

**LARMTEAMETS UPPLEVELSER AV KOMMUNIKATION VID BEHANDLING
AV ETT HJÄRTSTOPP**

En kvalitativ intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning hjärtsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2017-05-02
Kurs: Ht15

Författare: Millie Andersson

Handledare:

Annika Osberg, Spec. Sjuksköterska IVA
Henrik Wagner, Överläkare, Med.Dr.,
Hjärtspecialist

Examinator:

Monika Rydell Karlsson

SAMMANFATTNING

Under de senaste fem åren rapporterades årligen över 2000 intrahospitala hjärtstopp till det nationella hjärtstoppregistret. När ett hjärtstopp sker vid det mindre akutsjukhuset i södra Sverige tillkallas ett larmteam för att utgöra en kvalitetshöjande resurs. Vid ett hjärtstopp krävs att personalen i larmteamet kan samarbeta eftersom en del arbetsuppgifter måste utföras parallellt för att minimera tiden för adekvat behandling. I dagsläget består utbildningen av sedvanlig träning i hjärtlungräddning vilket medför att ingen samträning sker mellan de olika specialiteterna och yrkesgrupperna i larmteamet. Studier visar att underprestering av icke-tekniska färdigheter, däribland kommunikation, kan utgöra ett hinder för ett lyckat teamarbete. Aktuella HLR-riktlinjer påpekar att vikt bör läggas vid att stärka teamet och att använda sig av kommunikationsmodeller.

Studiens syfte var att belysa larmteamets upplevelse av kommunikation under behandlingen av ett hjärtstopp.

Som metod för studien valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Studiedesignen utgjordes av en deskriptiv design med 13 semi-strukturerade intervjuer med personal från larmteamet som valdes ut genom ett ändamålsenligt urval. Efter datainsamlingen analyserades materialet förutsättningslöst med hjälp av innehållsanalys där meningsenheter valdes ut, vilket i sin tur bildade kategorier.

De kategorier som bildades var *Reflektioner om kommunikation i larmteamet*, *Larmteamets roller kan inverka på kommunikationen* och *Erfarenhet förbättrar kommunikationen* och resultatet visade att personalen i larmteamet generellt sett upplever kommunikationen under hjärtstoppslarmen som god, men att det varierar från tillfälle till tillfälle. Det framkom även attribut som underlättar kommunikationen samt att informanterna påtalade vikten av att kommunikationen fungerar genom hela vårdkedjan. De beskrev också hur viktigt det var med tydliga roller inom larmteamet. Det visade sig råda en viss otydlighet kring vem som egentligen är teamledare under hjärtstoppslarmen i flertalet fall, även om medicinjouren formellt sett är tilldelad denna roll. Flertalet av informanterna upplevde att denna yrkesgrupp borde ta ett större ansvar i dessa sammanhang. Däremot upplevde medicinläkarna en osäkerhet i att leda kommunikationen när man är mindre erfaren. Även övriga informanter upplevde att tidigare erfarenhet från deltagande i larmteamet i samband med hjärtstopp underlättar arbetet och ger en rak och enkel kommunikation.

Utifrån resultatet drogs slutsatsen att teamträning och träning i klinisk miljö bör införas, samt att mer stöd och utbildning bör ges till teamledaren. Dessutom bör mer fokus läggas på att öka medvetenheten om kommunikation och icke-tekniska färdigheter genom att implementera kommunikations- och teamträningsmodeller i HLR-träningen.

Nyckelord: Kommunikation, Team, Icke-tekniska färdigheter, Hjärtstopp, Utbildning

ABSTRACT

Over 2000 intra-hospital cardiac arrest events per year were reported to the Swedish national heart and lung resuscitation registry over the last five years. When a cardiac arrest occurs at the General Emergency Hospital in southern Sweden the hospital emergency team is alerted, to increase the quality of care among the attending personnel. During a cardiac arrest situation it is necessary that the emergency team collaborates, since certain tasks must be performed simultaneously to optimize given treatment. Current CPR-training consists of practical skill training, mostly performed without assembling members from the specialties represented in the hospital emergency team, hence no team training is performed. Previous studies show that several non-technical skills, including communication between the emergency team members, can be an obstacle for successful treatment in a cardiac arrest situation. Current CPR-guidelines recommend that attention should be given to the use of certain communication models to optimize the CPR situation.

The aim of this study was to illuminate the emergency team's experience of communication during a cardiac arrest treatment situation.

A qualitative method with inductive approach was used to perform the study. The study consisted of 13 semi-structured interviews with staff from the emergency team that were elected through a purposive sampling. The collected data was unconditionally analysed, by content analysis where meaning units were depicted, which formed the categories *Reflections on communication in the emergency team*, *Emergency team roles can affect communication* and *Experience improves communication*.

The results showed that the staff in the emergency team generally experienced the communication during a cardiac arrest situation as good, but with variation from one situation to another. Further, attributes were revealed which facilitates communication, and that the respondents pointed out the importance that the communication functions throughout the entire chain of care. They also described the importance with clear roles within the emergency team, however, it turned out to be some ambiguity about who has the role as the team leader during a cardiac arrest situation, despite the formal assignment to one of the professional groups. The majority of respondents felt that the attending physician at the emergency ward more firmly should take the command and step forward in the cardiac arrest situation. However, the attending physician at the emergency ward experienced that it is not always easy to manage the communication properly when less experienced in these circumstances. Yet other informants felt that an experienced emergency team, facilitates teamwork and allows for a straightforward and precise communication.

Based on these results it was concluded that team training and training in a daily clinical environment should be introduced, as well as providing more support and training for the team leader. In addition, more focus should be placed on the awareness of communication and non-technical skills by implementing specific communication and team training models.

Keywords: Communication, Team, Non-technical skills, Cardiac Arrest, Education

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Larmteam vid hjärtstopp	1
Utbildning av larmteamet	2
Icke-tekniska färdigheter i larmsituationer	3
Arbeta i team	3
Kommunikation i omvårdnadsteam	4
Kommunikation i larmteamet	5
Problemformulering	6
METOD	6
Ansats	6
Urval	6
Datainsamlingsmetod	7
Dataanalysmetod	8
Forskningsetiska överväganden	8
RESULTAT	9
Reflektioner om kommunikation i larmteamet	10
Larmteamets roller kan inverka på kommunikationen	13
Erfarenhet förbättrar kommunikationen	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
Klinisk tillämpbarhet	22
REFERENSER	23
Bilaga 1	Informationsbrev till verksamhetschef
Bilaga 2	Samtyckesblankett för verksamhetschef
Bilaga 3	Information till studiedeltagare
Bilaga 4	Samtyckesblankett för studiedeltagare
Bilaga 5	Intervjuguide
Bilaga 6	Exempel på innehållsanalys

INLEDNING

De senaste fem åren har över 2000 intrahospitala hjärtstopp per år rapporterats till det nationella hjärtstoppregistret i Sverige (Herlitz, 2015). När ett hjärtstopp sker slutar hjärtat att pumpa runt blod i kroppen (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, u.å.). Hjärtstopp kan orsakas av flera anledningar och den vanligaste är akut kranskärslsjukdom. Andra sjukdomstillstånd som kan orsaka hjärtstillestånd är hjärtmuskelsjukdomar, sjukdomar som påverkar hjärtats elektriska banor, hjärtats klaffar eller intilliggande stora blodkärl (Hjärt-lungfonden, 2012). För lyckad behandling av ett hjärtstopp krävs att hjärt-lungräddning (HLR) startas så tidigt som möjligt. Detta innebär att HLR ska påbörjas inom en minut samt att defibrillering ska utföras inom tre minuter, om indikation finns, då ett hjärtstopp sker inom slutenvården. För att utföra dessa arbetsuppgifter krävs ett optimalt samarbete och en god kommunikation personalen emellan (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016).

BAKGRUND

Larmteam vid hjärtstopp

När ett intrahospitalt hjärtstopp sker larmas ett specialistteam till platsen för att utgöra en kvalitetshöjande resurs på den avdelning eller mottagning där hjärtstoppet har skett (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2015). Larmteamets sammansättning och benämning kan variera mellan olika sjukhus beroende på att det inte finns några internationella bestämmelser kring vilka medlemmar som ska ingå i gruppen (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2015; Glerup Lauridsen, Sjørlev Schmidt, Adelborg & Løfgren, 2015). Emellertid beskriver Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015) att teamet bör bestå av personal från hjärtmedicin/invärtesmedicin och anestesi.

Glerup Lauridsen et al. (2015) utforskade i sin studie hur sammansättningen av hjärtstoppslarmteam såg ut på 44 sjukhus i Danmark. Resultatet visade att det där alltid ingår en narkossjuksköterska i larmteamet. Därefter var motsvarande medicinjour den vanligaste yrkeskategorin. I sjunkande ordning kom sedan undersköterska, blivande anestesilog, laboratorietekniker, blivande kardiolog, medicinassistent, specialistläkare inom medicin, kardiologisjuksköterska, hjärtspecialist och anestesilog. En femtedel av teamen en annan sammansättning under kvällar och helger. Utöver detta beskrev Glerup Lauridsen et al. (2015) att 41 procent av teamen inte hade någon förutbestämd teamledare samt att över hälften av teamen inte heller hade någon förutbestämd ansvarsfördelning för övriga medlemmar. I en annan studie av Kasper Glerup Lauridsen, Anders Sjørlev Schmidt, Philip Caap, Rasmus Aagaard och Bo Løfgren (posterpresentation vid American Heart Association Scientific Sessions 2016, 12-16 november) var flertalet av de tillfrågade läkarna som deltar i larmteamet omedvetna om vilka arbetsuppgifter som ska utföras av vilken personalkategori under ett hjärtstoppslarm. Dessutom uppgav ungefär hälften av studiedeltagarna att det fanns en oenighet kring vem som ska anta teamledarrollen

Larmteamet vid ett mindre akutsjukhus i södra Sverige består av kardiolog (dag- och kvällstid), två sjuksköterskor från hjärtintensivvårdsavdelningen (HIA), en anestesilog, en sjuksköterska från intensivvårdsavdelningen (IVA) samt medicinjournen på

akutmottagningen, som utgörs av en legitimerad läkare som är anställd vid medicinkliniken (muntlig ref. Henrik Wagner, Hjärtspecialist, 8 november 2016). Utifrån denna sammansättning intar medicinjuren rollen som teamledare, kardiologen sköter hjärtundersökningar såsom ekokardiografi och HIA-sjuksköterskorna administrerar hjärtläkemedel samt analyserar hjärtrytm och defibrillerar när indikation finns. Vidare ger anestesiologygen andningsstöd och IVA-sjuksköterskan assisterar anestesiologygen samt administrerar de läkemedel som krävs för intubation. De olika arbetsuppgifterna utförs parallellt och därmed krävs ett optimalt samarbete inom teamet då vissa uppgifter inte kan utföras exakt samtidigt (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016).

Utbildning av larmteamet

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015) rekommenderar att repetition av HLR-utbildning bör ske minst en, men helst två gånger per år. Då tränar avdelningarna enskilt på det mindre akutsjukhuset i södra Sverige, vilket medför att ingen samträning i avancerad HLR (A-HLR) sker mellan de olika enheterna i larmteamet (muntlig ref. Henrik Wagner, Hjärtspecialist, 8 november 2016). Finn et al. (2015) föreslår att team- och ledarskapsutbildning inkluderas i HLR-utbildningen, men menar att evidensen för ökad överlevnad är låg då det saknas studier som undersökt sambandet mellan team- och ledarskapsträning och patientöverlevnad. Emellertid påstår Garbee et al. (2013) och Brock et al. (2013) att teamträning åtminstone främjar samarbetet i det interprofessionella teamet och att scenarioträning med medlemmar från olika specialiteter är gynnsamt.

