



LÆGERS DELTAGELSE I GENOPLIVNINGSKURSER

- En kvalitativ undersøgelse med forandringsigte

Udarbejdet af: Anette Østergaard

Vejleder: Lone Jørgensen

Resumé

Baggrund: Litteraturen synliggør, at mange læger mangler viden om og færdigheder i genoplivning. Dette er problematisk, da utilsigtede hændelser ved hjertestop bl.a. er relateret til manglende viden og dårligt organiseret teamwork. Desuden er manglende compliance med genoplivningsguidelines associeret med lavere overlevelse. På denne baggrund er træning i genoplivning vigtig for at forbedre teamwork og vedligeholde viden og færdigheder. Dog har kun 42 % af lægerne på Aarhus Universitetshospital (AUH) deltaget i de obligatoriske genoplivningskurser.

Formål: Specialets formål er at undersøge, hvilke faktorer der påvirker lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH, og hvordan disse er med til at fremme eller hæmme deltagelsen. Herudfra fremsættes en række forandringsforslag med henblik på at øge lægernes deltagelse i kurserne.

Metoder: Undersøgelsen tager afsæt i en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang med det kvalitative forskningsinterview som metode. Der er foretaget seks semistrukturerede interviews med læger med forskellige titler og fra forskellige afdelinger på AUH. Disse danner empirisk grundlag for en dybdegående analyse og fortolkning, inspireret af Paul Ricoeurs tænkning.

Resultater: Fire temaer findes at have betydning for lægernes deltagelse på genoplivningskurser: Motivation, organisatorisk indflydelse, ledelsens rolle og systemets rolle. Følgende faktorer ses at kunne fremme eller hæmme deltagelsen: Den enkelte læges motivation og vurdering af kursets meningsfuldhed og relevans samt afdelingens organisering og prioritering, herunder tid, rammer og krav, kursernes tilmeldingsform og arbejdsplanen. Afdelingsledelsens rolle og ansvar ift. håndtering af krav om deltagelse, herunder ledelsesstil, prioritering og kulturen på afdelingen. Desuden hospitalets øverste ledelse, dens målsætning og krav ift. kurserne samt valg af overordnet ledelsesstil.

Konklusion: Med udgangspunkt i undersøgelsens fund er fremsat en række anbefalinger, som potentielt vurderes at kunne øge lægernes deltagelse på genoplivningskurser. Disse omfatter tydeliggørelse og formidling af kursenes formål, evidensgrundlag og målsætning, en graduering af kursernes hyppighed og indhold samt at skabe tid og rammer på afdelingen, herunder automatisk tilmelding til kurserne. Der fordres en øget bevidsthed om afdelingskulturen og dens betydning for deltagelse, og kurserne bør betragtes som en skal-opgave og prioriteres på lige fod med øvrige opgaver. Afdelingsledelsen bør motivere, kontrollere og effektuere lægernes deltagelse, og den øverste ledelse bør italesætte krav og forventninger til afdelingsledelserne samt motivere og monitorere dette. Som sidste løsning kan benyttes udstilling eller anden konsekvens over for afdelingsledelserne.

Abstract

Background: The literature shows that many physicians lack knowledge and skills in resuscitation. This is problematic as critical incidents associated with cardiac arrest are related to lack of knowledge and poorly organized teamwork. Furthermore, lack of compliance with resuscitation guidelines is associated with lower survival. Training in resuscitation is therefore important to improve teamwork and maintain knowledge and skills. However, at Aarhus University Hospital (AUH) only 42 % of the physicians have participated in the mandatory resuscitation courses.

Aim: This thesis aims to investigate the factors influencing physicians' participation in resuscitation courses at AUH and how these factors encourage or discourage participation. On this basis are proposed some recommendations of change in order to increase the physicians' course participation.

Methods: The study is based on a phenomenological-hermeneutic approach with the qualitative interview as a method. Six semistructured interviews have been conducted with physicians with different titles and from different departments at AUH. These provide empirical basis of an in-depth analysis and interpretation, inspired by Paul Ricoeur's thinking.

Results: Four themes are seen to have an impact on physicians' participation in resuscitation courses: Motivation, organizational influence, the role of the management and the system. The following factors are seen to encourage or discourage participation: The physicians' motivation and assessment of meaningfulness and relevance of the course as well as organization and prioritization at the ward, including time, limits and demands, course registration form and work plan. The role and responsibilities of departmental management, including management of participation demands, leadership style, prioritization and culture of the ward. As well the hospital top management, their objectives and requirements of the resuscitation course and choice of overall management.

Conclusion: Based on the findings these recommendations are proposed to potentially increase physicians' participation in resuscitation courses. Clarification and dissemination of course objective and evidence, differentiation of course frequency and content, to ensure time and environment at the ward and automatic course enrollment. Increased awareness of the ward culture is required and the courses should be considered mandatory and prioritized equally with other tasks. Departmental management should motivate, control and effectuate physicians' participation, and the top management should verbalise demands and expectations to departmental management and motivate and monitor this. As a last option exhibition or other consequences may be used.

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden 1. februar til 1. juni 2016 som afslutning på min kandidatuddannelse i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Jeg vil gerne takke alle dem, hvis bidrag har muliggjort specialet.

Først og fremmest en stor tak til mine samarbejdspartnere på Aarhus Universitetshospital. Herunder en særlig tak til Rikke Højbjerg, Lene Røge og Berit Haa Pedersen for jeres fantastiske støtte, faglige sparring og inspiration, praktiske hjælp samt ikke mindst jeres imødekommenhed og engagement. Det har været en stor motivation og guld værd gennem hele processen.

Derudover en stor tak til de læger, der har ladet sig interviewe, og som åbenhjertigt har fortalt om deres holdninger og oplevelser. Tak for jeres tid og positive indstilling til undersøgelsen.

Sidst men ikke mindst en varm tak til min vejleder Lone Jørgensen, som har været en rigtig god sparringspartner gennem hele processen, og som har udfordret mig og kommet med løbende feedback og positiv opmuntring. Jeg har været utrolig glad for vores samarbejde.

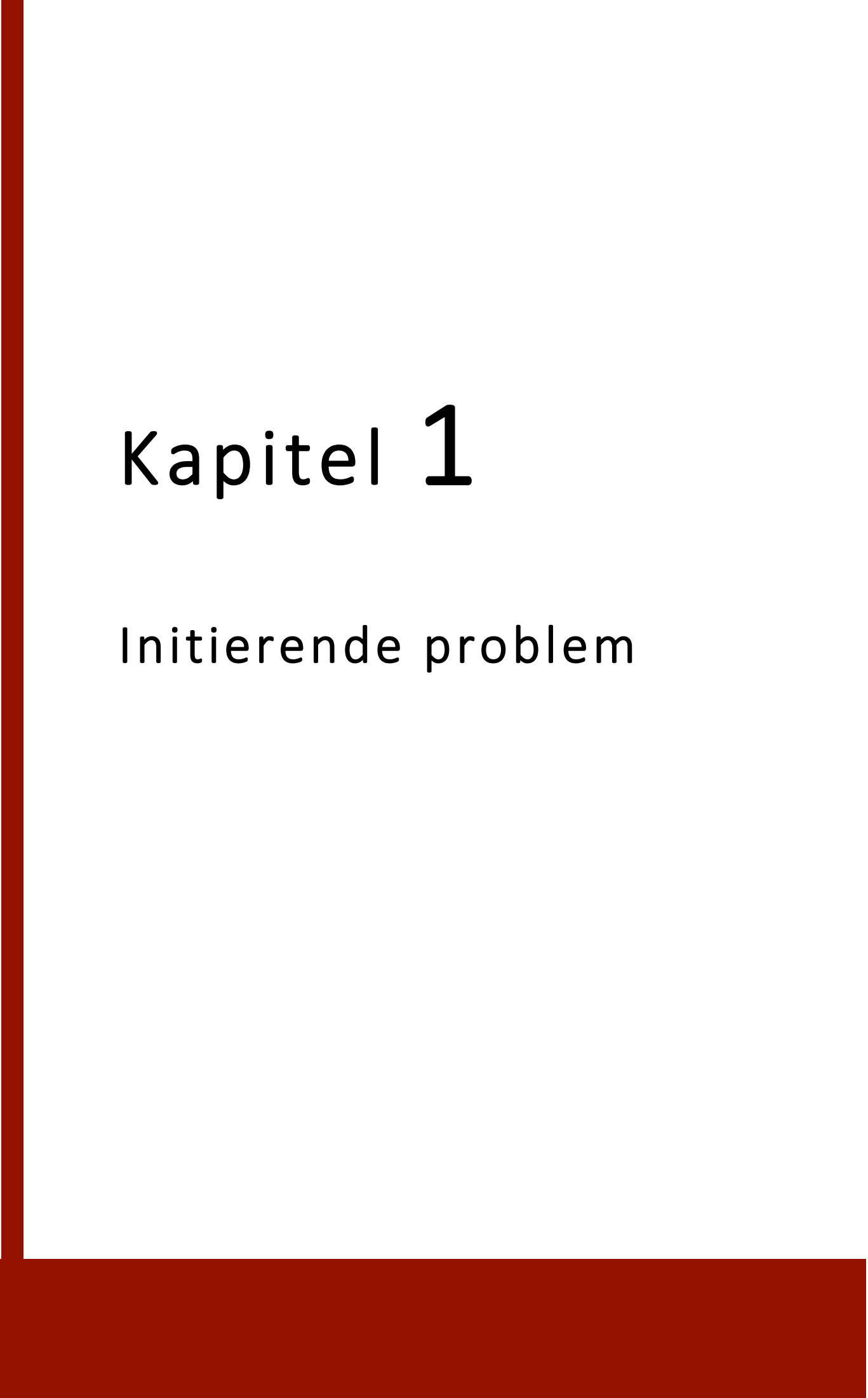
Rigtig god læselyst!

Anette Østergaard, maj 2016

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	4
2. Problemanalyse	6
2.1. Sundhedsprofessionelles uddannelse – et vigtigt led i genoplivningen	6
2.2. Lægernes deltagelse ved genoplivningskurser	8
2.2.1. Lægernes viden og færdigheder	8
2.2.2. Det tværprofessionelle samarbejde ved genoplivning	11
2.2.3. Konsekvenser ved manglende genoplivningstræning	14
2.3. Genoplivningskurser på Aarhus Universitetshospital	15
2.3.1. Opfyldelse af kvalitetsindikatorer	15
2.3.2. Vedligeholdelse af viden og færdigheder	17
2.3.3. Deskriptiv dataanalyse af lægernes deltagelse i genoplivningskurser	17
2.4. Mulige årsager til problemet	22
3. Afgrænsning	25
3.1. Problemformulering	25
4. Metode	27
4.1. Videnskabsteoretisk referenceramme	27
4.1.1. Fænomenologisk-hermeneutisk tilgang	27
4.1.2. Forforståelse	28
4.2. Litteratursøgning	29
4.2.1. Baggrundssøgning	29
4.2.2. Systematisk litteratursøgning	29
4.3. Interviewundersøgelse	34
4.3.1. Tematisering	34
4.3.2. Design	34
4.3.3. Udførelse af interview	35
4.3.4. Transskription	37
4.3.5. Analyse	37
4.3.6. Ethiske overvejelser	38

5. Problembearbejdning	40
5.1. Naiv læsning	40
5.2. Strukturanalyse	41
5.2.1. Temaer.....	44
5.3. Kritisk fortolkning	44
5.3.1. Motivation	44
5.3.2. Organisatorisk indflydelse	54
5.3.3. Ledelsens rolle	57
5.3.4. Systemets rolle	64
5.4. Opsummering af problembearbejdning	67
6. Anbefalinger til forandring	69
6.1. Motivation af den enkelte læge	70
6.2. Optimering af afdelingens organisatoriske planlægning	71
6.3. Afdelingsledelsens ansvar og betydning	72
6.4. Det overordnede ledelsesansvar	73
7. Diskussion.....	75
7.1. Diskussion af metode	75
7.1.1. Diskussion af litteratursøgningen	75
7.1.2. Diskussion af interviewundersøgelsen	79
7.2. Diskussion af resultater	82
7.2.1. Refleksivitet	82
7.2.2. Relevans.....	83
7.2.3. Validitet	84
8. Konklusion	90
9. Referencer	91
10. Bilagsfortegnelse.....	98



Kapitel 1

Initierende problem

1. Initierende problem

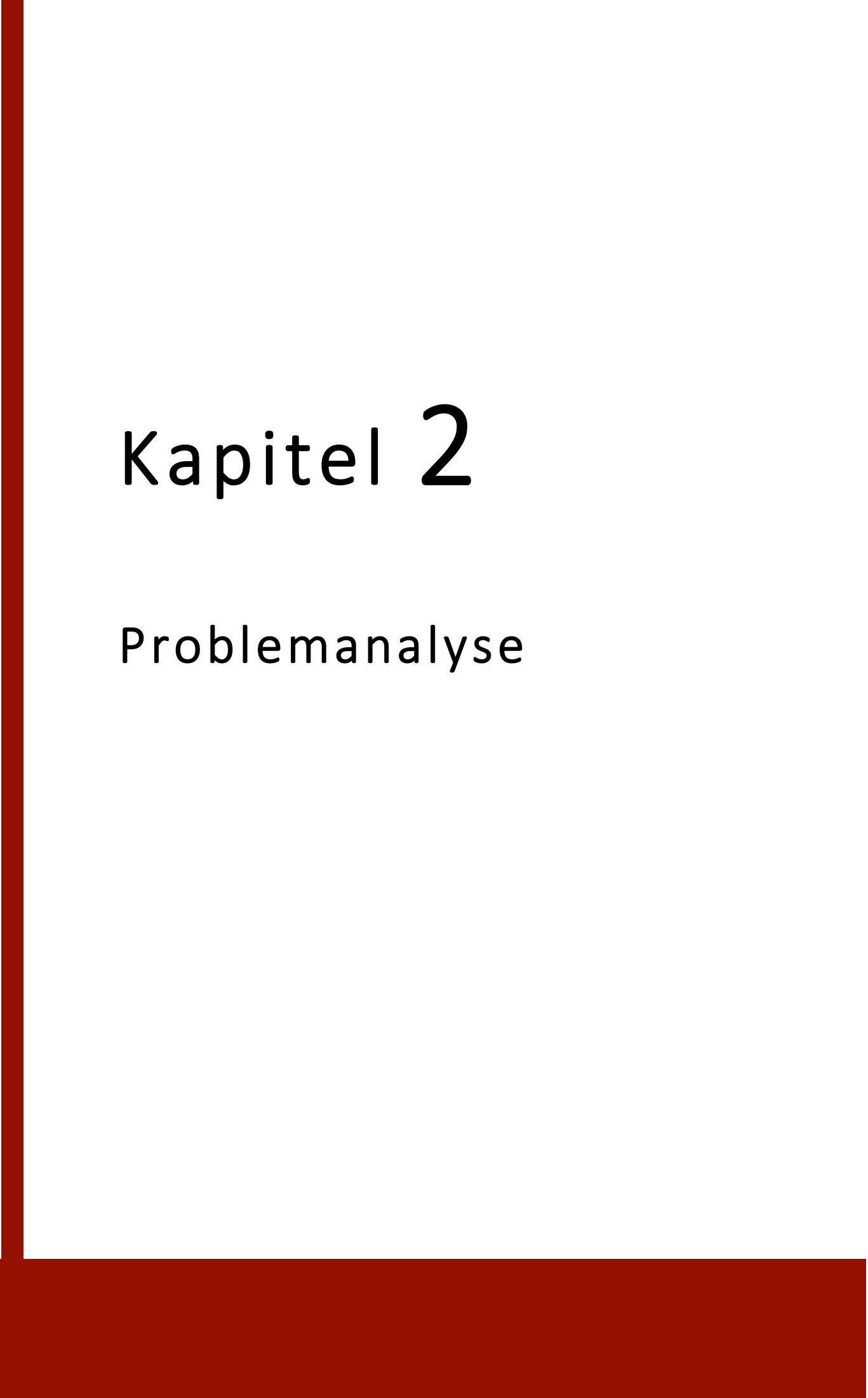
Gennem de seneste år har der været stor interesse for hjertestopbehandling uden for hospital, mens der har været meget lidt fokus på hjertestopbehandling på de danske hospitaler (Aarhus Universitetshospital 2015). Dette til trods for at hjertestop på hospital har en dårlig prognose, og at der er stor risiko for komplikationer hos de overlevende patienter (Ibid.). En vigtig forebyggende indsats på området er, at personalet på hospitalerne får regelmæssig undervisning i behandling af hjertestop. Dette har stor betydning for kvaliteten og deraf effekten af genoplivningen efter hjertestop på hospital (Greif et al. 2015).

På Aarhus Universitetshospital (AUH) skal alle hospitalets ansatte løbende træne og vedligeholde deres færdigheder i genoplivning gennem deltagelse i obligatoriske niveauinddelte kurser. Gennem disse kurser får de opdateret viden omkring hjertestopbehandling, instrueret simulationstræning i genoplivningsprocedurer samt feedback herpå. Derudover indeholder kurserne casebaseret scenarietræning med fokus på bl.a. teamarbejde, sikker kommunikation¹ og teamledelse (Højbjerg 2016a).

AUH var et af de første hospitaler i Danmark til at indføre genoplivningskurser for personalet samt registrere hjertestop på hospitalet, og der er således udviklet en organiseret indsats i hjertestopbehandlingen på AUH (Højbjerg 2016b). På trods heraf ses imidlertid et problem, idet en del af lægerne på AUH ikke deltager i ovennævnte kurser. Dette er problematisk, da lægerne ligesom det øvrige personale har behov for at vedligeholde deres træning i hjertelungeredning samt opdatere deres viden på området for at kunne yde den bedst mulige genoplivning (Albinus 2004). At lægerne ikke deltager er desuden et problem, idet tværprofessionalitet anses som et af nøgleprincipperne i godt teamwork (Jankouskas et al. 2011, Weinstock, Halamek 2008). Man kender ikke de præcise konsekvenser af lægernes manglende viden, men ifølge tidligere formand for Hjertereforeningen, Torsten Toftegaard Nielsen, er der ingen tvivl om, at det koster menneskeliv (Albinus 2004). Problemet tyder derfor på at kunne have en direkte indflydelse på patientsikkerheden.

Med afsæt i ovenstående problemstilling søges der i dette speciale at undersøge baggrunden for lægernes manglende deltagelse ved genoplivningskurser på AUH, samt hvordan deltagelsen kan øges gennem forskellige forandringstiltag.

¹ Sikker kommunikation er en række strategier og redskaber, som er vigtige for en entydig kommunikation og et sikkert samarbejde i sundhedsvæsenet (Patientsikkert sygehus 2013).



Kapitel 2

Problemanalyse

2. Problemanalyse

I dette kapitel undersøges baggrunden for den ovenfor præsenterede problemstilling, som belyses gennem forskellige perspektiver samt gennem inddragelse af videnskabelige studier og konkrete data fra AUH. Først belyses den overordnede baggrund for problemstillingen, herunder betydningen af sundhedspersonalets uddannelse i genoplivning. Dernæst indsnævres analysen til den specifikke problematik omkring lægernes manglende deltagelse i kurserne. Denne del tager udgangspunkt i en systematisk litteratursøgning og gennemgang af videnskabelige artikler. Til sidst belyses den konkrete problematik i forhold til AUH, dette bl.a. ved inddragelse af en deskriptiv dataanalyse. Problemanalysen leder frem mod afgrænsning og problemformulering, som vil danne baggrund for specialets videre undersøgelse.

2.1. Sundhedsprofessionelles uddannelse – et vigtigt led i genoplivningen

På den præhospitale front er alle hjertestop, hvor der er forsøgt genoplivning, registreret i Dansk Hjertestopregister siden 2001 (Hansen et al. 2013). Denne registrering har været med til at styrke og udvikle indsatsen i behandling af hjertestop uden for hospital, og der er således sket store forbedringer på området, bl.a. gennem et øget fokus på tidlig hjertelungeredning ved forbipasserende og større udbredelse af hjertestartere (Ibid.). Tilsvarende begyndte man i 2009 at registrere hjertestop på AUH, men først i 2013 er registreringen blevet mere systematisk og dækker flere danske hospitaler (Højbjerg 2016b). Hjertestoppene registreres i den nationale kliniske kvalitetsdatabase Danarrest, som har til formål at monitorere og udvikle kvaliteten af hjertestopbehandlingen på de danske hospitaler, hvilket er essentielt for at forbedre genoplivningen og potentielt øge overlevelsen (Kirkegaard et al. 2016). Kvaliteten af hjertestopbehandling på hospital i Danmark, målt på overlevelse, synes at være på niveau med internationale opgørelser, men der ses dog et betydeligt potentiale for forbedring på forskellige punkter (Ibid.). I den seneste årsrapport fra Danarrest gennemgås seks udvalgte kvalitetsindikatorer², hvoraf indikator 2 og 3 stadig ikke lever op til standarderne på landsplan (Ibid.). Disse to uddybes i afsnit 2.4.1. Som led i kvalitetsforbedringen anbefaler Danarrest bl.a. at satse på uddannelse af personalet (Kirkegaard et al. 2014, Kirkegaard et al. 2016).

² 1: Tid fra diagnosen hjertestop til opstart af HLR. 2: Tid fra diagnosen hjertestop til Stopholdets ankomst. 3: Tid fra diagnosen hjertestop til første DC-stød. 4: Andelen af patienter som opnår spontant kredsløb. 5: Overlevelse 30 dage efter hjertestop. 6: 1-års total overlevelse.

Et dansk studie fra 2011 har på baggrund af en række uvarslede in-situ simulerede hjertestop, såkaldte mock codes, undersøgt kvaliteten af personalets hjertestopbehandling (Mondrup et al. 2011). Studiet finder, at sammenlignet med hjertestopholdet havde personalet, bestående af både læger og sygeplejersker, en signifikant højere no flow ratio, som repræsenterer den procentvise del af genoplivningen, hvor der ikke gives kompressioner, og hvor cirkulationen dermed er afbrudt (Ibid.). En lav no flow ratio er forbundet med bedre overlevelse, hvorfor pauser i kompressionerne bør minimeres (Perkins et al. 2015, Christenson et al. 2009). Det danske studie peger på, at forskellen kan skyldes manglende træning og uddannelse blandt personalet (Mondrup et al. 2011), hvilket også ses i flere internationale studier (Skrifvars et al. 2002, Sandroni et al. 2003, Hunt et al. 2008). Ovenstående fremhæver vigtigheden af personalets uddannelse i genoplivning som led i kvalitetsudvikling og forebyggelse i forbindelse med hjertestop på hospital, og studierne tydeliggør et forandringspotentiale i indsatsen.

I Region Syddanmark har man i 2012-2013 gennemført et stort MTV-projekt (Lauridsen et al. 2014), som anbefaler en række punkter til forbedring af personalets uddannelse i genoplivning. Projektets formål var at undersøge organiseringen af hjertestopundervisning på regionens sygehuse samt kvaliteten af genoplivningen. Et observationelt studie af mock codes viste, at kvaliteten af den leverede genoplivning (målt på kompressionsdybde og andelen af korrekte kompressioner) blandt plejepersonalet og de tilstedeværende læger ikke var optimal (Ibid.). Kommunikationen i den akutte situation var desuden kritisabel, idet der i ingen af simulationerne konsekvent blev anvendt sikker kommunikation, og i 39 % af simulationerne blev dette slet ikke anvendt (Ibid.). På baggrund af MTV-projektet anbefales, at hjertestopundervisningen bør indrettes med fokus på de mangelfulde punkter, herunder fokus på den basale genoplivning, vigtigheden af alarmeringskæden, fortrolighed med defibrillatoren, sikker kommunikation samt rollefordeling og en generel simplificering af instruktionerne (Ibid.).

Det Europæiske Råd for Genoplivning (European Resuscitation Council, ERC) udgiver løbende guidelines vedrørende genoplivning. Disse er baseret på omfattende systematiske litteraturstudier (Hazinski et al. 2015) og betragtes derfor som en valid og central kilde. Ifølge de seneste guidelines fra 2015 er det vigtigt, at sundhedspersonalet har viden om de nyeste anbefalinger og er i stand til at udføre korrekt og effektiv genoplivning som en del af et tværprofessionelt team. Behovet for uddannelse omfatter både tekniske færdigheder i genoplivning og ikke-tekniske færdigheder som samarbejde, lederskab og kommunikation (Greif et al. 2015, Bhanji et al. 2015).

Selvom ovenstående viser, at uddannelse af sundhedspersonale er en vigtig forebyggelsesindsats i relation til genoplivning efter hjertestop, så er der stor forskel på, hvordan og hvor ofte undervisningen tilrettelægges. I Danmark tages der generelt udgangspunkt i anbefalingerne fra Dansk Råd for Genoplivning, som er en del af ERC (Dansk Råd for Genoplivning 2016). Men der er ingen specifikke nationale krav, og det er op til det enkelte hospital at beslutte, hvordan undervisningen skal være, hvilket personale der skal tilbydes hvilken form for træning, og hvor ofte træningen skal vedligeholdes. Det resulterer derfor i en meget heterogen undervisning på de danske hospitaler, både hvad angår form, indhold og hyppighed (Lauridsen et al. 2014).

2.2. Lægernes deltagelse ved genoplivningskurser

I de følgende afsnit dykkes ned i problematikken omkring lægernes manglende deltagelse ved genoplivningskurser på AUH, som anført i det initierende problem. Som videnskabelig baggrund herfor er udført to systematiske litteratursøgninger, der har til formål at afdække eksisterende viden på området og derved belyse problemet fra forskellige perspektiver. En nærmere beskrivelse af litteratursøgning og udvælgelsesproces kan ses i metodeafsnit 4.2. og søgeprotokollen, Bilag 1. I det følgende undersøges først lægernes viden om og færdigheder i genoplivning og dernæst betydningen af det tværprofessionelle team og samarbejde, herunder kommunikation og lederskab. Til sidst peges på mulige konsekvenser ved lægernes manglende deltagelse i kurserne.

