig øve på å være i intervjusituasjonen. Intervjuguiden ble justert etter pilotundersøkelsen ved at jeg tok bort noen overflødige spørsmål. Dette var en øvelse for å bli kjent med intervjuguiden og konteksten i fokusgruppeintervjuer. Jeg fikk tilbakemeldinger fra deltagerne på hvordan jeg utfylte min rolle som forsker og hvordan jeg stilte spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Dette var nyttig for å se seg selv litt utenfra og reflektere videre over å være lyttende.

4.4.2 Praktisk gjennomføring

To fokusgruppeintervjuer med til sammen seks respondenter ble gjennomført i løpet av en uke våren 2016. Lydopptaker ble lånt ved HiOA og jeg satte meg inn i det tekniske og testet opptageren i en kontekst med flere personer før forskningsundersøkelsen. Det var ingen tekniske problemer med AV-utstyret, som var enkelt å bruke. Lydopptaket var på MP3 fil av god kvalitet. Fokusgruppeintervjuene foregikk på dagtid og på et rom knyttet til avdelingen der både respondenter og forsker arbeider. Intervjuguiden ble brukt som en guide med generelle spørsmål. Ved behov ble det stilt oppfølgingsspørsmål. Ved oppstart ble det poengtert i begge gruppene at diskusjoner i gruppa var ønskelig og at det ikke var intensjonen å ha en spørsmål-svar tilnærming.

4.4.3 Transkribering av data

Alle muntlige data fra fokusgruppeintervjuene ble nøye og detaljert transkribert. Å transkribere betyr å få noe til å skifte form til noe annet; å transformere (Kvale & Brinkmann, 2015). Polit and Beck (2012) påpeker at man gjennom transkribering gjør noen forandringer som ikke kan unngås. Man får for eksempel ikke med de nonverbale data som kroppsspråk og intonasjon.

Det er likevel nødvendig for å få oversikt over datamaterialet og kunne analysere de data som er samlet inn. For å få en mest mulig pålitelig tekst fra samtale i fokusgruppeintervjuene har de blitt skrevet ordrett av. Pauser i respondentenes utsagn ble markert. Pauseord som eh, eee....osv. ble skrevet ned i transkripsjonen. Der det var tydelig at diskusjonen mellom intensivsykepleierne var sentral for data som kom fram ble det notert i teksten. Når respondentene lo eller spøkte noterte jeg dette i den skrevne teksten. Lydopptaket var av god kvalitet. Jeg måtte likevel gå tilbake flere ganger i lydopptaket for at det skulle bli riktig setning og ordlyd. De transkriberte intervjuene ble skrevet ut og gjennomgått samtidig som jeg lyttet til lydopptakene for å være sikker på at de stemte overens.

4.5 Analyse

Tekstanalysen ble gjennomført som en kvalitativ innholdsanalyse. Innholdsanalyse er ikke basert på en spesifikk tradisjon eller teori. Analyse av innholdet i tekstene gjøres for å identifisere fremtredende tema og mønster som sier noe om forskningsspørsmålene og problemstillingen. Analyseprosessen er basert på kildene mine (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012, 2013; Polit & Beck, 2012). I tillegg har jeg benyttet Braun and Clarke (2006) forklaring av tematisk analyse. Forståelsen av kildene er syntetisert og oppsummert har trinnene i analysen forløpt slik:

Første fase:	Lesing og igjen lesing av intervjuetekstene for å oppnå forståelse av tekstens helhet og hva den sier om problemstillingen
Andre fase:	Foreløpig koding av tekststykker; meningsbærende utsagn som på ulike måter belyser problemstillingen. Utsagnene ble kodet manuelt med ulike farger.
Tredje fase:	Meningsbærende utsagn ble klippet ut og samlet etter foreløpige koder.
Fjerde fase:	Meningsfortetning av utsagnene ble gjennomført og utsagnene fikk nye koder etter hvilken mening de ga til om et fenomen eller tema.
Femte fase:	Data med samme kode ble samlet til en kategori som ble lest som en enhet. Hver enhet ble lest i sammenheng med tekstens helhet.
Sjette fase:	Overordnede tema i teksten ble identifisert.
Sjuende fase:	Det ble utarbeidet en tekst for å presentere data med eksempler fra fokusgruppeintervjuene.

Selv om dette er presentert som kronologisk, så opplevdes det heller som en sirkulær prosess. Fasene i analysen fulgte hverandre, men det var flere ganger nødvendig å gå tilbake til helheten i teksten for å analysere og forstå deler av teksten.

I første trinn av analysen ble den transkriberte teksten lest og lest om igjen for å finne helheten i teksten. I prosessen med lesing å være mest mulig mottagelig for åpen for nye aspekter rundt tema. Da jeg er en del av samme miljø og har samme bakgrunn som respondentene ble det ekstra viktig og kanskje ekstra vanskelig å løsrive seg fra egen forforståelse. Man kan likevel aldri helt sette seg selv til side. Kvale and Brinkmann (2015) påpeker viktigheten av å sette sine egne begreper i parentes, for å forsøke å oppnå den optimale åpenheten ovenfor den transkriberte teksten.

I neste trinn av analysen ble teksten kodet i foreløpige kategorier. Koding er innebærer ifølge Kvale and Brinkmann (2015) at tekst nedbrytes i tekst-enheter av passende størrelse og at man knytter nøkkelord til hver tekst-enhet for å gjenfinne den senere. Kodingen foregikk initialt manuelt ved at stykker av tekst ble farget ulikt ut fra hvilken kode de belyste. Deretter ble tekststykkene klippet ut og utsagn som tilhørte samme kode ble samlet.

De meningsbærende utsagnene ble i neste trinn tydeliggjort gjennom en tekstkondensering. Det vil si at overflødige ord ble trukket ut for å tydeliggjøre meningen i utsagnet. Resultatet ble et kondensert meningsinnhold. Det ble utarbeidet en tabell med en systematisk oversikt over alle de meningsbærende utsagnene og kondensert meningsinnhold.

Videre ble utsagnene og den kondensert teksten knytte sammen med en ny kode for å spesifisere hvilken mening utsagnet ga, og for å kategorisere dataene. Kategorisering innebærer «..systematisk koding av et utsagn i gitte kategorier som gir mulighet for kvantifisering» (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble brukt som en måte til å få oversikt over omfanget av de kvalitative dataene gjennom å samle meningsytringer som ga uttrykk for noe rundt samme fenomen eller tema.

Tilslutt i innholdsanalysen sto fire tema fram som overordnet i datasamlingen. Tabellen under viser eksempler på hvordan data ble systematisert for å få oversikt over den oppstykkede teksten og framdriften i analyseprosessen.

Alle meningsbærende utsagn som kom fram i teksten ble systematisk satt inn i en tabell som viser sammenhengen mellom det meningsbærende utsagnet, det kondenserte meningsinnholdet, koden/kategorien og det overordnede tema. Det kunne se slik ut:

Meningsbærende utsagn	Kondensert meningsinnhold	Kode / Kategori	Overordnet tema
«...det er jo mye lettere å kunne spille sin egen rolle, eller være sin egen person når det også er en tydelig leder...for ellers så vil noen andre prøve å ta over...man blir utrygg og det blir rotete..»	Tydelig ledelse er viktig for egen rolle og for at hele teamet skal fungere	Tydelig ledelse	Tydelighet
«...det som jeg kanskje har lært meg aller mest er det der med closed-loop som vi har trent på...jeg føler også at jeg har vært veldig tydelig på det...jeg sier det en gang, så må de bekrefte at de har oppfattet det eller...være tydelig»	Jeg har blitt tydeligere i kommunikasjon etter simuleringstrening. Har lært om closed-loop med tydelige utsagn og bekreftelser.	Tydelig kommunikasjon	Tydelighet

4.6 Relevans og gyldighet

Gyldighet i forskning handler om flere forhold som påvirker hva materialet og metoden har mulighet til å si noe om, og i hvilken grad funn kan overføres til andre sammenhenger enn den studien er gjennomført i (Malterud, 2013) Kunnskapen er framhentet i gruppeintervju, noe som kan påvirke hva som har blitt sagt og ikke. Det kan hende det kom fram annen kunnskap i et gruppeintervju enn i et individuelt intervju. Individuelle intervju kunne kanskje fått fram nyanser som respondentene ikke ønsker å dele i en gruppe med kollegaer. Det kan også være et poeng at de respondentene som er positive til intervensjonen som samtykker til å være med. I dette tilfellet takket alle som ble spurt ja til å være med og det kan være en styrke for gyldigheten av funnene. Likevel kunne det hende at ved et større antall forespurte ville være flere som ikke samtykket til å være med. Et annet poeng er at alle sa ja til å være med i forskningsundersøkelsen som jeg, deres kollega, skulle gjennomføre. At en kollega utfører forskningen kan ha påvirket intensivsykepleierne til å samtykke til å være med. Min egen forforståelse og den teoretiske kunnskapen jeg hadde tilegnet meg kan også ha påvirket hvordan spørsmål og oppfølgingsspørsmål ble stilt. På den måten kan det ha påvirket hvilke funn forskningen ga.

Relevans i kvalitativ forskning handler om hva denne kunnskapen kan brukes til og hvilke nye nyanser kunnskapen gir om et emne eller problemstilling (Malterud, 2013). Denne forskningsundersøkelsen sier i utgangspunktet noe om hvordan de seks respondentene har reflektert over og uttalt seg om sine erfaringer med simuleringstrening i tverrprofesjonelt hjertestansteam. Det er deres opplevelser med intervensjonen og samhandling i intervensjonen som kommer fram. Det vil si at funn ikke kan generaliseres eller gjøres allmenngyldige. Det betyr at dette gir begrenset kunnskap i form av størrelse på funn. Kunnskapen som kommer fram fra denne forskningen er relevant for å gi et innblikk i hvilke erfaringer intensivsykepleierne gjorde seg gjennom deltagelse i intervensjonen, og hva de har reflektert over underveis og i etterkant. Denne forståelsen kan være nyttige for veien videre i prosjektet og utvikling av intervensjonen. Andre som driver eller skal starte simuleringprosjekt utenfor dette prosjektet kan også ha nytte av å få kjennskap til intensivsykepleiernes erfaringer. Likeledes kan det være til nytte for andre profesjoner i dette prosjektet eller utenfor som er interessert i hvordan samhandling i hjertestansteam oppleves av andre profesjonsgrupper enn egen.

4.7 Forske i eget miljø

I forskning influeres alt av tidligere erfaringer og kunnskaper forskeren har (Kvale & Brinkmann, 2015; Lykkeslet & Gjengedal, 2007). I følge Kvale and Brinkmann (2015) er en forskers integritet et resultat av hans kunnskaper og erfaring, samt ærlighet og rettferdighet. I følge De nasjonale forskningsetiske komitéene (2016) er det forskerens ansvar å tydeliggjøre grensene i forskningsrelasjonen. Det at man har parallelle roller kan være verdifullt i forskningen, men det krever en tydeliggjøring ovenfor respondenten. Jeg har vektlagt for min integritet som forsker på eget arbeidssted er at jeg må opptre ansvarlig, åpent og ærlig ovenfor kollegaer, og unngår sammenblanding av roller og relasjoner. I følge Morse and Morse (2007) må forskeren være bevisst sin sosiale og profesjonelle rolle i forskningsfeltet, og avklare forskerrollen overfor respondentene. Det betyr en klar bevissthet på eget ståsted og egen rolle, og en tydelig formidling av dette til intensivsykepleierne gjennom hele forskningsprosessen. Rollen min som forsker ble tydelig framhevet i e-post med invitasjon til forskningsundersøkelsen, og snakket om før intervjuene for å sikre at alle opplevde at de hadde fått informasjon.