Garbee et al. (2013) presenterade även observationer och självskattningar från interprofessionella team bestående av sjuksköterskor under grundutbildning, sjuksköterskor från narkosutbildningen samt läkarstuderande. I studien fick grupperna genomföra två olika scenarion under hösten. Dessutom valde flertalet av studiedeltagarna även att medverka vid två scenarion under våren. Både observatörer och studenter fick använda sig av instrumenten Communication and Teamwork Skills (CATS), Teamwork Assesment Scale (TAS) och Mayo High Performance Teamwork Scale (MHPTS) för att mäta samarbete och kommunikation. Mätningarna visade en genomsnittlig förbättring av samarbete och kommunikation, även om en viss försämring av just kommunikationen mellan hösten och våren infann sig.

I studien av Brock et al. (2013) utgjordes deltagarna av studerande från läkar-, sjuksköterske-, farmaceut- och läkarassistentprogrammen. Studenterna fick genomgå en en-timmes utbildning i kommunikationsmodellen The Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS). Dessutom fick de genomföra tre scenarion där bland annat studenternas attityder gällande teamarbete, motivation, gruppstruktur och kommunikation undersöktes både före och efter. Endast cirka hälften av studenterna fullföljde studien men resultatet från de kvarvarande deltagarna visade en signifikant förbättring av exempelvis gruppstruktur och kommunikation.

Walker et al. (2013) visade att scenarioträningen, när den sker i klinisk miljö, upplevs av deltagarna som mer verklig. I studien beskrivs hur hjärtstoppsteamet larmades ut till vad som såg ut att vara ett riktigt larm, emellertid anlände de istället till ett arrangerat träningstillfälle ute i klinisk verksamhet. Därefter samlades feedback in från deltagarna där de vittnar om att denna träning upplevs som mer användbar för både tekniska och icke-tekniska färdigheter än den träning som sker under den enskilda HLR-utbildningen.

Icke-tekniska färdigheter i larmsituationer

Icke-tekniska färdigheter kan exemplifieras med ledarskap, uppgiftsfördelning, kommunikation, en ömsesidig övervakning av arbetsuppgifterna samt förhållning till riktlinjer (Andersen, Kammer Jensen, Lippert & Østergaard, 2010). Vidare beskriver Andersen et al. (2010) att oerfarna teamledare, alltför stor uppgiftsbelastning och hierarkisk struktur inom gruppen kan utgöra hinder för en lyckad hjärtstoppsbehandling. De rekommenderar att överväganden gällande exempelvis teamledarens erfarenhet, strukturerad kommunikation och uppgiftsbelastning bör beaktas under HLR-träning.

Även Briggs (2015) exemplifierar icke-tekniska färdigheter som ledarskap, kommunikation och teamarbete. I studien, som förvisso undersökte samarbetet i ett traumateam, observerades arbetet inom teamet utifrån hur väl arbetsuppgifterna utfördes, men även de icke-tekniska färdigheterna togs i beaktning. Resultatet visade att samband fanns mellan teamledarens beslutsförmåga och utförandet av kritiska arbetsuppgifter. Däremot fann forskaren inget samband mellan teamledarens kommunikation, ledarskap eller teamarbete och utförandet av de kritiska arbetsuppgifterna. Briggs (2015) drog slutsatsen att arbetet i teamet i stor utsträckning beror på hur teamledaren agerar.

Arbeta i team

Samverkan i team är en av de byggstenar som utgör grunden i avancerad omvårdnad (Edberg et al., 2013). Teamarbete symboliseras av att flera olika professioner samlas för att utifrån ett helhetsperspektiv erbjuda patienten den optimala behandlingen. Det är också av betydelse att teamet är rätt integrerat så att arbetet i gruppen blir givande, både för deltagarna och för patienten (Berlin, 2013). Carlström, Kvarnström och Sandberg (2013) beskriver att det är viktigt för teamarbetet att medlemmarna är ödmjuka inför varandra, att arbetsklimatet är bra, att det finns ett tydligt mål för arbetet samt att utrymme ges för konstruktiv feedback.

Det som utgör grunden i teamarbete är att deltagarna ska kunna erbjuda hjälp, men även ta emot densamma, vilket kan vara en utmaning beroende på exempelvis organisationens kultur (Berlin, 2013). Ytterligare svårigheter kan vara de olika roller som medlemmarna i gruppen förväntas anta och hur väl dessa roller är definierade. Dessutom kan medlemmarna ha olika uppfattning om hur samarbetet ska ske. För att samarbeta i grupp krävs både färdighet och flexibilitet. Om samarbetet fungerar kan det medföra en bra fördelning av arbetsuppgifter samt att ett likartat arbetssätt skapas inom gruppen (Berlin, 2013). Målet för samarbetet är det som Carlström et al. (2013) beskriver som funktionell synergi, det vill säga att genom samspelet skapa samarbetsvinster.

För att träna och utbilda team i att samarbeta och kommunicera rekommenderar Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016) Crew Resource Management (CRM). CRM utvecklades under 1970-talet inom flygbranschen, då mer än hälften av alla flygplansolyckor kunde härledas till den mänskliga faktorn såsom otydligt ledarskap, bristfälligt beslutsfattande samt bristande kommunikation. För att minska antalet olyckor var de tvungna att stärka arbetsgruppen för att uppnå en bättre samarbetsförmåga i akuta och icke-akuta situationer. Detta tankesätt har sedan adapterats inom sjukvården (Vårdhandboken, 2016). Modellen fokuserar på icke-tekniska färdigheter, men även på

tekniska färdigheter, vilket medför att hela gruppen bör träna tillsammans (Sharp, 2012). Att utbilda teamledaren inom CRM har visat en utveckling av ledarens verbala kommunikation, vilket i sin tur har bidragit till att samarbetet inom gruppen har förbättrats (Fernandez Castelao, Boos, Ringer, Eich & Russo, 2015).

Det finns tre former av teamarbete; sekventiellt, synkront och parallellt. Det sekventiella teamarbetet utgörs av en linjär process där medlemmarna gör varsitt steg i processen för att sedan lämna över uppgiften till nästa medlem. Det synkrona arbetssättet symboliseras av att medlemmarna kan gå in och utföra uppgifter för varandra när det behövs och är möjligt. Den sista formen innebär att uppgifterna måste utföras parallellt inom gruppen och därmed inte gemensamt. Inom gruppen finns en tydlig uppgiftsfördelning och medlemmarna kan därför inte byta uppgifter med varandra, då alla medlemmar arbetar utifrån sin professionella roll (Berlin, 2013; Carlström et al., 2013).

Kommunikation i omvårdnadsteam

Omvårdnadsteoretikern Suzie Kim (2010) beskriver i sin teori fyra olika domäner, patientdomänen, patient-sjuksköterskedomänen, utövningsdomänen och miljödomänen, som ingår i sjuksköterskans arbete. I utövningsdomänen skildras tre filosofier gällande utövningen, där en är filosofin kring professionellt arbete och som beskriver att sjuksköterskan utöver arbetet med patienter även har en roll i olika omvårdnadsteam och måste kunna koordinera med andra yrkeskategorier inom sjukvården. I domänerna beskrivs också att kommunikation anses vara en viktig aspekt inom omvårdnaden som är värd att studera, då omvårdnadsarbetet involverar flera olika perspektiv av kommunikation. Vidare framställer Kim (2010) kommunikationen som ett fenomen som innefattar både användning av språk och olika symboler som grundar sig i människans kultur och socialisering i syfte att förstå varandra och dela uppfattningar (Kim, 2010).

Sävenstedt och Florin (2013) menar att det inom sjukvården finns ett stort behov av att personalen, oavsett yrkeskategori, kan kommunicera med varandra och att kommunikationen sker med en terminologi eller ett språk som personalen är bekant med. *”En säker kommunikation är korrekt, avgränsad, kommer vid lämpligt tillfälle och innehåller det som är viktigt för mottagaren.”* [kursivering tillfogad] (Haddleton, 2016). Sjuksköterskor och läkare är tränade att framföra information på olika sätt. Därför är det viktigt att ett gemensamt språk utvecklas för att uppnå en säker kommunikation inom hälso- och sjukvården, vilket även citeras av Inspektionen för vård och omsorg (2014). För att stödja en säker informationsöverföring kan en kommunikationsmodell, exempelvis SBAR, med fördel kan användas. SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation, och utifrån modellen förmedlas informationen kring patienten i denna ordning (Socialstyrelsen, u.å.a)

Kommunikation i larmteamet

Nationalencyklopedin (2016) definierar begreppet kommunikation som *”överföring av information mellan människor...”* [kursivering tillfogad]. För att karaktärisera informationsöverföringen kan olika kommunikationsteorier användas för att beskriva varför informationen överförs, vad som överförs och hur kommunikationen sker (Fossum, 2009). Socialstyrelsen (u.å.a) och European Resuscitation Council (Soar et al., 2015)

rekommenderar att en kommunikationsmodell används då denna säkerställer att informationsöverföringen sker korrekt vilket leder till att patientsäkerheten ökar. Sharp (2012) beskriver att i en stressad situation är det lätt att kommunikationen inom teamet påverkas. Vid stress kan en person bli mindre rationell och kanske irriterad vilket ökar risken för bristande informationsöverföring till omgivningen. Dessutom kan personen agera reflexmässigt och utan hänsyn till andra.

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016) rekommenderar CRM för att utveckla kommunikationen inom larmteamet. I CRM rekommenderas att en modell, till exempel SBAR eller checklistor, används för att förmedla information så effektivt som möjligt. Dessa modeller rekommenderas även av Socialstyrelsen (u.å.b). SBAR används för att rapportera viktig information på ett kort och koncist sätt, genom att kort ange vad som har hänt, relevant sjukdomshistoria, hur situationen ser ut just nu samt vilka åtgärder som bör utföras (Svenska rådet för hjärt-lungräddning, 2016).

När order och uppgifter kommuniceras utifrån CRM ligger ansvaret för att informationsöverföringen fungerar både på den som förmedlar informationen och den som mottager informationen. Den som förmedlar informationen ska vara tydlig och gärna, om möjligt, ha ögonkontakt med mottagaren och adressera uppgiften till densamma. Förmedlaren ska därefter förvissa sig om att mottagaren har förstått informationen eller uppgiften. Mottagaren ska i sin tur bekräfta informationen genom att upprepa denna och vid behov be om ett förtydligande. Denna kommunikationsmetod kallas för Closed loop. Medlemmar i gruppen ska också känna tryggheten att kunna säga ifrån eller ifrågasätta beslut samt att begära ett förtydligande av otydlig information (Sharp, 2012). Inom CRM används briefing och debriefing vilket även rekommenderas att användas av HLR-instruktörer under HLR-utbildning som ett led i att stärka gruppen. Briefing är en typ av envägskommunikation där en medlem förmedlar kunskap till övriga gruppen, medan debriefing utgörs av en diskussion i gruppen kring genomförd prestation (Fortune, Davis, Hanson & Phillips, 2013),.