2.2.1. Lægernes viden og færdigheder

I følgende afsnit belyses lægernes viden og færdigheder i genoplivning samt betydningen heraf. Afsnittet tager udgangspunkt i udvalgte studier fra den systematiske søgning 1. Oversigt over og nærmere beskrivelse af studierne kan ses i Bilag 2.

2.2.1.1. *Viden om genoplivning*

Flere internationale studier tyder på, at lægers viden om genoplivning ikke er tilfredsstillende (Grześkowiak et al. 2009b, Pantazopoulos et al. 2011, Krajina et al. 2015, Kyriakou et al. 2011, Semeraro, Signore & Cerchiari 2006, Ahmed, Pai & Reynolds 2012). Den teoretiske viden om genoplivning findes mangelfuld blandt både kirurger og medicinske læger, og mange læger er ikke certificeret i hverken basal eller avanceret genoplivning (Kyriakou et al. 2011). Der ses en signifikant positiv sammenhæng mellem deltagelse i genoplivningskurser og viden om genoplivning (Ibid.), hvilket indikerer en tilsvarende negativ sammenhæng mellem manglende deltagelse og viden. Et studie viser, at kun 45 % af de medicinske læger, 48 % af kirurgerne og 77 % af anæstesiologerne

har fornyet deres viden om genoplivning inden for de sidste 5 år, mens 34 %, 25 % og 22 % aldrig har fornyet deres viden, på trods af at samtlige læger anser genoplivning som vigtigt (Krajina et al. 2015). Læger ses at have større viden om genoplivning forud for test sammenholdt med sygeplejersker og assistenter, hvorimod lægerne viser mindst forbedring efter test (Kallestedt et al. 2010). Uddannelse ses at kunne kompensere for dårlig basal viden, mens gentagen uddannelse kan øge eller opretholde viden (Ibid.).

Flere studier har undersøgt lægers viden om genoplivning inden for specifikke specialer, herunder pædiatri, kardiologi og anæstesiologi. Blandt pædiatriske læger ses en manglende viden om pædiatrisk genoplivning og ændringerne i de seneste guidelines, mens signifikant flere læger scorer højt, hvis de har været på genoplivningskursus inden for 6 mdr. (Ahmed, Pai & Reynolds 2012). Lignende resultater viser, at mindre end 48 % af lægerne har gennemført kursus i basal genoplivning, og den generelle viden om pædiatrisk genoplivning og guidelines er meget mangelfuld (Grześkowiak et al. 2009b). Blandt kardiologer ses samme tendens, og et studie viser, at lægernes gennemsnitlige score for teoretisk viden er $9,9 \pm 4,6$ (interval 3-20), og de, der har været på avanceret genoplivningskursus, scorer signifikant højere (Pantazopoulos et al. 2011). Yderligere ses, at de læger, der har været på kursus inden for det sidste år, scorer signifikant højere end dem, der har deltaget for mere end et år siden (Ibid.). Lignende resultater ses blandt anæstesiologer, hvor et studie viser, at samtlige læger efter endt kursus bestod videnstesten, mens 30 % dumpede testen efter 6 mdr., hvilket viser et signifikant fald i lægernes viden (Semeraro, Signore & Cerchiari 2006).

Ovenstående studier tydeliggør en positiv sammenhæng mellem lægernes deltagelse i genoplivningskurser og deres teoretiske viden om genoplivning. Studierne viser, at både den basale og avancerede viden kan være mangelfuld, og at selv specialiserede læger som anæstesiologer har behov for hyppig træning for at opretholde deres viden.

2.2.1.2. Færdigheder i genoplivning

I den internationale litteratur ses ligeledes mangel på færdigheder i genoplivning blandt læger (Howard-Quijano et al. 2010, Hunt et al. 2009, Fisher et al. 2011, Hards et al. 2012, Grześkowiak et al. 2009a, Tofil et al. 2014, Semeraro, Signore & Cerchiari 2006). Blandt pædiatriske læger finder et studie, at kun 53,6 % er i stand til at skabe frie luftveje, 14,3 % placerer ikke deres hoved korrekt over patienten for at observere vejrtrækning, og de fleste giver for langsomme og overfladiske brystkompressioner (Grześkowiak et al. 2009a). Derudover vurderer næsten 50 % deres egne evner

som utilstrækkelige (Ibid.). Lignende resultater ses i et andet studie, hvor 66 % af lægerne påbegynder brystkompressioner efter det anbefalede minut, 33 % begynder aldrig på kompressionerne, og kun 54 % begynder defibrillering inden for de anbefalede 3 minutter (Hunt et al. 2009). Blandt anæstesiologer findes ligeledes mangel på færdigheder og et behov for træning i både basal og avanceret genoplivning, herunder specialiseret genoplivning af børn og patienter under narkose (Tofil et al. 2014, Howard-Quijano et al. 2010).

Ifølge et studie blandt læger, sygeplejersker og assistenter scorede lægerne generelt højere på færdigheder (Castle, Garton & Kenward 2007), hvilket tilsvarende resultaterne vedrørende teoretisk viden (Kallestedt et al. 2010). Det påpeges dog, at lægerne i studiet har en fordel ved hyppigere træning med faste intervaller på 6 mdr. samt hyppigere udsættelse for hjertestop (Castle, Garton & Kenward 2007), hvilket bekræfter vigtigheden af hyppig træning.

Som med den teoretiske viden er der i litteraturen flere eksempler på, at uddannelse i genoplivning påvirker lægernes færdigheder positivt. Blandt læger fra gynækologisk-obstetrisk afdeling ses en signifikant forbedring af færdigheder efter uddannelse i genoplivning (Fisher et al. 2011), og en tilsvarende signifikant forbedring af både tekniske og ikke-tekniske færdigheder ses blandt anæstesiologer (Hards et al. 2012). Ifølge et studie falder anæstesiologernes færdigheder signifikant fra 100 % bestået umiddelbart efter endt kursus til kun 64 % bestået efter 6 mdr., hvorfor genopfriskning af færdigheder anbefales hvert halve år mellem de fastlagte kursusintervaller (Semeraro, Signore & Cerchiari 2006). Ovenstående tydeliggør effekten af genoplivningskurser, og den hurtige degradering af færdigheder blandt anæstesiologer indikerer, at tilsvarende vil gøre sig gældende blandt læger, der i mindre grad er specialiserede inden for genoplivning.

2.2.1.3. Faktorer der påvirker viden og færdigheder

Foruden betydningen af genoplivningskurser har flere studier undersøgt forskellige faktorer, der kan påvirke lægernes viden og færdigheder. Lægernes genoplivningsfærdigheder findes signifikant lavere, når de udsættes for eksterne distraktioner, hvilket ikke ses at være påvirket af erfaringsniveau (Krage et al. 2014). Et studie finder, at der ingen sammenhæng er mellem selv vurderet og teoretisk viden (Pantazopoulos et al. 2011), hvorimod et andet studie finder, at 75 % af lægerne vurderer sig selv som 'selvsikker' eller 'meget selvsikker' i basal genoplivning, samtidig med at de demonstrerer de bedste færdigheder sammenholdt med sygeplejersker og assistenter (Castle, Garton & Kenward 2007).

Flere studier har undersøgt betydningen af lægernes anciennitet (uddannelsesniveau) og kliniske erfaring, og resultaterne er ikke entydige. Et studie peger på, at den teoretiske viden ikke stiger med anciennitet (Pantazopoulos et al. 2011), hvorimod et andet studie finder, at læger med høj anciennitet fastholder deres viden bedre (Semeraro, Signore & Cerchiari 2006). Der ses ingen forskel i forhold til fastholdelse af færdigheder, men til gengæld udfører læger med lav anciennitet opgaverne hurtigst (Ibid.). Ligeledes findes der ingen signifikant forskel på færdigheder (målt på tid fra hjertestop til defibrillering) i forhold til anciennitet, hvorimod læger med stor klinisk erfaring med defibrillering ses at håndtere dette signifikant bedre end læger uden (Hunt et al. 2009). Et dansk studie viser, at seks måneders klinisk erfaring efter endt uddannelse giver signifikant bedre fastholdelse af viden sammenholdt med ingen klinisk erfaring forud for test (Jensen et al. 2009). Lægers score forud for genoplivningskursus findes hverken påvirket af anciennitet, klinisk erfaring med deltagelse i hjertestop eller erfaring som teamleder ved hjertestop (Fisher et al. 2011). Derimod er færdighederne blandt læger med 10-30 års erfaring signifikant bedre efter kursusdeltagelse end blandt dem med <10 års erfaring, og læger med klinisk erfaring med deltagelse i genoplivning scorer signifikant højere end dem uden (Ibid.).

På baggrund af ovenstående studier ses forskelligrettede resultater i forhold til lægers anciennitet. Derimod tyder studierne på, at der er en positiv sammenhæng mellem lægers kliniske erfaring og deres viden og færdigheder.

2.2.2. Det tværprofessionelle samarbejde ved genoplivning

Følgende afsnit omhandler betydningen af det tværprofessionelle team og samarbejdet ved genoplivning, herunder kommunikation og lederskab. Afsnittet tager udgangspunkt i udvalgte studier fra den systematiske søgning 2. Oversigt over og nærmere beskrivelse af disse kan ses i Bilag 2.

Teamwork er en essentiel del af den akutte patientbehandling, og der ses en tæt sammenhæng mellem godt teamwork og succesfulde præstationer i højrisikomiljøer som genoplivning (St.Pierre et al. 2011a, s. 49). Flere reviews dokumenterer, at teamwork er en vigtig del af genoplivning, og at dette har betydning for kvaliteten af genoplivningen (Fernandez Castela et al. 2013, Hunziker et al. 2011, Weinstock, Halamek 2008). Dårligt teamwork og dårlig lederadfærd ses associeret med betydelige mangler i genoplivningen, og fejlagtig kommunikation kan ligeledes få afgørende betydning for patientens outcome (Hunziker et al. 2011). Planlægning, lederskab og kommunikation identificeres som de tre vigtigste indbyrdes forbundne faktorer, der ses at have en effekt på genoplivningen

(Fernandez Castelao et al. 2013), og et af nøgleprincipperne i succesfuld træning af teamwork er, at undervisningen skal bygge på tværprofessionel deltagelse (Weinstock, Halamek 2008, Jankouskas et al. 2011). Dette understøtter vigtigheden af lægers deltagelse i genoplivningskurser, så disse forbliver tværfaglige. Samtidig har læger en vigtig rolle i den første afgørende del af selve genoplivningen (Hunziker et al. 2009).

Ifølge de seneste guidelines fra ERC er træning i ikke-tekniske færdigheder et essentielt supplement til træningen i tekniske færdigheder, og det bør integreres i undervisningen (Greif et al. 2015). Et dansk kvalitativt studie har undersøgt, hvilke ikke-tekniske færdigheder der kan forbedre teampræstationer i tværprofessionelle hjertestophold samt barrierer for anvendelse af disse (Andersen et al. 2010). Studiet identificerer fem ikke-tekniske færdigheder, der anses som vigtige i genoplivningsuddannelse; lederskab, kommunikation, gensidig overvågning, opretholdelse af standarder og guidelines samt opgavehåndtering. Barrierer for dette identificeres bl.a. som uerfarne ledere, manglende autoritet hos lederen, mangel på sikker kommunikation samt manglende involvering i og kontrol med hinandens udførelse (Ibid.). I de følgende to afsnit fokuseres på kommunikation og lederskab som centrale elementer i genoplivningen.

2.2.2.1. Kommunikation

Kommunikation i højrisikosituationer som hjertestop opfylder adskillige essentielle funktioner i det tværprofessionelle ad hoc team (St.Pierre et al. 2011c). Kommunikation er bl.a. afgørende for at etablere teamstrukturen og udpege den rette leder, fremme relationerne i teamet, koordinere processen og opgaverne samt muliggøre informationsudveksling, som er helt centralt for at kunne vurdere situationen og træffe de rette beslutninger (Ibid.). Dette tydeliggør, at kommunikation spiller en vigtig rolle i forbindelse med genoplivning, hvilket understøttes i adskillige studier (Fernandez Castelao et al. 2013, Andersen et al. 2010, Weinstock, Halamek 2008, Hunziker et al. 2011, Shetty et al. 2009).

Studierne fremhæver forskellige vigtige aspekter af kommunikation, herunder informationsudveksling (Andersen et al. 2010, Hunziker et al. 2011), eksplicit kommunikation i teamet (Hunziker et al. 2011, Fernandez Castelao et al. 2011), at fremsætte forslag samt anerkendende, afklarende og bekræftende kommunikation (Shetty et al. 2009). Mange problemer i et teams præstationer skyldes kommunikationsvanskeligheder (St.Pierre et al. 2011c), hvilket indikerer, at kommunikation kan have en direkte indvirkning på teamets håndtering af genoplivning. I et studie baseret på 34 mock

codes ses kommunikationsfejl i samtlige genoplivningssimulationer (Hunt et al. 2008), og et par danske studier finder ligeledes mange kommunikationsfejl (Andersen, Maaloe & Andersen 2010, Lauridsen et al. 2014), hvilket viser et stort forbedringspotentiale i forhold til sikker kommunikation ved genoplivning.

2.2.2.2. Lederskab

Foruden kommunikation fremstår lederskab som en helt central faktor for både samarbejde og kvalitet af teamets håndtering af genoplivning (Yeung et al. 2012, Hunziker et al. 2013, Stefan et al. 2011, Cooper, Wakelam 1999, Marsch et al. 2004). Lederskab hænger i høj grad sammen med kommunikation, og gode teamledere skal både kunne fokusere på den kliniske opgave og koordinering af teamet (St.Pierre et al. 2011b). Syv opgaver findes særligt vigtige for succesfuldt lederskab i kritiske situationer: At organisere teamet og fremme godt teamwork, italesætte problemløsning, formulere klare mål, træffe beslutninger gennem input fra teammedlemmer, uddelegere og koordinere opgaveudførelse, monitorere og balancere teamets arbejdsbyrde samt regelmæssigt revurdere situationen verbalt (Ibid.).

Flere studier peger på, at godt lederskab kan have en større betydning for teamets succes med genoplivning end viden og tekniske færdigheder (Hunziker et al. 2010, Marsch et al. 2004, Shetty et al. 2009). Tidligere træning i lederskab ses uafhængigt associeret med bedre lederskabsadfærd, og teams med dygtige ledere er signifikant forbundet med bedre kvalitet og tekniske færdigheder i genoplivning (Yeung et al. 2012, Hunziker et al. 2010). Læger forventes ofte at tage rollen som leder i genoplivning (Hayes et al. 2007, Hoyer, Christensen & Eika 2009, St.Pierre et al. 2011b), men et studie viser, at 49 % af lægerne ikke føler sig i stand til at lede et genoplivningshold, og 55 % er nervøse for at begå fejl (Hayes et al. 2007). Ovenstående understreger vigtigheden af, at læger træner deres lederevner for at øge kvaliteten af teamets genoplivning.

2.2.2.3. Vigtigheden af teambuilding

Flere studier viser, at simulationstræning kan være med til at forbedre teamwork og ikke-tekniske færdigheder i genoplivning (Fernandez Castela et al. 2013, Hunziker et al. 2011, Sawyer et al. 2013). Træning kan medføre signifikante forbedringer i samarbejdsevner, holdstruktur, lederskab, situationsovervågning, fælles støtte og kommunikation samt forbedring i opdagelse og rettelse af fejl som forkert medicinordning eller ukorrekt hjertemassage (Sawyer et al. 2013). Teams, der har gennemgået teambuilding, ses at have signifikant bedre genoplivningsfærdigheder og lederskab

end uforberedte ad-hoc teams (Hunziker et al. 2009), og uvarslede mock codes ses ligeledes at kunne forbedre teamwork ved genoplivning signifikant (Perez 2014).

Crisis Resource Management (CRM) er en international anerkendt metode i teamwork, der har til formål at forbedre teamets samarbejde og effektivitet i kritiske situationer, bl.a. gennem simulation (Jankouskas et al. 2011). Flere studier viser, at inddragelse af CRM i genoplivningsundervisning kan have en positiv effekt på teamets samarbejde og præstationer. Bl.a. findes signifikant evidens for, at tværprofessionel træning i CRM forbedrer teamprocessen og teamets effektivitet (Ibid.), medfører signifikant mindre no-flow time (tid uden pågående hjertemassage) og signifikant mere italesættelse fra teamlederen (Fernandez Castela et al. 2011). Desuden ses CRM-træning at kunne medføre en signifikant forbedring i deltagernes opfattede evne til at indgå i et genoplivningsteam, deres tillid til teamet samt deres tendens til at rejse bekymring om uhensigtsmæssig adfærd til teamlederen (Allan et al. 2010).

Ovenstående studier og analyse tydeliggør vigtigheden af, at sundhedspersonalet træner det tværprofessionelle teamwork og ikke-tekniske færdigheder som kommunikation og lederskab for at skabe de bedste forudsætninger for teamets præstationer ved genoplivning.

2.2.3. Konsekvenser ved manglende genoplivningstræning

Ifølge de ovenstående afsnit har både teoretisk viden, tekniske og ikke-tekniske færdigheder samt teamwork stor indflydelse på kvaliteten af genoplivning, og den videnskabelige litteratur peger på, at der er en positiv sammenhæng mellem deltagelse i genoplivningskurser og disse faktorer. Det indikerer derfor, at manglende deltagelse i genoplivningskurser kan få konsekvenser for patientsikkerheden i forbindelse med genoplivning, hvilket konkretiseres i det følgende.

Ifølge ERC er manglende compliance med genoplivningsguidelines, altså manglende viden eller færdigheder, blandt sundhedsprofessionelle blevet associeret med lavere overlevelse (Hazinski et al. 2015). Dette viser, at manglende genoplivningstræning kan risikere at få direkte konsekvenser for genoplivningens outcome. Et dansk studie har gennemgået og analyseret utilsigtede hændelser relateret til hjertestop fra den Danske Patientsikkerhedsdatabase³ (Andersen, Maaloe & Andersen 2010).

³ Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) drives af Styrelsen for Patientsikkerhed. DPSD administrerer og analyserer alle utilsigtede hændelser, der rapporteres i sundhedsvæsenet.

Studiet inkluderer 122 utilsigtede hændelser, hvoraf 18 % er relateret til menneskelige præstationer. 9 % af disse fejl skyldes dårligt organiseret teamwork, herunder modvilje mod at hjælpe, dårligt lederskab, dårlig kommunikation og beslutningstagen samt uklare roller (Ibid.). Derudover skyldes 9 % manglende viden om udstyr og procedurer for genoplivning, hvilket har indvirkning på teamets tekniske færdigheder (Ibid.). Der ses dermed en sammenhæng mellem manglende viden og færdigheder, dårlig kommunikation, dårligt teamwork og lederskab samt utilsigtede hændelser ved genoplivning. Dette påvirker patientsikkerheden og tydeliggør et forbedringspotentiale i forhold til sundhedspersonalets kompetencer i genoplivning.

2.3. Genoplivningskurser på Aarhus Universitetshospital

I det følgende specificeres problematikken i forhold til lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH. For at belyse problemets omfang inddrages data fra Danarrest samt registreringsdata om lægernes kursusdeltagelse, som præsenteres på baggrund af en deskriptiv analyse.

På AUH tilrettelægges genoplivningskurserne som andre steder med udgangspunkt i guidelines fra ERC. Kurserne er inddelt i tre niveauer afhængig af personalets patientkontakt og stamafdeling. Niveau 1 og 2 er basal genoplivning, og niveau 3 er avanceret genoplivning. Det er obligatorisk for alle ansatte på AUH at deltage i kurserne, og disse skal genopfriskes hvert femte år for niveau 1 og hvert andet år for niveau 2 og 3. Kurserne suppleres med obligatoriske E-læringskurser hvert andet år svarende til samme niveauer. Undervisningen udføres fortrinsvis af sygeplejersker, som foruden at undervise også er ansat på forskellige akutte afsnit. På nogle af niveau 3-kurserne underviser desuden læger. Hver enkelt afdelingsledelse har ansvaret for personalets deltagelse i kurserne og for, at personalet får genopfriskningskurser inden for det påkrævede tidsinterval (Højbjerg 2016a).

2.3.1. Opfyldelse af kvalitetsindikatorer

I den seneste rapport fra Danarrest (Kirkegaard et al. 2016), hvor AUH indgår, er to ud af seks kvalitetsindikatorer ikke opfyldt. Disse fremgår af nedenstående figur med data fra AUH.

Figur 1: Oversigt over kvalitetsindikatorer, som ikke er opfyldt på AUH.

Indikator 2: Andel af patienter, hvor tiden fra diagnosen hjertestop til Stopholdets ankomst var ≤ 3 minutter.
Standard $\geq 90\%$

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2014 % (95 % CI)	Tidligere år 2013 % (95 % CI)
Aarhus Universitetshospital, NBG	Nej	24/41	7 (15)	59 (42 - 74)	39 (26 - 54)
Aarhus Universitetshospital, Skejby	Nej	46/75	28 (27)	61 (49 - 72)	73 (56 - 85)
Aarhus Universitetshospital, THG	Nej	16/26	2 (7)	62 (41 - 80)	66 (49 - 80)

Indikator 3: Andel af patienter, hvor tid fra diagnosen hjertestop til første defibrillering (stødbare hjerterytmer) var ≤ 3 minutter. Standard $\geq 90\%$.

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2014 % (95 % CI)	Tidligere år 2013 % (95 % CI)
Aarhus Universitetshospital, NBG	Ja*	5/7	1 (13)	71 (29 - 96)	33 (1 - 91)
Aarhus Universitetshospital, Skejby	Ja*	26/31	5 (14)	84 (66 - 95)	83 (59 - 96)
Aarhus Universitetshospital, THG	Ja*	3/4	0 (0)	75 (19 - 99)	33 (1 - 91)

Ja* indikerer, at standarden er opfyldt, når der tages højde for den statistiske usikkerhed, dvs. når konfidensintervallet indeholder standarden.

For indikator 2 kan en af udfordringerne med at opfylde standarden være, at de fysiske rammer på det enkelte hospital gør det svært for stopholdet at nå frem i tide, dels pga. hospitalets størrelse og dels pga. antallet af stophold til rådighed (Kirkegaard et al. 2016). På trods af dette er det bekymrende, at tallene for AUH ligger så langt under standarden, og der er derfor potentiale for forbedring af indikatoren. Resultaterne for indikator 3 skal ifølge Danarrest tages med forbehold, idet datavaliditeten er lav grundet et lavt antal patienter i den aktuelle opgørelse samt meget brede konfidensintervaller og deraf stor statistisk usikkerhed (Ibid.). For at forbedre resultaterne anbefaler Danarrest bl.a. decentral uddannelse af personalet (Ibid.).

Manglende opfyldelse af de to indikatorer viser vigtigheden af, at personalet på afdelingerne er opdaterede i deres viden og færdigheder inden for genoplivning. Når stopholdet af forskellige årsager er længe om at nå frem til hjertestoppet, stiller det krav til det øvrige sundhedspersonale, både hvad angår kvaliteten af genoplivning samt brugen af AED, og de først tilkomnes genoplivning er derfor essentiel (Hunziker et al. 2011, Hunt et al. 2008). Hjertestop kan forekomme overalt på hospitalet, og i 2014 skete 68 % af de registrerede hjertestop på AUH på almindelige sengeafdelinger (Kirkegaard et al. 2016). Alt tilstedeværende personale skal derfor være klar til at udføre genoplivning, hvorfor behovet for uddannelse gælder både sygeplejersker og læger.

2.3.2. Vedligeholdelse af viden og færdigheder

Generelt mangler der evidensbaseret viden om, hvordan og hvor ofte undervisningen optimalt set bør tilrettelægges (Bhanji et al. 2015, Greif et al. 2015). Der er konsensus om, at genopfrisknings-træning er uundgåeligt nødvendig for at opretholde viden og færdigheder, men den optimale frekvens er stadig uklar (Ibid.). De fleste studier peger på, at viden om og færdigheder i genoplivning forfalder inden for tre måneder til et år (Charalampopoulos et al. 2016, Yang et al. 2012, Smith, Gilcreast & Pierce 2008, Nyman, Sihvonen 2000, Bukiran et al. 2014). Vedligeholdelsesintervaller på et til to år anses ikke som tilstrækkelige for at bibeholde færdigheder (Hazinski et al. 2015), da disse forfalder hurtigere end viden (Yang et al. 2012). ERC anbefaler hyppigere træning af kortere varighed (high frequency, low dose) med henblik på at undgå degradering af færdigheder (Hazinski et al. 2015). Et nyt studie viser, at procedurer lært på denne måde kan resultere i bedre fastholdelse af færdigheder sammenlignet med traditionel træning over en til to dage (Patocka et al. 2015).

På denne baggrund ses, at kursernes vedligeholdelsesintervaller på AUH ikke følger den eksisterende evidens og anbefalinger, hvilket må anses som et problem, jf. konsekvenserne ved manglende deltagelse. Gennem ovenstående tydeliggøres det, at sundhedspersonalet som minimum bør vedligeholde deres genoplivningskompetencer på de fastlagte obligatoriske kurser.

2.3.3. Deskriptiv dataanalyse af lægernes deltagelse i genoplivningskurser

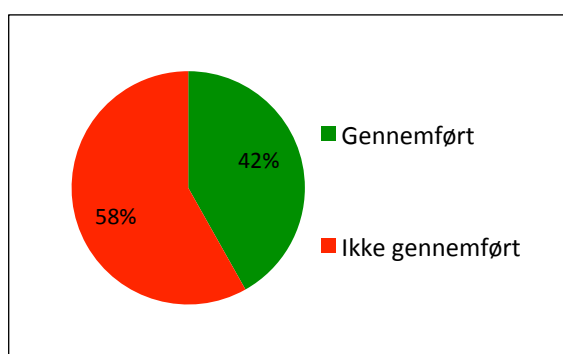
I det følgende undersøges den konkrete problematik omkring lægernes deltagelse på AUH's genoplivningskurser. Dette gøres på baggrund af en deskriptiv dataanalyse af lægernes kursusregistreringer på AUH, som er udarbejdet i forbindelse med dette speciale. En nærmere beskrivelse af dataudtræk, datasæt og analyseproces kan ses i Bilag 3. Formålet med analysen er at dokumentere og illustrere problemets omfang samt pege på mulige sammenhænge, der kan udforskes i den videre kvalitative problembearbejdning. Derudover ønskes det på baggrund af analysen at kvalificere udvælgelsen af informanter til specialets interviewundersøgelse.