Et annet aspekt er at jeg har en kollegial og sosial tilknytning til intensivsykepleierne som ble invitert til å være med i forskningsundersøkelsen. Dette kunne påvirke om de følte seg forpliktet eller presset til å delta i forskningen, selv om de egentlig ikke ønsket det. Derfor ble det aspektet også påpekt i e-posten med invitasjon til forskningsundersøkelse, samt at vi snakket om det før intervjuene. Ingen hadde noen reservasjoner i forhold til dette, og jeg oppfattet at intensivsykepleierne som ble med i forskningsundersøkelsen forsto synes det var viktig for å få fram kunnskap om tema som ble belyst av problemstillingen.

I følge Schrems (2013) vil et nært forhold mellom forsker og respondent by på muligheter til bias i forhold til å delta i forskningen. Det kan bli et seleksjonsbias, og bias i forhold til datainnsamling, analyse og tolkning fra forskerens side (Schrems, 2013). Normer i avdelingen er kjent og integrert i meg og det kan også påvirke datainnsamling og tolkning av data. Jeg har forsøkt å være bevisst dette i forskningsprosessen. Ifølge Lykkeslet and Gjengedal (2007) gir det å kjenne forskningsfeltet en mulighet til å se og identifisere aspekter som kanskje ikke ville vært synlig for en som ikke har en slik bakgrunn. På den annen side kan dette medføre en slags kulturell blindhet. Forskeren kan overse nyanser og aspekter fordi man ukritisk aksepterer forhold i egen kultur. (Lykkeslet & Gjengedal, 2007).

4.8 Forskningsetiske overveielser

All forskning må vurderes i et etisk perspektiv. Kvale and Brinkmann (2015) viser til tre områder som tradisjonelt diskuteres i forskningsetiske retningslinjer. Disse gjøres rede for her:

4.8.1 Informert samtykke

Det ble innhentet muntlig informert frivillig samtykke fra alle respondenter. Det er et lovfestet krav innen forskning at respondenter skal samtykke til å delta i forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016). Informert samtykke og skriftlig informasjon er en forutsetning for en forsvarlig forskningsetisk framgangsmåte (Malterud, 2013; Verdenslegeforening, 1964). Det skal være fritt for ytre press og det er spesielt aktuelt når respondene er mine egne kollegaer. Alle respondenter fikk skriftlig informasjon om forskningsprosjektet. Før fokusgruppeintervjuene ble det satt av tid til muntlig informasjon. Det ble informert om at man når som helst i prosessen kan trekke seg fra forskningsprosjektet uten at det skal stilles krav om begrunnelse, eller at man skulle være redd for at dette får noen konsekvens for

respondenten. Fra personvernombudet, NSD, ble det poengtert at det kunne være vanskelig å ta ut data en respondent hadde kommet med dersom hun ville trekke seg underveis i forskningsprosjektet grunnet metoden med fokusgruppeintervju. Respondentene ble informert om at det data de hadde bidratt med ikke nødvendigvis kunne trekkes ut, men vil i likhet med all annen forskningsdata aidentifiseres før det presenteres. Samtykket ble ikke skriftlig dokumentert, men respondentene samtykket muntlig, ved å svare bekreftende på e-post og møte opp til fokusgruppeintervjuer.

4.8.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskningen handler om at forskeren og respondentene opplever en delt enighet om hvordan funn som er et resultat av deres deltagelse skal brukes. Det handler om hvem som skal ha tilgang på den informasjonen de gir (Kvale & Brinkmann, 2015).

Respondentene ble informert om at lydopptak og opplysninger som kunne spores tilbake til dem skulle oppbevares i et låsbart skap, utilgjengelig for andre enn forsker. De ble informert om at de aidentifiserte opplysningene ville bli brukt i en masteroppgave som vil bli publisert og offentlig tilgjengelig. Det er et krav innen forskning at anonymitet skal ivaretas.

Informasjon skal ikke formidles slik at identitet avsløres. Det skal vises spesiell aktsomhet i forskning i små miljøer hvor det er lettere å identifisere personer ut fra hvordan de har uttalt seg. Det må også vises særlig aktsomhet i ved bruk av intervju som metode KILDE.

Kvalitative metoder baseres på kommunikasjon mellom forsker og respondenter og gjennom dette vil men mangle en dimensjon ved anonymitet (Schrems, 2013). Ved at intervjuene gjennomføres i grupper, måtte enda en dimensjon av hensyn til anonymitet ivaretas. De som er med i intervjuene og respondenten selv vil kunne kjenne igjen meningsytringer, men data måtte aidentifiseres. Dette skal gjøres slik at det ikke er mulig å spore tilbake eller gjette seg til hvem som kommer med utsagnene eller informasjonen (Malterud, 2013). Både i pilotundersøkelsen og fokusgruppene ble det enighet om en indre taushetsplikt i gruppene. Vi vet hvem som har sagt hva, men denne kunnskapen skal ikke deles med andre. Dialekter og språk ble transkribert likt, altså bokmål, slik at det ikke kunne spores tilbake til respondenten.

I alle deler av den kvalitative forskningsprosessen er det viktig å vise respekt for respondentene og deres meningsytringer. Forsker forplikter seg til å snakke sant og ikke tillegge respondentene et motiv de ikke har. Dette handler om å ivareta respondentens interesse og integritet (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016).

Redelighet som forsker viser seg gjennom at data presenteres slik de er gitt, og med den meningen respondenten har tilegnet uttrykket sitt. Data må presenteres på en troverdig måte, uten å tilegne utsagn noen annen mening enn den respondenten tilla det (Malterud, 2013). Dette kan være vanskelig å ivareta, fordi meningen ikke alltid uttrykkes eksplisitt i intervjusituasjonen. En mulighet jeg brukte for å ivareta redeligheten var å stille spørsmål om en ytring ved å gjenta det jeg oppfattet var meningen med utsagnet for så å spørre om respondenten var enig eller uenig. Dette er med på å sikre at det er respondentens mening som framkommer og ikke det jeg som forsker har tillagt av egen mening.

4.8.3 Konsekvenser

I ansvarlig forskning innbefattes vurderinger om det å være med i forskningen kan få uønskede eller utilsiktede konsekvenser for respondenten KILDE Det er forskerens ansvar å reflektere over hvilke konsekvenser forskningen vil kunne få for respondenten (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne forskningsundersøkelsen var det ikke sensitive spørsmål, og det var ikke behov for godkjenning fra regional etisk komité, REK. Likevel måtte jeg ta høyde for at det kunne komme opp situasjoner og informasjon i intervjuene som kunne oppleves som sensitiv i respondentenes omtale av seg selv eller andre som hadde vært deltagere i simuleringstreningen. I konsekvensetikk vil det alltid være et spørsmål om nytte i forhold til potensiell skade, og aspekter med hvordan respondentene kan påvirkes må tas hensyn til (Aadland, 1998). Ethiske vurderinger av teksten som helhet og meningsutsagn for å forhindre uheldige konsekvenser ved publisering ble gjennomført i analyseprosessen og videre i hele utarbeidelsen av teksten.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil funn fra forskningsundersøkelsen bli presentert. Funn presenteres ut fra fem kategorier som ble fremtredende under dataanalysen. Kategoriene er konkrete og inneholder intensivsykepleiernes utsagn om tema og faktorer som kan virke inn på samhandling og opplevelse av samhandling i hjertestansteamet. Tabellen under viser hvordan funn vil bli presentert:

Kategori:	Underkategori:	Overordnet tema:
Kommunikasjon	Trygghet i kommunikasjon	Trygghet
	Tydelighet i kommunikasjon	Tydelighet
Roller og teamarbeid	Trygghet på egen kompetanse og rolle i teamet	Trygghet
	Tydelige roller og tydelige team	Tydelighet
Ledelse	Tydelig ledelse	Tydelighet
Debrifing	Trygghet i debrifing	Trygghet
	Forståelse gjennom refleksjon i debrifing	Forståelse
Realistisk øvelse	Realistisk at alle profesjonene deltok	Realisme

5.1 Kommunikasjon

Respondentene i begge gruppene kom med utsagn om og diskuterte hvordan kommunikasjonen innad i teamet hadde vært under simuleringstreningen. Ofte ble det brukt eksempler fra egne erfaringer fra teamarbeid i reelle hjertestanssituasjoner, og intensivsykepleierne sammenliknet kommunikasjonen i simuleringssituasjon med den reelle settingen. Funn presenteres i to underkategorier

5.1.1 Trygghet i kommunikasjon

Respondentene i begge gruppene diskuterte at de hadde lært noe om hvordan man skal kunne gi hverandre tilbakemeldinger i teamet. Det var forskjeller på hvordan respondentene opplevde å skulle gi og få tilbakemeldinger.

Noen intensivsykepleiere uttrykte at det kunne oppleves vanskelig å si fra til andre fra en annen profesjon, og spesielt til personer som er høyere opp i sykehushierarkiet enn seg selv. En sier det slik:

«..men jeg synes jo ikke det er veldig lett å gå inn å si at «Det er ikke..vet du hva, det er ikke sånn vi skal gjøre det», men nå har jeg, jeg har ikke opplevde det heller, men jeg kjenner jo at jeg kvier meg for det...».

En intensivsykepleier ga et eksempel hvor hun ble påvirket av at en kollega ble sint på henne fordi hun ikke handlet raskt nok i situasjonen. Respondenten ble redd og tvilte på egne ferdigheter. Flere av intensivsykepleierne uttrykker at de gjennom simuleringstreningen har blitt tryggere til å gi tilbakemeldinger i teamet underveis i resusciteringen dersom det er nødvendig:

«..også det at man tør si fra underveis dersom man oppdager at noe kanskje kan gjøres på en annen måte eller...Ja, for eksempel at man kan fortsette å komprimere mens man lader (defibrilatoren). Bare sånn hvis de tar vekk (hendene) så er det lov å si ifra: «Bare fortsett, jeg skal si fra (når jeg er klar)»». Og videre: «...og folk glemmer småting og hvis vi kan hjelpe hverandre å huske på ting, så er jo det det beste vi kan gjøre for pasientene».

En av intensivsykepleierne uttrykker at hun fortsatt er usikker på å skulle si fra i teamet, men at simuleringstreningen, og særlig diskusjonen i debriefing har medført at hun er mer bevisst at dette er noe hun kan gjøre som deltager i hjertestansteamet.

I begge fokusgruppen ble det en diskusjon rundt det at noen synes det kunne være ubehagelig å gi konstruktiv kritikk, og spesielt til kollegaer som man kjenner godt, eller tror kan bli såret av det. En respondent sier:

«..altså en debriefing med en som du..altså det er veldig lett å gi ros, men kanskje...det å gi konstruktive tilbakemeldinger, det kan være litt vanskeligere...». Dette diskuteres videre og en kommer fram til: «Nei..så jeg tenker det var lettere å si fra til dem som var helt nye og ukjente og ha en dialog om problemstilling, enn kanskje den du har tett på deg som kan ta seg litt nær av det».

Det ble også snakket om at debriefing kan virke avvæpnende, og være med på å ufarliggjøre kommunikasjon om ubehagelige situasjoner:

«..den diskusjonen vi hadde etterpå..fordi det avvæpnet en del ting som kanskje kan føles litt sånn ubehagelige..eller som barrierer i kommunikasjonen at man er litt redd for å si fra kanskje..og etter at vi hadde snakket sammen om det som var så...ble det helt ufarliggjort».

5.1.2 Tydelighet i kommunikasjon

Alle intensivsykepleierne uttrykker at de har lært noe nytt om kommunikasjon, og da spesielt om tydelig kommunikasjon i teamet. Kommunikasjon med closed-loop, hvor all kommunikasjon blir bekreftet og alle handlinger blir kommunisert og bekreftet, blir framhevet:

« det som jeg kanskje har lært meg aller mest er det der med closed-loop som vi har trent på..jeg føler også at jeg har vært veldig tydelig på det...jeg sier det en gang, så må de bekrefte at de har oppfattet det eller...være tydelig».