I en studie av Pittman, Turner och Gabbot (2001) beskrev deltagarna att kommunikation mellan medlemmarna i larmteamet under dagen, utöver larmtillfällen, är viktig för att veta vilka de övriga medlemmarna är, fördela arbetsuppgifter, kunna ge feedback samt öka gruppdynamiken och organisationen. Emellertid var det endast en dryg tredjedel av de svarande som uppgav att de träffade de övriga teammedlemmarna mellan larmen. Dessutom visade studien att endast ett fåtal team har organiserad debriefing.

Problemformulering

Vid behandling av ett hjärtstopp ska många koordinerade arbetsuppgifter utföras på kort tid för att öka chanserna för att den drabbade ska återfå egen bärande cirkulation och därmed öka chanserna att överleva. För ett optimalt omhändertagande krävs att de olika uppgifterna utförs parallellt, och av flera professioner från olika specialiteter. European Resuscitation Council har framtagit riktlinjer gällande de uppgifter som ska utföras vid avancerad hjärt- och lungräddning, men flera icke-tekniska färdigheter som kan utgöra ett hinder för en lyckad behandling har identifierats i en tidigare studie, däribland kommunikation. Studien av Andersen et al. (2010) bygger på intervjuer av HLR-instruktörer, där merparten av informanterna är läkare inom kardiologi eller anestesi. Därmed är det möjligt att resultatet inte speglar hela larmpersonalens upplevelse av kommunikation inom gruppen. Som ett led i kvalitetssäkring av arbetet vid behandling av

ett hjärtstopp behöver hela larmpersonalens upplevelse av kommunikation belysas för att utveckla samarbetet inom den multiprofessionella larmgruppen.

SYFTE

Syftet var att belysa larmteamets upplevelser av kommunikation vid behandling av ett hjärtstopp.

METOD

Ansats och design

För studien valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats där studiedesignen utgjordes av en deskriptiv design. Syftet besvarades genom intervjuer med semi-strukturerade frågor. Denna design valdes då målet med den kvalitativa intervjun var att informanten själv ska få beskriva sina erfarenheter och upplevelser kring det fenomen som ska studeras (Kvale & Brinkmann, 2014). Med induktiv ansats menas att forskaren visar öppenhet gentemot informantens erfarenheter och upplevelser och analyserar dem förutsättningslöst och objektivt (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Urval

Studien utfördes vid ett mindre akutsjukhus i södra Sverige där författaren har kännedom om larmteamets organisation och sammansättning, vilket utgjorde grunden för problemformuleringen. Inklusionskriterium för deltagande i studien var att personen skulle ha personlig erfarenhet av att delta i larmteamet vid hjärtstopp vid detta sjukhus. Både sjuksköterskor och läkare inkluderades för att maximera variationen av aspekter i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014). Eftersom undersköterskor vanligen inte deltar i teamet, exkluderades denna yrkeskategori. Även handledaren för denna studie exkluderades. Därefter valdes de informanter ut som var intresserade av att delta utifrån ett ändamålsenligt val, vilket Polit och Beck (2012) beskriver som att de informanter som kan tänka sig att medverka och kan antas bidra med mest information för studiens genomförande väljs ut. Målet var att inkludera ungefär två uppsättningar av larmteamet, vilket innebär sex sjuksköterskor och sex läkare.

Datainsamlingsmetod

Innan studien påbörjades inhämtades skriftligt tillstånd för att få utföra studien från respektive verksamhetschef (bilaga 1 och 2) i enlighet med Sophiahemmets Högskolas riktlinjer för självständigt arbete (2015). Därefter hölls det ett kort informationsmöte för medicinläkarna, kardiologerna och IVA-sjuksköterskorna i samband med morgon- eller

eftermiddagssamlingar. Det hölls inget informationsmöte för sjuksköterskorna på hjärtavdelningen för att minimera maktförhållandet. Inte heller hölls något möte för anestesilogerna då dessa inte hade något inplanerat möte inom rimlig tid. Vid informationsmötena gavs det också möjlighet att ställa frågor kring studien. För att nå all berörd personal skickades även informationsbrevet (bilaga 3) ut via e-post, utom till sjuksköterskorna på IVA där en stor del närvarade vid informationsmötet. Arton personer visade intresse för att delta i studien. Av dessa personer valdes de personer ut som antogs kunna bidra med mest information och varierande aspekter av det studerade fenomenet. Deltagarna fick en upprepad genomgång av studiens syfte samt gavs tillfälle att ställa frågor innan intervjustart. Dessutom utfördes en genomgång av inspelningsutrustningen, enligt rekommendationer från Kvale och Brinkmann (2014). För att säkerställa att deltagaren förstått informationen fick denne möjlighet att läsa igenom informationsbrev och samtyckesblankett (bilaga 4) innan den sistnämnde undertecknades.

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av semi-strukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide (bilaga 5), som innehöll förslag till inledande och uppföljande frågor. Detta förespråkas av Kvale och Brinkmann, (2014) för att få informanten att utveckla och fördjupa sina tankar. För att testa intervjuguiden samt intervjutekniken genomfördes två pilotintervjuer för att kunna revidera eventuella brister i enlighet med Polit och Beck (2012). I samband med första pilotintervjun tillades en avslutande fråga gällande om informanten hade något att tillägga kring kommunikation vid hjärtstopp. Pilotintervjuerna inkluderades i resultatet då de uppfyllde de tekniska kraven samt att innehållet i intervjuguiden inte ansågs vara i behov av ytterligare revidering. Intervjuerna genomfördes under december 2016 och januari 2017 i ett avskilt rum på det mindre akutsjukhuset i södra Sverige. Varje intervju tog mellan 10 och 25 minuter. Intervjuerna spelades in i syfte att inte missa viktiga data. Totalt intervjuades 13 personer, vilka representerades av en dubbel uppsättning av larmteamet samt ytterligare en kardiolog. Intervjuerna kodades med en siffra, 1-13. Under den trettonde intervjun uppstod ett tekniskt fel som ledde till att endast halva intervjun spelades in. Trots det ansågs materialet bidra med viktig information och inkluderades.

Dataanalysmetod

Det inspelade materialet transkriberades tätt in på den genomgångna intervjun i de flesta fall. Detta rekommenderas av Polit och Beck (2012) för att eventuella minspel och gester ska finnas färskt i minnet vid transkriberingen. Vid något tillfälle utfördes flera intervjuer per dag vilket medförde att all transkribering inte var möjlig att genomföra samma dag, utan slutfördes nästföljande dag. Det transkriberade materialet jämfördes åter med det inspelade materialet för att säkerställa validiteten. Materialet lästes igenom ytterligare några gånger för att därefter analyseras utifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Detta innebar att texten analyserades förutsättningslöst utan någon mall i enlighet med Lundman och Hällgren-Graneheim (2012). Vidare beskriver Hällgren-Graneheim och Lundman (2004) att innehållsanalys kan redogöras utifrån manifest och latent analys. Manifest innehållsanalys skildrar det som är uppenbart i texten och beskriver skillnader och likheter i densamma. Genom latent innehållsanalys tolkas den underliggande betydelsen av texten.

Under innehållsanalysen plockades meningsenheter ur texten ut, vilka svarade mot syftet och hade ett sammanhang och ett gemensamt innehåll, vilket kan ses som den manifesta

analysen. Meningsenheterna kondenserades utan att det centrala innehållet gick förlorat. Därefter abstraherades texten och försågs med olika kodord. Koderna kan ses som etiketter på de meningsenheter som framkommit i texten. För att underlätta överblicken av koderna skrevs alla koderna ut på papper och koder med samma betydelse parades ihop. Därefter organiserades koderna in i olika underkategorier beroende på innehåll. Underkategorierna ordnades sedan in i olika kategorier, i enlighet med Lundman och Hällgren-Graneheim (2012). Exempel på hur innehållsanalysen utförts återfinns i bilaga 6.

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (1990) beskriver att forskaren enligt forskningsetiska principer forskaren hela tiden måste väga forskningskravet mot individskyddskravet. Detta innebär att kravet på att utveckla kunskaper och metoder måste vägas mot risker och skador för den tilltänkta studiedeltagaren. Enligt CODEX (2016) krävs ingen etisk prövning gällande forskning inom ramen för högskoleutbildning på grund- och avancerad nivå så länge ingen uppenbar risk finns att deltagarna kan ta skada under studiens gång. Då deltagarna utgjordes av personal som ofta befinner sig i den situation som utgör grunden för det ämne som studerades ansågs risken vara liten att studien skulle framkalla obehag hos informanterna. Verksamhetschefen på den enhet där studien genomfördes hade dock kunnat kräva en etisk prövning om denne ansåg att det fanns anledning till detta (Sophiahemmet Högskolas riktlinjer för självständigt arbete, 2015), men ingen av verksamhetscheferna ansåg detta som nödvändigt.

Intervjuerna skulle kunna frambringa negativa känslor som exempelvis irritation eller frustration beroende på deltagarens erfarenheter. Om negativa känslor uppstod i samband med intervjuerna planerade författaren att deltagaren skulle ges möjlighet att bearbeta känslorna efteråt genom samtal med den studieansvarige. Denne skulle även kunna förmedla kontakt till Kamratstödet, som är en grupp medarbetare som hjälper till att bearbeta och skapa förståelse efter en särskild händelse. Detta behövde aldrig göras. Då vissa av studiedeltagarna var kollegor till författaren lades det vikt vid att författaren skulle uppträda professionellt och öppet för det som studiedeltagaren delade med sig av. Detta för att författaren och informanten ska vara någorlunda jämlika inför varandra vilket Trost (2010) menar att författaren bör sträva efter. Trost (2010) beskriver detta som en subjekt-subjektrelation, där intervjuaren minimerar sin maktposition.

I enlighet med de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 1990) tillgodosågs informationskravet genom att informanterna fick både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och genomförande. Samtyckeskravet uppfylldes genom att informanterna fick underteckna en samtyckesblankett i samband med intervjun där de intygade att de fått information kring studien, att de frivilligt ställde upp på att genomföra intervjun, samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange någon orsak. I linje med World Medical Association (2013) behandlades den information som informanterna delade med sig av konfidentiellt. Informanterna fick information om att studieansvarig har tystnadsplikt, vilket innebär att denne inte på något sätt får förmedla den information som framkommit under intervjuerna och som kan härledas till en enskild individ. Deltagarna informerades om vilka åtgärder den studieansvarige kommer att vidta för att förhindra att informationen sprids, i linje med Gustafsson, Hermerén och Pettersson (2011). Författaren har i detta fall avidentifierat deltagaren i skriven text, förvarat inspelning och text på en dator som endast författaren har tillgång till samt att all insamlad

data kommer att förstöras när studien är klar. Det insamlade materialet kommer endast att användas för studiens ändamål, i enlighet med de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 1990).

RESULTAT

Sammanlagt genomfördes 13 intervjuer. Könsfördelningen var sju kvinnor och sex män i åldrarna 24 till 58 år (median 43 år). Erfarenheten från deltagande i larmteamet varierade från 1 till 18 år (median 7 år). Av informanterna var sex sjuksköterskor och sju var läkare. Fördelningen mellan de olika specialiteterna utgjordes av två uppsättningar av larmteamet samt ytterligare en kardiolog.

Resultatet redovisas utifrån de kategorier och underkategorier som bildats. För att förtydliga resultatet och analysen kommer citat att finnas med från informanterna. Siffran inom parentes efter citatet representerar det nummer som intervjun tilldelats.