Da der er tale om en rent deskriptiv analyse på baggrund af tværsnitsdata, kan analysen ikke sige noget om årsagssammenhænge, og resultaterne skal derfor udelukkende ses som deskriptive. Der kan være risiko for confounding i analysen, og en erkendt bias er, at nogle af reservelægerne i deres akutuge er på et genoplivningskursus, der accepteres som kompetencegivende på AUH, men som ikke registreres i databasen som de øvrige kurser. Selve dataudtrækket er valideret i samarbejde

med AUH's hjertestopkoordinator i form af stikprøvekontroller på enkelte afdelinger, hvor gennemførselsprocenten er sammenholdt med analysens resultater.

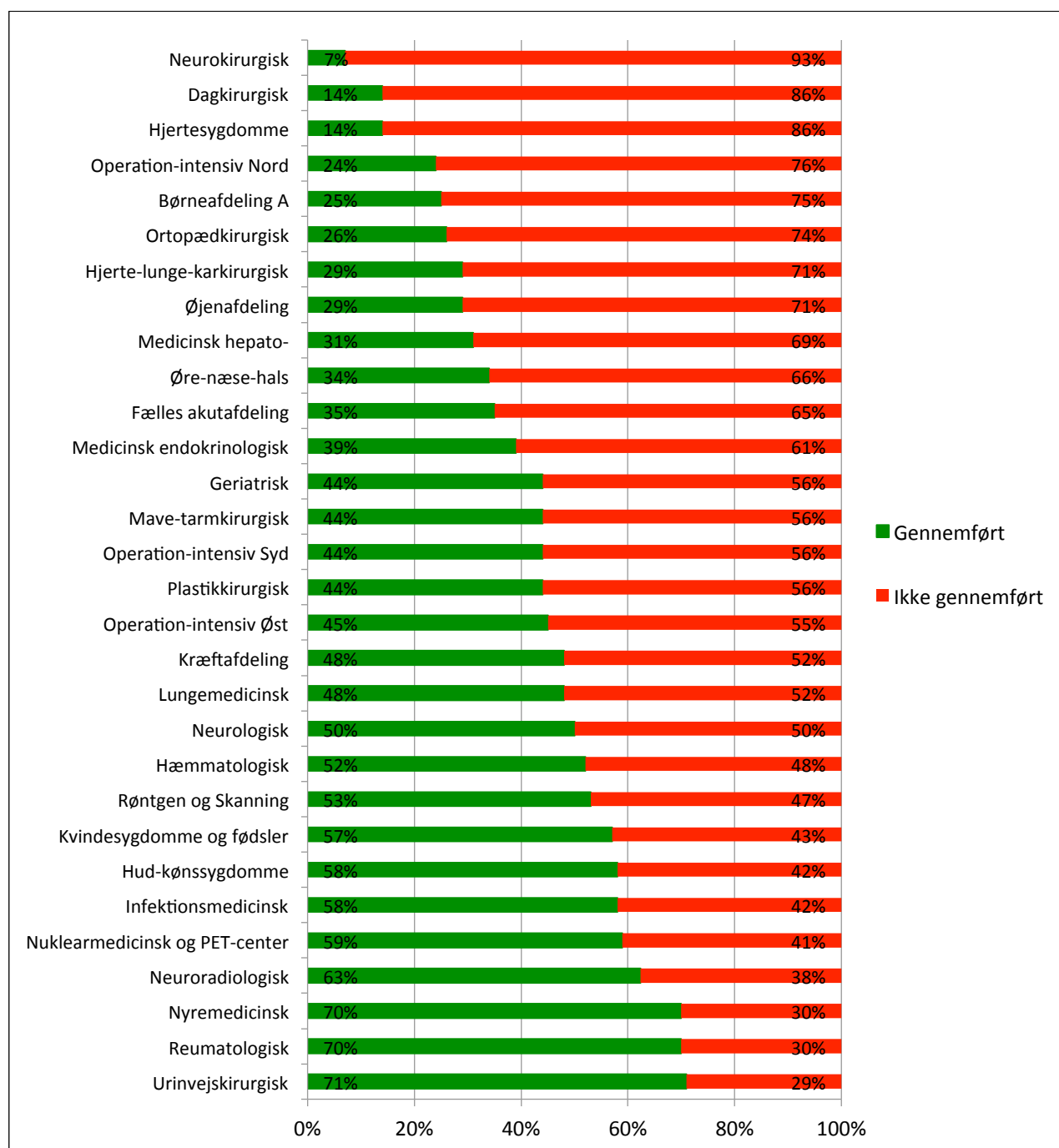
Analysen er baseret på data om 1348 læger på AUH, der alle skal på niveau 2 eller 3 genoplivningskursus hvert 2. år. På baggrund af analysen ses, at kun 42 % af lægerne har været på kursus inden for de sidste to år, hvilket er afbildet i Figur 2. Jf. ovenstående afsnit er dette et stort problem, da både viden og færdigheder i genoplivning forfalder inden for kortere tid. Lægernes lave deltagelsesprocent på kurserne udgør derfor en potentiel risiko for patientsikkerheden på AUH.

Figur 2: Lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH.



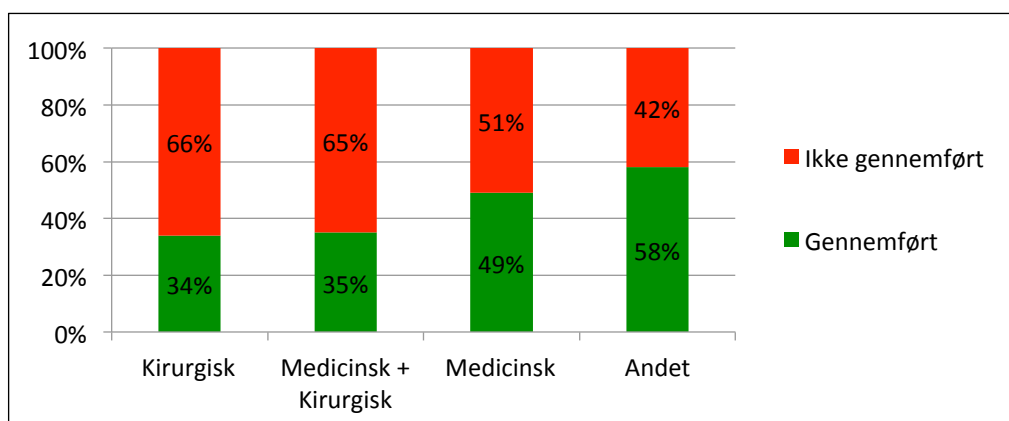
Analysen af de enkelte afdelinger på AUH viser, at lægernes deltagelse fordeler sig mellem 7 % og 71 % for de afdelinger med henholdsvis den laveste og højeste deltagelsesprocent, hvilket kan ses i nedenstående Figur 3. Dette illustrerer en stor forskel mellem afdelingerne og indikerer, at afdelingerne har forskellige måder at anskue og håndtere lægernes deltagelse i kurserne. Nogle af afdelingerne med lavest deltagelse er hjerte- og operationsafdelinger, hvilket er bemærkelsesværdigt, da kardiologer netop er specialiserede inden for hjerteområdet, og da anæstesilægerne på AUH varetager funktionen som hjertestophold, når der kaldes hjertestop på hospitalet (Højbjerg 2016b).

Figur 3: Lægernes deltagelse i genoplivningskurser, fordelt på afdelinger.



For at undersøge om der kan være en sammenhæng mellem afdelingernes deltagelsesprocent, i forhold til om de er medicinske eller kirurgiske, er alle afdelinger klassificeret i en af fire kategorier; kirurgisk, medicinsk, kirurgisk + medicinsk eller andet. Sidstnævnte dækker over forskellige radiologiske afdelinger. Inddelingen kan ses udspecificeret i Bilag 3.

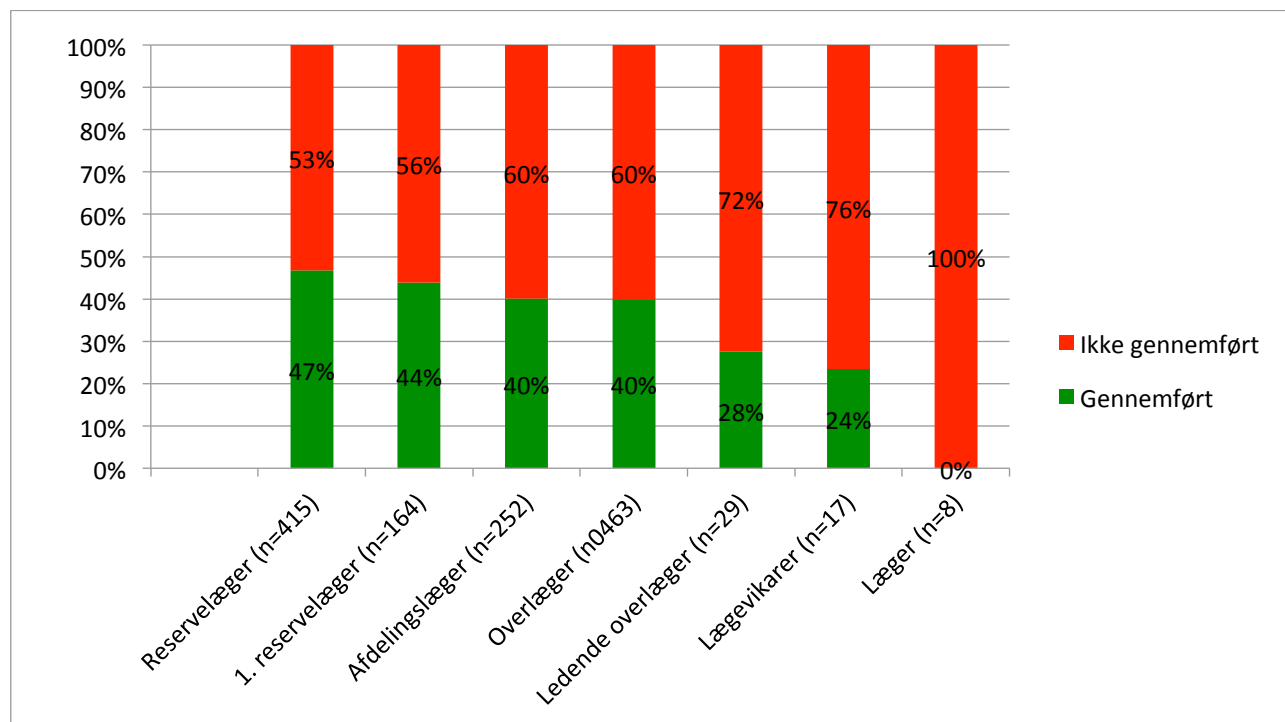
Figur 4: Lægernes deltagelse i genoplivningskurser, fordelt på afdelinger inddelt i kirurgisk og medicinsk.



Som det fremgår af Figur 4, er der forskel på lægernes deltagelsesprocent i de fire kategorier. Ifølge analysen kan det tyde på, at lægerne på de afdelinger, som er helt eller delvist kirurgiske, har lavere deltagelse i genoplivningskurser sammenholdt med medicinske og øvrige afdelinger.

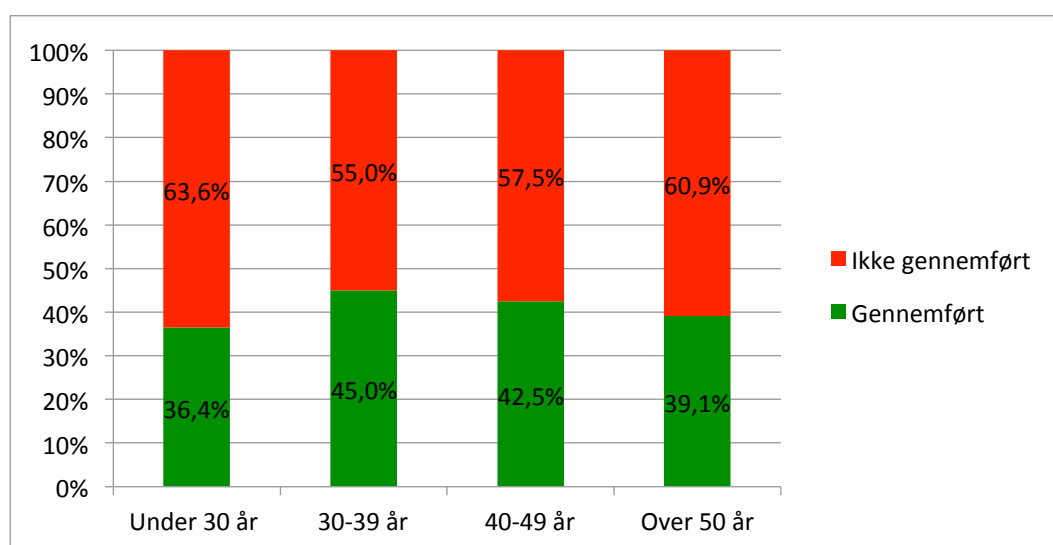
Med henblik på at undersøge om der kan være en sammenhæng mellem lægernes anciennitet og deltagelse i genoplivningskurser, er lægerne inddelt efter stillingsangivelse. Da kategorierne 'lægevikarer' og 'læger' ikke angiver et bestemt anciennitetsniveau, ses der bort fra disse. Som det fremgår af Figur 5 nedenfor, viser analysen en sammenhæng, idet lægernes deltagelsesprocent falder i takt med højere anciennitet. Dette er bemærkelsesværdigt, da det som nævnt er den enkelte afdelingsledelse, altså den ledende overlæge, der har ansvaret for, at lægerne kommer på genoplivningskursus. At de ledende overlæger har den laveste deltagelsesprocent blandt lægerne er problematisk, da dette kan påvirke de øvrige lægers deltagelse (Gundelach, Sandager 1993, s. 167-170).

Figur 5: Lægernes deltagelse i genoplivningskurser, fordelt på stillinger.



For at undersøge en eventuel sammenhæng mellem lægernes alder og deltagelse, er lægerne inddelt i fire aldersgrupper. Som det ses i Figur 6 nedenfor er der ingen umiddelbar sammenhæng. Sammenholdt med Figur 5 kan dette indikere, at det ikke er lægernes alder men derimod deres anciennitet, der kan have betydning for, om de deltager i genoplivningskurserne eller ej.

Figur 6: Lægernes deltagelse i genoplivningskurser, fordelt på aldersgrupper.



2.3.3.1. Opsummering af dataanalysen

På baggrund af ovenstående dataanalyse tydeliggøres det, at lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH er problematisk, idet 58 % af lægerne ikke har været på kursus inden for det påkrævede vedligeholdelsesinterval. Analysen viser store forskelle mellem afdelingerne, herunder forskelle mellem kirurgiske og medicinske afdelinger, og der ses desuden en sammenhæng mellem lægernes anciennitet og deltagelse.

Analysen illustrerer problemets omfang på AUH, og da AUH som nævnt er et af de førende hospitaler i Danmark angående organisering af hjertestopbehandling, kan det antages, at problemet er endnu større nationalt set. Ifølge flere hjertestopkoordinatorer er lægernes lave deltagelse på genoplivningskurser et generelt problem på flere danske hospitaler (Højbjerg 2016b). Dette er med til at tydeliggøre et forandringspotentiale med henblik på at øge lægernes deltagelse.

2.4. Mulige årsager til problemet

I det følgende peges på mulige årsager til, hvorfor nogle læger ikke er på genoplivningskursus, dette med baggrund i både videnskabelig og grå litteratur, ekspertudsagn samt resultaterne af ovenstående dataanalyse.

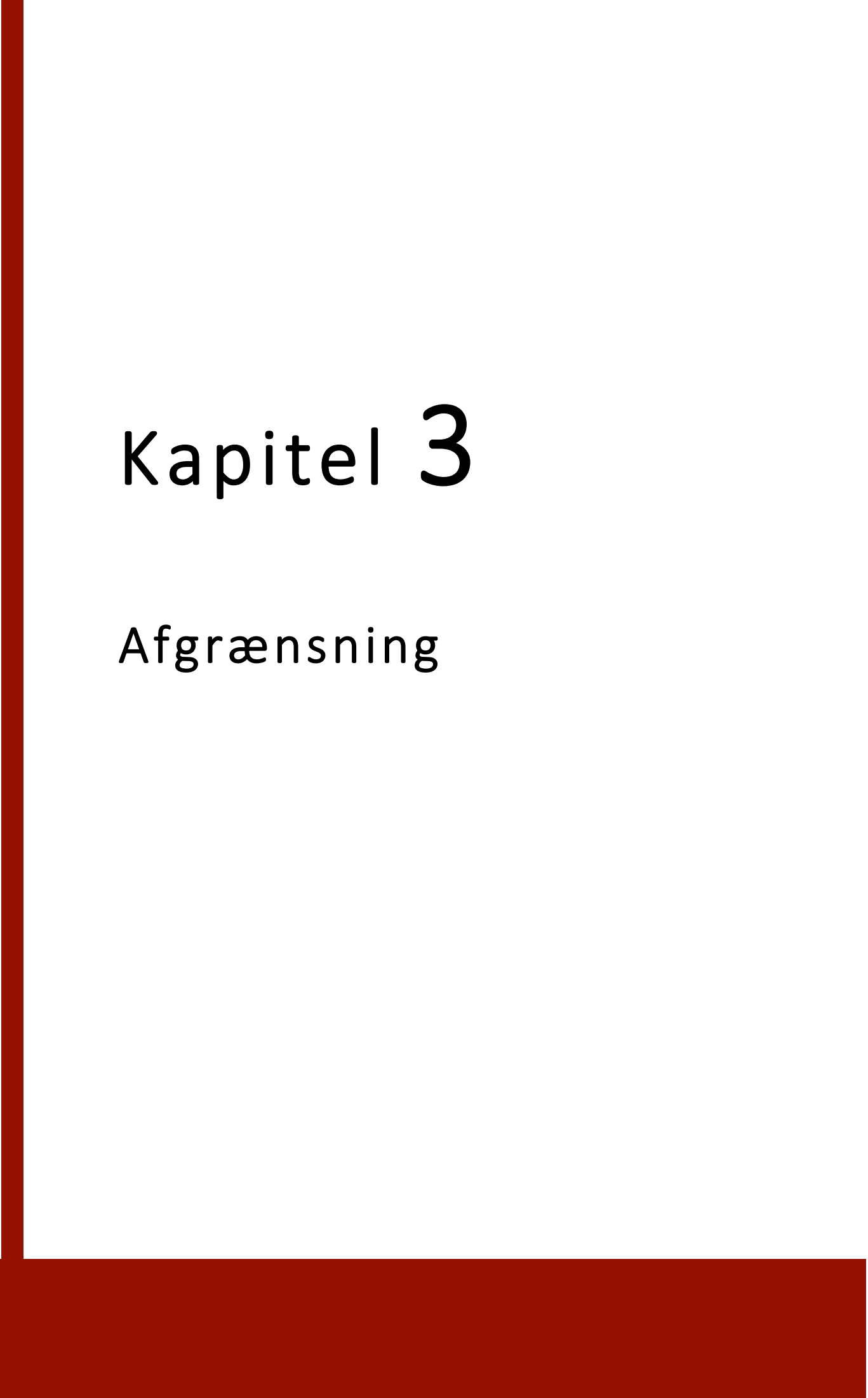
Ifølge ERC kan et øget pres om at retfærdiggøre tid og omkostninger ved træning væk fra det kliniske arbejde være en faktor for deltagelse, og det fordrer derfor en evidensbaseret beslutningstagen for uddannelsespraksis (Hazinski et al. 2015). Herved ses prioritering af økonomi og ressourcer som mulige årsager til problemet, og samtidig fremhæves vigtigheden af evidensbaseret viden som baggrund for prioritering. På AUH oplever hjertestopkoordinatoren og genoplivningsinstruktørerne ligeledes, at de organisatoriske rammer i flere tilfælde har negativ indflydelse på lægernes deltagelse, fx i form af højere prioritering af det kliniske arbejde, manglende fritagelse fra andre opgaver imens eller manglende opbakning fra afdelingsledelsen (Højbjerg 2016b).

En anden mulig årsag er, at nogle læger kan have en holdningsmæssig barriere og manglende motivation for at deltage. Dette indikeres i følgende udtalelse af tidligere formand for Dansk Råd for Genoplivning og speciallæge i anæstesiologi, Freddy Lippert: *”Mange speciallæger reagerer negativt, når de tilbydes undervisning i genoplivning. De mener, det er overflødigt, fordi de tror, de allerede kan det, men når det kommer til stykket, er behovet tydeligt. Lægerne kender ikke de rigtige procedurer, det er et generelt problem”* (Albinus 2004). Denne holdning kan være en faktor for,

hvorfor mange kardiologer og anæstesilæger på AUH ikke deltager på kurserne, som vist i den deskriptive dataanalyse.

I afsnit 2.2.1.3. om faktorer, der påvirker lægers viden og færdigheder, ses en positiv sammenhæng mellem lægers kliniske erfaring, viden og færdigheder, og der fremgår forskelligrettede resultater i forhold til lægers anciennitet, hvorimod den deskriptive dataanalyse viser en sammenhæng mellem anciennitet og deltagelse. På denne baggrund og i forlængelse af ovenstående citat kan det forestilles, at den enkelte læges anciennitet og kliniske erfaring kan påvirke lægens personlige motivation for deltagelse i den ene eller anden retning.

Ovenstående afsnit belyser en række antagelser omkring, hvorfor nogle læger ikke deltager i genoplivningskurser. Disse omfatter både organisatoriske faktorer som ledelsesmæssig indflydelse og prioritering af økonomi og ressourcer samt individuelle faktorer som erfaring, holdninger og motivation. Det tyder således på, at mange forskellige faktorer kan have indflydelse på lægernes deltagelse.



Kapitel 3

Afgrænsning

3. Afgrænsning

Dette speciale tager udgangspunkt i den konkrete problemstilling, at der på AUH er udfordringer med lægernes deltagelse på hospitalets genoplivningskurser, hvilket er tydeliggjort i den deskriptive dataanalyses illustration af problemets omfang. I specialets videre problembearbejdning afgrænses fokus til lægerne, velvidende at øvrige faggrupper som bl.a. sygeplejersker ligeledes har en vigtig rolle både på kurserne og under selve genoplivningen (Jankouskas et al. 2011).

På baggrund af problemanalysen og den videnskabelige litteratur på området fremhæves vigtigheden af lægers deltagelse i kurserne samt mulige konsekvenser ved manglende deltagelse. I dataanalysen samt ovenstående afsnit peges på forskellige antagelser om sammenhænge og mulige årsager til, hvorfor nogle læger ikke deltager i kurserne.

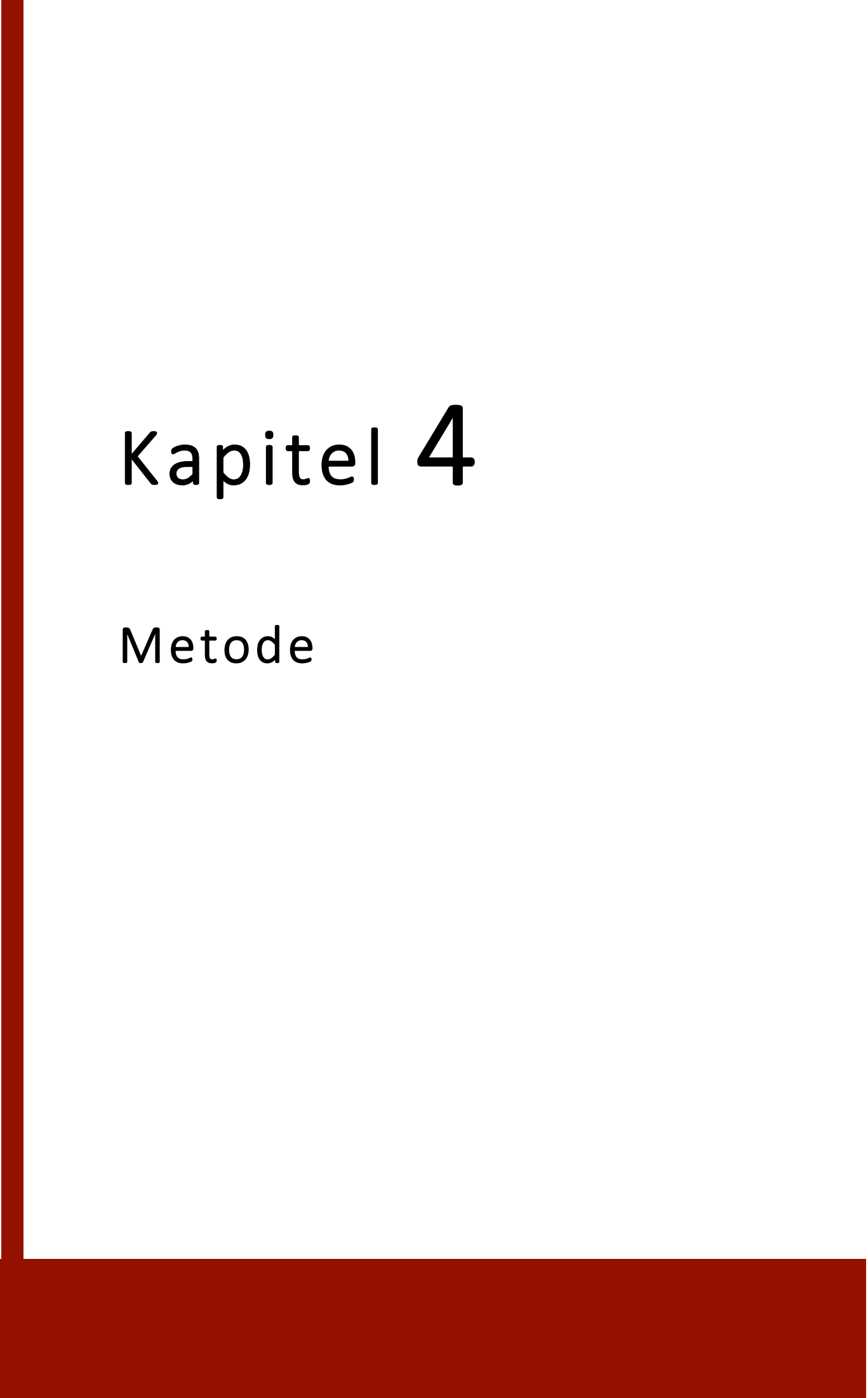
Specialet søger at udfordre disse antagelser ved at undersøge, hvilke faktorer der kan have indflydelse på lægernes deltagelse, dette værende både barrierer og fremmende faktorer. Der afgrænses således ikke til årsagerne til manglende deltagelse, da det også ønskes at undersøge, hvilke faktorer der har positiv betydning for deltagelsen. For at udforske kompleksiteten af dette anvendes en kvalitativ tilgang, som giver mulighed for en mere dybdegående forståelse af problemet (Malterud 2011). Da specialet sigter mod at være anvendelsesorienteret for praksis, vil der på baggrund af den videre problembearbejdning fremsættes konkrete forandringsforslag med henblik på at øge lægernes deltagelse i genoplivningskurser.