En annen respondent fremhever at det var diskusjoner i debriefingen rundt closed-loop kommunikasjon:

« Nei... for en ting vi snakket om i debriefingen det var at det også, i forhold til det å speile det som blir sagt, at man gjentar tilbake hva som er gjort sånn og sånn, at du har forstått hva det er....fordi det blir slengt ut så mange spørsmål..eller forespørsler, men er det egentlig en ordinasjon eller....».

Respondentene viser til at det skaper usikkerhet når kommunikasjonen fra teamleder ikke er tydelig. Det er ikke lett å vite om man skal agere på uttalelser, og om det er en forespørsel eller en forordning dersom det ikke er tydelig hva som skal gjøres. Det samme forteller en annen respondent:

«..at lederen var uklar på når adrenalin skulle gis..på når codarone skulle gis..og jeg hadde trukket opp og hadde gitt det til sykepleieren så hun kunne gi, men så kom på en måte beskjedene litt sånn...Ja, det ble fryktelig rotete!». Og videre: «..sånn at det å ha en leder som er helt tydelig på når og også kan sykepleieren si: «her har jeg adrenalin, nå setter jeg.., nå er det gitt..» ikke sant?».

Intensivsykepleierne i begge fokusgruppene tar opp at det er viktig med tydelige beskjeder og forordninger fra leder, men også at intensivsykepleierne og alle i teamet kommuniserer tydelig hvilke handlinger som utføres innad i teamet.

5.2 Roller og teamarbeid

Intensivsykepleierne fremhevet at egen og andres roller ble tydeligere gjennom simuleringstreningen. De fremhever også trygghet på og forståelse av egen kompetanse og samhandling i team.

5.2.1 Trygghet på kompetanse og samhandling i teamet

Intensivsykepleierne så tydeligere betydningen og viktigheten av egen rolle i hjertestansteamet. En intensivsykepleier som ikke har vært deltager i hjertestansteamet på flere år opplever å få en fornyet trygghet på egen kompetanse etter simuleringstreningen:

«Det ble jo en sånn: «Nå tør jeg å løpe på stans igjen..» Fordi det var lenge siden så jeg hadde mistet selvtilliten på det, men...så selv om det gikk litt i bal, så tenker jeg at..men simuleringen var med på å gjøre at jeg tenker: «Men dette her var greit...dette gjør jeg»».

En annen intensivsykepleier sier det slik: *«Noe jeg ikke har tenkt på før er rett og slett det der at «Jo, men jeg sitter faktisk med en del erfaring», men det der at «Jeg er ikke helt grønn»...og det er jo litt deilig..det gir en trygghet».*

Noen av intensivsykepleierne har i simuleringssituasjoner og i reelle stanssituasjoner hvor samhandling mellom teammedlemmer ikke har fungert, og at dette har betydning for hvordan man får utført jobben sin i teamet. En respondent oppsummerer slik etter diskusjon rundt dette i gruppa:

«..vi er veldig glad for å få gjennomføre en reell øvelse med de forskjellige rollene fordi det er nettopp det som gjør at man blir tryggere i situasjonene.. I hvert fall når man har opplevd sånne småting som gjør at du..man ramler helt av rett og slett...Det er jo kjempetrygt å gjøre det i trygge omgivelser».

En respondent sier at hun var litt engstelig for å være med på simulering fordi det blir så tydelig hva man kan og ikke kan:

«...altså jeg føler jo i utgangspunktet at det er skummelt med simulering, for kanskje det er noen som ser at jeg ikke kan...Men så tenker jeg at..det er egentlig vrangsidene..Poenget er at vi kan ikke kunne alt, men når vi får trent på det så kan vi...så har vi muligheten til å gjøre det riktig i en reell situasjon. Ja, for jeg tenker at vi blir jo tryggere selv...».

Intensivsykepleieren reflekterer rundt forholdet mellom å eksponere seg selv i forhold til nytten og læringen hun får gjennom simuleringstreningen.

5.2.2 Forståelse for kompetanse og samhandling i teamarbeid

Det er gjennomgående i intervjuene at Intensivsykepleierne blir bevisst sin egen og andres kompetanse gjennom simuleringstreningen i tverrprofesjonelt hjertestansteam. En respondent uttrykte at hun opplevde seg tryggere på egen kompetanse og at dette fikk konsekvenser for hvordan hun utøver sin rolle i teamet:

«..jeg er også enig i at jeg har blitt tøffere til å si ifra eller..ja ikke så redd for å si fra...og etterpå har jeg kjent på at de er jammen ikke...de kan ikke alt de andre heller...Plutselig skjønner du at det er ganske viktig at du også som sykepleier sier fra for du opplever at legene...de er ikke veldig dyktige alltid de som kommer løpende, og man glemmer det for de er ikke oppi det så ofte...»

Intensivsykepleieren påtar seg mer ansvar og en mer aktiv rolle som teammedlem når hun ser viktigheten av egen og andres kompetanse. Hun ser at hennes erfaring er viktig i teamet. Det var enighet blant intensivsykepleierne at det var viktig å få øve på egen rolle i samhandling med de andre profesjonene i hjertestansteamet. Dette ga en økt forståelse for egen og andres roller i teamet.

«Ja altså du får øvd på din rolle..Ja, det er veldig, veldig positivt..Å være sammen med de andre...du får forståelse for deres roller, bedre forståelse, også får du øvd på din rolle, hva du skal gjøre».

En annen respondent viser også til at alle rollene blir tydelige, og hun får forståelse for at hun er en viktig, kompetent del av teamet:

«Når vi får øve på vår egen rolle, ja da blir det mer tydelig..man visualiserer det lettere at nå skal jeg gjøre det og det...og kan trene på det..og du ser at du er utrolig viktig...altså alle er viktige».

Respondentene i begge fokusgruppene diskuterte om det å simulere i tverrprofesjonelle team hadde tilført noe til deres opplevelse av teamarbeid. Gjennomgående hadde alle en opplevelse av en bedre forståelse for teamarbeidet. En intensivsykepleier kjente på felleskapet i teamet under simuleringstreningen:

«Ja det var veldig god stemning..altså det var jo veldig konsentrert, men jeg opplevde jo at vi hadde et felles prosjekt...og det skulle vi løse...selv om, ja det ble litt rotete så hadde jeg veldig denne opplevelsen av at dette er noe vi skal få til sammen».

5.2.3 Tydelige roller og tydelig team

Flere intensivsykepleiere uttrykte at de opplever at det er lettere å få overblikk over hele situasjonen, og se hele teamet når man er trygg i egen rolle. Det er også lettere å være fleksibel i teamet. En intensivsykepleier svarer på spørsmål fra forsker om trygghet i egen rolle gjør noe med samhandling i teamet:

«Men, selvfølgelig...i og med at vi vet...og når det på en måte...og da er det lettere å være fleksibel...til å kunne si fra hvis det er noe som mangler et sted». En annen respondent sier videre: *«Eller etterspørre..altså når du vet ..kjenner din rolle og du vet hva som skal gjøres på så er det kanskje lettere også å kunne se hva det er som mangler.».*

Det diskuteres i begge grupper om arbeidsfordelingen i teamet og at det gir en tydelighet i hjertestansteamet at alle har definerte roller som til sammen skal fungere som en enhet.

«..det er en trygghet i at «Jeg skal gjøre dette...du skal gjøre det..» og det er et system som er lagt opp sånn at alle har roller som utfyller bildet..sånn at når alle gjør sitt, så blir det gjort».

Intensivsykepleierne i den ene fokusgruppen hadde erfaringer fra simuleringstreningen hvor de hadde opplevd å ikke helt finne eller utfylle sin rolle. En intensivsykepleier opplevde at oppgavene ble omfordelt og det hadde betydning for hvordan hun opplevde seg selv som deltager i teamet:

«Jeg ble jo egentlig stående litt sånn...hva skal jeg gjøre nå da, for det var litt sånn at mellomvakten tok over defibrillatoren jeg hadde koblet på også var det jo sykepleier fra post, hun sto på venflonsiden...».

En annen intensivsykepleier viste hvordan hun selv tok ansvar for å tydeliggjøre egen rolle gjennom å gjøre arbeidsoppgavene tydelig for teamet:

«..jeg fikk postsykepleier til å trekke opp, og sto med defibrillator selv..Ja selv om medisinsk lege skulle begynne å trykke, men så var han i tvil, og litt usikker på om han skulle eller ikke, så sa jeg at «Den tar jeg», og da gikk han bare til rollen sin og fikk hele oversikten, så det gikk egentlig veldig bra».

Hun viste tydelighet på sin oppgave slik at lederen av stansteamet kunne konsentrere seg om å lede teamet.

5.3 Tydelig ledelse

Intensivsykepleierne uttrykte at lederens rolle hadde mye å si for om teamet jobbet effektivt sammen i simuleringstreningen, samt i reelle situasjoner. Samtidig uttrykte de forståelse for lederens ansvar og funksjon i teamet. De viste til at alle ble påvirket av lederen, og at lederen blir påvirket av alle teammedlemmers input. En respondent hadde problemer med å identifisere lederen i teamet når hun kom til simuleringsovelsen:

«..fra vår situasjon så var det veldig mange, og jeg var faktisk usikker på hvem det var som var lederen i starten..så jeg brukte rett og slett litt tid på å finne ut «Hvem er det jeg skal høre på?»». Videre sier en annen «..det er jo mye lettere å spille sin egen rolle, eller være sin egen person når det også er en tydelig leder...for ellers så vil noen andre prøve å ta over...man blir utrygg og det blir rotete».

Mangel på tydelig ledelse var noe som ble diskutert og framhevet i debrifingen etterpå der det var aktuelt. Intensivsykepleierne i en fokusgruppe hadde erfaringer med at det hadde blitt diskusjoner underveis og hvor det oppleves som om man sår tvil om lederens autoritet:

« også det jeg også har opplevd et par ganger er at vi begynner å diskutere...det har noe å gjøre med å være ydmyk..høre på lederen. Man skal selvfølgelig si fra hvis vi ser at noe er galt, men man skal også ikke bare...man skal ikke forstyrre for mye på en måte..da vi gikk sammen etterpå...altså som leder blir en helt forvirra hvis du får for mye tilbakemeldinger».

Dette ble også diskutert i den andre fokusgruppen hvor det også ble satt fokus på å være ydmyk ovenfor lederens rolle:

«Man blir jo ganske lydhør på den som er, som har rollen sin...som for eksempel medisinsk lege..det er jo den som skal lede det...Når medisinsk lege sier noe så må du lytte, du kan ikke bare overkjøre der, du må være lydhør der altså...» En annen sier videre: «..og man blir kanskje mer ydmyk ovenfor (lederen)...altså det er ikke bare bare å ta den og den avgjørelsen».

Det blir også spesifisert at man må selvsagt høre på lederen, men at man må også få med seg den inputen som kommer fra de andre teammedlemmene.

5.4 Debrifing

I begge gruppene ble debrifingen framhevet som en veldig viktig del av simuleringsøvelsen. Det ble framhevet at debrifing med alle profesjonene og refleksjonene over de delte erfaringene førte til ny forståelse.

5.4.1 Trygghet i debrifing

Begge gruppene diskuterte viktigheten av fasilitator. Det at Fasilitator legger til rette for at alle kan være trygge og uttrykke det de ønsker i debrifingen, ble ansett som viktig. I begge gruppene var oppfattelsen at alle deltagerne tok debrifingen på alvor og at alle deltok i diskusjonen.

«..alle var aktive i debrifingen etterpå..[...]..alle sa noe om sin rolle og hvordan det..hvordan de opplevde det».