Tabell 1. Kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Reflektioner om kommunikation i larmteamet	Kommunikationen är personbunden
	Hur kommunikation bör föras i den akuta situationen
	Kommunikation ska fungera genom hela kedjan
	Viktigt med ömsesidig respekt
Larmpersonalens roller kan inverka på kommunikationen	Tydliga roller är betydelsefullt
	Teamledaren bör ta mer plats i larmteamet
	Kommunikation inom specialiteterna fungerar bra
	Personal utanför larmteamet bidrar till sämre kommunikation
Erfarenhet förbättrar kommunikationen	Erfarenhet ger rakare kommunikation
	Relation till övriga deltagare stärker kommunikationen

Reflektioner om kommunikation i larmteamet

I kategorin Reflektioner om kommunikation i larmteamet beskrivs hur informanterna upplever eller har upplevt kommunikation i larmteamet samt vad de upplever som viktigt för att kommunikationen ska fungera. Kategorin redovisas utifrån underkategorierna: *Kommunikationen är personbunden*, *Hur kommunikation bör föras i den akuta situationen*, *Kommunikationen ska fungera genom hela kedjan* samt *Viktigt med ömsesidig respekt*.

Kommunikationen är personbunden

Alla informanter ansåg att det generellt sett ansåg att kommunikationen är god i

larmteamet under en hjärtstoppssituation. De flesta uppgav dock att kommunikationen varierar från tillfälle till tillfälle beroende på vilka individer som för dagen ingår i larmteamet samt var insatsen utförs. De upplevde däremot inte att det finns någon skillnad i kommunikation mellan de olika yrkeskategorierna och specialiteterna i larmteamet. Ingen yrkeskategori är bättre eller sämre på att kommunicera. Den skillnad som deltagarna uppgav var att personalen kommunicerar med olika kollegor om olika sakfrågor. Om skillnader mellan yrkeskategorierna finns gällande kommunikation är dessa i så fall personbundna.

Hur kommunikation bör föras i den akuta situationen

Flertalet av studiedeltagarna nämnde att det är viktigt att kommunikationen är enkel, tydlig och direkt. Flertalet uppgav också att de försöker ha detta i åtanke när de kommunicerar med övriga teammedlemmar. En av informanterna uppgav att kommunikationen i vissa fall är otydlig, medan en annan uppgav att kommunikationen upplevs som mer strukturerad och tydlig på akutmottagningen än på vanlig vårdavdelning eller motsvarande.

Några av deltagarna nämnde att strikt och kort kommunikation kan upplevas som nedlåtande för de personer som inte är vana vid hur kommunikationen sker i dessa sammanhang, men att de själva inte upplever den korta och strikta kommunikationen som negativ. Dessutom upplevdes det som viktigt att deltagarna i teamet försöker prata högt, utan att skrika och ropa, vilket informanterna hade varierande erfarenhet av. En av informanterna upplevde att kommunikationen under ett hjärtstopp fungerar alldeles utmärkt då medlemmarna i larmteamet pratar samma språk, det vill säga att de pratar på ett liknande sätt.

I larmteamet då som larmas ut på ett...livshotande larm, då är det en... enkel och rak kommunikation, för vi pratar samma språk. Och vi vet vad vi vill och vi vet vad vi ska göra, så därför behöver vi inte prata så mycket i heller känner jag, och när vi pratar så förstår vi varandra. (9)

En av informanterna upplevde att det är viktigt att deltagarna kan se varandra för att kommunikationen ska fungera. Samma informant upplevde det som en svårighet att kommunicera med någon som står lite avsidet och pratar med någon annan. Vidare beskriver informanten att ögonkontakt upplevs som viktigt för kommunikationen mellan två personer, men att även detta varierar beroende på situation.

En sak som är väldigt viktig faktiskt för bra kommunikation är att jag ser, jag har lite blick över alla deltagare...(1)

En del av informanterna upplevde att det finns situationer där för många personer pratar samtidigt. Ibland kan det till och med vara så att larmteamets medlemmar och eventuellt extern personal pratar i munnen på varandra och att detta försvårar kommunikationen mellan larmteamets medlemmar. I dessa situationer upplevdes det som viktigt att en person, exempelvis teamledaren, kan strukturera upp kommunikationen genom att leda de övriga till en samlad kommunikation. En av informanterna påtalade vikten av tystnad i larmteamet när rapport ges från ambulans eller på avdelning, men upplevde att detta

varierar. Vidare beskrev en annan av informanterna att en bra situation speglas av att det är helt tyst mellan de olika momenten i processen så till vida att om en teammedlem inte har någon viktig information att dela med resten av teamet iakttar denne tystnad.

När väl information eller arbetsuppgifter delas ut i teamet beskrev nästan alla informanter att det är viktigt att dessa återkopplas, vilket benämndes som kommunikationsmodellen Closed loop av två av informanterna. Flertalet av informanterna upplevde att både de själva och övriga personerna inom larmteamet strävar efter att kommunicera med Closed loop-modellen. En av informanterna beskrev detta som att kommunikation måste finnas åt båda håll, både från sändare och mottagare. Två informanter beskrev dock att de upplever att läkare vid vissa tillfällen ordinerar utan att ha adresserat uppgiften till någon specifik person eller begärt någon bekräftelse på att någon utför ordinationen. Detta kan leda till att ingen uppfattar ordinationen, att den missuppfattas eller att det i värsta fall kan leda till felbehandling.

Kommunikationen ska fungera genom hela kedjan

Flertalet av informanterna beskrev att de upplever att det är viktigt att kommunikationen fungerar genom hela kedjan, från rapporterande sjuksköterska/läkare/ambulanspersonal till kommunikationen inom teamet och eventuellt till den enhet där patienten kommer att behandlas eller vårdas. Hur väl denna kedja fungerar upplevde informanterna varierande. Några av informanterna upplevde att det var svårt att få någon adekvat rapport av ansvarig personal på den avdelning där hjärtstoppet har skett, undantaget hjärtavdelningen. Till skillnad från detta upplevde en av informanterna att rapporteringen överlag mellan ansvarig avdelningsläkare och larmteamet fungerar bra.

...symboliseras av att vi får dålig kommunikation...personalen har ingen aning på avdelningen vem patienten är, det är jourbyte eller nånting eller mitt i natten och det är vi som står där med en helt obekant person som kanske är gammal och inte borde larmas på. Och det är liksom så många fel som kan uppstå, och det har jag varit med om också många gånger. (4)

Ett par informanter påtalade också vikten av att kort och adekvat information ges direkt. En informant beskrev att denne upplever att i vissa situationer ges för mycket och ovidkommande information av patientansvarig personal. Till skillnad från detta upplevde samma informant att informationsflödet inom teamet är mer kort och konkret. Alla informanter upplevde att kommunikationen är mycket viktig för samarbetet och tre av informanterna beskrev dessutom att de upplevde att bristande kommunikation i kedjan förlänger HLR-insatsen och tiden till behandling.

Vidare beskrev flera av informanterna att de upplever att kommunikationen och arbetet underlättas av att teamledaren kommunicerar en plan och/eller sammanfattning av processen. Även detta beskrevs variera. En av informanterna beskrev att denne upplever att när kommunikationen fungerar bra finns det en röd tråd genom hela kommunikationskedjan.

Även om kommunikationen generellt sett är bra beskrev tre av informanterna att den kan förbättras och struktureras ytterligare. Som ett bevis på detta beskrev de att kommunikationen blir bättre efter träning i grupp, exempelvis vid scenarion under HLR-träning. Dessutom upplevde en annan informant att ingen specifik kommunikationsmodell

används vid informationsöverföring. Ett par av informanterna upplevde att slutna och mindre verbala personer är svårare att kommunicera med i dessa situationer, vilket också skulle kunna förbättras. Dessutom upplevdes den bristfälliga kommunikationen leda till en irriterad stämning och ytterligare försämrad kommunikation.

Jag tror nog att det finns mer att göra kommunikationsmässigt med att strukturera upp det och att det kanske hade varit bra med någon form av tydlig kommunikationsmall som man lär sig i samband med HLR-utbildning till exempel, sen är det nog svårt att få alla att använda det... (6)

Viktigt med ömsesidig respekt

Ungefär en fjärdedel av informanterna beskrev att det är viktigt för kommunikationen att en ömsesidig respekt finns inom teamet. I de situationer där detta har fungerat var informanternas samlade upplevelse att en lyhördhet fanns inom teamet samt att teammedlemmarna kände en trygghet i att säga ifrån om någonting var fel eller om enskilda teammedlemmar inte följde riktlinjerna. I motsats till detta har några av informanterna i andra situationer upplevt att en rädsla kan finnas, främst bland mindre erfarna kollegor, att ifrågasätta exempelvis rutiner eller mer erfarna kollegors beslut. En av informanterna påtalade att denne upplever att de mer erfarna läkarna inte tar tillräcklig hänsyn till den yngre teamledaren.

Larmteamets roller kan inverka på kommunikationen

Kategorin presenteras i underkategorierna: *Tydliga roller är betydelsefullt, Teamledaren bör ta mer plats i larmteamet, Kommunikation inom specialiteterna fungerar bra samt Personal utanför larmteamet bidrar till sämre kommunikation.*

Tydliga roller är betydelsefullt

Majoriteten av informanterna belyste hur viktigt det är med tydliga roller i teamet för att underlätta kommunikationen, vilket studiedeltagarna hade varierande upplevelser av. Några av deltagarna specificerade att en tydlig teamledarroll är mycket viktig för att kommunikationen i teamet ska fungera. Andra informanter upplevde att det inte alltid är tydligt vem som är teamledare, trots att det formellt är medicinjourens roll. Kommunikationen försvåras då personalen inte riktigt vet vem de ska vända sig till med information eller frågor. En av deltagarna beskrev att det inte förmedlas rakt ut vem som är teamledare.

Men det är inte så att när man kommer in så är det jag som är teamleader...att säga tydligt att nu är det jag som är teamleader här. (13)

Teamledaren bör ta mer plats i larmteamet

Ungefär hälften av informanterna beskrev att de upplever att de läkare som är mer erfarna

tar över både teamledarrollen och kommunikationen, men att det varierar beroende på vilka läkare som ingår i teamet vid det aktuella tillfället. De yngre beskrev att de ibland kan uppleva det som en trygghet när en äldre kollega tar över kommunikationen, men de kan även känna sig överkörda när de inte får gehör i andra hjärtstoppssituationer. En av informanterna beskrev att det kan bero på vilken auktoritet den mindre erfarna läkaren har. Överlag ansåg de mindre erfarna läkarna att de inte har något emot att en mer erfaren kollega tar över kommunikationen och teamledarrollen. Motsatt beskrev de mer erfarna läkarna att de ibland behöver ta tag i kommunikationen och ta över ledarrollen. Flertalet av sjuksköterskorna i teamet upplevde det som att de erfarna läkarna tar över i dessa situationer och att detta mestadels upplevs som positivt. En av informanterna uppgav att denne försöker lämna över ansvaret till den formella teamledaren igen efter att ha styrt upp situationen, då denne beskrev sig som en konsult till teamledaren.