3.1. Problemformulering

Hvilke faktorer påvirker lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH, og hvordan er disse med til at fremme eller hæmme deltagelsen?

Hvordan kan undersøgelsens fund bidrage til forandringsforslag med henblik på at øge lægernes deltagelse i kurserne?

Første del af problemformuleringen søges besvaret gennem en kvalitativ interviewundersøgelse, som vil ligge til grund for fremsættelse af forandringsforslag og dermed besvarelse af problemformuleringens anden del.

A thick red vertical line runs down the left side of the page, and a thick red horizontal bar runs across the bottom, forming an L-shape.

Kapitel 4

Metode

4. Metode

I dette kapitel præsenteres specialets metoder. Undersøgelsens overordnede design er kvalitativt, og den anvendte metode er interview. Kapitlet indeholder en redegørelse for den videnskabsteoretiske tilgang og undersøgerens forforståelse, litteratursøgningen samt til sidst den kvalitative interviewundersøgelse og etiske overvejelser i relation hertil.

4.1. Videnskabsteoretisk referenceramme

I det følgende redegøres for den videnskabsteoretiske positionering, som danner baggrund for hele den kvalitative interviewundersøgelse, og dernæst for forforståelsen og dens rolle i undersøgelsen.

4.1.1. Fænomenologisk-hermeneutisk tilgang

Interviewundersøgelsen tager afsæt i den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang, idet der ønskes at opnå en forståelse af det udforskede problemfelt og den intentionalitet, som lægerne handler ud fra, hvilket er kendetegnende for disse to videnskaber (Juul, Pedersen 2012, s. 75, Egholm 2014, s. 90-115). I kvalitativ forskning gøres både brug af beskrivelser og tolkninger, idet enhver beskrivelse er påvirket af tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser (Malterud 2011, s. 44-45).

I henhold til specialets problemformulering anses fænomenologien som central for at beskrive lægernes oplevelse af genoplivningskurserne og de faktorer, der påvirker deres intentioner og handlinger, da fænomenologien tager afsæt i den menneskelige erkendelse af fænomener (Egholm 2014, s. 105). En grundtanke i fænomenologien er den fænomenologiske reduktion, hvormed hensigten er at forholde sig åben for at muliggøre en præcis beskrivelse af et fænomen, sådan som det præsenterer sig for bevidstheden (Norlyk, Martinsen 2008, Zahavi 2007). Med en fænomenologisk tilgang søges det derved 'at komme til sagen selv' ved at lade fænomenerne tale for sig selv (Ibid.).

Ifølge den franske filosof Paul Ricoeur må den fænomenologiske beskrivelse suppleres med en hermeneutisk tolkning for at forstå menneskets handlingsliv på en mere fyldestgørende måde (Ricoeur, Hermansen & Rendtorff 2002, s. 14). Fortolkningens rolle er at få den skjulte mening frem i teksten og med udgangspunkt i forskerens forforståelse at få adgang til en dybere fortolkning og forståelse (Egholm 2014, s. 91). Dette opnås gennem en konstant vekselvirkning mellem forforståelse og ny forståelse, kaldt den hermeneutiske cirkel, som er med til at sikre en kvalificering af fortolkningen (Egholm 2014, s. 101-103, Højbjerg 2013, s. 292-294). Ifølge Ricoeur gør fortolkningen det muligt at erkende større sammenhænge, der kan forklare menneskets eksistens og handlinger,

hvorved der sker en almengørelse af den enkelte teksts mening til en mere almen mening med universel betydning (Ricoeur, Hermansen & Rendtorff 2002, s. 18). Den hermeneutiske tilgang anses derfor som essentiel for specialets analyse og fortolkning, da det på baggrund af den fænomenologiske beskrivelse af lægernes oplevelser og erfaringer ønskes at opnå en dybere forståelse, som kan bidrage til nogle mere almengjorte forandringsforslag.

4.1.2. Forforståelse

Fænomenologien og hermeneutikken gør op med den naturvidenskabelige dualisme, som skaber distance mellem det undersøgte fænomen og forskeren, og de tager afsæt i, at videnskab aldrig er værdifri, idet der altid vil være en erkendelse og fortolkning til stede (Egholm 2014, s. 90-115). Derfor er det vigtigt gennem hele forskningsprocessen at redegøre eksplicit for forskerens rolle og tolkning med henblik på at skabe transparens og mulighed for at vurdere undersøgelsens gyldighed samt sikre en åben tilgang i forståelse og fortolkning af empirien (Malterud 2011, s. 38-40). På denne baggrund redegøres følgende for undersøgerens forforståelse og dens betydning. Ifølge Malterud består forforståelse af erfaringer, hypoteser, fagligt perspektiv og teoretisk referenceramme, og forforståelsen påvirker alle dele af forskningsprocessen (Malterud 2011, s. 37-45).

Undersøgerens forforståelse er initialt præget gennem en sygeplejefaglig baggrund og et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv. Den sundhedsfaglige viden og indsigt i problemfeltet ses som en fordel både i litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen, hvor et godt kendskab til emnet og fagsproget såvel som informanternes kontekst kan medvirke til at skabe en vis fortrolighed og symmetri i interviewrelationen (Kvale, Brinkmann 2009, s. 128, 167). Den sygeplejefaglige baggrund er også med til at præge fordommene omkring læger som faggruppe, hvilket dog er forsøgt minimeret ved på fænomenologisk vis at sætte forforståelsen i parentes og søge en åbenhed over for lægerne i interviewsituationen (Ibid., s. 265).

Den faglige og teoretiske indgangsvinkel til problembearbejdningen er yderligere påvirket af den forudgående problemanalyse, som har bidraget til ny erkendelse og forståelse af problemet, jf. den hermeneutiske cirkel. Derudover er forforståelsen påvirket gennem observationer ved genoplivningskurser på AUH og uformelle samtaler med AUH's hjertestopkoordinator og genoplivningsinstruktører. Dette har i specialets opstartsfase givet en god indføring i feltet og større forståelse af problemet samt været med til at skabe nogle formodninger om, hvad der kan ligge til grund for problemet.

4.2. Litteratursøgning

Følgende præsenteres de metodiske valg og argumenter for specialets litteratursøgning, som udgøres af en indledende baggrundssøgning og systematisk litteratursøgning suppleret af kædesøgning.

4.2.1. Baggrundssøgning

Indledningsvist er udført en række ustrukturerede fritekstsøgninger med henblik på at skabe et videnskæssigt fundament for specialet samt specificere problemstillingen (Stenbæk, Jensen 2007). Disse er foretaget i PubMed, Sundhedsstyrelsen.dk, på regionernes hjemmesider, Bibliotek.dk, Google Scholar og Google.dk og har ledt til såvel videnskabelige artikler og grå litteratur. Gennem søgningen er identificeret centrale begreber og søgetermer til brug i den systematiske søgning.

4.2.2. Systematisk litteratursøgning

I specialets indledende fase er foretaget to systematiske litteratursøgninger med formålet at afdække eksisterende viden inden for specifikke dele af problemfeltet som led i problemanalysen.

Søgning 1 tog udgangspunkt i det fokuserede søgespørgsmål: *Hvordan er lægers viden og færdigheder i forhold til genoplivning?* Søgning 2 tog udgangspunkt i det fokuserede søgespørgsmål: *Hvilken betydning har det tværprofessionelle teams samarbejde for genoplivningen?* De to søgninger er med deres belysning og dokumentation af problemet omkring lægers manglende deltagelse i genoplivningskurser med til at danne argumentationsgrundlag for specialets empiridannelse.

Begge søgninger er udført på baggrund af en struktureret søgeprotokol, som har til formål at skabe overblik og transparens samt dokumentere de enkelte elementer i søgeprocessen (Stenbæk, Jensen 2007, Buus et al. 2008). I det følgende redegøres for litteratursøgningens rolle i specialet og for de centrale elementer i søgningen. En mere detaljeret beskrivelse af søgeprocessen kan ses i søgeprotokollen, Bilag 1.

4.2.2.1. Søgestrategi

Følgende gives en fælles opridsning af søgestrategien for de to systematiske søgninger. En uddybning af disse forefindes i Bilag 1. Begge søgninger er inspireret af den kvalitative PICO-model (phbibliotek.dk 2016) og opbygget som bloksøgninger med anvendelse af boolske operatorer (Stenbæk, Jensen 2007). Bloksøgning er velegnet til databasesøgning, idet de forskellige søgefacetter er inddelt i blokke, som kan udvides, indsnævres og tilpasses de enkelte databaser (Buus et al. 2008). Nedenstående ses de anvendte PICO-modeller i tabel 1 og 2, som danner udgangspunkt for de to søgninger.

Tabel 1: PICO-model over søgning 1.

		Læger	Viden og færdigheder	Genoplivning på hospital	
		AND			NOT
PubMed Limit: 10 år 302 hits	O R	MeSH-term: Physicians Physician's Role Medical staff, hospital	MeSH-term: Clinical competence Health knowledge, attitudes, practice	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation Advanced cardiac life support Heart arrest	MeSH-term: Out-of-hospital cardiac arrest
Cochrane 4 hits		MeSH-term: Physicians + Physician's Role Medical staff, hospital +	MeSH-term: Clinical competence + Health knowledge, attitudes, practice +	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation + Heart arrest	

Tabel 2: PICO-model over søgning 2.

		Samarbejde	Genoplivning på hospital
		AND	
PubMed 700 hits	O R	MeSH-term: Interprofessional relations Leadership Fritekst: ”Crew Resource Management” (ti/ab) Team*(ti/ab)	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation
Cochrane 85 hits		MeSH-term: Interprofessional relations Leadership Communication Fritekst: Team*(ti/ab)	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation
Cinahl 254 hits		Cinahl heading: Interprofessional relations + Leadership Collaboration Teamwork Communication skills Communication skills training Multidisciplinary care team	Cinahl heading: Resuscitation, cardiopulmonary +

Søgningerne er foretaget i databaserne PubMed og Cochrane, og søgning 2 er yderligere foretaget i Cinahl. Der er fortrinsvist anvendt kontrollerede emneord, tesaurusterner, som bidrager til at identificere relevante studier og præcisere søgningen (Buus et al. 2008). Derudover er anvendt enkelte fritekstord, hvor der ikke har været en passende tesaurustern. De enkelte søgefacter er udvidet ved at kombinere søgeord med den boolske operator OR og trukkere relevante fritekstord. Derefter er søgningen indsnævret ved at kombinere søgefacterne med AND (Ibid.). I søgning 1 er desuden indsnævret vha. limit 10 år og den boolske operator NOT.

Gennem søgeprocessen er bloksøgningernes fund løbende brugt som udgangspunkt for kædesøgning. Denne søgestrategi er udmøntet ved søgning i referencelister, citationssøgning, søgning i relaterede artikler samt ved at inddrage relevante funds tesaurusterner i bloksøgningen (Buus et al. 2008).

4.2.2.2. *Udvælgelse af litteratur*

For hver søgning er defineret en række inklusions- og eksklusionskriterier, som er anvendt ved gennemgang og udvælgelse af artikler for at sikre deres relevans for problemstillingen. Disse kriterier kan ses i Bilag 1. Artiklerne er udvalgt og vurderet på baggrund af evidensstypologien, som tager afsæt i artiklernes relevans og anvendelighed i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmålet, og som dermed adskiller sig fra evidenshierarkiet (Rieper, Hansen 2007, s. 78-82).

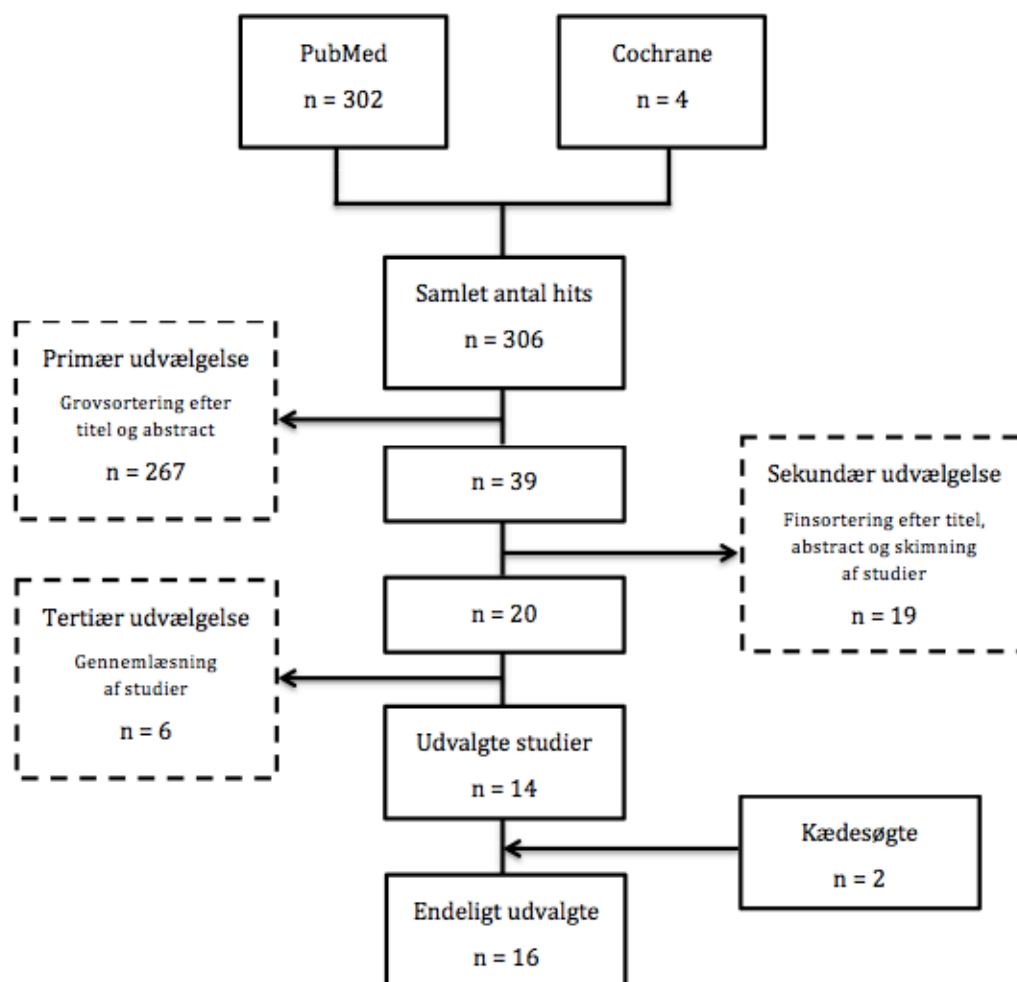
Udvælgelsesprocessen består af tre faser: *Primær udvælgelse* hvor artiklerne grovsorteres ud fra titel og abstract. *Sekundær udvælgelse* hvor artiklerne finsorteres, enkelte skimmes, og dubletter frasorteres. *Tertiær udvælgelse* med gennemlæsning af artiklerne.

På de følgende sider præsenteres udvælgelsesproces og resultater for de to søgninger.

Resultater af søgning 1

Søgning 1 resulterede i 306 samlede hits i de to databaser. Gennem de tre udvælgelsesfaser blev 14 studier udvalgt, og yderligere to studier blev inddraget på baggrund af kædesøgning. Udvalgelsesprocessen ses illustreret i nedenstående flowdiagram.

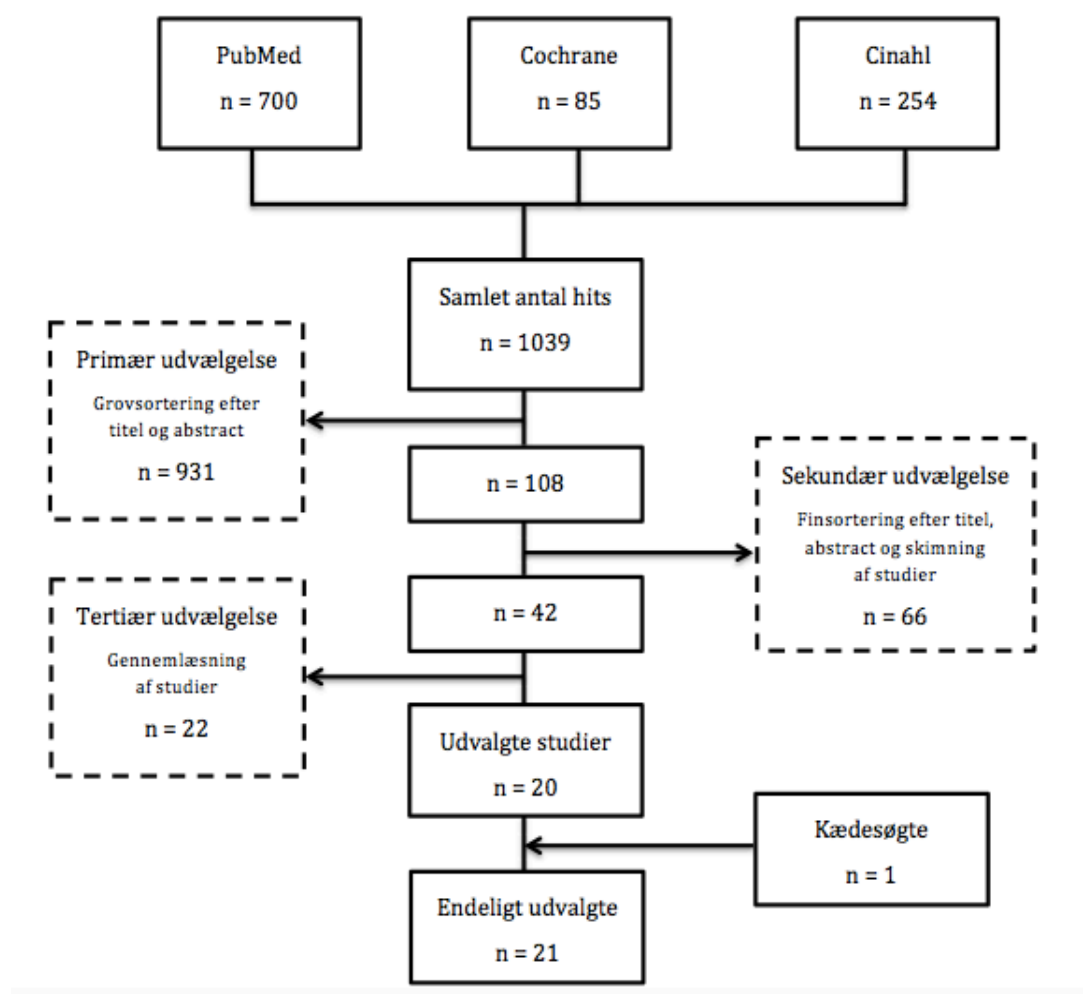
Figur 7: Flowdiagram over udvælgelse af litteratur for søgning 1.



Resultater af søgning 2

Søgning 2 resulterede i 1039 samlede hits fra de tre databaser. Heraf blev 20 studier udvalgt gennem de tre faser. Ved kædesøgning blev tilføjet en bog: ”*Crisis Management in Acute Care Settings*”, som blev inkluderet på baggrund af dens relevans i forhold til teamwork, kommunikation og lederskab i forbindelse med akutte situationer. Udvælgelsesprocessen ses illustreret i nedenstående flowdiagram.

Figur 8: Flowdiagram over udvælgelse af litteratur for søgning 2.



4.3. Interviewundersøgelse

Specialets interviewundersøgelse er bygget op på baggrund af syv faser, som ifølge Steiner Kvale & Svend Brinkmann er med til at sikre en systematisk planlægning og velovervejede metodevalg gennem undersøgelsen (Kvale, Brinkmann 2009, s. 119-123). I det følgende gennemgås interviewundersøgelsens første fem faser; tematisering, design, interview, transskription og analyse, og der redegøres for overvejelser og valg i processen.

4.3.1. Tematisering

I første fase afklares undersøgelsens *hvad* og *hvorfor*, og der formuleres et formål samt nogle forskningsspørgsmål (Kvale, Brinkmann 2009, s. 122-129). Interviewundersøgelsen tager udgangspunkt i viden opnået gennem den forudgående problemanalyse og undersøgerens forforståelse, hvilket giver et hermeneutisk islæt. Foruden den videnskabsteoretiske tilgang er der bevidst ikke valgt en teoretisk ramme for undersøgelsen, da der ønskes en mere datastyret tilgang med åbenhed over for informanternes udsagn, hvilket illustrerer undersøgelsens fænomenologiske perspektiv. Formålet med undersøgelsen er at besvare problemformuleringen, og til udforskning af dette er udformet en række forskningsspørgsmål, som fremgår af de to interviewguides i Bilag 4.

4.3.2. Design

Undersøgelsens overordnede design er som nævnt kvalitativt. Denne anden fase omfatter undersøgelsens *hvordan* og er vigtig for at danne et overblik over hele interviewprocessen og derudfra planlægge og designe de enkelte faser mest hensigtsmæssigt, idet de er indbyrdes afhængige (Kvale, Brinkmann 2009, s. 129-137).

Undersøgelsen udgøres af 7 semistrukturerede enkeltinterviews á ca. 25-30 minutter med læger fra AUH. Den semistrukturerede interviewform er valgt for at kunne indhente beskrivelser af en række på forhånd udvalgte temaer til afdækning af forskningsspørgsmålene, hvorved forforståelsen træder i kraft, jf. den hermeneutiske tilgang. Samtidig giver den åbenhed i samtalen og mulighed for at ændre rækkefølge og formulering af spørgsmål samt forfølge specifikke svar (Kvale, Brinkmann 2009, s. 143-144), hvilket lægger sig op ad den fænomenologiske tilgang. Af moralske hensyn og ud fra et ønske om mere åbenhed i samtalerne er valgt at lave enkeltinterviews frem for fokusgruppeinterviews, idet emnet kan være følsomt.

4.3.2.1. Informanter

Der er interviewet seks informanter i forbindelse med undersøgelsen. Antallet er valgt ud fra en vægtning af, at der skal være nok til at give et nuanceret billede af problemstillingen, men er samtidig begrænset ud fra et tidsmæssigt hensyn til den efterfølgende dybdeanalyse af interviewene (Kvale, Brinkmann 2009, s. 133-134). Informanterne er rekrutteret via forskellige kontakter på AUH, dette gennem personlig henvendelse eller forespørgsel pr. mail. Interviewer har efterfølgende fulgt op på kontakten. En enkelt informant er rekrutteret spontant ved personlig henvendelse på afdelingen i forbindelse med et andet interview.

Informanterne repræsenterer forskellige grupper af læger, som ifølge den deskriptive dataanalyse kan have forskellige holdninger til og perspektiver på undersøgelsens problemstilling. Informanterne udgør læger og ledende overlæger fra afdelinger med både høj og lav deltagelsesprocent i genoplivningskurserne. Det er så vidt muligt forsøgt at interviewe to læger fra hver afdeling, henholdsvis den ledende overlæge og en læge fra afdelingen, dette for både at få det ledelsesmæssige og afdelingsmæssige perspektiv. Informant A og B tilhører således samme afdeling.

Nedenstående Tabel 3 viser et anonymiseret overblik over informanterne.

Tabel 3: Overblik over informanter.

Informant	Afdeling	Stilling	Afdelingens deltagelsesprocent på kurserne
A	Medicinsk	Ledende overlæge	Blandt de højeste
B	Medicinsk	Overlæge	Blandt de højeste
C	Akut	Uddannelseslæge	Blandt de midterste
D	Intensiv	Overlæge	Blandt de midterste
E	Kirurgisk	Ledende overlæge	Blandt de laveste
F	Operation	Afdelingslæge (anæstesilæge)	Blandt de laveste

4.3.3. Udførelse af interviews

I det følgende redegøres for selve udførelsen af interviews, herunder forberedelser som iscenesættelse af interviewene og udarbejdelse af interviewguides (Kvale, Brinkmann 2009, s. 143). Interviewene er alle foretaget af undersøgeren selv.

4.3.3.1. *Iscenesættelse*

Interviewets iscenesættelse skal anspore informanterne til at beskrive deres oplevelser og synspunkter og tale frit, hvorfor både en introduktion og især de første par minutter af interviewet er afgørende (Kvale, Brinkmann 2009, s. 148-149). Alle interviews er planlagt ud fra informantens ønske om tid og sted, dette for at imødekomme deres arbejdsplan og mulighed for at stille op til interview. Fire interviews har fundet sted på informantens afdeling eller kontor i forbindelse med arbejde, mens to er foregået som telefoninterviews uden for arbejdstiden. Hvert interview er indledt med en kort introduktion til specialet og formålet med interviewet. Interviewene er afsluttet med et åbent spørgsmål om, hvorvidt informanten har flere afsluttende kommentarer, hvorefter samtalen er afrundet.