Viktigheten av et trygt miljø for at det skulle være trygt å dele erfaringer ble diskutert i begge gruppene. Tryggheten innad i teamet under debrifing framheves som vesentlig for å kunne snakke og diskutere fritt. En respondent gir uttrykk for at hun følte trygghet i debrifing slik:

«både under øvelsen og når vi satt og snakket sammen etterpå, hvor jeg følte at det ikke var noe galt å si at jeg opplevde at jeg ble litt usikker på hva jeg egentlig skulle gjøre...».

Intensivsykepleierne uttrykte at de hadde stor nytte av debrifingen ved at man kan diskutere i en trygg ramme hva som gikk galt i den praktiske øvelsen uten at det har fått noen konsekvens for pasienten.

«Men det er jo det som er så flott med simulering; at det ikke gjør noe om det går i bal fordi at du nettopp kan få diskutert det...».

Det blir pekt på viktigheten av tilbakemeldinger og at det kjennes godt å få tilbakemeldinger i debrifingen. En intensivsykepleier sier det sånn:

«..jeg synes det var veldig oppklarende, også var det noen ting som, da vi hadde debrifingen etterpå, som jeg synes det var godt å få tilbakemeldinger om».

Uklarheter fra den praktiske øvelsen blir diskutert i debrifingen. Debrifingen beskrives av flere respondenter som oppklarende ved at man gir og får tilbakemeldinger.

5.4.2 Forståelse gjennom refleksjon i debrifing

Viktigheten av å reflektere sammen med alle profesjonene i teamet ble framhevet.

Intensivsykepleierne reflekterte i fokusgruppene rundt at det kanskje er slik at man ser situasjonen ulikt. En respondent sier det slik:

«..alle vi som har forskjellige oppgaver reflekterer på en annen måte når du har den faste oppgaven din...det blir mer reelt når alle profesjonene er der».

Intensivsykepleieren viser til at det ikke blir det samme med debrifing og refleksjoner etter segregerte øvelser uten det tverrprofesjonelle perspektivet. Dette støttes av en annen respondent som sier:

«Spesielt på tilbakemeldingene....altså jeg synes det blir mye mer reelt og fikk mye mer tilbake (av simulering og debrifing med alle profesjonene)».

Det ble også diskutert at det fører til økt forståelse for hele teamet når man diskuterer og reflekterer i debrifing

«Det å sitte etterpå og snakke sammen, så får man jo en veldig mye større forståelse for...for hele teamet..deres oppgaver..hvordan de tenker...». En annen sier det slik: «Altså at du har fokus på din egen rolle, men samtidig så har jeg fokus på de andre fordi at jeg har fått være med å diskutere en simulering i etterkant. Og da blir jeg bedre kjent med de rollene de andre har også, ved at de deler sine tanker om simulering».

Intensivsykepleieren uttrykte økt forståelse for de enkeltes roller gjennom at man har delt erfaringer. En intensivsykepleier opplever man får reflektert på en annen måte når man har lytter til mennesker med ulik erfaring, at det gir nye dimensjoner til refleksjonen:

«..kanskje det som er bra.. (forskjellige erfaringer) for da får det oss til å tenke på noe når vi lissom får høre på dem som ikke har så mye erfaring opplever situasjonen. Man får reflektert på en annen måte».

I fokusgruppene ble det fremhevet at det man feiler på i simuleringstreningen kan diskuteres i debriefingen og blir til kunnskap som man tar med seg tilbake til praksis. Et eksempel er intensivsykepleieren som var med på en simuleringstrening hvor det ble gitt altfor stor dose adrenalin:

«...så jeg tenker at alle vi kommer til å være pro obs ..sånn at neste gang kommer jeg til å si fra at..eh, at det er en veldig stor dose..vi ble alle veldig bevisste på det og liksom litt sånn sjokkerte...». Likevel opplevde hun en trygghet når det ble diskutert i debriefingen: «...det ble ikke sånn at hvem gjorde hva eller hvem gjorde feil, men heller så følte jeg at vi var veldig trygge på hverandre men samtidig ble det jo en sånn veldig læring av det...».

5.5 Realisme i simuleringstrening

Respondentene uttrykte i fokusgruppeintervjuene at realismen i simuleringstreningen hadde mye å si for opplevelse av læring. Intensivsykepleierne trakk fram viktigheten av at simuleringstreningen foregikk i realistiske omgivelser og i det autentiske teamet med alle profesjonene tilstede. Da fikk man øve i de rollene man innehar til vanlig i hjertestanseteamet. En respondent uttrykker det slik:

«...når jeg kom fram til der vi skulle ha øvelsen, så var det også bare ukjente leger som jeg ikke hadde sett før..og det var jo også reelt i forhold til hvem vi møter». Og videre: «Jeg visste at det ikke var det (en reell situasjon), men....også var det denne sånn litt hektisk stemning som man kan oppleve (ved en reell hjertestans). Sånn hvor alle er konsentrert og hvor det kommer litt sånn kjappe beskjeder og...»

Diskusjonene i den ene fokusgruppa gikk på at det kunne virke skjerpene i simuleringsovelsen at alle profesjonene var med:

« ..og sånn sett skjerper du deg litt: «nå må jeg gjøre min rolle» Jeg tror på en måte nesten du skjerper deg..det er folk du ikke kjenner nødvendigvis..også det kan kanskje bli litt sånn..ja du skjerper deg litt ekstra».

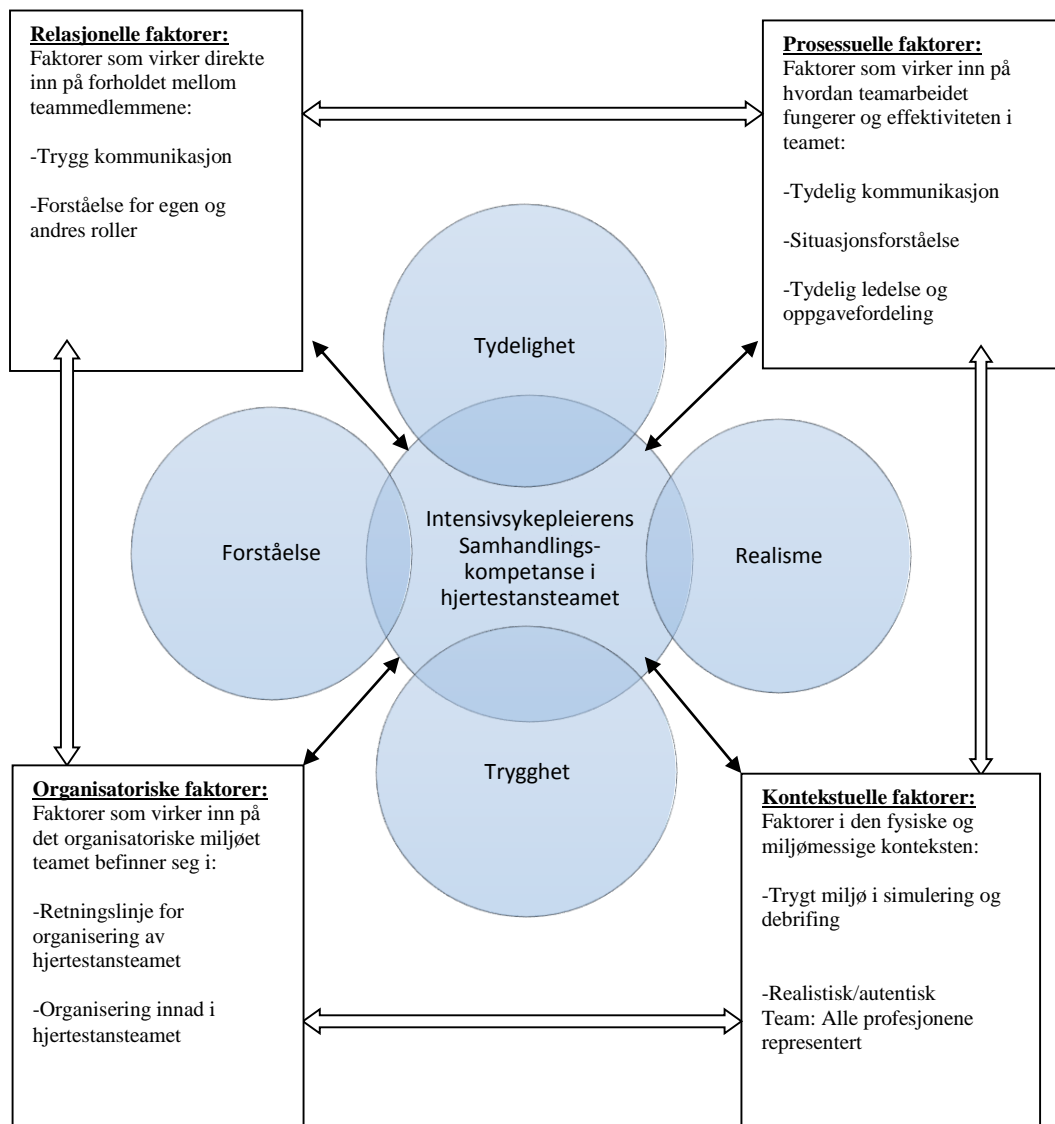
Diskusjonen i begge fokusgruppene sammenlikner det å simulere tverrprofesjonelt og det å simulere segregert i egen profesjonsgruppe. Gjennomgående i begge gruppene oppleves det mindre realistisk og mindre motiverende å simulere segregert med egen profesjonsgruppe:

«Når vi har simulert uten...der vi må ha dekket alle rollene, det blir noe helt annet..Spesielt på tilbakemeldingene etterpå..altså jeg synes det blir mye mer reelt og fikk mye mer tilbake (av å øve med alle profesjonene)». En annen sier det slik: *«..veldig bra at vi har alle..yrkesgrupper...altså det føles bare dumt å stå og skal være medisinsk lege...altså du blir så lite motivert..».* En annen intensivsykepleier følger opp: *«..da får du konsentrert deg om din rolle...-og øve på det du skal gjøre, ikke på hva du ikke skal gjøre».*

Intensivsykepleieren henviser til at ved segregerte øvelser må noen intensivsykepleiere spille andre profesjoner, det vil si inneha andre roller i hjertestansteamet.

5.6 Oppsummering av funn

En modifisert versjon av modellen for tverrprofesjonelt samarbeid presenteres her for å systematisere og strukturere funnene i forskningsundersøkelsen. Noen av funnene kan overlape mellom flere kategorier og team, men det har likevel blitt vurdert hensiktsmessig å gjøre denne oppdelingen for å tydeliggjøre funn fra forskningsundersøkelsen:



Fire tema virker å stå sentralt for utvikling av samhandlingskompetanse gjennom simuleringstrening. Realisme, trygghet, forståelse og tydelighet går igjen som en forutsetning for at simuleringstreningen skal føre til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleierne. Funn fra datainnsamlingen viser at intensivsykepleierne har diskutert aspekter ved alle domeneene i rammeverket, og uttrykt hvilke faktorer som har vært av betydning for deres opplevelse av økt samhandlingskompetanse etter simuleringstreningen. Intervjuguiden har vært ledende, men det har blitt lagt vekt på at intervjuene skal foregå fritt ut fra hva respondentene vektla og uttrykte i intervjusituasjonen.

6.0 DISKUSJON

Blir man en bedre lagspiller av å trene sammen? Når denne sammenligningen mellom lagsport og teamarbeid tas fram igjen, så er det for å gi et lite bilde før diskusjonen starter. I dette kapittelet vil forskningsspørsmålene bli diskutert. Det vil diskuteres om intensivsykepleiere får økt samhandlingskompetanse ved å delta i simuleringstrening i hjertestansteamet sammen med leger og andre sykepleiere. Det vil diskuteres om det gjør en forskjell at alle profesjonene trener sammen og om det er lettere for intensivsykepleierne å se egen samhandlingskompetanse. Kapittelet er inndelt etter de fire domene for faktorer som innvirker på tverrprofesjonelt teamarbeid som vist i figur 2, kapitittel 5. Funnene er organisert på denne måten av strukturelle årsaker for å systematisere og gjøre det tydelig for leseren hvordan funnene kan svare på forskningsspørsmålene.