Upplevelsen av hur medicinjouren generellt kommunicerar som ska agera teamledare var varierande. Majoriteten av informanterna upplevde att teamledaren bör ta mer plats rörande teamledarskap och kommunikation. Endast en av informanterna upplevde att medicinjouren tar totalt ansvar för kommunikationen och teamledarrollen. Andra informanter beskrev att den mindre erfarna teamledaren gärna frågar sina mer erfarna kollegor eller att teamledaren går åt sidan för att diskutera med sina kollegor. En av de mindre erfarna informanterna beskrev att det inte är lätt att ta teamledarrollen och ansvara för den övergripande kommunikationen.

Och det är inte alltid så lätt när man är nybakad och inte helt jätteerfaren, men det är den rollen man har som medicinjour... (6)

Kommunikation inom specialiteterna fungerar bra

Några av informanterna, främst sjuksköterskor, beskrev att de mestadels kommunicerar inom den egna medicinska specialiteten och att kommunikationen då sker mellan sjuksköterska och läkare, vilket generellt sett fungerar bra. Några av informanterna nämnde att sjuksköterskorna från IVA upplevs som att de kommunicerar mindre med övriga deltagare i gruppen och mestadels lyssnar, vilket även en deltagande IVA-sjuksköterska ansåg. I motsats till detta upplevdes personalen från HIA kommunicera mycket. Dessutom upplevde en informant att kommunikationen mellan sjuksköterskorna inom de båda specialiteterna fungerar mycket bra.

Personal utanför larmteamet bidrar till sämre kommunikation

Ungefär en fjärdedel av informanterna upplevde att personal utanför larmteamet eller för många individer inom samma yrkeskategori eller specialitet ökar risken för missförstånd i kommunikationen. I dessa situationer kan olika läkare exempelvis ordinera samma läkemedel, vilket kan leda till missuppfattning och därmed öka risken för överdosering eller utebliven behandling. Även personal från andra specialiteter än den vanliga i ett larmteam upplevdes öka denna risk, till exempel vid hjärtstopp orsakat av trauma. Då upplevdes situationen som stimmig och rörig, och att personalen då på något sätt måste förmedla att det är för många personer på plats. En av informanterna upplevde att vissa av dessa kommunikationsmässigt röriga situationer inte alltid går att komma undan eftersom personal från många specialiteter måste vara på plats samtidigt.

Erfarenhet förbättrar kommunikationen

Kategorin presenteras utifrån två underkategorier: *Erfarenhet ger rakare kommunikation* och *Relation till övriga deltagare stärker kommunikationen*.

Erfarenhet ger rakare kommunikation

Alla informanter upplevde att erfaren personal har lättare att kommunicera än mindre erfaren personal, eftersom de upplevs kommunicera mer enkelt och tydligt. Två av informanterna beskrev det som att ett tränat och erfaret team inte behöver kommunicera så mycket med varandra för att utföra arbetsuppgifterna. Dessutom tillade en av dessa informanter att van personal är mer konkret och mindre stressad i sin kommunikation. I stort sett alla informanter beskrev att det är betydligt svårare att kommunicera med ovan personal utanför teamet vid en hjärtstoppssituation. Dessa personer beskrevs som röriga och stressade i sin kommunikation vilket leder till ett sorl av röster som gör det svårt att höra vad som sägs.

Till följd av detta skildrade alla informanter att den sämsta kommunikationen uppstår när hjärtstoppet har skett på en vanlig vårdavdelning, bortsett från hjärtavdelningen. De upplevde att de möts av personal som är stressad och inte riktigt vet vad de ska göra, vilket även påverkar kommunikationen negativt. De upplevde även att det inte alltid är uppenbart vem som ska informera kring patientens bakgrund och aktuella vårdtillfälle. Ibland är inte ansvarig sjuksköterska eller läkare närvarande i rummet när larmteamet anländer. En av informanterna upplevde att kommunikationen inom larmteamet blir bättre när avdelningspersonalen lämnar plats för larmteamet och backar undan.

Riktigt dåligt är det ofta på andra avdelningar, som till exempel på en kirurgavdelning, där man kommer in i ett rum och där är massor av folk som inte riktigt vet vad dom ska göra, dom är inte vana vid den situationen. (3)

Relation till övriga deltagare stärker kommunikationen

Ungefär en fjärdedel av informanterna nämnde att kommunikationen underlättas och fungerar bättre när personalen i teamet har fått någon form av relation till varandra. En av informanterna beskriver det som att om personalen känner varandra till person och profession sedan tidigare, blir kommunikationen bättre och tydligare eftersom personerna vet hur den övriga personalen fungerar och hur de vill ha det. Dessutom blir kommunikationen mer öppen och personalen vågar fråga varandra vid osäkerhet eller när riktlinjerna frångås.

Övriga informanter som nämnde att någon form av relation är viktig för kommunikationen beskrev att kommunikationen blir bättre om personalen vet vilka de andra medlemmarna i teamet är. Därför upplevde de att en presentation av alla teammedlemmar, framför allt vilken specialitet de tillhör, men gärna också namn, underlättar den efterföljande kommunikationen. En av informanterna beskrev att detta kan vara värdefullt för den fortsatta kommunikationen fastän arbetsuppgifterna redan påbörjats men att det inte ska ta bort fokus från HLR-algoritmen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats och design

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ metod med en induktiv ansats. Då syftet var att beskriva deltagarnas upplevelser ansågs detta som den lämpligaste metoden. Den kvalitativa metoden speglar just människors upplevelser och erfarenheter av olika fenomen (Polit & Beck, 2012). Vidare valdes intervjuer då dessa är lämpliga för att beskriva upplevelser och erfarenheter. Polit och Beck (2012) beskriver att det är omtvistat om en översikt av tidigare studier bör göras innan studiestart då detta skulle kunna färga författarens uppfattning av fenomenet. Emellertid upplevde författaren att risken för att litteratursökningen skulle påverka resultatet som liten och att den istället skulle stärka studiens tillförlitlighet. Litteratursökningen bedömdes även vara en styrka i valet av studiedesign då fenomenet inte ansågs vara tillräckligt studerat för att kunna utforma exempelvis enkätfrågor eller dylikt, vilket även stärker studiens tillförlitlighet.

Att använda semistrukturerade intervjuer ses som en styrka då denna metod ger större möjlighet att ställa uppföljande och förtydligande frågor än om en strikt intervjuguide följdes. Genom att den som utför intervjun visar nyfikenhet gentemot informanten kan svaret få ett större innehåll och genom att uppmuntra en vidare beskrivning kan intervjuaren få en bättre bild av hur informanten uppfattar det studerade ämnet (Kvale & Brinkmann, 2014). Författaren valde att utföra vad Kvale och Brinkmann (2014) beskriver som en-till-en-intervjuer, vilket kan ses som en styrka, då det ger en bättre struktur och underlättar vid genomgång och transkribering av data. Vid denna typ av intervjuer undviks också etiska dilemman som skulle kunna uppstå i exempelvis fokusgruppsintervjuer, där en rädsla för att ta upp vissa ämnen kan förekomma eller att informanten säger vissa saker som denne egentligen inte vill ska komma ut (Trost, 2010). Svagheten med den valda designen skulle kunna vara att informanterna under intervjun inte lyckas delge alla sina upplevelser och tankar kring det studerade ämnet som annars hade kunnat avhjälpas med exempelvis fokusgrupper där deltagarna kunnat utveckla varandras erfarenheter.

Urval och urvalsmetod

Som inklusionskriterium valdes tidigare erfarenhet som deltagare i larmteamet utan gräns på hur länge personen skulle ha ingått i teamet, vilket gav en bredd i intervjuerna och en möjlighet att få en övergripande bild av kommunikationen under ett hjärtstopp. Av samma anledning inkluderades både sjuksköterskor och läkare, vilket beskrivs av Kvale och Brinkmann (2014) som att få en maximerad vidd av aspekter. Detta kan ses som en styrka för resultatets giltighet som Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) beskriver som hur väl det typiska för fenomenet som studeras lyfts fram, det vill säga hur sant resultatet är.

Då det potentiella antalet studiedeltagare var stort, eftersom flera yrkeskategorier från olika specialiteter ingår i larmteamet ansågs ett ändamålsenligt urval vara en lämplig urvalsmetod. Risken fanns att ett stort antal personer från varje yrkeskategori och specialitet valde att ställa upp och att antalet informanter då skulle bli ohanterligt. För att få en hanterlig mängd studiedeltagare valdes därför de informanter ut som ansågs kunna bidra med mest information till resultatet. Svagheten med denna metod är att antagandet av vilka

personer som kan bidra med mest information inte blivit korrekt. Datainsamlingen kan då ha blivit påverkad, vilket kan leda till att resultatet inte är representativt för hela gruppen och därmed minskar studiens giltighet. Trots det utgör det förhållandevis stora antalet informanter, i relation till omfattningen och tidsbegränsningen, en styrka som stärker studiens giltighet.

Trost (2010) beskriver en viss fara med att använda sig av lagen om avtagande avkastning då intervjupersonens förmåga att uppfatta ny information kan vara påverkad. Därför rekommenderas det att sätta upp ett mål och därefter inkludera fler intervjuer om inte avtagande avkastning är uppfyllt. Denna metod användes och kan ses som en styrka för studiens tillförlitlighet. När antalet intervjuer uppnått inkluderades ytterligare en intervju för att verifiera att avtagande avkastning infunnit sig och att resultatet blivit mättat.

Datainsamling

Författaren upplevde att det var svårt att få till stånd alla informationsmöten med de olika personalgrupperna då tidsramen var knapp. Därför valde författaren att bara skicka ut e-post till anestesilogerna då dessa inte hade något inplanerat möte inom rimlig tid, vilket kan ses som en svaghet. För HIA-sjuksköterskorna skickades informationen endast ut via e-post. Detta var ett medvetet val för att de inte skulle känna tvång att delta eftersom de var kollegor till författaren. Detta kan ses som en styrka då maktförhållandet minimerades mellan författaren och de deltagare som valde att delta, vilket stärker studiens giltighet och tillförlitlighet.

För att utföra en bra intervju måste intervjuaren ha god ämneskunskap, god samtalsteknik, ha en känsla för språk och ska kunna hjälpa informanten att utveckla sin berättelse (Kvale & Brinkmann, 2014). Författaren har ingen tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer men har flera års erfarenhet av det studerade ämnet. Författaren inser att den bristande intervjuerfarenheten kan ha påverkat resultatet i den mån att informantens resonemang inte utvecklats tillräckligt tydligt då uppföljande frågor möjligtvis inte varit helt adekvat ställda i förhållande till sammanhanget. Kvale och Brinkmann (2014) skildrar en expertintervjuare som en person som är engagerad i intervjusituationen och koncentrerar sig mer på uppföljande frågor än på intervjuguiden. Författarens nervositet har påverkat detta och lett till att större fokus har lagts på intervjuguiden, vilket skulle kunna ses som en svaghet för studien. Emellertid har författaren engagerat sig i intervjun och informanten genom att lyssna aktivt och gett utrymme för fundering och eftertanke både innan och under frågorna. Detta beskriver Kvale och Brinkmann (2014) som känslighet och öppenhet inför informanten. Under studien valde författaren även att intervjua kollegor då dessa ingår i larmteamet. Detta kan ses som en svaghet då intervjuaren och intervjupersonen har en viss relation till varandra. Däremot kan det ses som att dessa har en närmre subjekt-subjekt-relation (Trost, 2010) då dessa borde vara maktmässigt jämställda. Dessutom uppfattade författaren inte kollegorna som hämmade i sina svar vilket stärker giltigheten.