4.3.3.2. *Interviewguides og spørgsmål*

Til interviewene er udformet to interviewguides, henholdsvis en til de ledende overlæger og en til de øvrige læger, se Bilag 4. De består begge af en række overordnede temaer, nogle tematiske forskningsspørgsmål, der er relateret til interviewets "hvad" (Kvale, Brinkmann 2009, s. 151-154), og nogle mere dynamiske interviewspørgsmål, som vedrører interviewets "hvordan" og er med til at fremme et samspil i samtalen og opfordre informanterne til at tale frit (Ibid.). De to guides indeholder mange af de samme temaer og forskningsspørgsmål men er differentierede i måden at spørge på for at målrette spørgsmålene til informanten, fx i forhold til den enkelte læges ansvar. Ligeledes er der differentieret i vægtningen af de personlige holdnings- og erfaringsmæssige spørgsmål og de organisatoriske og ledelsesmæssige spørgsmål. Interviewguiden er fulgt i mere eller mindre grad afhængig af den enkelte samtale og informant. De to guides er rettet til mellem interviewene med henblik på at inddrage ny forståelse og spørge ind til yderligere relevante emner, jf. den hermeneutiske tilgang. Dette er i overensstemmelse med en eksplorativ undersøgelses formål, nemlig at afdekke nye dimensioner ved forskningsområdet (Ibid., s. 132). Eksempelvis viser det sig i det første interview, at kursets relevans og formål er fremtrædende faktorer, og der er således tilføjet to spørgsmål til dette, som er inddraget i de følgende interviews.

I alle interviews er benyttet forskellige typer af interviewspørgsmål, bl.a. indledende, opfølgende, sonderende, direkte og afklarende spørgsmål (Kvale, Brinkmann 2009, s. 155-157). "Ja" og "mmm" er brugt som anerkendende ord, der ansporer til at fortsætte, og tavshed er brugt for at give informanterne tid til at reflektere og selv fortsætte samtalen i deres retning (Ibid.). Da der er tale om en form for eliteinterviews (Ibid., s. 167), hvor især de ledende overlæger besidder en magtfuld stilling,

influerer dette også på interviewspørgsmålene og relationen i samtalen. Interviewene med de ledende overlæger indeholder i nogen grad konfrontationer omkring lægernes manglende deltagelse på kurserne og deres ansvar som leder, hvilket kan føre til nye indsigter (Ibid.). Dette er dog gjort ud fra et ønske om kun at provokere til grænsen og bibeholde en nysgerrig og fordomsfri åbenhed i samtalen samt forblive neutral som interviewer, da det ikke har været målet eller hensigten at skabe et aktivt konfronterende interview (Ibid., s. 179-181).

4.3.4. Transskription

Ifølge Kvale og Brinkmann er transskription en fortolkningsproces, hvor den mundtlige interview-samtale oversættes til skriftsprog, hvilket kræver en række vurderinger og beslutninger. Der er således tale om en hermeneutisk fortolkningsproces, hvor der gennem både lydoptagelsen og transskriptionen sker en abstraktion fra det oprindelige interview (Kvale, Brinkmann 2009, s. 199-200).

Alle interviewene er optaget for at give intervieweren mulighed for at koncentrere sig om selve samtalen og mulighed for efterfølgende transskription (Kvale, Brinkmann 2009, s. 201-206). Transskriptionen er foretaget på baggrund af nogle transskriptionskonventioner, se Bilag 5, som sikrer en ensartet transskription (Ibid.). Alle transskriptioner er foretaget af undersøgeren for at indlede fortolkningen og meningsanalysen allerede i denne fase (Ibid.). Der er valgt en detaljeret og ordret transskriptionsform med angivelse af eksempelvis pauser og følelsesudtryk som latter for at sikre en høj loyalitet over for det oprindelige interview i den efterfølgende analyse og fortolkning. Transskriptionerne udgør samlet 56 siders tekst, en side svarende til 2400 tegn.

4.3.5. Analyse

I analysen af interviewene er valgt en overvejende eksplorativ tilgang, hvor formålet er at forfølge de forskellige interessante aspekter af de enkelte interviews og lade disse være grundlag for en dybdegående fortolkningsanalyse (Kvale, Brinkmann 2009, s. 214). Analysen lægger sig således både op ad den fænomenologiske tilgang, hvor informanternes oplevelser og holdninger er det centrale udgangspunkt, og den hermeneutiske tilgang, hvor fortolkningen har en vigtig rolle.

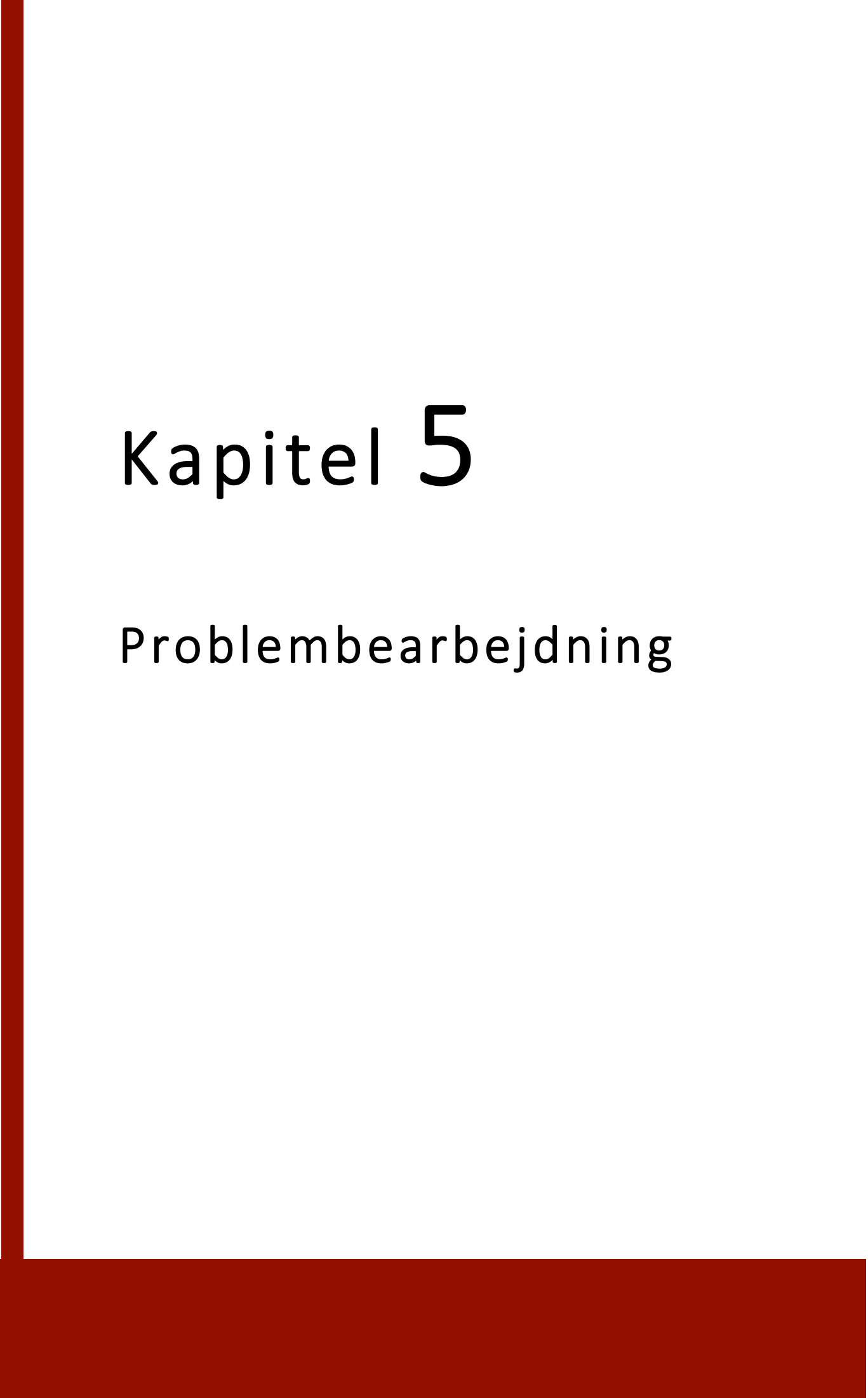
Analyse- og fortolkningsprocessen er inspireret af Ricoeurs tænkning (Ricoeur 1979, s. 193-214) og bygget op i tre niveauer: Naiv læsning, strukturanalyse og kritisk fortolkning. De tre niveauer repræsenterer ifølge Ricoeur en bevægelse fra forståelse til forklaring og derfra til en dybere forståelse (Ibid., s. 197). *Den naive læsning* er en første gennemlæsning af interviewteksterne og har til formål at danne et umiddelbart indtryk, en naiv forståelse af tekstens mening som helhed (Ibid.).

Strukturanalysen søger at forklare tekstens mening og har således en formidlende rolle mellem de to forståelsesniveauer (Ibid., s. 214). Ifølge Ricoeur er det at forstå en tekst at følge dens bevægelse fra betydning til reference; fra hvad den siger, til hvad den taler om (Ibid.). I strukturanalysen udledes derfor meningsenheder fra interviewteksterne (hvad der siges), hvorefter de søges forklaret gennem betydningsenheder (hvad der tales om), som til sidst uddrages i temaer. *Den kritiske fortolkning* har til formål at skabe en sofistikeret form for forståelse, som er understøttet af strukturanalysens forklarende procedurer, hvorved der tilegnes en dybdefortolkning af teksten (Ibid., s. 197, 213-214). Dette gøres ved at analysere og diskutere de fremfundne temaer fra strukturanalysen gennem inddragelse af interviewcitater, teorier og relevant forskning for på den måde at åbne op for en dybere forståelse af empirien.

4.3.6. Ethiske overvejelser

I det følgende redegøres for de etiske overvejelser i forbindelse med den kvalitative interviewundersøgelse, som er præget af etiske spørgsmål i alle faser (Kvale, Brinkmann 2009, s. 79-82). I tråd med god forskningsetik er der i undersøgelsen lagt vægt på informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser samt forskerens rolle (Ibid., s. 86-95). Alle lægerne har forud for interviewet givet informeret samtykke til at deltage i undersøgelsen, og til at interviewet er blevet optaget, samt at de til enhver tid kan trække deres samtykke tilbage. De er desuden informeret om fuld anonymitet for både dem og deres afdeling, hvilket er sikret gennem hele interviewprocessen og i den endelige rapportering. Undersøgelsen har ingen direkte konsekvenser for de enkelte informanter, og i det tilfælde hvor der er interviewet både en læge og den ledende overlæge fra samme afdeling, er disse ikke informeret om hinandens deltagelse for ikke at risikere eventuelle arbejdsmæssige konsekvenser eller konflikter mellem de to.

Forskerens rolle i undersøgelsen er vigtig at synliggøre, også ud fra et etisk perspektiv, herunder bl.a. forskerens uafhængighed og neutralitet (Kvale, Brinkmann 2009, s. 93-94). Dette er gjort gennem eksplicitering af forskerens forforståelse og ved at differentiere tydeligt mellem beskrivelse og tolkning. Da undersøgelsen er initieret på baggrund af et samarbejde med AUH's hjertestopkoordinator, har der været særlig opmærksomhed på, at undersøgelsen skal være så neutral som muligt for på den måde at være loyal over for resultaterne og sikre validitet i præsentationen heraf.



Kapitel 5

Problembearbeitung

5. Problembearbejdning

I dette kapitel bearbejdes problemstillingen og undersøgelsens empiri gennem den Ricoeur-inspirerede analyse- og fortolkningsproces, hvorigennem specialets fund præsenteres. Fundene har til hensigt at besvare problemformuleringens første del og præsenteres i henhold til de tre analyse-niveauer, som beskrevet i afsnit 4.3.5. En opsummering af problembearbejdningen kan ses til sidst i kapitlet. På baggrund af fundene er udarbejdet en række konkrete forandringsforslag, som udgør besvarelse af problemformuleringens anden del og præsenteres i det følgende kapitel.

5.1. Naiv læsning

Hvad der umiddelbart træder frem af interviewene er, at der blandt lægerne er en overordnet positiv indstilling til genoplivningskurserne. De læger, der har været på kurset, kommer alle med positive tilbagemeldinger omkring kursets faglige indhold og udbyttet heraf. Der ses dog at være uenighed om kursets relevans, og der antydes en diskussion om, hvorvidt og i hvilket omfang kurset overhovedet er relevant for alle læger. Generelt mener flere af lægerne, at man bør differentiere og målrette kurset mere i forhold til relevans og behov på de enkelte afdelinger og blandt forskellige grupper af læger. Derudover fremstår lægernes motivation som et vigtigt aspekt i forhold til deres deltagelse. Det er forskelligt, hvad der motiverer den enkelte, men nogle af de nævnte motivationsfaktorer er, at kurset skal give mening i hverdagen, der skal være et klart formål samt et personligt behov for og udbytte ved at deltage.

Ligeledes fremstår prioritering som en væsentlig faktor både i forhold til den enkelte læge og afdelingsledelsen, og den ses i høj grad at være påvirket af de organisatoriske rammer på afdelingen. Ifølge flere af lægerne er det vigtigt, at der på afdelingen skabes rammer, tid og rum til at kunne deltage i kurserne, hvilket bl.a. afhænger af ledelsens prioritering. Modsat kan de organisatoriske rammer også være en barriere for ledelsens og den enkelte læges prioritering, fx i form af høje produktionskrav og tidspres på afdelingen.

Noget andet, der umiddelbart fremstår på tværs af interviewene, er ledelsens betydning for lægernes deltagelse. Lægerne er generelt enige om, at ledelsen har en vigtig rolle både i forhold til de organisatoriske rammer og kulturen på afdelingen. Nogle af lægerne oplever ingen problemer i denne sammenhæng, mens andre savner en mere tydelig udmelding og effektivering fra ledelsen i forhold til krav om at deltage i kurserne. De ledende overlæger i undersøgelsen repræsenterer meget for-

skellige holdninger til genoplivningskurserne og deres egen rolle i forhold til lægernes deltagelse. Ligeledes ses deres syn på systemet og hospitalets øverste ledelse at være forskellig.

Gennem interviewene fremstår mange forskellige holdninger til og oplevelser af, hvilke faktorer der påvirker lægernes deltagelse i genoplivningskurserne, samt forskellige bud på, hvad der skal til, for at flere deltager. Overordnet tegner der sig imidlertid et billede af, at der er behov for både en pisk og en gulerod, som en af informanterne beskriver det, og at det vil kræve en forandring på flere forskellige niveauer i hospitalssystemet.

5.2. Strukturanalyse

Processen med at ekspliciterer meningsenheder, forklare og fortolke disse gennem betydningsenheder og deraf udlede temaer er eksemplificeret i nedenstående Tabel 4. Den samlede strukturanalyse kan ses i Bilag 6.

I strukturanalysen betyder to rektangulære parenteser [], at undersøgeren har tilføjet ord for at bedre forståelsen. Tre punktummer ... er ensbetydende med en kort pause i informantens tale, mens tre punktummer i parentes (...) betyder, at en del af citatet er udeladt, da det er irrelevant for den konkrete sammenhæng. Understregning af ord angiver en form for betoning eller fremhævelse.

Tabel 4: Eksempel på strukturanalyse.

Meningsenheder (hvad lægerne siger)	Betydningsenheder (hvad lægerne taler om)	Temaer + undertemaer
Jeg tror, der skulle være både pisk og guleroden (...) Og så skal der være en motivation, fordi det... fordi vi er sådan lidt... hvad hedder sådan noget... lidt cowboy-agtige, vi kan ikke... anarkistiske. Vi kan ikke lide bare at få pisk, der skal også være motivation. Hvorfor det er... hvorfor man synes, det er nødvendigt at bruge tiden på det. Fordi man kan sige, hvor mange læger er vi, vi er vel 50 læger. Det er mange dage, det er 25 dage, det er en hel måneds arbejdet ik' (...) Så det er... det er da mange dage. Så folk de skal kunne se en mening med det. (D)	Motivationsfaktoren er vigtig sammen med pisk Man skal kunne se en mening med det	Motivation - at kunne se meningen med det
Nu vil jeg lege lidt politiker og sige, hvad tror du et kursus, hvor man ikke føler sig motiveret, hvad tror du, det gør i praksis? Ja. Jeg tror i virkeligheden, det er det, det handler om. Altså hvis du har... hvis du er et sted i et system, hvor du kan se en motivation i at deltage i en	Mener ikke at man vil få noget ud af kurset, hvis man ikke er motiveret	Motivation - kursets relevans

undervisning, i en demonstration af... Jamen så tror jeg ikke, det er noget problem. Så får du også noget ud af det, så får du enten vedligeholdet noget eller får nye oplysninger om noget, som i <u>din</u> hverdag kan være interessant og relevant. Hvis du er et sted i et system, hvor du ikke er motiveret, fordi sandsynligheden for at det sker... Altså jeg vil sige, du kunne lige så godt blive kørt ned ude på hospitalsgaden, som du kunne deltage i et hjertestop på kirurgisk afdeling. Altså, hvis du er seniorlæge... Det vil være ekstremt sjældent, at man overhovedet vil nå dertil. (E)	Motivationen hænger sammen med, om det er relevant i hverdagen	
[Om hvad det kan skyldes, at det ser godt ud på afdelingen]: Jamen det er helt sikkert, at det bliver lagt ind i arbejdsplanen. Altså folk... det kan jo ikke hjælpe, at man beder folk både om at passe et fuldt ambulatorium og så gå til hjertelungeredningskursus. Det hænger jo ikke sammen. Så man er nødt til at skabe de rammer, så det er <u>muligt</u> at komme af sted. (A) Jamen den [organisatoriske planlægning], mener jeg, er altafgørende. Altså, man kan jo ikke... der skal jo være sådan, at rammerne for, at man kan gå fra afdelingen, er tilstede. (A) Dels at man ikke har sørget for i arbejdsplanlægningen at lave rammerne, så man reelt set kan komme af sted. (A) [Om den organisatoriske planlægnings betydning for kurserne]: Jamen det betyder da alt. Altså hvis vores skemalægger han har... hvis han sætter os på en dag til at skulle på hjertestopskursus, så tager vi da på det. Så det betyder da meget. (F)	Den organisatoriske planlægning er en afgørende faktor for at komme på kursus	Organisatorisk indflydelse - at skabe tid og rammer
Så hvad der skal til? Jamen det kommer an på, hvad det er for et niveau, man arbejder på. Fordi hvis... altså det... hvis man tænker, man skal gøre noget ved de ledende overlæger (griner), så er det vel dem, man skal have en snak om, hvordan de forvalter skal-opgaver, og hvad der kan være af barrierer for, at det er svært at nå i mål med skal-opgaver. (A) [Om hvad der vil kunne motivere afdelingsledelserne]: Jamen det... det har jeg rigtig svært ved at svare på, for i grunden så har jeg svært ved at forstå, hvorfor man ikke bare får det ekspederet. Så det... og jeg <u>ved</u> ikke, hvorfor man ikke bare får det ekspederet. Og det er sådan en generel ting. Det er jo ikke kun på det her område. Men når det <u>overhovedet</u> er nødvendigt at igangsætte de her skueprocesser. Det forstår jeg <u>slet</u> ikke. (A)	Der ligger et ledelsesansvar i, hvordan man håndterer skal-opgaver	Ledelsens rolle - ansvar og prioritering

Som sagt så har jeg ikke oplevet, at det har været et problem. Om hun [den ledende overlæge] har indflydelse på det, det ved jeg ikke. Jeg har ikke oplevet, at jeg er blevet nægtet det i hvert fald. (B) Igen, jeg har ikke oplevet, at jeg er blevet nægtet det, så jeg tror ikke, der er på den måde modstand. Det er nok en accept af, at det skal man, når man er der (B) Mens heroppe hos os, alle de her anæstesilæger, vi tror, vi kan ik', så behøver vi ikke. Tror du ikke, det er sådan noget? Det kunne jeg da godt forestille mig (...) Jamen det kan jeg da, det kan jeg da heller ikke selv sige mig fri for, at det har jeg lært engang, og det... så derfor kan jeg det stadigvæk. (D) [Om hvorfor der ikke er flere læger fra afdelingen, der deltager]: Det er fordi, man synes, man kan det. Man er bare "the shit" (griner). Det tror jeg, at der er mange, der... (F)	Oplever ingen modstand fra ledelsen Der er en accept af og forventning om, at man deltager Det er et holdningsspørgsmål, om man synes, man har brug for kurset Der kan være en kultur blandt nogle læger omkring, at man kan det hele	Ledelsens rolle - kultur og ledelse
Min egen holdning, uh det har jeg, det har jeg jo ikke nogen holdning til, fordi i virkeligheden er det jo ikke mig, der bestemmer det. Det er jo et system, der bestemmer, at det er vigtigt, de får kurset. Så det har jeg principielt ikke, altså jeg kan jo godt have en personlig holdning, men den er jo ikke afgørende her, for nu har man en gang besluttet, at det skal man. (E) Så der er jo nogen, der har besluttet, at det er vigtigt. Så kan man så altid have sine personlige holdninger til, om det er vigtigt eller ej. Ja. Det er der jo nogen, der har truffet den beslutning, at det er vigtigt. (E) Ja, nu synes jeg, at det er sådan, på det her sygehus, at hvis der er noget, der vedvarende bliver italesat fra ledelsens side, centerledelse og hospitalsledelse, som en skal-opgave, og at der... man vedvarende som afdelingsledelse bliver holdt fast på, at det er noget, man <u>skal</u>, og der bliver monitoreret osv. Så... så er det da en metode, der har vist sig at virke på forhold, så det kunne den da også godt gøre her. (A)	Det er systemet, der bestemmer Fralægger sig ansvaret Det er et ledelsesansvar at italesætte og monitorere skal-opgaver	Systemets rolle

Af strukturanalysen er fremkommet fire temaer, nogle med dertilhørende undertemaer, som er præsenteret nedenfor. Disse udgør grundlaget for den videre kritiske fortolkning.

5.2.1. Temaer

Motivation

- Kursets relevans
- At kunne se meningen med det

Organisatorisk indflydelse

- At skabe tid og rammer

Ledelsens rolle

- Ansvar og prioritering
- Kultur og ledelse

Systemets rolle

5.3. Kritisk fortolkning

Med dette afsnit er det hensigten at opnå en dybere forståelse og fortolkning af empirien og dermed kunne svare på, hvilke faktorer der påvirker lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH, og hvordan disse er med til at fremme eller hæmme deltagelsen.

Den kritiske fortolkning er struktureret omkring de fire ovennævnte temaer, der er fremledt af strukturanalysen. Temaerne repræsenterer forskellige niveauer inden for hospitalssystemet, som kan have indflydelse på lægernes deltagelse, henholdsvis det individuelle niveau i form af lægernes motivation, den organisatoriske indflydelse på afdelingsniveau, ledelsens rolle på afdelingsniveau, herunder kulturens betydning, samt til sidst hospitalets overordnede ledelsesniveau i form af systemets rolle. Temaerne analyseres og diskuteres med inddragelse af relevant forskning og teori og ud fra centrale meningsenheder fra strukturanalysen. Sidstnævnte vil indgå som citater med kursiv skrift.

Velvidende at temaerne er tæt knyttet sammen på flere områder, vil disse blive behandlet hver for sig for overskuelighedens skyld.

5.3.1. Motivation

I dette afsnit analyseres og diskuteres temaet omkring lægernes motivation. Temaet består af de to undertemaer; *at kunne se meningen med det* og *kursets relevans*. Disse er tæt forbundne og overlapper hinanden på nogle områder men er i nedenstående opdelt, så de overordnet behandler forskellige emner inden for motivation.

5.3.1.1. At kunne se meningen med det

Et af de helt centrale aspekter ved lægernes motivation er, at det skal give mening at deltage i genoplivningskurserne. Som en af lægerne udtrykker det: *”Jeg tror, der skulle være både pisken og guleroden (...) Og så skal der være en motivation, fordi det... fordi vi er sådan lidt... hvad hedder sådan noget... lidt cowboy-agtige, vi kan ikke... anarkistiske. Vi kan ikke lide bare at få pisken, der skal også være motivation. Hvorfor det er... hvorfor man synes, det er nødvendigt at bruge tiden på det (...) Så folk de skal kunne se en mening med det”* (D). Der skal altså være et tydeligt formål med kurset, og lægerne skal kunne se, at det gør en forskel for patienterne. Disse faktorer er væsentlige for lægernes motivation og deraf prioritering af kurserne.

Det, at kunne se et formål med en opgave, kan være en stærk kilde til energi og er ifølge Daniel Pink et af motivationens tre bærende elementer. Det ligger i menneskets natur at lede efter et formål, et såkaldt formålsmotiv (Pink 2015). Flere af lægerne kan siges at have et formålsmotiv i at deltage i genoplivningskurset. De oplever, at kurset giver rigtig god mening, og at træningen er motiverende i sig selv, idet den er med til at give et boost til deres viden, erfaring og vedligeholdelse af færdigheder. Hver træning er med til at styrke lægernes kompetenceniveau og ruste dem til bedre at håndtere hjertestop. *”Jamen man bliver bare lidt bedre hver eneste gang, man er på et kursus. Fordi man får lidt mere med, eller lidt mere erfaring, eller lidt mere at man bliver opmærksom på noget (...) Så kan man føle sig mere og mere rustet, altså man går et trin op”* (C). Også hos anæstesi- en og hjertestopholdet anses kurserne som vigtige i forhold til at bidrage med noget hver gang. *”...man får et boost, når man har været på en eller anden simulationsseance (...) Så det er ikke at miste de skills, man har. De skal vedligeholdes, så det er det, der er motivationen (...) Men jeg ved godt, der er nogen, der siger, at det står vi i så tit. Men det er bare... man kommer ud i nogle kroge på sådan nogle kurser, som man får afdækket. Altså jeg tror, det er de blinde vinkler, man har. Dem kan man jo ikke selv se. Så derfor er det vigtigt, at man kommer på kursus, så man også kan se dem”* (F). Ovenstående citater viser, at lægernes motivation i høj grad bunder i, at de kan se et formål med kurset, at de har en indre motivation for at deltage. Ifølge Self-determination theory (SDT) skelnes mellem personers indre og ydre motivation (Deci, Ryan 2000). Ved den indre motivation stammer motivation indefra og er betinget af opfyldelse af de tre basale behov; autonomi, kompetence og tilhørsforhold, hvilket resulterer i større engagement, tilfredshed og effektivitet (Ibid.). I følgende analyse og fortolkning vil kun behovet omkring autonomi blive behandlet.