6.1 Samhandlingskompetanse i et relasjonelt perspektiv

Funn relatert til mellommenneskelige forhold som påvirker hvordan intensivsykepleierne samhandler i tverrprofesjonelt hjertestansteam vil diskuteres i dette kapittelet.

Intensivsykepleierne uttrykte at de hadde gjennom simuleringstreningen hadde fått en nyvunnet trygghet i kommunikasjon og trygghet på egen kompetanse, roller og samhandling i teamet. Funn vil diskuteres her i hver av disse kategoriene

6.1.1 Trygg kommunikasjon

Et hovedfunn fra forskningsundersøkelsen var at intensivsykepleierne ga uttrykk for at de følte seg tryggere på kommunikasjon i teamet etter gjennomført simuleringstrening. Flere intensivsykepleiere uttrykte at de hadde blitt tryggere å si fra under resuscitering i hjertestansteamet. Dette samsvarer med undersøkelsen til Frengley et al. (2011) hvor sykepleierne uttrykte at de ble tryggere på å si ifra dersom det var nødvendig i situasjonene etter at de hadde gjennomført simuleringstrening i tverrprofesjonelt team. I følge Meurling et al. (2013) er simuleringsbasert team trening en metode som fremhever alle teammedlemmene, senker forskjellene i hierarki og forandrer strukturen i forholdene mellom menneskene i teamet.

En utjevning av makt og hierarkiske strukturer kan være hensiktsmessig ved at det blir tryggere å kommunisere. Samhandling krever kommunikasjon mellom alle som er ansvarlige deltagerne i behandlingsteamet rundt pasienten (Orvik, 2015). Watters et al. (2015) fant at deltagerne i simuleringstrening oppdaget at kommunikasjon i teamet bidro til at den psykologiske og kognitive byrden i den kliniske nødsituasjonen kunne deles mellom teammedlemmene. Kompleksiteten er stor i hvordan menneskelige faktorer virker inn på det å være trygg på kommunikasjon. Det kan vanskelig la seg gjøre å ta høyde for alle mulige menneskelige måter å reagere på i situasjonen.

I fokusgruppeintervjuene fortalte en intensivsykepleier om en episode hvor hun opplevde å miste fokus og handlingsevne under en resuscitering grunnet tilbakemelding fra en kollega. Hun opplevde at kollegaen ble sint på henne fordi hun ikke jobbet raskt eller effektivt nok. Dette innvirkning for videre involvering og handling i teamet. Kommunikasjon i akutte situasjoner er preget av at det må handles raskt og at tiden er knapp som kan føre til stress hos intensivsykepleiere og andre involverte. I følge Reeves et al. (2010) kan kommunikasjon i akutte situasjoner med høyt intensitet ofte bli kort, brysk og konsis. Dette kan oppleves forskjellig fra person til person. Ifølge Hofmann (2015) kan simulering bidra til å redusere de negative opplevelsene til helsepersonell har. Dette kan gjøres ved at det trenes på nødvendige ferdigheter i et miljø hvor det ikke kan gå liv tapt. Det blir en bedre læringssituasjon. Simuleringstrening som fører til opplevelse av tryggere kommunikasjon kan redusere negative opplevelser for intensivsykepleierne i hjertestansteamet.

6.1.2 Trygghet på egen og andres roller og samhandling i teamet

Respondentene uttrykte en økt trygghet, og forståelse for sin rolle og oppgaver etter gjennomgått simuleringstrening. Intensivsykepleierne uttrykte forståelse for viktigheten av egen rolle og kompetanse, og hva de som intensivsykepleiere kunne bidra med i hjertestansteamet. Kompetanse i intensivsykepleie handler om å inneha de kunnskaper og ferdigheter og holdninger som er nødvendig for å utføre forsvarlig og sikker pasientbehandling (NSFLIS, 2002). En intensivsykepleier oppga at hun i flere år hadde avstått fra å delta i hjertestansteamet. Hun uttrykte fornyet tro på egen kompetanse og ferdigheter. Dette er i tråd med funn som viser at deltakere i simuleringstrening har fått en økt mestringstro på å håndtere teamarbeidet i akutte situasjoner (Fregley et al., 2011; Meurling et al., 2013).

I følge Bushe and Chu (2011) må medlemmer av teamet føle tilhørighet i teamet for at teamet skal utvikle seg til et effektivt team. Dette kan kanskje by på flere utfordringer i et stadig skiftende team enn et konstant team med samme aktører. Likevel kan det kanskje tenkes at tilhørigheten i teamet kan følge opplevelsen av å kunne fylle den rollen og funksjon man innehar i teamet. På den måten kan intensivsykepleieren gjennom å oppleve seg som en kompetent og viktig deltager i teamet kan bidra til å øke effektiviteten i teamet. I følge Orvik (2015) sin utredning av begrepet samhandlingskompetanse vil det at intensivsykepleieren opplever økt forståelse av egen posisjon i teamet kan medvirke til økt samhandlingskompetanse. Likevel kan det være slik at tro på egen kompetanse ikke samsvarer med reelle evner. Noe av kritikken til simuleringsbasert trening er at effekten ofte måles ut fra subjektive mål om aktørens opplevelse av mestring etter endt simulering (Rosen et al., 2008). Samtidig er det her et poeng at intensivsykepleierens tro på egne ferdigheter og kunnskaper har blitt utviklet gjennom samhandling med andre profesjoner og gjennom tilbakemeldinger fra andre deltakere i simuleringstreningen. Det kan styrke samsvaret mellom opplevd kompetanse og reell kompetanse.

6.2 Samhandlingskompetanse i et prosessuelt perspektiv

Samhandlingskompetanse i et prosessuelt perspektiv omhandler hvordan intensivsykepleieren kan påvirke og påvirkes av prosesser innad i teamet. Det handler om hvordan intensivsykepleiers samhandlingskompetanse påvirker effektiviteten i teamet. Funn som tydelig kommunikasjon, situasjonsforståelse samt tydelig ledelse og oppgavefordeling blir diskutert.

6.2.1 Tydelig kommunikasjon

Intensivsykepleierne i fokusgruppene var enige om at tydelig kommunikasjon var noe de hadde fått fokus på og lært noe om i simuleringstreningen. De viste forståelse for hvordan graden av tydelighet i kommunikasjon kunne påvirke teamprosesser og effektiviteten i teamet. Intensivsykepleieren har ansvar for å kommunisere med behandlingsteamet for at det skal foregå samhandling. Ineffektiv og utydelig kommunikasjon kan få negative konsekvenser for pasientbehandlingen (Stubberud, 2015a).

Respondentene trakk fram closed-loop kommunikasjon som sentralt for tydelig kommunikasjon, og noe de hadde lært i simuleringstreningen. Closed loop-kommunikasjon er en form for kommunikasjon som anbefales i forbindelse med resuscitering. Det handler om å bekrefte verbale utsagn med gjentakelse og bekrefter at man har forstått beskjednen eller tilbakemeldingen (Andersen et al., 2010). I følge Andersen et al. (2010) er det likevel slik i mange tilfeller at closed-loop kommunikasjon praktiseres i øvingssituasjoner, men ikke i kliniske hjertestansituasjoner. En av grunnen er mange og samtidige forordninger til den som skal administrere medikamenter. Det fører til overbelastning av oppgaver. Det ble det diskutert og reflektert over at noen hadde opplevd at det var vanskelig å handle fordi man var usikker på om det var en forordning og at det kom flere forordninger samtidig i simuleringstreningen. Det at man får mange forordninger på en gang kan føre til opplevelse av stress hos intensivsykepleieren, som er u hensiktsmessig for å handle raskt i akutte situasjoner. Stress kan defineres som det som skjer når kravene blir større enn evnene eller kapasiteten til en person i en gitt situasjon. Det kan føre til nedsatt hukommelse, konsentrasjon og gjøre det vanskelig å ta avgjørelser (E. M. Norris & A.S. Lockey, 2012). Meurling et al. (2013) viste at sykepleiere følte lavere stressnivå i akutte situasjoner etter gjentatte simuleringstreninger. På den måten kan simuleringstrening være med på å gjøre intensivsykepleierne mer oppmerksomme og mottakelige for den kommunikasjonen som foregår i hjertestansteamet, noe som kan gjøre det lettere å være tydelig i kommunikasjonen selv. Konsekvensen av tydelig kommunikasjon kan være bedre samhandling i hjertestansteamet og dermed en bedre og mer effektiv pasientbehandling.

Simuleringstrening med påfølgende debriefing anbefales som en hensiktsmessig måte å trene opp kommunikasjonsferdigheter i team (Fernandez Castelao, Russo, Riethmüller, & Boos, 2013; E. M. Norris & A. S. Lockey, 2012). Andersen et al. (2010) anbefaler at kommunikasjon er strukturert for å unngå overbelastning av informasjon. Kommunikasjon må tilpasses slik at den ikke tar oppmerksomhet vekk tekniske oppgaver i hjertestansteamet som for eksempel brystkompresjoner. Meurling et al. (2013) viser til at sykepleiere og leger oppga at de etter gjennomført simuleringstrening i tverrprofesjonelle team hadde økt fokus på og bevissthet på viktigheten av effektiv kommunikasjon for pasientsikkerhet. Dette samsvarer med funn i denne undersøkelsen. At intensivsykepleieren er bevisst closed-loop og tydelig kommunikasjon kan være et uttrykk for økt samhandlingskompetanse ved at de ser den gjensidige avhengigheten og felles ansvaret man har i samhandlingen.

6.2.2 Situasjonsforståelse

I forskningsundersøkelsen uttrykte intensivsykepleierne at det er lettere å ha oversikt over situasjonen når man er trygg i egen rolle. Funn tyder på at intensivsykepleierne gjennom simuleringstreningen har en økt forståelse for egne og andres roller, og dermed tydeligere ser helheten av teamet. Intensivsykepleierne gir uttrykk for at de selv har tro på at de har blitt bedre på å være fleksible, og etterspørre dersom de opplever feil eller mangler i teamarbeidet, og gi tilbakemeldinger i teamet. Forståelse for egen og andres rolle, fleksibilitet og oversikt i situasjonen er egenskaper som er viktige for at et team skal fungere (Reeves et al., 2010). Ifølge intensivsykepleierens behandlende funksjon skal intensivsykepleieren vurdere, prioritere og iverksette sykepleietiltak og kontinuerlig evaluere praksis (NSFLIS, 2002). En kontinuerlig evaluering av praksis kan også gjelde praksis i teamet og hvordan teamarbeidet virker inn på behandling av pasienten. Det betyr at hun må ha en situasjonsforståelse. Hun må vite hva som skal gjøres, men også når, hvorfor og hvordan (Stubberud, 2015a). I akutsituasjoner er intensivsykepleierens kompetanse av medisinsk karakter og det kreves evne til raske beslutninger og rask handling. Det er avgjørende for utfallet av situasjonen (Stubberud, 2015b). I følge Frengley et al. (2011) oppga både sykepleiere og leger at de opplevde en større trygghet i akutte situasjoner etter simuleringstrening. Det ble spesielt fremhevet at man de hadde lært hvordan de skulle tilnærme seg situasjon som et team i stedet for individuelt. I følge Orvik (2015) innebærer samhandlingskompetanse at man ser egne og andres roller i teamet og hvordan de utfyller hverandre. Han vektlegger også at man kontinuerlig må gi og få tilbakemeldinger innad i teamet på hvordan teamarbeidet fungerer. Dette er i samsvar med Fernandez Castela et al. (2013) som hevder at situasjonsspesifikk planlegging underveis i resuscitering er viktig for en effektiv prosess. Dette krever at intensivsykepleiere og andre teammedlemmer har situasjonsforståelse og kan orientere og organisere seg ut fra hvilken handling som er viktigst akkurat nå.