I linje med Trost (2010) utformades en intervjuguide med ett begränsat antal frågor för att få en hanterlig datamängd. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga vilket kan ses som en styrka för studien. Utifrån intervjuguiden utfördes två pilotintervjuer, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2012). Båda inkluderades i resultatet då de ansågs bidra med viktiga data samt att de levde upp till de tekniska förväntningarna. Trost (2010) hävdar att så länge intervjun uppfyller de tekniska kraven samt att intervjuerna är acceptabelt utförda kan dessa användas i analysen för att inte förkasta dugligt material. Detta var även ett argument för att inkludera material från den intervju där tekniska

problem uppstod. I anslutning till den första pilotintervjun reviderades intervjuguiden med en avslutande fråga rörande om informanten hade något övrigt att tillägga kring kommunikation vid en hjärtstoppssituation. Denna revidering ses som en styrka i studien då den bidrog med viktiga data och därmed ökade studiens giltighet.

Efter tre intervjuer uppmärksammade författaren att intervjutiderna blev relativt korta trots uppföljande frågor och tid för eftertanke. Detta kan ha påverkat djupet i intervjuerna och skulle möjligen avhjälpas med en mer öppen intervjuguide, vilket kunde ha ökat studiens giltighet. Detta vägdes upp av det förhållandevis stora antalet intervjuer, vilket ledde till en avtagande avkastning och ett mättat resultat. Intervjuguidens utformning kan även ha påverkat hur väl studiens syfte återspeglades i resultatet, då resultatet inte renodlat beskriver kommunikationen, vilket kan påverka studiens giltighet. Dock anser författaren att intervjuguiden och studiens syfte är tillräckligt omfångsrikt för att även beskriva informanternas upplevelser av vad som påverkar kommunikationens kvalitet. Detta bidrar till studiens överförbarhet, vilket beskriver hur väl resultatet kan överföras till andra situationer och personer, vilket Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) menar att bara läsaren egentligen kan avgöra inom kvalitativ forskning. Emellertid kan författaren skapa bättre eller sämre förutsättningar för att öka överförbarheten beroende på hur väl processens genomförande är dokumenterat.

Studiens överförbarhet och giltighet stärks av att informanternas demografiska data anses representativ för larmteamet på det mindre akutsjukhuset i södra Sverige. Både kön och yrkeskategori är jämnt fördelat, dessutom är deltagarnas ålder och antal år inom larmteamet varierade. Personalfördelningen skulle kunna varit mer jämn eftersom medicinjurens roll är underrepresenterad och kardiologipersonalen är överrepresenterad, vilket kan ha påverkat resultatet och studiens styrka negativt. Om hänsyn tas till uppdelningen av specialiteterna i larmteamet är fördelningen representativ. Detta var författarens målsättning för att få en jämn fördelning mellan yrkesgrupperna då tidigare studier av Andersen et al. (2010) mest fokuserat på läkarnas upplevelser.

Analys av data

Majoriteten av intervjuerna transkriberades ordagrant strax efter avslutad intervju, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2012). De gånger då flera intervjuer utfördes samma dag räckte inte tiden till för att transkribera alla intervjuerna den aktuella dagen utan slutfördes dagen efter. Detta tros inte ha påverkat resultatet negativt då intervjuerna var färskas i minnet. Kvale och Brinkmann (2014) skriver att analysprocessen påbörjas redan vid utskriften av intervjuerna, vilket även författaren upplevde. Oavsett hur objektivt materialet bearbetas har redan en viss uppfattning etablerats, både vid genomförandet av intervjuerna och vid genomgången av materialet. Detta skulle kunna ses både som en styrka men även som en svaghet då processen underlättar analysen, men att analysen då inte sker helt förutsättningslöst. Denna underliggande process kan även ses som den latent delen i innehållsanalysen där materialets djupare betydelse tolkas (Hällgren-Graneheim & Lundman, 2004).

Efter genomgång av materialet fanns en övergripande uppfattning kring vilka kategorier innehållet skulle kunna bilda. Därefter plockades de meningsbärande enheterna ut. Författaren upplevde en viss svårighet med att avgränsa de meningsbärande enheterna då det i en del fall blev ett längre stycke om en specifik detalj. Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) beskriver att meningsenheterna kan utgöras av allt från några ord till stycken så länge innehållet hänger samman. Därför valde författaren att ta med längre

stycken för att lättare kunna ge en rättvisande kod, vilket kan ses som en styrka då detta ger en bättre bild av koden. Därefter kondenserades enheterna till en mer lätthanterlig textmängd och försågs med koder som grupperades i olika underkategorier och därefter kategorier. En svaghet med analysen skulle kunna utgöras av att mängden koder blev förhållandevis stor och att dessa inte sorterats in under rätt kategori, och därmed inte framhävts i sin fulla rätt.

Resultatets trovärdighet

För att diskutera resultatets trovärdighet beskriver Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) att utgångspunkten ska ligga i resultatets giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Resultatets giltighet bygger på hur väl det karaktäristiska och typiska för det fenomen som studeras har lyfts fram, vilket författaren argumenterat för tidigare i metoddiskussionen. Utöver detta valde författaren även att presentera citat från intervjuerna i resultatet för att styrka hela analysen, från koder till kategorier.

För att stärka resultatets tillförlitlighet beskriver Lundman och Hällgren-Graneheim (2012) att det är viktigt att författaren noggrant verifierar vad som har gjorts under processen, vilket bedöms som genomfört då varje steg är utförligt dokumenterat i texten. Det kan ses som en svaghet att författaren ensam utförde alla steg utan att ha någon att diskutera innehållet med, förutom ytligt med handledarna. Därmed finns det utrymme för att enheter och koder inte tolkats helt korrekt eller att de har sorterats in under en kategori som inte varit adekvat. Hur väl resultatet kan överföras på andra personer och situationer beror på hur väl processen är genomförd och dokumenterad (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författaren uppfattar detta krav som uppfyllt, men att det kan finnas utrymme för förbättringar i genomförande och dokumentation.

Etik

Författaren menar att de forskningsetiska principerna från Vetenskapsrådet (1990) har följts under studieprocessen. Informationskravet och samtyckeskravet uppfylldes innan intervjuerna påbörjades genom att författaren informerade kring studiens syfte och gav informanterna möjlighet att ställa frågor. Därefter undertecknades samtyckesblanketten. Dessutom har författaren noga vägt forskningskravet mot individskyddskravet innan studien påbörjades och kommit fram till att nyttan med studien överväger de eventuella negativa känslor som skulle kunna ha uppkommit under intervjuerna.

För att underlätta den eventuella negativa upplevelsen i samband med intervjuerna hade författaren vidtagit förberedande åtgärder med att erbjuda uppföljande samtal och vid behov hänvisa till Kamratstödet på arbetsplatsen. Ingen av informanterna uppgav att de upplevde något obehag i samband med intervjuerna. För att förhindra spridning av materialet spelades intervjuerna in på författarens privata mobiltelefon och raderades efter transkription. Utöver detta förvarades det skrivna materialet på författarens privata dator i filer som ingen utomstående hade tillgång till. Även detta delgav författaren informanterna innan intervjustart i linje med Gustafsson et al. (2011).

Förförståelse

Med förförståelse menas författarens bild av det fenomen som ska studeras (Granskär och Höglund-Nielsen, 2012). Då författaren själv har erfarenhet från larmteamet finns det möjlighet att resultatet har färgats av dessa erfarenheter. För att minimera denna risk har

författaren försökt att vara så objektiv som möjligt under både intervju- och analysfas. Möjligtvis hade risken kunnat minska ytterligare om studien haft fler författare som hade kunnat reflektera över varandras förförståelse.

Resultatdiskussion

Författaren har under studiens gång insett att kommunikation är svårt att avgränsa från övriga icke-tekniska färdigheter, som beskrivs av bland annat Andersen et al. (2010) och Briggs (2015). De icke-tekniska färdigheterna ter sig vara sammankopplade, och det kan vara svårt att beskriva någon enskild icke-teknisk färdighet utan att beröra de övriga. Författaren upplevde att informanterna tog hjälp av exempelvis ledarskap och roller i ett larmteam för att beskriva hur de upplever kommunikationen, och att dessa färdigheter utgör en viktig del i kommunikationskvalitén. Författaren upplever att CRM som förespråkas av Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016), innefattar flera av de icke-tekniska färdigheterna vilket försvårar särskiljandet av kommunikation. Detta skulle kunna vara en anledning att ytterligare studera ämnet och är en uppfattning som stöds av Kim (2010) som beskriver att omvårdnadsarbetet omfattar olika aspekter av kommunikation, inte endast mötet mellan personal och patient.

Reflektioner om kommunikation i larmteamet

Informanterna beskrev att kommunikationen inom larmteamet överlag var god men att det fanns några väsentliga detaljer som bör finnas i åtanke när kommunikation sker i dessa situationer. Precis som modellen CRM, beskrivet av Sharp (2012), påtalade informanterna vikten av att kommunikation ska vara tydlig. Möjligtvis skulle den varierande kvalitén av detta kunna bero på det som informanterna kallade för personbunden kommunikation. Detta skulle kunna härledas till vad som beskrivs som den mänskliga faktorn av CRM, att olika människor reagerar på olika sätt. Utöver den mänskliga faktorn kan den varierande kvalitén även bero på att larmteamet inte har någon gemensam teamträning, eftersom specialiteterna har HLR-träning var för sig.

Flertalet av informanterna påtalade också hur viktigt det är att information och arbetsuppgifter återkopplas inom teamet. Kommunikationsmodellen Closed loop, som nämndes av två av deltagarna, fokuserar just på detta och används också som en del inom CRM (Sharp, 2012). Informanternas upplevelse av återkoppling var att både de själva och övriga kollegorna återkopplar utdelade arbetsuppgifter. Däremot beskrev de att arbetsuppgifter eller information inte alltid adresseras till en viss person, vilket beskrivs som det första steget i Closed loop av Weller, Boyd och Cumin (2014).

En av informanterna beskrev att ingen speciell kommunikationsmodell används vid informationsöverföring. För att överbrygga hinder till effektivt teamarbete, som exempelvis kommunikation, bör personalen utrustas med kommunikationsverktyg som till exempel SBAR (Weller et al., 2014), vilket även rekommenderas av Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016). Även om användning av kommunikationsmodeller förespråkas vid teamarbete tolkar författaren det som att informanterna upplevde att användningen kan förbättras genom träning, idealt vid HLR-träning.

Informanterna beskrev att det är viktigt att informationsöverföringen och kommunikationen fungerar genom hela vårdkedjan. Några av informanterna beskrev att det kan vara svårt att få adekvat information av ansvarig sjuksköterska eller

avdelningsläkare vid ankomst till avdelningen där hjärtstoppet har skett. Detta kan leda till svårighet för teamet att få en gemensam överblick av situationen vilket kan ge återverkan på vidare kommunikation och arbete. Detta beskrivs som situationsmedvetenhet av Rall och Dieckmann (2005). Om alla i teamet har en god överblick över situationen skulle det kunna leda till en mer konkret och rak kommunikation samt att det skulle kunna minska ovidkommande information. Detta kan möjliggöras genom att teamledaren sammanfattar vad som gjorts samt förmedlar en fortsatt plan.