Modsat indre motivation er den ydre motivation bestemt af udefrakommende forhold og opfylder ikke nødvendigvis de tre ovennævnte behov. Den ydre motivation er mere kompleks, idet den adfærd, som andre ønsker af en person, bliver modtaget, værdisat og reguleret af personen selv, hvorefter den udmøntes i forskellige grader af motivation (Deci, Ryan 2000). Af følgende citat fremgår det, at både den indre og ydre motivation vil kunne medføre en adfærdsændring, i dette tilfælde deltagelse i genoplivningskurset. ”*Det ville kunne motivere mig, hvis jeg så... hvis de kunne forklare mig, hvorfor det var så vigtigt, at jeg skulle bruge en dag til det. Men ellers så hvis der kom en ledelse og sagde, at det skal du. Det ville ikke være motivation, men så ville jeg jo gøre det (griner) (...) Der er en pisk og en gulerod, ik’ (...) Jamen begge dele ville virke, det er da klart. Altså hvis jeg kunne forstå, at jeg skulle bruge en dag på det, prioritere en dag på det, så ville jeg selvfølgelig gøre det. Og så er pishen jo også altid god, at det skal du bare*” (D). I dette tilfælde kan pishen ses som en form for ydre motivation. Hvis lægen på baggrund af ledelsens krav ændrede adfærd og deltog i kurset, ville der ske en såkaldt ekstern regulering, som er den mindst selvstændige form for ydre motivation, hvor adfærden udelukkende sker for at tilfredsstille en ekstern efterspørgsel eller for at undgå straf (Ibid.).

En af lægerne udviser manglende motivation og efterspørger en klar målsætning om, hvad man vil opnå med kurset. Af følgende citat fremgår, at den lave deltagelse formentlig skyldes, at lægerne ikke kan se en mening og et formål med at deltage og derfor ikke prioriterer det. ”*Det handler i bund og grund om, at hvis du kan motivere den enkelte læge til, at det her det er vigtigt, jamen så møder de også op. Så prioriterer de det. Grunden til, at de ikke prioriterer det, det er manglende motivation. Hvorfor er der manglende motivation? Det er fordi, der simpelthen ikke er et ordentligt formål og et ordentligt mål med det*” (E). Ifølge SDT er citatet udtryk for amotivation, hvor man ikke har til hensigt at handle eller ændre adfærd og ikke tillægger aktiviteten nogen værdi (Deci, Ryan 2000). Ifølge lægen vil det ikke gøre nogen forskel, hvis afdelingsledelsen tvinger lægerne til at skulle deltage, altså hvis de pålægges et krav og dermed en ydre motivation. ”*Det er det, jeg siger, du kan sagtens bosse flere frem, men vil det hjælpe patienterne, vil det gavne patienten? Det er jo... det spørgsmål skal man altid huske at stille i et sundhedsvæsen. Gavner det patienten? Det tror jeg personligt ikke, det gør*” (E). Citatet viser, at tvang formentlig vil kunne få flere læger til at deltage, men hvis den enkelte læge ikke har en indre motivation og kan se et formål med kurset, vil det ikke nødvendigvis gøre nogen forskel, udover at det er ”*et hak i en protokol, at man har gennemført*” (E), hvilket svarer til udelukkende at gøre det for systemets skyld og ud fra en ydre motivation.

Ovenstående perspektiver kan forstås med de to modsatrettede begreber autonomi og kontrol. Mens autonomi fører til engagement, vil kontrol føre til føjelighed (Pink 2015). Gennem kontrol vil man kunne opnå en ydre motivation ved hjælp af enten gulerødder eller pisk, hvilket vil få de kontrollede personer til at føje sig og ændre adfærd i en bestemt retning (Pink 2015, Deci, Ryan 2000). Modsat vil kun autonomi og indre motivation føre til et personligt engagement i opgaven (Ibid.). På denne baggrund kan det diskuteres, om lægerne både vil få noget ud af deres deltagelse i genoplivningskurset gennem en indre motivation, hvor de kan se en mening og et formål med kurset, og gennem en ydre motivation i form af pisk og kontrol fra ledelsens side. Ud fra ovenstående citater fremgår det, at lægerne har forskellige holdninger til dette. Det væsentlige må dog være, om de rent objektivt får noget ud af kursene, om de forbedrer sig, og om deres deltagelse kan være med til at gøre en forskel for patienterne i den sidste ende. Dette leder frem til et andet centralt emne i forhold til motivation og at kunne se en mening med det, nemlig diskussionen omkring kursernes evidens.

Lægerne lægger stor vægt på, at deres deltagelse i kurserne skal gøre en forskel for patienterne, og at dette er med til at give mening. Det tyder dog på, at de til en vis grad er uvidende omkring kursernes egentlige effekt, og flere af lægerne giver udtryk for, at de ikke ved, hvilken betydning kurserne har for genoplivningen i praksis. *”Det er jo svært at vide. Det synes jeg er meget svært at vide. Jeg formoder, at det på en eller anden måde styrker kvaliteten. Men jeg synes, det er meget, meget svært at sige noget sikkert om. Fordi det kommer an på, hvad alternativet er. Hvis alternativet er, at der slet ikke var noget, så vil jeg tro, at de fleste glemte nogle vigtige ting hen ad vejen. Men hvis alternativet ville være en anden form for undervisning, så er det jo svært at vide, om den ville være lige så god”* (B). Citatet tydeliggør, at lægerne mangler viden omkring kursernes effekt og evidensbaseret. For nogle læger er det dog ikke et personligt behov at have viden om dette, da de har tiltro til, at man længere oppe i systemet har taget beslutningen på et evidensbaseret grundlag. *”Jeg må have tiltro til, at dem der har besluttet, vi skal det, gør det på et oplyst grundlag. Som ved, at det er nødvendigt at få de kurser, og at de fører noget positivt med sig. Det er jeg nødt til at stole på, det har jeg ikke selv tjekket”* (A). Heraf ses det, at kursernes evidensgrundlag ikke nødvendigvis er en forudsætning for lægernes motivation og tro på, at kurserne gør en forskel.

Modsat kan den manglende indsigt i nogle tilfælde føre til manglende meningsfuldhed i kurset og dermed manglende motivation for at deltage. *”Det skal gøre en forskel, og det skal gøre en forskel for patienten. Det skal gavne patienten, det er sådan set det, der hele tiden skal i fronten. Og det ved vi ikke. Det er jeg nødt til at sige. Fordi gavnede det patienten, så gjorde vi det også (...) Hvad*

vil kunne gøre en forskel? Ja det ville evidensgrundlaget selvfølgelig. Det er klart (...) Og derfor kort og godt, så er motivationen der ikke, fordi man ved ikke, om det gør nogen forskel. Så er det op til den enkelte at tro, om det gør” (E). Af citatet ses, at nogle læger har en grundlæggende skepsis over for kurserne, fordi de ikke kender evidensgrundlaget og derfor ikke tror på, at kurserne gør en forskel for patienterne. Dette fordrer en højere grad af information til lægerne omkring kursernes baggrund og evidens samt viden om mulige konsekvenser ved manglende deltagelse, som beskrevet i problemanalysen. Dog kan det også anfægtes, at alle læger gennem deres uddannelse forpligter sig til løbende at holde sig opdateret på viden (Sundhedsstyrelsen 2013), og at læger med skepsis over for kursernes evidensgrundlag derfor i højere grad selv bør være opsøgende i forhold til den nyeste evidens.

Følgende citat kan siges at opsummere betydningen af at kunne se en mening med kurset. *”Hvis du kunne evidensbasere det her og sige at, vi kan faktisk vise, at det her gør, at patienterne overlever faktisk et hjertestop. At der er en væsentlig forskel på at møde op til de her kurser. Det vil gavne dig i din hverdag, det vil gøre en forskel. Så ville folk møde op. Alle læger har faktisk et ønske om at hjælpe patienterne. Men til gengæld så sorterer de også det fra, som de føler ikke hjælper patienterne”* (E). Lægernes manglende viden om kursernes evidensgrundlag kan altså være en hæmmende faktor for deltagelse, hvorimod et oplyst vidensgrundlag kan være en positiv faktor for deres motivation og dermed prioritering af kurset. Analysens fund tyder på, at det er vigtigt både at fremme den indre motivation ved at tydeliggøre formålet og skabe mening med kurserne, men også at fremme den ydre motivation i form af ”pisk” og kontrol, da dette ligeledes kan medføre en adfærdsændring i form af deltagelse.

5.3.1.2. Kursets relevans

Dette undertema omhandler, hvorfor og hvordan kursernes relevans er en vigtig faktor for lægernes motivation for at deltage. Interviewene viser, at lægerne har forskellige holdninger til, hvorvidt og i hvilket omfang genoplivningskurserne er relevante. Dette hænger i høj grad sammen med deres indstilling til selve undervisningen, og om de synes, at kurset dækker et behov, eller de finder det irrelevant at træne genoplivning. De fleste af lægerne er positivt stemt over for kurserne og finder dem meget relevante. De udtrykker bred enighed om, at underviserens titel er underordnet, så længe indholdet og det faglige niveau er i orden. *”Det er ikke ligesom titlen på den, der underviser, men indholdet [der har betydning]”* (C). Ligeledes finder de kursernes tværfaglige samarbejde og træning i kommunikation, lederskab m.m. relevant og meningsfuld. *”Det er meget meget vigtigt. Det*

betyder da i mange situationer meget mere end... altså sådan en der står i halv panik og råber en masse ordrer ud i rummet, det kommer der jo ikke god behandling ud af" (F). "Det synes jeg, der er rigtig fint. Det synes jeg faktisk, at man skal blive ved med" (C). "Fordi man har jo lidt forskellige roller, og det får man jo måske bedre indøvet, når man primært leger, man har sin egen rolle" (A). Der ses altså at være tilfredshed med kursernes fokus på tværfagligt samarbejde og ikke-tekniske færdigheder. Derudover opfattes kurserne i høj grad som en repetition af den basale genoplivning, som lægerne finder vigtig for at opbygge erfaring og vedligeholde viden og færdigheder, hvilket bl.a. udtrykkes i følgende citater: "Det er jo i høj grad for mig sådan en form for repetitionskursus. Det er jo sådan noget meget basis-noget, ikke. Og det tænker jeg jo er fint (...) Jeg tror, man føler sig en lille bitte smule mere tryk lige efter kurset, det tror jeg" (B). "Jamen man bliver bare lidt bedre hver eneste gang, man er på et kursus. Fordi man får lidt mere med, eller lidt mere erfaring, eller lidt mere at man bliver opmærksom på noget. Og så sker der jo altså også nogle gange nogle ændringer i rekommandationerne, som man så også lige bliver opdateret på" (C). Kurserne er altså med til at styrke lægernes kompetencer i genoplivning og giver erfaring og tryghed i forhold til håndtering af hjertestop i praksis, hvilket et amerikansk studie også finder (Allan et al. 2010).

Derudover oplever lægerne kurserne som vigtige for at vedligeholde og opdatere deres viden og færdigheder, hvilket stemmer overens med flere andre studiers fund (Kallestedt et al. 2010, Semeraro, Signore & Cerchiari 2006, Hards et al. 2012, Fisher et al. 2011), som beskrevet i problemanalysen. "Altså det er altid sådan, lige når man har været på kursus, så er jeg rigtig godt rustet, og så falder den der jo så, indtil man kommer på kursus igen. Så falder det lige så langsomt. Og når man så kommer på kursus igen, så kommer man jo lige op igen" (C). Lægerne har altså en oplevelse af, at regelmæssig træning er vigtig for at opretholde deres kompetenceniveau. "Jamen det er vigtigt, det ved vi med alt. Ting, man ikke træner, det bliver man dårligere til. Så man skal have det. Altså jeg synes måske endda, at hvert andet år, som er kravet, at det er lidt sjældent" (F). Som vist i problemanalysen bekræfter litteraturen, at vedligeholdelsestræning er essentiel for at opretholde viden om og færdigheder i genoplivning (Ahmed, Pai & Reynolds 2012, Bhanji et al. 2015, Charalampopoulos et al. 2016, Greif et al. 2015, Semeraro, Signore & Cerchiari 2006, Smith, Gilcreast & Pierce 2008, Yang et al. 2012). Den modsatte holdning ses dog også blandt lægerne. "Jeg er også nødt til at sige, du behøver ikke deltage i undervisningen for at kunne trykke (...) det sidder et eller andet sted i rygraden. Det har vi jo alle sammen været i gennem på et eller andet tidspunkt (...) Altså vi har jo alle sammen en barnelærdom, altså vi er jo trods alt alle sammen uddannede læger. Og man kan sige, vi har jo alle sammen på et eller andet tidspunkt lært det her" (E). Citatet er et

udtryk for, at kurset anses som irrelevant, idet det ikke findes nødvendigt at vedligeholde noget, man én gang har lært. Det tyder derfor på, at nogle læger har manglende viden omkring evidensen om at vedligeholde viden og færdigheder, hvilket i forlængelse af tidligere diskussion om evidens indikerer et øget behov for at informere om dette. Selvom der i litteraturen ikke er enighed om de optimale intervaller for træningen (Bhanji et al. 2015), tyder denne undersøgelses fund på, at flere læger føler et reelt behov for hyppig træning, hvorfor man som minimum bør fastholde de eksisterende repetitionskurser. Dette stemmer overens med de førnævnte anbefalinger fra ERC om hyppig træning af kortere varighed med henblik på at undgå degradering af færdigheder (Hazinski et al. 2015).

Nogle læger finder ikke kurset relevant, fordi de oplever at have en meget lille rolle i selve genoplivningen, da hjertestopholdet hurtigt kommer og overtager situationen. *”Fordi når hjertestopet kommer, så bliver det hele skubbet til side, så har vi ikke nogen rolle. Det vil sige, vi skal i virkeligheden... vi skal ad hoc håndtere det, afhængig af hvem der er der, og hvornår og hvorledes. Det, det handler om, det er... det er at få ringet på hjertestopnummeret ik, det er sådan set det. Men det behøvede man nok ikke at gå til undervisning for”* (E). *”Der er jo ikke så meget i starten, der skal man jo bare sørge for, at der bliver startet hjertemassage, og at patienten får luft, og at vi får hentet hjertestarteren. Og meget mere når vi som regel ikke, før hjertestopet er her”* (D). Der ses altså en form for ansvarsfraskrivelse blandt lægerne, fordi de oplever kun at have en lille rolle i forhold til hjertestopholdet. Citaterne er samtidig et udtryk for, at lægerne mangler viden om, hvor vigtige de første minutter af genoplivningen er, og at de har en betydningsfuld rolle heri (Hunziker et al. 2009, Hunt et al. 2008). Dette indikerer igen et øget informationsbehov med henblik på at øge lægernes forståelse for kursernes formål og vigtigheden af at deltage.

Af undersøgelsens fund tegner sig en diskussion om, hvorvidt genoplivningskurset er lige relevant for alle læger. Dette vedrører især spørgsmålet om relevans for de enkelte afdelinger og i forhold til lægernes forskellige stillinger. Flere af lægerne giver udtryk for, at jo mindre sandsynligheden er for at komme ud for en situation med hjertestop, des mindre relevant er kurset, hvilket følgende eksemplificerer: *”Og i virkeligheden er det nok det, der er den store udfordring. Det er, at hvis du er i en afdeling (...) et eller andet sted hvor sandsynligheden, for at du nogensinde kommer ud for et hjertestop, er ekstremt begrænset. Så er motivationsfaktoren naturligvis heller ikke så ekstremt høj”* (E). At have lav sandsynlighed for at skulle udføre genoplivning betyder for flere af lægerne, at kurset er forbundet med manglende relevans og meningsfuldhed, hvilket har en negativ indflydelse

på deres motivation for og prioritering af kurset. ”Jeg kunne forestille mig, at der var nogen rundt omkring (...) som aldrig ville komme i en situation, hvor de ville bruge det her, eller skulle bruge det her. Og for dem tænker jeg, der giver det jo ikke nogen mening. Hvorfor skulle de det? De kunne formodentlig bruge en formiddag på noget andet og mere relevant, som kunne gøre større gavn” (B). Samme holdning til relevans ses i forhold til lægernes stilling, hvilket følgende viser: ”Hvem vurderer, hvor vigtigt er det? Og så kan man sige, sådan en som mig – skal jeg have det? (...) jeg ser ingen patienter. Er det så væsentligt, at jeg skal have det også? Tja, det er jo ikke mere væsentligt, end dem der går ude på gaden i virkeligheden (...) Måske skulle man graduere det og sige, hvem er det egentlig, der vil profitere af det her primært?” (E). På denne baggrund kan det diskuteres, hvorvidt kurserne er lige så relevante for eksempelvis de ledende overlæger, der ingen patientkontakt har, som for de vagthavende læger på afdelingerne. Modsat ovenstående holdninger giver en af lægerne udtryk for, at det netop er relevant at deltage, hvis man sjældent står med hjertestop, idet man så vil have større behov for at opdatere sin viden og vedligeholde færdigheder i genoplivning. ”Vi har hjertestop, vi har ikke mange, og derfor kan man jo som læge godt... kan det jo godt være lang tid siden, man har stået i et hjertestop. Det er den ene ting, den anden ting er, at det er jo faktisk et område, hvor der over tid også er sket, altså kommet ny viden (...) Og man kan sige... når ikke man står i mange hjertestop, og man ikke, det ikke er ens fagområde, så kunne man jo godt rende rundt med en forældet viden” (A). Sandsynligheden for at skulle udføre genoplivning ses således at være en faktor for lægernes motivation og kan henholdsvis være en hæmmende eller fremmende faktor for at deltage i kurserne. Selvom analysen tidligere har vist, at man bør fastholde de nuværende vedligeholdelsesintervaller, kan det lægge op til overvejelse og diskussion om, hvorvidt den hyppige træning også er relevant for de læger, som meget sjældent kommer ud for at skulle yde genoplivning.

Et yderligere fund i undersøgelsen er, at flere af lægerne giver udtryk for, at kurserne på forskellig vis ikke opfylder deres behov, og de efterspørger derfor, at kurserne i højere grad målrettes de enkelte afdelinger. ”...altså der er nogle dele af kurset vil jeg synes, jeg ikke bruger så meget. Og det er især den, der vedrører, hvad skal man sige, tilkalde og alamere og sådan nogle ting. Men jeg kan jo ikke vide, om jeg står en dag og får brug for det. Og så er der andre dele af kurset, jeg synes, jeg får større glæde af (...) Men som sagt kunne man godt ønske sig, at det ind imellem var et mere udvidet kursus og så andre gange lige en repetition af det basale (...) og der kan så være forskellige behov rundt omkring, og det kunne man så måske forsøge at tilpasse” (B). Af citatet udtrykkes et personligt behov for og ønske om at få undervisning i den mere avancerede genoplivning, hvilket

ikke tilfredsstilles på de nuværende kurser, mens den basale genoplivning nogle gange fylder for meget. Dette lægger op til at overveje en graduering af kurserne, således at de nogle gange består af en repetition af det basale og andre gange en mere udvidet gennemgang af den avancerede genoplivning for de læger, der har et behov for dette. Ifølge de nyeste anbefalinger fra ERC bør undervisningen i både basal og avanceret genoplivning tilpasses den aktuelle målgruppe og holdes så simpel som muligt (Greif et al. 2015). Det fordrer derfor en grundig diskussion af, hvilke læger og øvrigt personale der har behov for henholdsvis den basale og avancerede genoplivning, og hvordan dette objektive behov harmonerer med lægernes egne ønsker for undervisningen med henblik på at øge kursernes relevans og lægernes motivation. Ifølge ERC forekommer selvinstruktion med kompressionstræning at være et effektivt alternativ til de instruktørledte kurser (Ibid.), hvilket derfor med fordel kunne indføres som supplerende træning. Dog fremhæver ERC, at sundhedspersonale, der forventes at udføre genoplivning jævnligt, har brug for at have kendskab til gældende retningslinjer og være i stand til at bruge dem effektivt som en del af et tværprofessionelt team, hvorfor de har behov for en mere kompleks træning af både tekniske og ikke-tekniske færdigheder (Ibid.). Det vil derfor være relevant for de læger, som skal på det avancerede kursus, fx anæstesilægerne som del af hjertestopholdet. Af følgende citat fremgår det dog, at disse læger ikke finder de nuværende kurser tilstrækkelige, da flere af dem som en del af lægeambulancetjenesten er på et tilsvarende kursus, der i højere grad opfylder deres behov for træning. *”Det vil sige, det er en kraftig storebror til det kursus, man tilbyder fra AUH. Det opfylder mere det behov, vi har på afdelingen (...) Ja, der er bare lidt mere kød på. Altså der er sådan lidt mere... det er lidt mere mindet på os og den situation, vi kan komme til at stå i (...) Altså jeg ville ikke tage på et kursus på AUH, som... som ikke lever op til det kursus, jeg ellers kunne tage i den samme tid. Som jeg synes er bedre og mere mindet på os, for jeg gider ikke at rende til begge dele. Det er der ingen tvivl om”* (F).

Ovenstående analyse viser, at det er en vigtig faktor for lægernes motivation, at genoplivningskurset opfylder deres behov på forskellige afdelinger og i forskellige stillinger med henblik på at øge kursernes relevans og dermed fremme lægernes deltagelse.

Selvom lægerne ikke mener, at genoplivningskursus nødvendigvis er relevant for alle læger, har de alligevel en forventning om, at andre læger deltager på kurset. *”Det er tankevækkende, at det kun er 70 %, som den bedste afdeling præsterer (...) Altså en (X)kirurgisk afdeling har, hvad skal man sige, der har man som læge jo usandsynligt lidt brug for at være en del af et genoplivningssystem (...) Men at de medicinske afdelinger ikke har højere deltagelsesprocent, det er så mere bekymrende, vil*

jeg sige, ikke. Fordi de har da en vis sandsynlighed for at komme ud for det. Det kan altså undre mig” (E). Jf. problemanalysen er lægers viden om og færdigheder i genoplivning ofte mangelfuld, dette både blandt kirurgiske og medicinske læger samt speciallæger som kardiologer og anæstesi-læger (Grzeškowiak et al. 2009b, Grzeškowiak et al. 2009a, Pantazopoulos et al. 2011, Krajina et al. 2015, Kyriakou et al. 2011, Semeraro, Signore & Cerchiari 2006). Dette indikerer, at alle læger uanset stilling og afdeling kan have behov for at komme på genoplivningskursus.

Flere af lægerne mener da også, at kurset i bund og grund er relevant for alle læger, idet der er en forventning hos befolkningen om, at alle læger er rustet til at håndtere et hjertestop. Denne forventning repræsenterer dermed en ydre motivation. *”Jamen det er da altid relevant, når man er læge. At man kan lave genoplivning. Om det så er i huset eller uden for huset*” (C). *”Man kan jo godt som borger have en forventning om, at uanset hvor man falder om på et hospital, hvis der så er en læge i nærheden, så kan de starte hjertelungeredning op*” (A). Ifølge den seneste opgørelse fra Danarrest kan hjertestop forekomme overalt på hospitalet (Kirkegaard et al. 2016), hvilket bekræfter, at man som læge kan komme ud for at skulle genoplive en patient, uanset hvilken afdeling man er tilknyttet. Flere af lægerne anser det som vigtigt, at alle læger har en grundlæggende viden om genoplivning, også selvom man sjældent står med det i praksis. *”Altså der er altid nogen, som træner mindre end andre. Og det er vigtigt, at alle har samme bundniveau*” (F). *”...alle skal have en eller anden grundlæggende viden om det, uanset at man så sjældent står med det. Så på den måde er der et formål, helt sikkert. Så jeg synes ikke, det er irrelevant. Bestemt ikke*” (B). Flere studier viser som nævnt, at de første minutter af genoplivningen er essentielle (Hunziker et al. 2011, Hunt et al. 2008), hvilket netop viser vigtigheden af, at alle læger har nogle grundlæggende genoplivningskompetencer. På denne baggrund må kurserne i større eller mindre omfang anses som relevante for alle læger.

Afsluttende kan det siges, at motivationen har en rigtig stor betydning for, om den enkelte læge vælger at deltage i genoplivningskurset. Dette afhænger både af personens indre og ydre motivation, om man kan se en mening med kurset, og om man finder det relevant. I sidste ende er motivationen i mange tilfælde en afgørende faktor for, om lægerne prioriterer kurset: *”I en travl hverdag kan det være svært at finde tid til at nå noget, som man ikke føler er specielt relevant, for at sige det ligeud*” (E). *”Jeg tror bare, der hele tiden er så mange andre ting, som jeg synes er vigtigere. Og så er det selvfølgelig generelt bare sløvhed. At der ikke er nogen, der svinger pisken*” (D). Citaterne peger desuden på, at andre faktorer som travlhed i hverdagen samt manglende krav fra ledelsen kan være medvirkende faktorer for prioriteringen, hvilket vil diskuteres i de følgende afsnit.

5.3.2. Organisatorisk indflydelse

Dette tema omhandler den organisatoriske indflydelse på afdelingsniveau, velvidende at denne i høj grad er påvirket af hospitalets overordnede organisering samt ledelsens indflydelse og dermed breder sig over flere niveauer end afdelingerne. Temaet består af et enkelt undertema; *at skabe tid og rammer*, hvilket indkredser de væsentligste faktorer med indflydelse på lægernes deltagelse i genoplivningskurser.