6.2.3 Tydelig ledelse og oppgavefordeling

I fokusgruppene uttrykte og diskuterte intensivsykepleierne viktigheten av å ha en tydelig leder som styrer teamet og har overordnet kontroll. Intensivsykepleierne uttrykte at det er lettere å være i sin egen rolle når man har en tydelig leder som har overblikk og organiserer resusciteringen. En leder av hjertestansteam må kunne utøve lederskap, delegere oppgaver, kommunisere effektivt og samle informasjon (Andersen et al., 2010).

Han skal lede teamet for å sikre at planen som er satt gjennom retningslinjer og oppgavefordeling, skal settes ut i handling (Fernandez Castelao et al., 2013). I fokusgruppene tok intensivsykepleierne fram situasjoner fra simuleringstrening og reelle hjertestans, hvor manglende eller utydelig ledelse hadde påvirket resusciteringen. I ett tilfelle tok intensivsykepleieren selv kontroll over situasjonen ved å være tydelig på at hun tok ansvar for defibrillatoren slik at lederen kunne få oversikt over situasjonen. Orvik (2015) påpeker viktigheten av tydelige roller og samspill gjennom kontinuerlige gjensidige tilbakemeldinger i samhandling. Han viser til at ledelse forutsetter sosiale egenskaper og er primært et samspill mellom mennesker. Det vil si at ledelse er en del av samhandlingen i teamet. Det samsvarer med det intensivsykepleierne uttrykker om at teamleder påvirker hvordan hele teamet fungerer. Når det får konsekvens for teamarbeidet kan og vil det også få konsekvenser for pasientbehandlingen. Andersen et al. (2010) fant i sin undersøkelse at uerfaren ledelse gikk ut over kvaliteten på resusciteringen. Intensivsykepleierne oppga også at de hadde oppnådd en økt forståelse og ydmykhet for leders rolle gjennom simuleringstreningen i tverrprofesjonelt hjertestansteam. De uttrykte forståelse for at når det blir diskusjoner i teamet kan det føre til en overbelastning med informasjon på leder. På den andre siden så kan det hende at det ikke hadde blitt diskusjoner i teamet dersom leder var tydelig. Leder kan bli overbelastet med informasjon dersom ikke kommunikasjon tilpasses og er strukturert i hjertestansteamet (Andersen et al., 2010). Det at teamleder er med i simuleringstreningen kan virke direkte inn på teamarbeidet, som kan effektiviseres gjennom simuleringstrening av ledere i samhandling med intensivsykepleiere og andre.

6.3 Samhandlingskompetanse i et kontekstuellet perspektiv

Samhandling påvirkes av den kulturelle, miljømessige og fysiske konteksten menneskene befinner seg i. Funn fra undersøkelsen viser at intensivsykepleierne har vektlagt et trygt og godt miljø i simulering og debriefing, og realistiske omgivelser i autentiske team.

6.3.1 Trygt miljø i simulering og debriefing

Viktigheten av å øve i et trygt miljø, uten konsekvenser for pasienten ble fremhevet av respondentene. Selv om det kunne være noe som ikke fungerte under den praktiske øvelsen, kunne det bli framhevet og reflektert rundt i debriefing for å lære av det. En respondent uttrykte at selv om feil skjedde i simuleringstreningen, så var det ingen av de involverte som ble hengt ut eller holdt ansvarlig.

Den ble reflektert over som en læresituasjon i debriefing. Hofmann (2015) viser til at læringsutbyttet synker dersom det ikke tillates at aktørene kan gjøre feil som det kan læres av. Hunt et al. (2007) påpeker at simulering uten debriefing ineffektivt for læring. Feil kan gjentas uten at deltagerne får tilbakemeldinger om det. Her understrekes viktigheten av tilbakemeldinger for læring og det å lære av de feil som oppstår i den praktiske øvelsen. Dette er i samsvar med Salas, DiazGranados, Weaver, and King (2008) som påpeker at feil blir en mulighet til læring og helsepersonell får tilbakemeldinger som fokuserer på forbedring uten å være dømmende. Samtidig er det ifølge Hofmann (2015) en moralsk utfordring at denne «prøve og feile-mentaliteten» kan bli med ut i kliniske situasjoner etter endt simuleringstrening. Hvis dette skjer mister simuleringstreningen sitt moralske formål: å øke pasientsikkerheten.

Shapiro et al. (2008) påpeker at for at åpen og ærlig deltagelse i debriefing skal skje, må det være et trygt miljø hvor læring er et felles mål. Funn fra forskningsundersøkelsen viser at intensivsykepleierne anså debriefing som en nødvendig og nyttig for læring og refleksjoner rundt egen og teamets praksis i simuleringsøvelsen. Hofmann (2015) viser videre til at det krever en felles respekt mellom deltagere og instruktører, samt en forståelse og trygghet på at informasjonen som kommer fram i simuleringstreningen ikke kommer på avveie (Hofmann, 2015). Orvik (2015) som viser til at det kreves en relasjon bygd på respekt og tillit i samhandling. Respekt og tillit vil være viktig for å skape et trygt miljø i simulering og debriefing. I et trygt miljø må intensivsykepleierne og de andre aktørene ivaretas. Det betyr å ivareta alle med respekt selv om man mangler ferdigheter eller kunnskaper, og det oppfordres til en indre taushetsplikt i gruppen (Hofmann, 2015). Det er viktig å være klar over at det ikke er alle som er like begeistret for denne øvingsformen. Hofmann (2015) påpeker til at det å delta i en simuleringsøvelse med mer eller mindre kjente kolleger, både observatører og deltagere, kan oppleves avslørende og truende for noen. Helsepersonell som ellers er trygge i sin profesjon, kan føle seg eksponert og at det utgjør en trussel mot deres personlige og faglige integritet. Dette er en utfordring som må tas på alvor og ivaretas i et etisk perspektiv. Intensivsykepleierne og alle i det tverrprofesjonelle teamet må ta hensyn til hverandre. Alle respondentene uttrykte entusiasme over å delta i debriefing, men som tidligere nevnt opplevde noen at relasjon hadde betydning for hvordan de ga tilbakemeldinger. Intensivsykepleierne påpekte at fasilitator har innvirkning på opplevelsen av trygghet i debriefing.

I en metaanalyse av forskning på debrifing hevder Fernandez (2014) at det viktigste for læring i debrifing er at den foregår rett etter praktisk øvelse, at debrifingen foregår i et annet rom enn selve simuleringsøvelsen og at fasilitator tilrettelegger for et trygt miljø.

6.3.2 Realistiske omgivelser: Autentisk team

Intensivsykepleierne uttrykte at det hadde stor betydning for realisme og læringsutbytte at alle profesjonene var tilstede og utfylte sin egen rolle i teamet. Det kom fram under fokusgruppeintervjuene at intensivsykepleierne opplevde at det å simulere sammen med alle profesjonene bidro til en realisme som ikke var til stede i de segregerte øvelsene. Dette samsvarer med det Dahlen, Melbybråten, and Farmen (2013) har kommet fram til i en masteroppgave. De undersøkt hvordan anestesisykepleiere anvender teori og ferdigheter fra simulering i praksis. Et moment som kom fram her var at anestesisykepleierne savnet deltagelse fra anestesilegene i simuleringstrening. Respondentene mente at det blir mer realistiske rammer og at dermed rollene blir mer tydelige. Anestesisykepleierne mente det kan bidra til bedre samarbeid og felles handlingsgrunnlag, og de setter spørsmål ved om kanskje læringsutbyttet forringes når rollenehaverne ikke er autentiske. Intensivsykepleierne sammenliknet tradisjonell segregerte simuleringsøvelse med tverrprofesjonell simuleringstrening. De uttrykte enighet om at dette var mindre realistisk, at de ikke tok det like alvorlig og at tilbakemeldingene ikke ga like mye læringsutbytte som simuleringsøvelsen i tverrprofesjonelt hjertestansteam. Dette stemmer overens med funn av Watters et al. (2015) som viser en signifikant forskjell i egen mestringstro etter gjennomført simuleringstrening i tverrprofesjonelt team sammenlignet med simuleringstrening med egen profesjonsgruppe.

Et annet poeng er at når alle profesjonene er med i simuleringstreningen vil det kunne avdekke systemfeil, eller potensielle trusler mot pasientsikkerhet. Intensivsykepleierne har gjennom sin forebyggende funksjon forebygge at komplikasjoner eller skade påføres pasienten i forbindelse med behandling. Dette skal gjøres i samhandling med annet helsepersonell som er kvalifisert for dette (NSFLIS, 2002) Patterson, Geis, Falcone, LeMaster, and Wears (2013) mener at in-situ simulering er en metode som kan brukes til å identifisere forhold som disponerer for medisinske feil. Spesielt tverrprofesjonell debrifing blir sett på som verdifull. Tverrprofesjonell In-situ simuleringstrening kan være med på å identifisere trusler til pasientsikkerhet på systemnivå før en eventuell pasientskade.

Det ble tatt opp som et poeng fra flere intensivsykepleiere at man gjennom in-situ simuleringstreningen kan evaluere hvordan hjertestansteamet fungerer i den aktuelle konteksten og med det utstyret som er tilgjengelig. Eksempler på endring av praksis kom også fram i forskningsundersøkelsen. En uoversiktlig akutt-tralle på intensiv førte til at riktig utstyr ikke ble funnet raskt nok. Pasienten skulle intuberes og man måtte bruke tid på å finne utstyr på lager. Det krever at noen er kjent og har mulighet til å gå fra, samtidig som det utgjør en potensiell sikkerhetsrisiko for pasienten når man må vente lenger enn nødvendig med intubering. Dette ble diskutert i debriefing og førte til at det ble skrevet en avviksmelding. Praksis ble endret med en mer oversiktlig og strukturert akutt-tralle på intensivavdelingen.

6.4 Samhandlingskompetanse i et organisatorisk perspektiv

Samhandling må fungere umiddelbart fra første stund teamet møtes for at liv kan reddes. Ved det aktuelle sykehuset er hjertestansteamet organisert på systemnivå og aktørnivå med standardiserte roller og oppgaver gjennom retningslinje for oppgavefordeling i hjertestansteamet. Fernandez Castelao et al. (2013) fant at en utarbeidet plan som planlegger for prioriteringer og oppgavefordeling i resuscitering er positivt assosiert med gjenvunnet spontansirkulasjon, ROSC, og oppstart av livsviktig behandling som for eksempel defibrillering. Intensivsykepleierne uttrykte i fokusgruppeintervjuene at rollefordelingen ga en trygghet. Likevel påpekte de noen eksempler på at roller og oppgaver er uhensiktsmessig fordelt for at teamprosesser skal være effektive. Patterson et al. (2013) viser til at roller og oppgaver kan utvikles gjennom simuleringstreningen ved at aktører, instruktører og fasilitatorer får deltatt i øvelser utenfor den kliniske konteksten. Det blir fremhevet at det at teamet diskuterer teamprosesser i debriefingen, kan føre til en mer effektiv organisering av arbeidsoppgaver. Wheeler et al. (2013) gjennomførte in-situ simulering som etter diskusjoner rundt roller og oppgavefordeling i debriefing førte fram til en ny og mer hensiktsmessig organisering av teamet. Intensivsykepleierne i begge fokusgruppene diskuterte organisering av teamet. Det kom fram at noen opplevde usikkerhet og det kunne bli diskusjoner rundt hvem som skulle administrere defibrillatoren. Oppgaven er tilskrevet både leder og intensivsykepleier i retningslinje for arbeidsfordeling i hjertestansteamet. I følge Fernandez Castelao et al. (2013) viser forskning viktigheten av at teamlederen ikke aktivt deltar i tekniske oppgaver i resusciteringen.