Vidare beskrev informanterna att det är viktigt att kommunikationen i teamet sker med respekt och att en trygg atmosfär skapas för att säkerställa att alla resurser tas tillvara. Utifrån det kan parallellt dras till Carlström et al. (2013) som hävdar att ödmjukhet, ett bra arbetsklimat, ett tydligt mål för arbetet och att utrymme ges för konstruktiv feedback utgör kärnan för ett bra teamarbete. Inom CRM förespråkas att hjälp både ska kunna erbjudas och tas emot inom teamet (Rall & Dieckmann, 2005) men detta kan enligt Berlin (2013) försvåras beroende på hur öppen eller sluten organisationens kultur är. Genom att i större utsträckning nyttja briefing och debriefing, både vid larm- och träningstillfällen, skulle praktiska förbättringar kunna göras vid det studerade sjukhuset. Pittman et al. (2001) beskriver att det redan för drygt 15 år sedan fanns en avsaknad av debriefing och möten utanför larmsituationen för teamet. Därmed kan det tolkas som att ingen större satsning har gjorts för att utveckla och utnyttja denna resurs sedan dess. Dessutom skulle mötet mellan personalen utanför larmsituationen kunna bidra till en mer öppen kultur samt ge en bättre teamkänsla och arbetsklimat, som också styrks Kim (2010) beskriver att sjuksköterskan måste kunna koordinera med andra yrkeskategorier i olika omvårdnadsteam.

Larmteamets roller kan inverka på kommunikationen

De flesta av informanterna beskrev hur viktigt de upplever att det är med tydliga roller och att det finns en tydlig teamledare. Däremot beskrev de att det ibland råder en osäkerhet i vem som egentligen är teamledare och leder kommunikationen då detta inte förmedlas öppet och verbalt. Formellt sett är det medicinjurens uppdrag, men informanterna upplevde att även andra läkare i teamet kunde anta den rollen. Om inte någon tar på sig teamledarrollen direkt, kan detta leda till att kommunikationen vacklar och att tiden till behandling av den bakomliggande orsaken till hjärtstoppet fördröjs. Dessutom ökar risken att övriga medlemmar kommunicerar med fel person och att viktig information inte når fram till rätt mottagare. Andersen et al. (2010) skriver att oerfarna teamledare och en hierarkisk kultur kan utgöra hinder för en lyckad hjärtstoppbehandling, vilket skulle kunna påverka kommunikationen. I motsats till detta hävdar Briggs (2015) att inget samband har påvisats mellan teamledarens kommunikation och hur väl arbetsuppgifter blir utförda.

Briggs (2015) skriver däremot inget om hur teamledarens kommunikation påverkar resten av teamets kommunikation, vilket även borde ses som en viktig aspekt. Däremot skriver Fernandez Castela et al. (2015) att teamledare som utbildats i CRM ha ökat sin verbala förmåga, vilket i sin tur har bidragit till ett bättre samarbete inom teamet. Då flertalet av informanterna i denna studie upplevde att det ibland kan finnas en osäkerhet hos de mindre erfarna teamledarna, samt att en av informanterna uttryckte att det inte är en lätt uppgift att leda ett team, bör verksamheter som använder larmteam utbilda dessa i kommunikation, till exempel med hjälp av kommunikationsmodellen CRM.

För att uppmärksamma dilemmat med för mycket medverkande personal, som nämndes av ett par informanter, kan rollerna i teamet förtydligas genom att öka medvetenheten kring

hur mycket personal som utgör en adekvat skara vid en hjärtstoppssituation. En nyligen publicerad studie visar att när medvetenheten kring teamets roller ökar, effektiviseras också personalskaran (Leary et al., 2016). Detta verkställdes genom att ledarskapet delades mellan en läkare och en sjuksköterska. Dessutom utfördes en genomgång av rollerna, samt att personalen försågs med identifikationsklistermärken med vilken yrkeskategori de tillhörde.

Identifikationsklistermärken tillämpas redan i den verksamhet där denna studie är utförd. Emellertid skulle en naturlig överblick över rollerna och personalmassan kunna utföras i samband med det som informanterna benämner som en presentationsrunda av teamdeltagarna. Detta skulle underlätta sållandet av personal i de situationer där för många personer är på plats. För att arbetet ska bli så givande som möjligt, både för personal och patient, är det viktigt att teamet personalmässigt är rätt integrerat (Berlin, 2013). Dessutom bidrar detta till att öka patientsäkerheten och minimerar risken för felbehandling. Svensk sjuksköterskeförening belyser att *"Säker vård innebär att ha kunskap om risker i vården och att arbeta på ett sådant sätt att riskerna minimeras."* [kursivering tillfogad] (Bergqvist Månsson, 2016, s. 6)

Erfarenhet förbättrar kommunikationen

Informanterna upplevde att erfarenhet från tidigare akuta situationer och deltagande i larmteamet ger en bättre kommunikation. Genom att regelbundet träna tillsammans i teamet, samt att övrig personal tränas i att samspela med ett larmteam, uppnås den erfarenhet som krävs för en bättre kommunikation. Enligt Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2015) bör HLR-utbildning repeteras minst en gång årligen. Författaren tolkar det som att mer tid behöver läggas på kommunikation och övriga icke-tekniska färdigheter i samband med dessa utbildningar för att ge ett bättre samspel mellan larmteam och övrig personal. Eftersom användning av språk grundar sig i människans socialisering och kultur behöver också ett välfungerat team utveckla ett gemensamt språk för att ge patienten en så god och säker vård som möjligt. Kim (2010) skriver att kommunikation består av både symboler och språk kan en kommunikation, med gemensamt språk och kultur, skapas inom larmteamet i samband med HLR-träning.

Walker et al. (2013) skriver att scenarioträning i klinisk miljö bidrar till en mer verklighetstrogen upplevelse. Denna kunskap borde tas i beaktning, och tillsammans med informanternas upplevelse av att mer erfarenhet ger bättre kommunikation bör detta utgöra ett underlag för scenarioträning i klinisk verksamhet, vilket i dagsläget är i det närmaste obefintlig. Dessutom sker ingen samträning mellan de olika yrkeskategorierna och specialiteterna i larmteamet vid det mindre akutsjukhuset i södra Sverige. Även om det inte är bevisat att samträning leder till en ökad överlevnad anser Garbee et al. (2013) och Brock et al. (2013) att samarbetet inom teamet förbättras.

Slutsats

Kommunikationen inom ett larmteam kan uppvisa stor variation beroende på sammansättningen av larmteamet och larmsituationen. Av denna studie dras slutsatsen att larmteamets personal upplever att kommunikationen, både inom larmteamet och med övrig personal, kan förbättras genom utökad teamträning. Utifrån detta dras även slutsatsen att mer fokus bör läggas på kommunikation och andra icke-tekniska färdigheter. Detta genom

att öka implementering av t.ex. rekommenderade kommunikations- och teamträningssmodeller. Utbildning och stöttning i rollen som teamledare bör även prioriteras. Studien har även öppnat upp för att utvidga forskningen i ämnet för att få en mer övergripande bild av ämnet.

Klinisk tillämpbarhet

För att implementera studiens resultat och slutsatser i den kliniska verksamheten kan teamträning samt träning i klinisk miljö införas. Denna träning bör följas av debriefing för att öka medvetenheten kring kommunikation i akuta situationer, speciellt vid hjärtstopp. Denna tillämpning bör även kunna användas generellt i övrig verksamhet och på andra sjukhus som bedriver akutsjukvård, beroende på deras nuvarande förutsättningar. Emellertid krävs ytterligare forskning för att nå en optimal implementering.

REFERENSER

- Andersen, P., Kammer Jensen, M., 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: 10.1016/j.resuscitation.2010.01.024
- Bergqvist Månsson, S. (Red.). (2016). *Säker vård: En kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Solna: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf
- Berlin, J. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (1. uppl., ss. 202-217). Stockholm: Liber.
- Briggs, A., Raja, A., Joyce, M., Yule, S., Jiang, W., Lipsitz, S. & Havens, J. (2015). The role of nontechnical skills in simulated trauma resuscitation. *Journal of Surgical Education*, 72(4), 732-739. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.01.020>
- Brock, D., Abu-Rish, E., Chiu, C-R., Hammer, D., Wilson, S., Vorwick, L., ... Zierler, B. (2013). Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), 642-651. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-000952rep.
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden* (1. uppl., ss 63-101). Lund: Studentlitteratur AB.
- CODEX. (2016). *Regler och riktlinjer för forskning*. Uppsala: Centrum för forsknings- och bioetik. Hämtad den 26 september 2016 från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (Red.). (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fernandez Castelao, E., Boos, M., Ringer, C., Eich, C. & Russo, S. (2015). Effect of CRM team leader training on team performance and leadership behavior in simulated cardiac arrest scenarios: A prospective, randomized, controlled study. *BMC Medical Education*, 15(116), 1-8. doi: 10.1186/s12909-015-0389-z
- Finn, J., Bhanji, F., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., ... Bigham, B. (2015). Part 8: Education, implementation, and teams 2015 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*, 95, 203-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.046>
- Fortune, P-M., Davis, M., Hanson, J. & Phillips, B. (2013). *Human factors in the healthcare setting: A pocket guide for clinical instructors*. West Sussex: John Wiley & Sons
- Fossum, B. (Red.). (2009). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Garbee, D., Paige, J., Barrier, K., Kozmenko, V., Zamjahn, J., Bonanno, L. & Cefalu, J. (2013). Interprofessional teamwork among students in simulated codes: A quasi-experimental study. *Nursing education perspectives*, 34(5), 339-344. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0588ac20-5498-4448-8fab-89795d177a32%40sessionmgr103&vid=1&hid=123>
- Glerup Lauridsen, K., Sjørølev Schmidt, A., Adelborg, K. & Løfgren, B. (2015). Organisation of in-hospital cardiac arrest teams: A nationwide study. *Resuscitation*, 89, 123-128. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.01.014>
- Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (Red.). (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gustafsson, B., Hermerén, G. & Pettersson, B. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad den 26 September 2016 från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Haddleton, E. (2016). Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation – SBAR. I *Vårdhandboken*. Hämtad den 29 november 2016 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>
- Herlitz, J. (2015). *Svenska hjärt-lungräddningsregistret: Årsrapport 2015*. Hämtad från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Svenska-HLR-radet-HLR-registret-arsrapport-2015-1.pdf>
- Hjärt-lungfonden. (2012). *Plötsligt Hjärtstopp: En skrift om vad som händer när hjärtat stannar*. [Broschyr] Stockholm: Hjärt-lungfonden.
- Hällgren-Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24,105-112. doi: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Kommunikationsbrister i vården*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad den från <http://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf>
- Kim, S. H. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3rded.). New York: Springer Publishing Company
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.) (S-E Thorell, övers.). Lund: Studentlitteratur AB. (Originalarbete publicerat 1997)
- Leary, M., Schweickert, W., Neefe, S., Tsypenyuk, B., Austin Falk, S. & Holena, D. (2016). Improving providers' role definitions to decrease overcrowding and improve in-hospital cardiac arrest response. *American journal of critical care*, 25(4), 335-339. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016195>
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl., ss.187-201). Lund: Studentlitteratur AB.
- Nationalencyklopedin. (2016). *Kommunikation*. Hämtad den 7 November 2016 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/kommunikation>