5.3.2.1. At skabe tid og rammer

Ifølge undersøgelsens fund har den organisatoriske planlægning på afdelingen stor betydning for, om lægerne deltager på genoplivningskurserne, og flere af lægerne peger på, at den daglige planlægning er altafgørende for deres deltagelse. Noget, der især fremtræder som vigtigt, er, at der på afdelingen skabes tid og rammer til at kunne deltage, og at kurserne prioriteres i arbejdsplanen. Dette kan være en udfordring, da sygehuspersonalet på mange afdelinger er presset på tid (Kjeldsen 2015). Tiden er af stor betydning, idet deltagelse i genoplivningskursus er ensbetydende med mindre tid til patientbehandlingen. ”*Altså de fleste har jo faste programmer, hos mange måske nærmest årsprogrammer, hvor alt er planlagt et år eller flere frem. Og hvor er det lige henne, at man finder pladsen til det her? Så skal du lade være med noget andet. Og så er det, når du står der... skal jeg så lukke et ambulatorium, eller skal jeg gå til hjertestopsundervisning? Hvad er væsentligt og vigtigst i den her sammenhæng?*” (E). Heraf fremgår det, at tidsfaktoren er væsentlig i forhold til prioriteringen på afdelingen, og at det handler om fra ledelsens side at prioritere det vigtigste. Lægen udtaler yderligere: ”*Hvis man laver et system, hvor man selv skal tilmelde sig, så er det svært at få folk i en travl hverdag til at nå det. Altså også fordi ambitionen er så stor, som den er her, hvor man sådan skal sætte et antal timer af til det der. Det er der sgu ingen mennesker, der har i det system her, det er jeg nødt til at sige. Fordi de altid har noget, de skal*” (E). Dette viser, at kurset i nogle tilfælde opleves at tage for lang tid i forhold til, hvor travlt der er på afdelingen. Mange steder i sundhedsvæsenet ses et øget pres om at retfærdiggøre tid og omkostninger ved træning væk fra det kliniske arbejde (Hazinski et al. 2015), hvilket kan gøre det til en udfordring at skulle nedprioritere andre opgaver på afdelingen. I mange tilfælde er det produktionen, der bliver prioriteret højest i en travl hverdag. ”*Det er produktionen, der bliver prioriteret højest... over alt andet (...) Jeg oplever bare, at hvis man søger om at få fri til et eller andet, altså hvis puslespillet det ikke går op, så kan man jo ikke komme på de andre ting, man gerne vil, som er faglig udvikling*” (F). Produktionen kan altså i nogle tilfælde gå ud over den faglige udvikling og andre kvalitetsudviklende og forebyggende indsatser som fx genoplivningstræning. Siden 2005 er der hvert år offentliggjort rapporter om

produktiviteten i hospitalssektoren, og disse udvikles på stadig lavere niveauer på både afdelings-, behandlings- og diagnoseniveau (Pedersen 2013, s. 367-387). Der stilles således høje krav til de danske sygehuse om produktion og effektivisering, og da dette måles helt ned på afdelingsniveau og derunder, lægger det pres på den enkelte afdelingsledelse i forhold til prioritering af medarbejdernes tid.

Tidsfaktoren er derfor medvirkende til, at der stilles høje krav til kursernes kvalitet og evidensbaserede baggrund (Hazinski et al. 2015). Når der tales om kvalitet i sundhedsvæsenet, kan der skelnes mellem to former; *proceskvalitet* som handler om, hvordan opgaver løses, og *effektkvalitet* som omhandler outcome hos patienten, fx mortalitet eller patienttilfredshed (Pedersen 2013, s. 371-372). Effektkvalitet spiller en central rolle i mange offentlige aktiviteter og udgør derfor en særlig udfordring, når man skal måle kvaliteten. I sundhedsvæsenet er meget kvalitetstænkning baseret på Donabedians kvalitetsmodel (Ibid.), som består af elementerne struktur, proces og outcome. Strukturen udgøres af ressourcer og organisering, processen af aktiviteter og ydelser, og outcome er effekten for målgruppen, dvs. patienterne (Donabedian 1978, Pedersen 2013, s. 371-372). Udfordringen består i, at sundhedsvæsenets aktiviteter ofte måles på produktiviteten, mens effektkvaliteten af en aktivitet eller ydelse kan være sværere at måle (Ibid., s. 371-380).

Dette er relevant i forhold til genoplivningskurserne som forebyggende aktivitet, da det kan være svært at isolere kursernes effekt fra andre forebyggende og behandlende tiltag og dermed måle effektkvaliteten. På grund af den manglende evidens omkring kursernes direkte indflydelse på outcome i form af antal overlevne efter hjertestop, kan det som beskrevet i motivationstemaet være en faktor for prioritering, da det er svært at påvise evidensen i form af en direkte effektkvalitet. Det fremgår bl.a. af følgende citat: ”*Jamen det er jo en procesmåling. Det her siger jo ikke noget om kvaliteten af den undervisning, der bliver... altså, bliver modtageren af undervisningen bedre til at få en patient til at overleve? Det ved vi ikke. Vi ved, at personen har været til stede i to timer og fået et hak på, at nu har du været her. Det er det, vi ved. Så vi... det siger jo ikke noget om kvaliteten af det*” (E). Heraf ses, at nogle læger betragter kurset som en procesmåling, der udelukkende finder sted for systemets skyld. Dette kan være med til at forklare, hvorfor nogle afdelinger i en travl hverdag prioriterer andre opgaver som fx operationer eller ambulatoriekonsultationer, da de medfører en klar proceskvalitet og er direkte målbare på produktionssiden, hvilket er med til at imødegå de høje produktionskrav.

Tidsfaktoren og dermed prioritering af produktion og andre opgaver ses således som barrierer for lægernes deltagelse i genoplivningskurserne. Flere af de interviewede læger fremhæver vigtigheden af, at kurserne lægges ind i den daglige arbejdsplan og foreslår, at der med fordel kunne være automatisk tilmelding i stedet for, at man som nu selv skal tilmelde sig kurserne. ”*Jamen det [den organisatoriske planlægning] betyder da alt. Altså hvis vores skemalægger han har... hvis han sætter os på en dag til at skulle på hjertestopskursus, så tager vi da på det. Så det betyder da meget*” (F). Lægernes daglige arbejdsplanlægning ses altså at spille en stor rolle, hvilket et svensk studie også viser (Nogueira dos Santos, Eriksson 2014). Ifølge studiet er lægers skemaplanlægning en kompleks proces, der kræver tidsmæssig koordinering af både patienter, læger, andet sundhedspersonale samt lokaler og udstyr. Planlægningen er bl.a. påvirket af patienternes efterspørgsel efter ydelser, organisatoriske mål og krav samt lægernes personlige præferencer og kompetencer. Desuden stilles minimumskrav om antallet af læger på afdelingen (Ibid.). Der er således mange komponenter, der skal gå op i en højere enhed, hvilket ofte fører til uoverensstemmelse mellem efterspørgsel og kapacitet i form af lægeressourcer. Studiet viser yderligere, at læger ofte tildeles flere forskellige opgaver samtidig, og at det i disse tilfælde er op til den enkelte læges vurdering, hvilke opgaver der prioriteres. Alt dette påvirker prioriteringen af opgaver, og nedprioritering af de samme typer opgaver ses ofte at akkumulere over tid (Ibid.).

På baggrund af ovenstående fund tyder det på, at genoplivningskurserne ofte risikerer at blive nedprioriteret enten i den oprindelige skemaplanlægning pga. minimumskrav til ressourcer og produktion på afdelingen eller i den daglige planlægning, hvor lægerne kan være nødsaget til at prioritere mellem flere opgaver. Som en af lægerne udtrykker det: ”*...en læge er fra dag et i studiet flasket op med, at du skal prioritere dine opgaver, fordi du vil altid som læge være mødt af ti ting samtidig (...) du får måske ti opgaver præsenteret inden for relativ kort tidsramme, og så skal du prioritere de her opgaver. Og det gør du ud fra vigtighedsgraden, kan man sige*” (E). Lægernes prioritering er altså påvirket af, hvilke opgaver de finder vigtigst her og nu. Som nævnt er det på AUH op til lægerne selv at tilmelde sig kurserne på de planlagte kursusdage, hvilket på nogle afdelinger foregår ved, at skemaplanlæggeren automatisk lægger det ind i arbejdsplanen, mens tilmeldingen på andre afdelinger er op til den enkelte læge. Især den sidstnævnte metode kan tænkes at give udfordringer, idet tilmeldingen er baseret på den enkelte læges planlægning og motivation for kurset, hvilket som vist i analysen af forrige tema kan variere meget. En af lægerne, der ikke har deltaget på kurset i mange år, udtrykker det således: ”*Og så får vi jo de der mails engang imellem, at det er tid til, at vi skal genopfriske (...) Men øh, når man så har slettet den tilstrækkelig mange gange, så har man jo*

glemt det, ik'. Og så får man jo ikke gjort noget ved det" (D). Det viser, hvordan kurset hurtigt kan blive nedprioriteret af den enkelte læge, hvis det ikke ligger som en fast del af arbejdsplanen.

Modsat ovenstående foregår det på den medicinske afdeling med høj deltagelse sådan, at kurserne betragtes som en skal-opgave og lægges ind i arbejdsplanen på lige fod med andre opgaver. Ifølge ledelsen er det vigtigt at skabe nogle rammer for, at man kan gå fra afdelingen. *"Det kan jo ikke hjælpe, at man beder folk både om at passe et fuldt ambulatorium og så gå til hjertelungeredningskursus. Det hænger jo ikke sammen. Så man er nødt til at skabe de rammer, så det er muligt at komme af sted"* (A). Denne holdning fra ledelsens side skinner igennem i medarbejdernes oplevelse af den organisatoriske planlægning. *"Jeg har ikke oplevet, at det er et problem. Jeg tror, altså folk de får fri til det. Jeg har aldrig oplevet en situation, hvor det var et problem. På en eller anden måde har det løst sig"* (B). Afdelingen er altså et eksempel på, at det kan være en fordel at lægge kurserne automatisk ind i lægernes arbejdsplan. Noget andet, der synes at have betydning på denne afdeling, er ledelsens holdning og kulturen på afdelingen, hvilket leder frem til det næste tema.

5.3.3. Ledelsens rolle

Dette tema vedkommer den ledelsesmæssige indflydelse på lægernes deltagelse, herunder ledelsens ansvar og prioritering samt betydningen af kulturen på afdelingen, hvilket i høj grad hænger sammen med ledelsens rolle. Temaet omfatter således de to undertemaer; *ansvar og prioritering* samt *kultur og ledelse*.

Da ledelsesfeltet er særdeles stort (Rennison 2014), vil der i det følgende fokuseres på udvalgte perspektiver på ledelse, og omdrejningspunktet for den anvendte teori er funktionsperspektivet og institutionsperspektivet. *Funktionsperspektivet* omhandler ledelsens funktioner, som normalt klassificeres i to grundlæggende funktioner, henholdsvis management og leadership. På trods af deres modsætningsforhold ses de to ofte som integrerede og forbundne, idet ledelsesrollen ud fra dette perspektiv består af flere delroller (Ibid.). *Institutionsperspektivet* flytter fokus til en mere kultur- og værdibaseret ledelse, hvilket udtrykkes i følgende citat af Gareth Morgan: *"Lederskab vil mere og mere blive et spørgsmål om evnen til at mobilisere folks indsats og loyalitet ved at skabe fælles værdier og fælles forståelsesrammer"* (Ibid.). De to perspektiver på ledelse findes relevante i forhold til undersøgelsens fund og vil indgå i den følgende analyse og fortolkning.

5.3.3.1. Ansvar og prioritering

Undersøgelsens fund viser, at afdelingsledelsens ansvar og prioritering er en væsentlig faktor for, hvordan den enkelte læge opfatter og prioriterer genoplivningskurserne. Som nævnt er det ifølge uddannelsesplanen på AUH den enkelte afdelingsledelses ansvar, at alle lægerne på afdelingen kommer på kursus (Højbjerg 2016a). Blandt flere af lægerne er der dog uklarhed omkring dette, og ikke alle er klar over, at kurserne er obligatoriske. ”Jeg har ikke troet, at det var nødvendigt. Det skal jeg være helt ærlig og sige. Jeg ved ikke, hvordan det... hvordan man ser på det på vores afdeling” (F). Lægerne forventer en tydelig udmelding fra ledelsen omkring deres holdning og forventninger til lægerne i forhold kurserne. ”Jeg mener helt klart, at det må være en ledelsesopgave at få meldt ud, at det forventer man (...) Jeg tror da ikke, de prioriterer det. Fordi så havde de da sørget for, at vi kom på kursus (...) Og man kan sige, at... altså hvis afdelingsledelsen sagde til afsnitsledelserne, at det var noget, man ville have. At det ville man have. Så ville afsnitsledelserne jo også sige til os, at det var noget, vi skulle tage (...) hvis de virkelig meldte ud, at det skulle vi, så ville vi selvfølgelig gøre det, det er klart” (D). Dette er i tråd med tanken om management, som bygger på antagelsen om, at mennesker har brug for retningsanvisning, styring og et puf, hvis de skal handle (Pink 2015, s. 102, Rennison 2014). Lægerne opfatter altså ledelsens manglende effektivering af krav om deltagelse som manglende prioritering og som en slags stiltiende accept, hvilket medfører, at nogle læger ikke selv prioriterer kurset. Som det fremgik af temaet om motivation, er piskeriet en nødvendig styring, som lægerne har brug for som supplement til guleroden.

Ovenstående er et eksempel på manglende eller uklar administrativ ledelse. Denne ledelsesform omfatter at lede organisationen i bestemte retninger ud fra regelsæt og fastsatte procedurer, hvilket kommer til udtryk gennem instrukser og ordrer, der skal sikre udførelse af aktiviteter og opnåelse af mål (Wadel 2000). Den manglende udmelding fra ledelsen kan altså resultere i lægernes manglende deltagelse i kurserne og deraf manglende opfyldelse af hospitalets overordnede mål i forhold til personalets genoplivningskompetencer. På trods af lægernes behov for en tydelig udmelding og pisk fra ledelsen, er dette ikke altid tilfældet. ”Min egen holdning, uh det har jeg, det har jeg jo ikke nogen holdning til, fordi i virkeligheden er det jo ikke mig, der bestemmer det. Det er jo et system, der bestemmer, at det er vigtigt, de får kurset (...) Jamen vores opgave er jo så vidt muligt at sikre, at de her læger de kommer på de her supplerende kurser (...) øh får mulighed for at komme på det. Det er svært at tvinge dem frem. Ja. Det er nok det, der er en konstatering” (E). Der ses en vis ansvarsfralæggelse fra ledelsens side, og citatet er et udtryk for, at ansvaret ligger hos systemet, idet beslutningen stammer oppefra. Som vist i motivationstemaet bunder det desuden i en opfattelse af,

at det ikke hjælper noget at påføre lægerne en ydre motivation i form af tvang, men at det handler om den enkelte læges motivation. ”Men det her, se det her handler jo ikke om, hvorvidt jeg synes, at det er vigtigt. Det handler i virkeligheden om, hvad den enkelte medarbejder synes er vigtigt. For jeg kan sagtens sige, at det er vigtigt, og jeg kan også sagtens få folk til at gøre det ved at tvinge dem. Og det er jo lidt det, der sker, hvis ikke du kan finde motivation, så er du nødt til at tvinge folk til noget (...) Det er jo en del af en ledelsesopgave, det er at motivere. Men det er ikke min opgave at motivere et hjertestopskursus. Det skal dem, der mener, at det er nødvendigt, at man har sådan et kursus” (E). Citatet er udtryk for modstridende holdninger, idet det anses som en ledelsesopgave at motivere, men der foreligger alligevel en ansvarsfralæggelse i at motivere det konkrete kursus.

Det at motivere sine medarbejdere er et andet vigtigt aspekt ved ledelsens rolle og hører under den mere pædagogiske ledelsesstil (Wadel 2000), der kan sidestilles med leadership. Denne ledelsesform indebærer et relationelt perspektiv, hvor læring kræver opbygning af tillid og respekt og forudsætter et dialogbaseret forhold med udveksling og samarbejde (Rennison 2014, Wadel 2000). Følgende citat eksemplificerer, hvordan afdelingsledelsen til møder med center- og hospitalsledelse gerne vil have indflydelse på dagsordenen og prioritere tiden på de for afdelingen vigtige opgaver frem for at skulle forklare, hvorfor afdelingen ikke lever op til diverse krav. ”Så derfor er det selvfølgelig også en motivation, at man tænker, at jamen det er jo rigtigt, afdelingsledelsen de skal jo ikke bruge tid på at forsvare sig, eller forklare, komme med dumme undskyldninger over, hvorfor man ikke har gjort dit og dat. Fordi så får man jo brugt tiden på det forkerte. Når nu man så har mulighed for at mødes med dem, der skal hjælpe en med at komme i mål med et eller andet, man vil i afdelingen. Det forstår personalet sådan set udmærket godt” (A). Dette er et udtryk for en pædagogisk ledelsesstil, hvor dialog, samarbejde og udveksling mellem medarbejdere og ledelse udtrykkes ved en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt, hvilket skaber motivation hos medarbejderne med henblik på opnåelse af fælles mål.

Ovenstående er også et udtryk for en ledelsesmæssig holdning til at løse skal-opgaver, hvilket i høj grad er påvirket af ledelsens ansvar og prioritering. ”Så hvad der skal til? Jamen det kommer an på, hvad det er for et niveau, man arbejder på. Fordi... hvis man tænker, man skal gøre noget ved de ledende overlæger (griner), så er det vel dem, man skal have en snak om, hvordan de forvalter skal-opgaver, og hvad der kan være af barrierer for, at det er svært at nå i mål med skal-opgaver” (A). Heraf fremgår, at afdelingsledelserne kan have forskellige indstillinger til, hvordan man forvalter skal-opgaver, og at ledelsens holdning har betydning for, om disse opgaver prioriteres. Men som

citatet også indikerer, kan der være forskellige barrierer for, at man på nogle afdelinger har svært ved at nå i mål med skal-opgaver, hvilket stemmer overens med fundene i forhold til organisatorisk indflydelse, hvor høje produktionskrav og tidspres ses som barrierer for prioritering.

Kvalitetsstyring er i dag i langt højere grad blevet en ledelsesopgave, end det tidligere har været på hospitalerne. Dermed er der også kommet et større ledelsespres for at løse ”skal-opgaver”, som den enkelte medarbejder og leder i varierende grad kan se meningsfuldheden af (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen 2015). På afdelingsniveau giver lederne udtryk for, at de gerne vil tage ansvar for kvalitetsudviklingen. Men samtidig oplever de, at det lokale ledelsesrum er begrænset (Ibid.). Dette er bl.a. tilfældet, når afdelingerne skal leve op til kvalitetsmål og iværksætte monitorering af disse. En af lægerne sætter spørgsmålstegn ved, om det overhovedet bør være op til den enkelte afdelingsledelse at have ansvar for lægernes deltagelse. *”Og så synes jeg egentlig, at hvis det er et krav, at vi skal hvert andet år, så synes jeg bare, det skulle foregå fuldstændig automatisk. Altså hvorfor så lade det være den enkelte afdelingsledelse, der skal styre det? Det synes jeg ikke”* (C). Hospitals- og afdelingsledelser giver dog udtryk for, at en risiko ved udmøntning af kvalitetsstyringen er, at ledelsesrollen lokalt på hospitalerne reduceres til primært at være et implementerende led (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen 2015). Ovenstående analyse lægger op til, at man på hospitalsniveau bør overveje, hvilken rolle afdelingsledelsen skal have i forhold til forvaltning af skal-opgaver, da der ses at kunne opstå konflikter mellem forskellige skal-opgaver og øvrige produktionskrav og kvalitetsmål. Denne diskussion vil tages op i det sidste tema omkring systemets rolle.

Som overskriften antyder, er det både ledelsens ansvar og prioritering, der har indflydelse på lægernes deltagelse *”Så det vil altid være en prioritering, altså... Min opgave er altid at prioritere. Jeg prioriterer hver eneste dag, hver eneste time næsten. Hvad er det vigtigste lige nu. Hvad er det, vi gør. Altså hvad gør vi nu. Vi har fire patienter, der er kun plads til at operere tre. Vi har tre ting, vi gerne vil sende medarbejdere på, vi kan kun sende dem på de to. Osv. osv. osv. Det er mit job hele tiden at prioritere, altså hvad synes jeg, er det vigtigste i det her. Det er min personlige vurdering, der gør det”* (E). Heraf tydeliggøres dilemmaet i at skulle sende medarbejdere ud af afdelingen. Uanset hvilken organisatorisk prioritering, der er tale om på afdelingen, vil ledelsen altid have en stor rolle i dette, og deres personlige vurdering og prioritering kan dermed være afgørende i den konkrete situation. Dette afspejles også i, hvordan afdelingens læger oplever det. *”Hvis ikke man kunne få lov at komme på det, så vil det selvfølgelig betyde noget, så vil folk jo nok ikke komme på det i samme omfang. Så selvfølgelig har det en betydning, hvordan de [ledelsen] prioriterer det”* (B).

5.3.3.2. Kultur og ledelse

Undersøgelsens fund viser, at kulturen på den enkelte afdeling er en vigtig faktor for, hvordan lægerne opfatter genoplivningskurserne, og hvordan man taler om og prioriterer opgaver på afdelingen. Kulturbegrebet kan udfoldes på mange måder, men et af de klassiske bidrag stammer fra Edgar Schein, som har haft stor indflydelse på nutidens kulturforståelse (Schultz 2014). Undersøgelsen viser, at kulturen i høj grad er påvirket af den ledelsesmæssige holdning på afdelingen. Dette stemmer overens med Scheins udgangspunkt om, at alle organisationer udvikler en kultur, og at en af de vigtigste ledelsesopgaver er at skabe, lede og undertiden endog nedbryde kultur, uanset om lederen er sig det bevidst eller ej (Schein 1994, s. 13, Schultz 2014). Dette eksemplificeres ved følgende: *"...det er selvfølgelig den kultur, man prøver på at give afdelingen, og de værdier som man udtrykker. Det er jo ikke kun over for hjertelungeredningskurset, det er jo generelt over for dels håndtering af skal-opgaver, men dels også loyalitet over for de arbejdsplaner, der er lagt, og de forventninger man har til, at man varetager de funktioner, man er sat til"* (A). Dette tydeliggør en stor bevidsthed om ledelsens rolle som kulturskaber og -bærer, hvilket er vigtigt, idet en ubevidst kulturskabelse kan lede organisationen i en helt anden retning end den, ledelsen ønsker (Gundelach, Sandager 1993, s. 159-161). Af citatet ses, at kulturen både kan være et udtryk for grundlæggende værdier samt forventninger og holdninger til, hvordan man håndterer opgaver på afdelingen.

Ifølge Schein eksisterer kulturen på tre forskellige niveauer i en organisation; artefakter, skueværdier og grundlæggende antagelser (Schein 1994, s. 24-34). *Artefakter* er gruppens synlige adfærd og de organisatoriske strukturer og processer (Ibid.), som fx udtrykkes gennem afdelingernes fysiske rammer og måden at organisere sig på. *Skueværdier* er gruppens synlige begrundelser, herunder strategier, mål, normer og regler, som er bestemmende for dagligdagens handleprincipper, ud fra hvilke gruppens individer styrer deres adfærd (Ibid.). De *grundlæggende antagelser* er ubevidste fælles opfattelser, som ofte er implicite og tages for givet i gruppens kultur (Ibid.). Scheins kulturforståelse kan anvendes til at forstå, hvilken rolle ledelsen har for den enkelte afdelings kultur og dermed dens handleprincipper og indflydelse på lægernes adfærd. Ifølge Schein er ledelse den oprindelige kilde til de opfattelser og værdier, som sætter en gruppe i bevægelse (Ibid.). Lederens opfattelser vil i starten være en fremherskende skueværdi i gruppen og kan påvirke gruppen i en bestemt retning, hvorefter den med tiden kan transformeres til en fælles værdi og til sidst blive en fælles grundlæggende antagelse (Ibid.). Denne transformationsproces kommer til udtryk i undersøgelsens fund, idet afdelingsledelsens værdier afspejles i adfærds-kulturen på afdelingen og dermed kan betragtes som en grundlæggende antagelse. *"Her [på afdelingen] er vi ligesom enige om, at det, der*

står på arbejdsplanen, det er det, man foretager sig. Så det gælder også, hvad man har af andre ting, som ikke lige er, som ikke er ude i klinikken. Og så har vi vel også den holdning, at der er nogle skal-ting, og det gider vi ikke at bruge så meget krudt på at diskutere, det skal vi bare have gjort, og så videre” (A). Blandt afdelingens læger ses den samme indstilling. Der er en accept af og forventning om at følge arbejdsplanen, og det tages som en selvfølge, at alle har været på genoplivningskursus. *”...jeg har ikke oplevet, at jeg er blevet nægtet det, så jeg tror ikke, der er på den måde modstand. Det er nok en accept af, at det skal man, når man er der”* (B). *”Men jeg kan jo ikke sige, om det er fordi, at kurset rent faktisk så også hjælper til det. Det er svært at sige, for alle har jo været på kurset”* (B). Ovenstående viser, at ledelsens holdning og værdier har stor betydning for den fremherskende kultur og de grundlæggende værdier og antagelser på afdelingen. Dette kan tolkes som værende et udtryk for en værdibaseret ledelse, der bl.a. er kendetegnet ved en gensidig forventning om, at den enkelte medarbejder vil agere ud fra det fælles værdigrundlag, og at den enkelte har en personlig ansvarsfølelse i relation hertil (Hildebrandt 2000).