Andersen et al. (2010) viser til at funn fra deres studie viste at teamene fungerte dårligere og var mindre effektive der lederen selv deltok aktivt i det tekniske arbeidet rundt resusciteringen. Kanskje er dette noe som vil diskuteres og eventuelt fastsettes mer direkte i retningslinjene på sykehuset, slik at man ikke i hver situasjon må avgjøre hvem som skal administrere defibrillatoren.

6.5 Styrker og svakheter ved forskningsundersøkelsen

Gyldigheten av denne forskningsundersøkelsen vil være begrenset ved at utvalget i denne studien er lavt. Kun seks respondenter fordelt på to fokusgrupper har bidratt til å besvare forskningsspørsmålene. Resultatene i denne forskningsundersøkelsen forteller noe om subjektive erfaringene intensivsykepleiere har med simuleringstrening i tverrprofesjonelt hjertestansteam knyttet til denne spesifikke intervensjonen. Kunnskapen er derfor ikke generell men spesiell for denne forskningsundersøkelsen. Generalisering er heller ikke formålet med denne undersøkelsen. Hensikten har vært å evaluere en spesifikk intervensjon gjennom intensivsykepleiernes erfaringer. For en fullverdig evaluering av intervensjonen må det gjøres undersøkelser som omfatter erfaringene til de andre profesjonene i hjertestansteamet og hvilke konsekvenser simuleringstreningen hadde for deres utvikling av samhandlingskompetanse. Funn er hentet fra fokusgruppeintervjuer hvor det antas at gruppeprosesser påvirker hva som kommer fram og diskuteres i gruppene. Relasjonene innad i gruppa kan ha betydning for hvilke funn som har kommet fram.

Min forforståelse og hvordan jeg utfylte min rolle som forsker er farget av min erfaring som menneske, intensivsykepleier og forsker. Det at forskningsundersøkelse er utført på egen arbeidsplass, med kollegaer som respondenter kan være en svakhet for undersøkelsen ved at jeg ikke er åpen for nyanser som kanskje en forsker med annen bakgrunn ville vært. Det kan også være en styrke ut fra at jeg har god kjennskap til miljøet og konteksten rundt intervensjonen. Det kan styrke min forståelse av utsagnene respondentene kommer med, og muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål. Det kan samtidig ha vært styrende for hvordan og om spørsmål har blitt stilt i fokusgruppene og dermed påvirke hvilken kunnskap som har kommet fram. Det teoretiske rammeverket kan også ha hatt en innvirkning på hvordan spørsmål ble stilt og hvilke forventninger jeg hadde til respondentenes respons på spørsmålene.

6.6 Oppsummering og indikasjoner for videre forskning

Forskningsspørsmålene er besvart gjennom funn fra fokusgruppeintervjuene og relevant teori. Det ser ut til at relasjonelle, prosessuelle, kontekstuelle og organisatoriske faktorer spiller inn på samhandling i tverrprofesjonelle team. Intensivsykepleierne har pekt på ulike faktorer som kan bidra til læring og som de har lært noe om gjennom simuleringstrening. Funn tyder på at intensivsykepleierne kan øke samhandlingskompetanse gjennom tverrprofesjonell simuleringstrening i hjertestansteam. Intensivsykepleierne uttrykker at de har økt forståelse for og trygghet på kommunikasjon, roller og situasjonsforståelse, ledelse og viktigheten av debrifing. De uttrykker en bedre forståelse for teamprosesser, det ansvaret og den gjensidige avhengigheten som fører til handlinger for å sikre pasienten best mulig behandling. Forholdene bør være lagt til rette ved at miljøet oppleves trygt. Det ser ut til å spille en rolle for læring av samhandlingskompetanse at intensivsykepleierne får trene i sine autentiske roller sammen med andre profesjoner i autentiske team. Realistiske omgivelser er også en faktor som ser ut til å ha betydning for læring. Intensivsykepleierne ser hvilken samhandlingskompetanse som er nødvendig i hjertestansteamet ved at de har forståelse for tilpasset kommunikasjon og forståelse for egne og andres roller i teamet. Det uttrykkes en økt tro på egen kompetanse og verdi som en del av hjertestansteamet ved at intensivsykepleierne har større trygghet på egen posisjon i teamet og er tryggere på å kommunisere i teamet etter gjennomført simuleringstrening i hjertestansteamet.

For videre forskning kunne det vært interessant å få innsyn i erfaringene til alle profesjonene som deltar i den aktuelle intervensjonen for å undersøke likheter, forskjeller og nye nyanser på hvordan intervensjonen kan utvikles. Videre kan det være interessant å bruke det teoretiske rammeverket i forskning på simuleringsbasert teamtrening ved andre sykehus og andre hjertestansteam. Forskning som får målt samhandlingskompetanse gjennom objektive mål vil være interessant for å kunne måle graden av samhandlingskompetanse som oppnår gjennom simuleringsbasert teamtrening.

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar* (3. ed.): Samlaget.
- Andersen, P. O., Jensen, M. K., Lippert, A., & Østergaard, D. (2010). Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams. *Resuscitation*, 81(6), 695-702. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.01.024>
- Anderson, J. K., & Nelson, K. (2015). Patterns of communication in high-fidelity simulation. *J Nurs Educ*, 54(1), 22-27. doi: 10.3928/01484834-20141228-01
- Ballangrud, R. (2013). *Building patient safety in intensive care nursing : patient safety culture, team performance and simulation-based training*. (Diss (sammanfattning) Karlstad Karlstads universitet, 2013), Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap, Omvårdnad, Karlstads universitet,, Karlstad. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kau:diva-29870>
- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Hedelin, B., & Persenius, M. (2013). Intensive care unit nurses' evaluation of simulation used for team training. *Nurs Crit Care*, 19(4), 175-184. doi: 10.1111/nicc.12031
- Ballangrud, R., Hall-Lord, M. L., Persenius, M., & Hedelin, B. (2014). Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*, 30(4), 179-187. doi: 10.1016/j.iccn.2014.03.002
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buljac-Samardzic, M., Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D., & van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy*, 94(3), 183-195.
- Bushe, G. R., & Chu, A. (2011). Fluid Teams: Solution to the problems of unstable team membership. *Organizational Dynamics*, 40(3), 181-188.
- Dahlen, S. S., Melbybråten, G., & Farnen, G. (2013). Læring av Simulering. *Inspira-Tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere*, 04, 13-18.
- Fernandez, A. (2014). *Meta-Analysis of Simulation Debriefing Research*. (3639964 D.N.P.), Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1620837968?accountid=26439>
<http://openurl.bibsys.no/openurl?issn=&aulast=Fernandez&aufirst=Ana&title=&atitle=&volume=&issue=&date=2014&pages=&isbn=9781321250664> ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Fernandez Castelao, E., Russo, S. G., Riethmüller, M., & Boos, M. (2013). Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation: A systematic review of literature. *J Crit Care*, Vol.28(4), 504-521.
- Frengley, R. W., Weller, J. M., Torrie, J., Dzendrowskyj, P., Yee, B., Paul, A. M., . . . Henderson, K. M. (2011). The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care unit teams. *Critical Care Medicine*, 39(12), 2605-2611.
- Hofmann, B. (2015). Ethiske og juridiske aspekter ved simulering. In B. Hofmann (Ed.), *Pasient-simulering i Helsefag* (Vol. 1, pp. 71-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hunt, E. A., Shilkofski, N. A., Stavroudis, T. A., & Nelson, K. L. (2007). Simulation: translation to improved team performance. *Anesthesiol Clin*, 25(2), 301-319. doi: 10.1016/j.anclin.2007.03.004

- Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschan, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D., & Marsch, S. C. (2011). Teamwork and Leadership in Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381-2388. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>
- Kunnskapssenteret. (2014). Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten: Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Retrieved 01.03., 2014, from <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det Kvalitative Forskningsintervju* (3rd ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kyrkjebø, J. M., Brattebo, G., & Smith-Strom, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *J Interprof Care*, 20(5), 507-516.
- Ludvigsen, M. S., Ludvigsen, M. S., Meyer, G., Hall, E. O. C., Fegran, L., Aagaard, H., & Uhrenfeldt, L. (2014). Development of clinically meaningful complex interventions The contribution of qualitative research. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(1), 3-14.
- Lykkeslet, E., & Gjengedal, E. (2007). Methodological problems associated with practice-close research. *Qual Health Res*, 17(5), 699-704. doi: 10.1177/1049732307299216
- Maestre, J. M., & Felpete, A. A. (2012). Interdisciplinary Human Simulation. In L. R. Linda Wilson (Ed.), *Human Simulation For Nurses and Health Professions* (pp. 343-359). New York: Springer Publishing Company.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Marsch, S. C. U., Müller, C., Marquardt, K., Conrad, G., Tschan, F., & Hunziker, P. R. (2004). Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. *Resuscitation*, 60(1), 51-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2003.08.004>
- Meurling, L., Meurling, L., Hedman, L., Sandahl, C., Fellander-Tsai, L., & Wallin, C.-J. (2013). Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 485-494.
- Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., . . . Group, E. R. C. G. W. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1-80. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.038
- Morse, J. M., & Morse, J. M. (2007). Ethics in action: ethical principles for doing qualitative health research. *Qual Health Res*, 17(8), 1003-1005.
- Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Hudelson, P., Maitre, F., Vu, N. V., . . . Nendaz, M. R. (2014). Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. *PLoS One*, 9(4), e96160. doi: 10.1371/journal.pone.0096160
- Norris, E. M., & Lockey, A. S. (2012). Human factors in resuscitation teaching. *Resuscitation*, 83(4), 423-427. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.11.001
- Norris, E. M., & Lockey, A. S. (2012). Human factors in resuscitation teaching. *Resuscitation*, 83(4), 423-427. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2011.11.001>

- NSFLIS. (2002). Funksjonsbeskrivelse for Intensivsykepleiere. Retrieved 01.03., 2015, from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125359/17036/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier>
- Orvik, A. (2015). *ORGANISATORISK KOMPETANSE. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. ed.). Oslo: CAPPELEN DAMM AKADEMISK.
- Patterson, M. D., Geis, G. L., Falcone, R. A., LeMaster, T., & Wears, R. L. (2013). In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 468-477. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000942
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Ninth Edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeves, S., Lewin, S., Esprin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care* (H. Barr Ed.). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Rosen, M. A., Salas, E., Wilson, K. A., King, H. B., Salisbury, M., Augenstein, J. S., . . . Birnbach, D. J. (2008). Measuring Team Performance in Simulation-Based Training: Adopting Best Practices for Healthcare. *Simulation in Healthcare*, 3(1), 33-41. doi: 10.1097/SIH.1090b1013e3181626276.
- Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. (2008). Does team training work? Principles for health care. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1002-1009. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00254.x
- Schmutz, J., & Manser, T. (2013). Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth*, 110(4), 529-544. doi: 10.1093/bja/aes513
- Schrems, B. M. (2013). Mind the gaps in ethical regulations of nursing research. *Nurs Ethics*, 20(3), 336-347. doi: 10.1177/0969733012462051
- Shapiro, M. J., Gardner, R., Godwin, S. A., Jay, G. D., Lindquist, D. G., Salisbury, M. L., & Salas, E. (2008). Defining team performance for simulation-based training: methodology, metrics, and opportunities for emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1088-1097. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00251.x
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (3rd ed., pp. 44-68). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. In T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie* (3 ed., pp. 29-41). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Verdens-legeforening. (1964, October, 2013). Helsinkideklarasjonen om etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker – norsk uoffisiell oversettelse. Retrieved December 17th, 2014, from <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>
- Watters, C., Reedy, G., Ross, A., Morgan, N. J., Handlip, R., & Jaye, P. (2015). Does interprofessional simulation increase self-efficacy: a comparative study. *BMJ Open*, 5(1), e005472. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005472
- Wheeler, D. S., Geis, G., Mack, E. H., LeMaster, T., & Patterson, M. D. (2013). High-reliability emergency response teams in the hospital: improving quality and safety using in situ simulation training. *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 507-514. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000931

VEDLEGG 1

10.12.2015

Hege Vistven,
Intensivsykepleier ved intensivavdelingen Bærum Sykehus, Vestre Viken HF
Masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Avdelingssjef (Ved aktuelt sykehus)

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å UTFØRE FORSKNINGSUNDERSØKELSE VED INTENSIV- OG ANESTESISEKSJONEN BÆRUM SYKEHUS:

I forbindelse med Masterutdanning i Intensivsykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus ønsker jeg å gjennomføre et forskningsarbeid som tar utgangspunkt i hjertestansteamet ved ----- sykehus. Jeg ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med intensivsykepleiere, anestesisykepleiere og anestesileger som er tilknyttet hjertestansteamet på sykehuset.