- Pittman, J., Turner, B. & Gabbot, D. (2001). Communication between members of the cardiac arrest team: A postal survey. *Resuscitation*, 49(2), 175-177.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rall, M. & Dieckmann, P. (2005). Crisis resource management to improve patient safety. *European society of anesthesiology*. Hämtad från <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/education-training/sail/reading/crisis-mgt-pt-safety.pdf>
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Soar, J., Nolan, J., Böttiger, B., Perkins, G., Lott, C., Carli, P., ... Deakin, C. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95. 100-147. doi: [10.1016/j.resuscitation.2015.07.016](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.016)
- Socialstyrelsen. (u.å.a). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad den 8 november 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
- Socialstyrelsen. (u.å.b). *Säker kommunikation i vården*. Hämtad den 12 november 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerkommunikation>
- Sophiahemmets Högskola. (2015). *Studiehänvisning för kursupplägg och instruktion för utformning av det självständiga arbetet*. [Tillgänglig från Sophiahemmets intranät: <https://shh.pingpong.se/courseId/86469/node.do?id=41592973&ts=1472024659857&u=-759936578>]
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (u.å.). *Skilnad hjärtstopp och hjärtinfarkt*. Hämtad den 25 november 2016 från <http://www.hlr.nu/fakta-riktlinjer/skillnad-hjartstopp-och-hjartinfarkt/>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2015). *Hjärtstopp inom sjukvården: Behandling och utbildning*. Hämtad från <http://www.hlr.nu/wp-content/uploads/Hjartstopp-inom-sjukvarden-2015.pdf>
- Svenska rådet för hjärt-lungräddning. (2016). *A-HLR Vuxen: Avancerad hjärt-lungräddning till vuxna*. Stockholm: Svenska rådet för hjärt-lungräddning.
- Sävenstedt, S. & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I A-K. Edberg (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden* (1. uppl., ss 217-258). Lund: Studentlitteratur AB.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer: Inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Walker, S., Sevdalis, N., McKay, A., Lambden, S., Gautama, S., Aggarwal, R. & Vincent, C. (2013). Unannounced in situ simulations: Integrating training and clinical practice. *BMJ Quality Safety*, 22(6), 453-458. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000986
- Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming

barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149-154 doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>



Stockholm 2016-11-30

Till verksamhetschef för Hjärtavdelningen/Intensivvårdsavdelningen/Internmedicin,
XXX

Jag heter Millie Andersson och är sjuksköterska. Jag studerar specialistutbildningen med inriktning mot hjärtsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: Larmteamets upplevelser av kommunikationen vid ett hjärtstopp. Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid Hjärtavdelningen och Intensivvårdsavdelningen på XXX lasarett.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta. Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller mina handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade. Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Stockholm 2016-11-30

Med vänlig hälsning

Student	Handledare	Handledare
Millie Andersson	Annika Osberg	Henrik Wagner
Leg. Sjuksköterska	Spec. Sjuksköterska IVA	Överläkare, Med. Dr., Hjärtspecialist
Mail: XXXXXXX	Mail: XXXXXXX	Mail: XXXXXXX
Tel: XXXXXXXX	Tel: XXXXXXXX	Tel: XXXXXXXX

BLANKETT FÖR MEDGIVANDE FRÅN VERKSAMHETSCHEFEN

Studiens preliminära titel: Larmteamets upplevelser av kommunikation vid ett hjärtstopp: En kvalitativ intervjustudie.

Syftet med studien är att belysa larmteamets upplevelser av kommunikationen under ett hjärtstopp.

Problem: Svenska Hjärt-lungräddningsregistrets årsrapport 2015 vittnar om att över 2000 intra-hospitala hjärtstopp per år har rapporterats till registret de senaste fem åren. Vid ett hjärtstopp krävs det att alla medarbetare gör sitt yttersta för att öka chansen för överlevnad hos den drabbade personen. Personalen måste dessutom samarbeta kring de olika arbetsuppgifterna, då många av uppgifterna utförs parallellt i kedjan som räddar liv. ERC har framtagit riktlinjer för vilka arbetsuppgifter som ska utföras, men flera icke-tekniska färdigheter, däribland kommunikation, har identifierats i en annan studie vilka kan utgöra hinder för lyckad behandling. Som ett led i kvalitetsutvecklingen av vården vid hjärtstopp bör även kommunikationsaspekten belysas och utvecklas.

Metoden för det planerade arbetet är intervjuer av sjuksköterskor och läkare.

Önskemål från Din verksamhet: Jag önskar kunna intervjua totalt 10 sjuksköterskor och läkare, några från varje enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 30-45 min önskar jag genomföra i lokaler på Din klinik och i anslutning till de intervjuades arbetspass. Det är även ett önskemål att intervjuerna kan ske på arbetstid. Intervjuerna kommer att ljudupptas. Jag planerar att genomföra intervjuerna under december 2016. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas. Jag är även tacksam om Du kan meddela ditt samtycke till genomförandet av denna studie till berörda delar av verksamheten alt. ange vem/vilka, förutom tilltänkta forskningspersoner/studiedeltagare som i förväg behöver besked om studiens genomförande. För att nå all berörd personal har jag en önskan om att få tillgång till e-postadresser till de personer som uppfyller inklusionskriterierna.

Samtycke:

- Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument
- Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....

- Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum, Namn, enhet

Namnförtydligande

2016-11-16

Information till studiedeltagare

Larmteamets upplevelser av kommunikation vid ett hjärtstopp: En kvalitativ intervjustudie

När ett hjärtstopp inträffar ska personalen utföra en mängd olika uppgifter parallellt för att öka chanserna till den drabbade personens överlevnad. För att lyckas utföra alla uppgifter krävs att samarbetet mellan de olika professionerna fungerar optimalt. Klara riktlinjer kring vilka uppgifter som ska utföras är framtagna av ERC, men en annan studie har identifierat flera icke-tekniska färdigheter, däribland kommunikation, som kan utgöra hinder för en lyckad behandling. Som ett led i kvalitetsutvecklingen av vården vid hjärtstopp bör även kommunikationsaspekten belysas och utvecklas.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie då du har erfarenhet av att delta i teamet som fungerar som en kvalitetshöjande resurs vid hjärtstopp på sjukhuset. Du har därmed erfarenhet av hur kommunikationen sker i dessa situationer och kan bidra med kunskap som i sin tur kan leda till utveckling av vården vid hjärtstopp.

Jag kommer att utföra en kvalitativ intervjustudie där syftet är att belysa upplevelserna av kommunikationen inom larmteamet vid ett hjärtstopp. Studien ingår som ett magisterarbete vid specialistsjuksköterskeprogrammet mot hjärtsjukvård vid Sophiahemmet högskola. Intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt. De kommer att spelas in, men materialet kommer att skyddas så ingen utomstående kan få tillträde till dem samt att resultatet kommer att redovisas utan att någon kan identifieras. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att någon särskild anledning måste anges och utan att det får några konsekvenser. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet tills arbetet är färdigt och förstörs därefter.

Vid godkännande av ditt deltagande kommer jag gärna till avdelningen för eventuellt vidare information och bokning av tid för intervjuerna som kommer att i det mån det går hållas på avdelningen i ett avskilt rum. Intervjuerna beräknas ta cirka 30-45 min och genomförs av Millie Andersson. Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten.

Undersökningens mål är att resultatet ska kunna bidra med viktig kunskap som kan

optimera kommunikation och samarbete i det intra-hospitala larmteamet vid hjärtstoppssituationer. När studien är klar och godkänd får du gärna ta del av uppsatsen, antingen genom DiVA eller genom att ange ditt intresse på samtyckesblanketten.

Om Du vill delta ber jag Dig underteckna samtyckesblanketten.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller mina handledare.

Med vänlig hälsning

Student

Millie Andersson

Leg. Sjuksköterska

Mail: XXXXX

Tel: XXXXXXXXXXXX

Handledare

Annika Osberg

Spec. Sjuksköterska IVA

Mail: XXXXX

Tel: XXXXXXXXXXXX

Handledare

Henrik Wagner

Överläkare, Med. Dr.,

Hjärtspecialist

Mail: XXXXXX

Tel: XXXXXXXXXXXX

Samtyckesblankett

Jag har fått muntlig och skriftlig information om: Larmteamets upplevelser av kommunikation vid ett hjärtstopp: En kvalitativ intervjustudie. Jag har också fått information om att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller få några konsekvenser för mitt handlande.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Jag vill ta del av studien när den är genomförd och godkänd vid Sophiahemmet Högskola.

Intervjuguide för studien, Larmteamets upplevelser av kommunikationen vid ett hjärtstopp: En kvalitativ intervjustudie

Inledande frågor:

Hur upplever du kommunikationen mellan personalen i larmteamet vid en hjärtstoppssituation?

Hur kommunicerar du med övrig personal i larmteamet vid ett hjärtstopp?

Beskriv skillnader i kommunikation beroende på vilken profession personalen tillhör (Läkare/Sjuksköterska)?

Beskriv skillnader i kommunikation beroende på vilken specialitet personalen tillhör (IVA/HIA/Medicin)?

Beskriv en situation med optimal respektive suboptimal kommunikation.

På vilket sätt upplever du att kommunikationen inom larmteamet är viktig för samarbetet vid hjärtstopp?

Uppföljande frågor:

Kan du utveckla...

Vill du förtydliga...

Vill du förklara...

Avslutande fråga:

Är det något du vill tillägga om kommunikationen i dessa sammanhang?

Demografiska data

Ålder

Kön

Profession

Specialitet

Antal år inom larmgruppen

Exempel på innehållsanalys

Tabell 2. Exempel på innehållsanalys inspirerad av Lundman & Hällgren-Graneheim (2012).

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>"Varierande är liksom det nyckelordet som kommer, det beror väldigt mycket på, det beror på vilka som är där, vilka systrar, vilken doktor och även då narkosläkare och vilka IVA-systrar som är med så att."(12)</i>	Varierande är det nyckelordet som kommer, det beror väldigt mycket på vilka som är där, vilka systrar, vilken doktor.	Varierande kommunikation	Kommunikationen är personbunden Kommunikation ska fungera genom hela kedjan	Reflektioner om kommunikation i larmteamet
<i>"I larmteamet då som larmas ut på ett 50 000 livshotande larm, då är det en, en enkel och rak kommunikation, för vi pratar samma språk. Och vi vet vad vi vill och vi vet vad vi ska göra, så därför behöver vi inte prata så mycket i heller känner jag, och när vi pratar så förstår vi varandra." (9)</i>	I larmteamet då är det en rak och enkel kommunikation, för vi pratar samma språk. Och vi vet vad vi vill och vi vet vad vi ska göra, så därför behöver vi inte prata så mycket i heller känner jag, och när vi pratar så förstår vi varandra.	Pratar samma språk	Hur kommunikation bör föras i den akuta situationen	
<i>"Jo det gör man väl, men ibland får man gå in och styra upp det och dom flesta tar väl det på ett bra vis, man försöker ändå hjälpas åt så jag ser det inter som ett stort problem, men det är klart man har ju respekt för varandra så är det någon som är igång och leder något så, så kanske man avvaktar lite grand innan man går in och bryter så att..."(3)</i>	Ibland får man gå in och styra upp det och dom flesta tar väl det på ett bra vis, man försöker ändå hjälpas åt så jag ser det inte som ett stort problem, men det är klart man har ju respekt för varandra så är det någon som är igång och leder något	Kommunicera med respekt	Viktigt med ömsesidig respekt	

	kanske man avvaktar lite grand innan man går in och bryter.			
--	---	--	--	--