Forskningsundersøkelsen vil ta utgangspunkt i følgende problemstilling:

«Bedre lagspiller av å trene sammen? –Hvordan kan deltagelse i tverrfaglig simuleringstrening i stansteam bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere?»

Grunnet at dette er en masteroppgave i intensivsykepleier vil det være et intensivsykepleiefaglig fokus. Jeg tror likevel at dette prosjektet kan være til nytte for alle profesjonene i hjertestansteamet. Jeg ønsker å undersøke om intensivsykepleiere og deltagere i stansteam opplever økt samhandlingskompetanse ved å trene sammen i tverrfaglig simuleringstrening. Jeg vil først og fremst fokusere på Ikke-tekniske ferdigheter (NTS) som spiller inn på dynamikken i teamet. Ikke-tekniske ferdigheter vil blant annet innbefatte kommunikasjon, ledelse og samhandling, rolleforståelse og oversikt over situasjonen. Undersøkelsen vil kunne være et ledd i evaluering av simuleringsprosjektet med tverrfaglig in-situ simulering i hjertestansteam ved ----- Sykehus.

Jeg planlegger å gjennomføre en kvalitativ forskningsundersøkelse og samle data gjennom fokusgruppeintervjuer. Jeg vil innhente skriftlig informert samtykke fra alle respondenter. Rekruttering av respondenter vil foregå gjennom Fag- og forskningssykepleier ----- ved intensivseksjonen. Data vil avidentifiseres og bli behandlet i fortrolighet slik at svarene ikke kan spores til respondent. Data vil bli lagret etter gjeldende retningslinjer og etter tillatelse fra NSD. Resultatet av forskningen og masteroppgaven vil gjøres tilgjengelig for avdelingen etter sensur.

Masteroppgaven veiledes av høgskolelektor Anne Eikeland ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun kan treffes på Tlf: 67236079 eller mobil 45293519. Mailadresse: Anne.Eikeland@hioa.no. Min kontaktinformasjon er som følger: Mobiltelefon 93840197 eller mailadresse hege_vistven@hotmail.com eller Hege.Vistven@vestreviken.no

På forhånd takk for hjelpen,

Hege Vistven
Intensivsykepleier og Masterstudent ved HIOA

Anne Eikeland
Høgskolelektor ved HIOA

VEDLEGG 2

Fra: (Avdelingsleder)

Sendt: 30. mars 2016 12:18

Til: Hege Vistven

Kopi: -----

Emne: SV: Forespørsel om Forskningsundersøkelse

Hei

Flott med godkjenning og fint at du er i gang.

Du kan fra min side sette i gang. Men mtp. intervju av intsykepl så må Inger svare.

Du skriver ikke hvilke andre profesjoner du skal intervju. Om det er aneleger så er det ok, men hvor mange tenkte du å snakke med?

Lykke til med prosjektet.

VEDLEGG 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
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

Anne Eikeland

Institutt for sykepleie
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass

0130 OSLO

Vår dato: 29.01.2016

Vår ref: 46300 / 3 / HJP
Deres ref:

Deres dato:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

46300 Bedre lagspiller av å trene sammen? -Hvordan kan deltagelse i tverrfaglig simuleringstrening i stansteam bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere?

*Behandlingsansvarlig
institusjonens øverste leder
Student*

*Høgskolen i Oslo og Akershus, ved
Daglig ansvarlig Anne Eikeland
Hege Vistven*

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, 14.08.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hanne Johansen-
Pekovic

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.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@sv.uit.no

Prosjektvurdering: Kommentar

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Revidert informasjonsskrivet mottatt

13.01.16 er godt utformet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 14.08.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

VEDLEGG 4

Prosjektnr: 46300 Bedre lagspiller av å trene sammen? -Hvordan kan deltagelse i tverrfaglig simuleringstrening i stansteam bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere?

Audun.lovli@nsd.no
Wed 10/5/2016 11:12 AM
To: hege_vistven@hotmail.com
C.c: Anne.Eikeland@hioa.no

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til statusmelding mottatt 12.09.2016.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 30.11.2016.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Audun Løvlie - Tlf: 55 58 23 07
Epost: audun.lovlie@nsd.no

Personvernombudet for forskning,
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

AFFIRMATION

Referring to status report received 12.09.2016.

The Data Protection Official has registered that the project period has been extended until 30.11.2016.

We presuppose that the project otherwise remains unchanged.

You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please note that in case of further extensions, the data subjects should usually receive new information if the total extension exceeds a year beyond what they previously have received information about.

Do not hesitate to contact us if you have any questions.

Best regards,
Audun Løvlie - Phone number: 55 58 23 07
Email: audun.lovlie@nsd.no

the Data Protection Official for Research,
Norwegian Centre for Research Data
Phone number (switchboard): (+47) 55 58 81 80

VEDLEGG 5

Forsker:
[Skriv inn avsenderens
firmanavn]
Masterstudent

Til deg om har gjennomført tverrfaglig simuleringstrening i hjertestansteam:

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT:

Jeg er student ved Masterstudiet i Intensivsykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I den forbindelse ønsker jeg å gjennomføre en forskningsundersøkelse ut fra følgende problemstilling:

«Bedre lagspiller av å trene sammen? –Hvordan kan deltagelse i tverrfaglig simulering i hjertestansteam bidra til økt samhandlingskompetanse for intensivsykepleiere.»

Jeg ønsker å få fram erfaringer fra simuleringstrening rundt hva som kan bidra til å styrke samhandlingskompetanse når man trener sammen i tverrfaglige team. Dette er en masteroppgave i intensivsykepleie og det vil derfor være et spesielt fokus på intensivsykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet. Videre vil fokus vil være på ikke-tekniske ferdigheter og mellommenneskelige faktorer som påvirker det tverrfaglige teamarbeidet i hjertestansteamet.

Jeg håper du har mulighet til å delta og bidra med din kunnskap. Jeg vil samle respondenter til fokusgruppeintervjuer og det er satt av ca en time til gjennomføring av intervjuene. Det vil bli brukt båndopptaker og intervjuene vil bli transkribert i etterkant. Båndopptaker og følgende data vil bli oppbevart trygt i et låsbart skap og lydopptak vil bli destruert etter ferdig transkripsjon. Data vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Jeg har fått tillatelse fra avdelingen til å gjennomføre forskningsundersøkelsen. Opplysningene som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og data vil aidentifiseres før publisering av masteroppgaven. Det vil si at utsagn ikke skal kunne spores tilbake til person. Resultater fra undersøkelsen vil bli gjort tilgjengelig etter sensur i juni 2016. Data slettes etter sensur.

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig og man kan når som helst i prosessen trekke seg. Alle personopplysninger slettes og data anonymiseres dersom en deltager velger å trekke seg.

Veileder for forskningsundersøkelsen er Anne Eikeland, Høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Mail Anne.Eikeland@hioa.no Tlf:-----

Rekruttering til forskningsundersøkelsen vil bli utført av ----, Fag og forskningssykepleier ved intensivseksjonen

På forhånd takk for ditt bidrag,

Mvh Hege Vistven

Intensivsykepleier ved Intensivseksjonen, -----

Masterstudent i intensivsykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus

VEDLEGG 6

Tema og intervjuguide til fokusgruppeintervjuer

(Basert på teoretisk for forståelse og Reeves et al. (2010) konseptuelle rammeverk for faktorer som virker inn på tverrfaglig samarbeid)

Relasjon:

Kan dere fortelle noe om hvordan det oppleves det å trene sammen i hjertestansteamet ved å simulere alle profesjonene sammen? (I motsetning til å trene hver profesjon for seg og ikke møtes før i klinisk praksis/akutt hjertestanssituasjon)

Til utdyping:

Finne eksempler på om intensivsykepleiere lærer noe nytt om sin egen rolle og funksjon i teamet?

Finne eksempler på om intensivsykepleiere lærer noe nytt om andres roller og funksjoner i teamet?

Stikkord: Forhold som virker direkte inn på forholdet mellom teammedlemmene f.eks profesjonsmakt og sosial status. Kommunikasjon, lederskap, roller, sammensetning. Hierarki og sosial rolle.

Prosess:

Simuleringen er en prosess som består av pre-briefing, praktisk øvelse og debriefing. Kan dere fremheve noe i prosessen som opplevdes som spesielt lærerikt, eller som førte til ny kunnskap om det å samhandle i hjertestansteam?

-Hvordan kan det å ha deltatt i simuleringstreningen tilføre noe nytt til samhandling i hjertestansteamet?

Til utdyping:

Har intensivsykepleieren en opplevelse av å være bedre forberedt til å kommunisere tydelig med de andre teammedlemmene? (Eksempler)

Har intensivsykepleieren en opplevelse av å ha bedre oversikt over hvilke prosesser som foregår i hjertestansteamet? (Eksempler)

Stikkord: Uforutsigbarhet, hastegrad, kompleksitet, Skifte av oppgave = Trygghet i akutte situasjoner. Overholde retningslinjer, oppgavebehandling og gjensidig resultatoppfølging.

Kontekst:

Ved at det simuleres in-situ bruker man sykehusets naturlige omgivelser-de samme omgivelser hjertestansteamet møtes i i den praktiske hverdagen. (Til motsetning fra sim.senter)

-Tror dere det har noe å si for læringsutbytte av simuleringstreningen å simulere i den konteksten man vanligvis befinner seg i når man samhandler i hjertestansteamet?

-Hvordan var klimaet/stemingen i teamet underveis i simuleringsøvelsen?

Til utdyping:

-Hvordan påvirker omgivelsene intensivsykepleierne og andre teammedlemmer?

-Opplevs realistiske/ de vanlige omgivelsene som positivt og viktig for å lære av simuleringen?

-Har det noe å si for læring at alle profesjonene er med?

-Spiller det noen rolle for utvikling av samhandlingskompetanse?

-Trygt og ikke-truende miljø? Mulighet for å kunne si alt man ønsket i debrifing?

Stikkord: Kultur, mangfold, kjønn, politisk vilje, økonomi: Timing, er det nok tid, er det tilrettelagt for et ikke truende miljø i debrifing?

Organisasjonen:

-Hvordan legges det til rette fra ledelse og organisasjonen for at man skal få delta på simuleringstrening?

Til utdyping:

-Deltar alle profesjonene? –Blir det prioritert, har høy status å være med?

-Tar alle det like alvorlig?

-Støtter ledelsen og organisasjonen utvikling av samhandlingskompetanse?

-Blir det satt av tid og ressurser til å gjennomføre simulering i tverrfaglig hjertestansteam?

Stikkord: Støtte i organisasjonen, Profesjonell representasjon, frykt for sanksjoner ved feil. Opplæring av instruktører og facilitatorer. Profesjonene deltar, satt av nok tid og ressurser

Pasient:

-Hvordan kan simuleringstrening i tverrfaglig hjertestansteam ha konsekvens for pasienten?

Til utdyping:

Kan det ha konsekvenser for pasientbehandling?

Kan det ha konsekvenser for pasientsikkerhet?