Modsat ses den ledelsesmæssige holdning også at kunne have en negativ indvirkning på arbejdsmiljøet og kulturen på afdelingen. *”Ja det gør det da, det [ledelsens holdning] smitter da af på arbejdsmiljø (...) Fordi man kan sige, at hvis afdelingens holdning er, at det er noget pjat. Så er det jo sådan som læge, at hvis du gerne vil have en stilling der i fremtiden og sådan noget, så skal man jo ikke ligesom være den, der gør sig upopulær. Og skal være den, der kræver, at jeg vil faktisk på det her kursus. Fordi så kommer man jo ligesom i... hvad hedder sådan noget... dårligt et eller andet... Ja altså, så det kunne jeg se som et problem (...) Fordi problemet er, at måske lægerne ikke tør sige, at de gerne vil på det”* (C). Ledelsens holdning ses heraf at kunne være en direkte hæmmende faktor for lægernes adfærd og deltagelse i genoplivningskurset, hvilket i høj grad fordrer en bevidst kulturskabelse hos ledelsen. Dette kan lederen med fordel gøre gennem sine handlinger, da lederens adfærd er et overordentligt stærkt middel til at påvirke kulturen i den ønskede retning (Gundelach, Sandager 1993, s. 167-170). Det ses tydeligt eksemplificeret i følgende citat: *”Ah, men det tænker jeg jo er et fuldstændig forkert signal at sende som ledende overlæge. Altså man er selv nødt til at gå forrest. Det er jo vanskeligt at sige, at andre skal af sted, hvis ikke man selv tager af sted. Jeg synes, man mister troværdighed, og man mister kraft i ens argumenter for at sende andre af sted. Så det kan jeg slet ikke forstå. Det synes jeg er at spille sig et godt argument af hænde”* (A). Heraf ses en ledelse, der lægger stor værdi i at gå forrest som rollemodel og signalere med sine handlinger, hvad der er vigtigt i organisationen og på afdelingen. Det viser en ledelsesform, hvor kulturen benyttes som styringsredskab, samtidig med at lederen er med til at skabe kulturen (Ibid.). Dette ses at

være i stor kontrast med den anden i undersøgelsen udtrykte ledelsesform, hvor lederen ikke anser egne holdninger og adfærd som vigtig for lægernes adfærd men i stedet lægger vægt på den enkelte medarbejders motivation for at handle, som beskrevet i motivationstemaet. Dette er mere i tråd med den traditionelle lederrolle, hvor lederen i højere grad har fokus på konkret problemløsning og ikke blander sig i medarbejdernes arbejde men holder sig 'til sagen' (Ibid.).

Af undersøgelsen ses det, at kulturen forekommer at være meget differentieret på de forskellige afdelinger, hvilket er kendetegnende for sundhedsvæsenet, hvor der eksempelvis kan være stor forskel på opfattelsen af lægerollen på medicinske og kirurgiske afdelinger (Høyer, Vallgård & Krasnik 2010). Det kan give sig til udslag i lægernes holdninger til genoplivningskurser. *"Den anden ting, så tror jeg... så kan det jo måske også være et holdningsspørgsmål hos overlæger, der måske ikke synes, det er relevant, at det er ikke dem, der bliver kaldt til et hjertestop, eller hvad man kunne forestille sig af forskellige undskyldninger"* (A). Dette bekræftes i et studie, som netop finder holdningsmæssige forskelle mellem medicinske læger, kirurger og anæstesiologer i forhold til genoplivning (Krajina et al. 2015). Især blandt speciallæger kan der være en holdning om, at undervisning i genoplivning er overflødigt, fordi de tror, de allerede kan det (Albinus 2004), hvilket bekræftes i følgende citater: *"Det er fordi, man synes, man kan det. Man er bare 'the shit' (griner)"* (F). *"Mens heroppe hos os, alle de her anæstesilæger, vi tror, vi kan ik', så behøver vi ikke. Tror du ikke, det er sådan noget? Det kunne jeg da godt forestille mig (...) Jamen det kan jeg da, det kan jeg da heller ikke selv sige mig fri for, at det har jeg lært engang, og det... så derfor kan jeg det stadigvæk (...) Altså inde i min selvbevidsthed der føler jeg mig rustet til at varetage et hjertestop. Men det er jo ikke sikkert, det er rigtigt. Der er jo en grund til, at man skal på kursus hvert andet år, kan man sige"* (D). Af det sidste citat ses, at nogle læger har en selvopfattelse, som gør, at de ikke føler behov for at træne genoplivning, men at selvopfattelsen ikke nødvendigvis hænger sammen med deres reelle kompetenceniveau og behov for træning. Dette fordrer en mere eksplicit samtalekultur, hvor man italesætter afdelingens værdier og handler herudfra (Hildebrandt 2000). Følgende citat er et udtryk for manglende dialog omkring genoplivningskurserne, hvilket kan være medvirkende til, at nogle læger ikke kommer på kursus. *"Så jeg tror, det er kultur... det burde jo være en kultur, at det er noget, man skal... Jamen vi snakker ikke særligt meget om det (...) Det er jo der, kulturen er, kan man sige. At vi burde jo snakke lidt om det, så vi fik det gjort"* (D).

Ovenstående analyse af ledelsens rolle viser, at lægernes deltagelse i genoplivningskurser både kan være påvirket direkte af ledelsens holdning og adfærd samt af kulturen og holdningen på afdelingen.

5.3.4. Systemets rolle

Temaet omhandler systemets rolle i organisationen, og hvordan det kan være en faktor for lægernes deltagelse på genoplivningskurser. Med systemet henvises til den øverste ledelse, dvs. hospitalsledelsen og centerledelsen, da dette er et udtryk, der ses brugt af lægerne i undersøgelsens empiri.

Det danske sundhedsvæsen er i høj grad påvirket oppefra af bl.a. love og retningslinjer, tilsyn, overvågning, akkreditering samt politisk indflydelse og deraf politisk pres i form af målsætninger og krav (Vallgård 2010, Høyer, Vallgård & Krasnik 2010). Dette indgår i lægernes bevidsthed om, hvordan og af hvem de bliver styret. ”*Alle er jo styret af politikere i sundhedsvæsenet. Og så har politikerne tildelt os nogle rammer, nogle ressourcer og nogle fysiske rammer osv., som vi så kan arbejde ud fra. Og så stiller de nogle mål for os (...) Jamen i bund og grund er politikerne lige glade med, om vi er gået til hjertestopskursus eller ej. Det er ikke afgørende for en politiker. Det er jo noget, vi selv finder på. Det er det. Det er jeg nødt til at sige. Det er jo noget, vi i vores eget system finder på, det er jo ikke noget politisk krav, at vi skal gå til hjertestopsundervisning*” (E). Ifølge citatet er de overordnede rammer og mål politisk styret, men vejen dertil er besluttet inden for hospitalets eget system. Deraf ligger et stort ansvar hos den øverste ledelse i systemet i forhold til, hvordan man på hospitalet ønsker at leve op til de politiske mål. Systemet har dermed en vigtig rolle i forhold til afdelingsledelserne, som skal medvirke til opfyldelse og effektivering af disse mål.

Blandt afdelingsledelserne ses imidlertid forskellige opfattelser af systemets rolle. ”... *det er jo stadigvæk en skal-ting. Så det... det er jo noget, som der er nogen over os, der har besluttet. Og det kan vi jo ikke anfægte. Det er i hvert fald ikke den rigtige måde at anfægte det, ved at lade være med at dukke op*” (A). Dette viser loyalitet og respekt over for beslutninger, som er taget længere oppe i systemet, og en indstilling om, at skal-opgaver bør udføres. Modsat ses hos nogle afdelingsledelser en opfattelse af systemet som alt-bestemmende, hvilket kan føre til ansvarsfralæggelse hos den enkelte ledelse. ”...*det har jeg jo ikke nogen holdning til, fordi i virkeligheden er det jo ikke mig, der bestemmer det. Det er jo et system, der bestemmer, at det er vigtigt, de får kurset. Så det har jeg principielt ikke, altså jeg kan jo godt have en personlig holdning, men den er jo ikke afgørende her, for nu har man en gang besluttet, at det skal man*” (E). Citaterne kan ses som udtryk for, at der på de enkelte afdelinger er forskellige ledelsesmæssige opfattelser af systemets rolle og egen rolle i organisationen. Dette fordrer, at man fra systemets side er tydelig i udmeldinger og forventninger til afdelingsledelserne om, hvordan man eksempelvis håndterer skal-opgaver som deltagelse i genoplivningskurser.

De forskellige opfattelser blandt afdelingsledelserne kan resultere i manglende effektivering af systemets krav. Flere læger efterspørger, at organisationen skal gøre noget mere og monitorere og følge op på kravene. *”Hvis man som organisation mener, at det er vigtigt, at vi har det kursus... så skal man mere end at sende en mail (...) Jamen så skal der være en eller anden, der holder øje med det, og som kommer og prikker os på skulderen og siger, at nu må vi altså se at komme i gang”* (D). På baggrund af analysen om motivation kan citatet ses som udtryk for manglende pisk og kontrol og en efterspørgsel efter ydre motivering fra systemets side. Det er systemets ansvar at italesætte og monitorere genoplivningskurset som skal-opgave over for afdelingsledelserne, hvilket som metode ses at virke på andre områder. *”Ja, nu synes jeg, at det (?) sådan, på det her sygehus, at hvis der er noget, der vedvarende bliver italesat fra ledelsens side, centerledelse og hospitalsledelse, som en skal-opgave, og at der... man vedvarende som afdelingsledelse bliver holdt fast på, at det er noget, man skal, og der bliver monitoreret osv. Så... så er det da en metode, der har vist sig at virke på forhold, så det kunne den da også godt gøre her”* (A). Dette lægger op til, at systemet i højere grad bør være tydelig over for afdelingsledelserne omkring dets forventninger om at leve op til krav, og det fordrer, at systemet i en eller anden grad monitorerer dette.

I undersøgelsen påpeger flere af lægerne, at udstilling af afdelingens manglende målopfyldelse kan være en effektiv konsekvens, hvis man ikke lever op til systemets krav om personalets vedligeholdelse af genoplivningstræning. *”Der kan da bare blive offentliggjort sådan en oversigt over det ene og det andet (...) Jeg kunne da forestille mig, at hver enkelt afdeling de... de vil jo gerne have et godt billede udadtil. Altså de konkurrerer da på så mange andre områder...”* (C). *”Hvis det er på hospitalsniveau, man arbejder med, jamen så... så har man jo set, som jeg sagde tidligere, i andre sammenhænge, at det med at blive udstillet og hele tiden skulle forklare, hvorfor man ikke lever op til mål, det rykker”* (A). Som antydning under temaet om ledelsens rolle er dette dog ikke entydigt en god metode, da afdelingsledelserne kan komme i modstridende konflikt mellem at skulle opfylde forskellige skal-opgaver og samtidig leve op til produktionskrav og diverse kvalitetsmål. Overordnet systemplanlægning i sundhedsvæsenet er i de seneste år fundet mindre egnet som middel til styring, men inden for kvalitetssikring ses derimod ofte en centraliseret styring og dermed minimering af det lokale ansvar og råderum (Høyer, Vallgård & Krasnik 2010), hvilket som nævnt kan ende med at reducere afdelingsledelsen til et implementerende led (Holm-Petersen, Wadmann & Andersen 2015). Forskellige styringsmetoder står dermed i kontrast til hinanden og kan i en vis forstand underminere hinanden, fx aktivitetsbaseret finansiering kontra den brede rammelovgivning, som lægger op til selvstændig lægelig forvaltning og frihed (Høyer, Vallgård & Krasnik

2010). En væsentlig pointe er derfor, at styring aldrig er entydig, og ethvert tiltag kan forventes at have utilsigtede konsekvenser (Ibid.). At benytte udstilling af afdelingerne som metode til at få ledelsen til at leve op til krav ses ligeledes at kunne have nogle utilsigtede virkninger. *”Jeg er kritisk over for, at det overhovedet er nødvendigt. Det synes jeg er problematisk. Men når det så er nødvendigt, så synes jeg ikke nødvendigvis, det er en god metode, fordi den... den virker ikke reelt motiverende på afdelingsledelserne, det tror jeg simpelthen ikke på. Jeg tror, den virker udmattende, udtrættende og på sigt desillusionerende (...) Det er i hvert fald de færreste, der kan holde til det i længden, kan man sige (...) hvis man hele tiden skal forsøge at forklare og forsvare, hvorfor man ikke lever op til en eller anden af de ting, som man skal”* (A). Citatet indikerer, at den optimale metode i virkeligheden er at motivere afdelingsledelserne til at effektuere krav om skal-opgaver, og at udstilling og andre konsekvenser for ledelsen bør være sekundære valg af styringsmetoder.

På baggrund af ovenstående diskussion ses, at systemet bør tydeliggøre krav og forventninger til afdelingsledelserne om, hvordan de skal forvalte skal-opgaver som fx effektivering af krav i forhold til genoplivningskurser. Hvis systemet vil have afdelingsledelserne til at prioritere opgaven, må man dog gøre sig bevidst, at dette kan komme i konflikt med andre krav til afdelingerne, og man bør tage stilling til, hvilket styringsredskab man vil benytte, og i hvilken grad systemet skal monitorere afdelingerne.

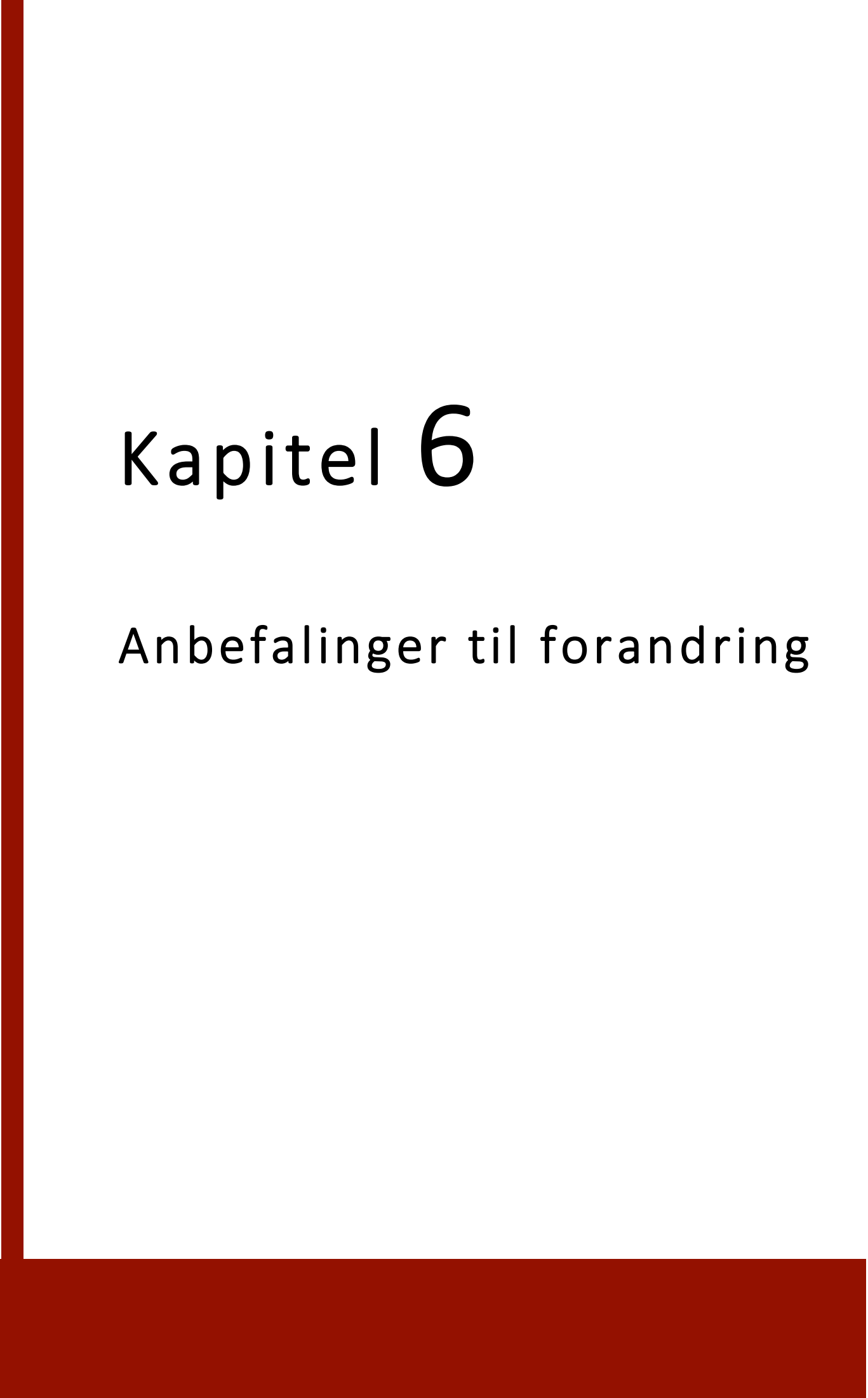
Dette lægger op til, at systemet må gøre sig klart, hvilken ledelsesstil man ønsker på hospitalet, eller i dette tilfælde i forhold til kvalitetssikringstiltag. Ønsker man en centraliseret styring med top-down ledelse, hvor lederen udfærdiger og effektuerer ordrer, hvilket kan være med til at sikre ensartethed og neutralitet (Wadel 2000) men også risikere at føre til udbrændthed og lavere medarbejder-tilfredshed (Pink 2015, s. 104-106)? Eller ønsker man en mere decentral selvstyring med større autonomi hos den enkelte afdelingsledelse og deraf større motivation og arbejdsglæde samt mere fleksibilitet og innovation (Wadel 2000, Ibid.) men med risiko for større differentiering mellem de enkelte afdelinger og i nogle tilfælde manglende målopfyldelse? For at fungere hensigtsmæssigt som organisation er det ofte nødvendigt at finde frem til en fornuftig balance mellem disse to ledelsesformer (Wadel 2000), og som ovenfor nævnt er det vigtigt at være sig bevidst, at enhver styringsform både vil have nogle tilsigtede og utilsigtede konsekvenser. I denne undersøgelse fremsætter en af lægerne dog en væsentlig pointe, nemlig at det vil være hensigtsmæssigt, hvis man som system og hospital er enige om, hvordan man gør. *”Den anden ting er, at det er jo også hensigtsmæssigt, at man er enige om, at sådan gør vi på det her hospital. For vi gør jo på det her hospital ikke, som*

man gør på andre hospitaler. Og det kan man jo ikke vide, hvis man kommer udefra...” (A). Dette lægger op til en mere værdibaseret ledelsesform, som kan bidrage til at skabe klarhed og give et fælles grundlag for at løse forskellige problemer og udfordringer relateret til kvalitetssikring og samarbejde på tværs af systemets niveauer (Wadel 2000). Uanset hvilken styringsform og ledelsesstil man som system vælger, er det vigtigt at skabe et forum for dialog omkring det (Ibid.), så man kan sætte rammen for nogle fælles målsætninger og værdier på hospitalet og på den måde forsøge at skabe konsensus ned gennem systemet.

5.4. Opsummering af problembearbejdning

På baggrund af analysen og fortolkningen ses, at prioritering er en gennemgående faktor, der på alle fire niveauer har betydning for lægernes deltagelse i genoplivningskurser. Den enkelte læges prioritering hænger sammen med motivation og en oplevelse af kurset som meningsfuldt og relevant. Dette ses i høj grad påvirket af de øvre niveauer i form af tid og planlægning på afdelingen samt ledelsens rolle og påvirkning fra afdelingskulturen. Prioritering på afdelingen hænger sammen med at få den daglige planlægning til at gå op, hvilket bl.a. er påvirket af forskellige krav om målopfyldelse, kulturen på afdelingen samt ledelsens prioritering. Afdelingsledelsens prioritering er både påvirket af personlige værdier og ledelsesstil såvel som oppefra af krav fra systemet. Den øverste ledelse på hospitalet er ligeledes påvirket oppefra gennem politisk styring, og systemets prioritering kan siges at udmøntes og afspejles ned gennem de forskellige niveauer på hospitalet.

De fire temaer eller niveauer er således sammenflettet på kryds og tværs, og beslutninger og prioriteringer på et enkelt niveau kan påvirke de øvrige niveauer. På baggrund af specialets undersøgelse ses dermed, at en kompleks sammensætning af faktorer har indflydelse på lægernes deltagelse i genoplivningskurser, og at disse på forskellig vis kan fremme eller hæmme deltagelsen. Dette tydeliggør et stort forandringspotentiale på en række områder, hvilket leder frem til det følgende kapitel.

A thick red vertical line runs down the left side of the page, starting from the top and ending at a solid red horizontal bar that spans the width of the page at the bottom.

Kapitel 6

Anbefalinger til forandring

6. anbefalinger til forandring

På baggrund af interviewundersøgelsens fund fremsættes i dette kapitel en række konkrete forandringsforslag, som vurderes at kunne bidrage til at øge lægers deltagelse på genoplivningskurser. Anbefalingerne er tiltænkt og målrettet Aarhus Universitetshospital, da dette ligger til grund for undersøgelsen samt indhentningen af empiri. Dog vurderes anbefalingerne i nogen grad at kunne finde anvendelse på øvrige hospitaler, hvilket kan ses uddybet i afsnit 7.2.3.2.

Anbefalingerne er vejledende og tiltænkt at inspirere til diskussion og overvejelse hos relevante aktører på hospitalet, dette værende kvalitetsafdeling, uddannelsesansvarlige, hjertestopkoordinator, genoplivningsinstruktører, hospitals- og afdelingsledelse med flere. Det bør understreges, at der i anbefalingerne ikke er taget højde for faktorer som økonomi, tid og ressourcer forbundet med eventuel implementering.

De følgende anbefalinger til forandring tager udgangspunkt i de fire niveauer, som i undersøgelsen er fundet betydningsfulde i forhold til at påvirke lægernes deltagelse på genoplivningskurserne: Det individuelle niveau, afdelingsniveauet, afdelingsledelsesniveauet og det overordnede systemniveau.

Udgangspunktet for anbefalingerne er, at afdelingsledelserne som nu fortsætter med at have det formelle ansvar for lægernes deltagelse på afdelingen.

6.1. Motivation af den enkelte læge

Undersøgelsen viser, at motivation af den enkelte er vigtig for, at lægerne kan se en mening med kurserne og derfor vil prioritere dem. Det er vigtigt både at fremme den indre motivation ved at tydeliggøre kursernes formål og baggrund, herunder evidensgrundlaget, men også at fremme den ydre motivation i form af ”pisk” og kontrol, da dette ligeledes kan føre til øget deltagelse. Grundlæggende vurderes det som vigtigt, at alle læger i en eller anden grad er på løbende genoplivningskurser for at opretholde et vist bundniveau af kompetencer blandt hospitalets læger. På baggrund af undersøgelsen anbefales det dog at overveje en yderligere graduering af kursernes indhold og hyppighed i relation til lægernes behov og kurserne relevans.

Følgende anbefalinger anses som et ledelsesansvar at tage stilling til samt udføre og er derfor henvendt til afdelings-, center- og hospitalsledelse. Anbefalingerne vil derfor fremgå i en lignende form på de to ledelsesniveauer.

På det individuelle niveau opstilles følgende anbefalinger:

- Tydeliggørelse af kursenes formål og AUH’s målsætning med kurserne
- Formidling af kursernes evidensgrundlag, herunder:
 - Vigtigheden af de første minutters genoplivning
 - Evidensen bag vedligeholdelsestræning
 - Kursernes forventede effekt for genoplivning i praksis
- Graduering af kursernes hyppighed og indhold med henblik på større målrettethed, herunder:
 - ”High frequency, low dose” træning for læger, der sjældent står med hjertestop, fx selvinstruktion med kompressionstræning som supplement til instruktørledte kurser
 - Yderligere målretning af kurserne i forhold til de enkelte afdelingers behov
 - Specifikt anbefales det at overveje, om deltagelse på lægeambulancekursus bør accepteres som kompetencegivende på AUH. Hvis ikke, anbefales det, at det avancerede kursus for anæstesen, derunder læger på hjertestopholdet, i højere grad målrettes deres behov

6.2. Optimering af afdelingens organisatoriske planlægning

Ifølge undersøgelsens fund har den organisatoriske planlægning på afdelingen stor betydning for, om lægerne har mulighed for at deltage i genoplivningskurserne. Faktorer, der især ses at have indflydelse herpå, er tidspres, hvorvidt andre opgaver såsom produktion prioriteres højere, hvorvidt man selv skal tilmelde sig kurserne, eller om dette foregår automatisk, samt om kurserne prioriteres og lægges ind i lægernes arbejdsplan. Samlet ses det have afgørende betydning for lægernes deltagelse, om der på afdelingen skabes tid og rammer til at tage på kursus, og om det dermed er muligt for den enkelte læge at prioritere det.

På afdelingsniveau opstilles følgende anbefalinger:

- At skabe tid og rammer til at lægerne kan tage på kursus, herunder:
 - Kurserne bør lægges ind i lægernes arbejdsplan
 - Lægerne bør være fri af andre opgaver imens, såsom at have vagttelefonen
- Tilmelding til kurserne kan med fordel foregå mere automatisk
- Kurserne bør prioriteres på lige fod med afdelingens øvrige opgaver såsom operationer og ambulatoriekonsultationer. Dette anses som et ledelsesansvar
- Kurserne bør betragtes som en skal-opgave, idet der er obligatorisk deltagelse

6.3. Afdelingsledelsens ansvar og betydning

Undersøgelsen viser, at afdelingsledelsen har en vigtig rolle i forhold til lægernes deltagelse i genoplivningskurser. Foruden det formelle ansvar har ledelsen en stor betydning både i forhold til afdelingens organisering, herunder rammer og prioritering, samt motivering af og kontrol med afdelingens læger. Derudover viser undersøgelsen, at kulturen på afdelingen kan påvirke lægernes deltagelse i begge retninger, og at afdelingsledelsen har en vigtig rolle i forhold til at skabe og præge kulturen gennem egne værdier, holdninger og adfærd.

På afdelingsledelsesniveau opstilles følgende anbefalinger:

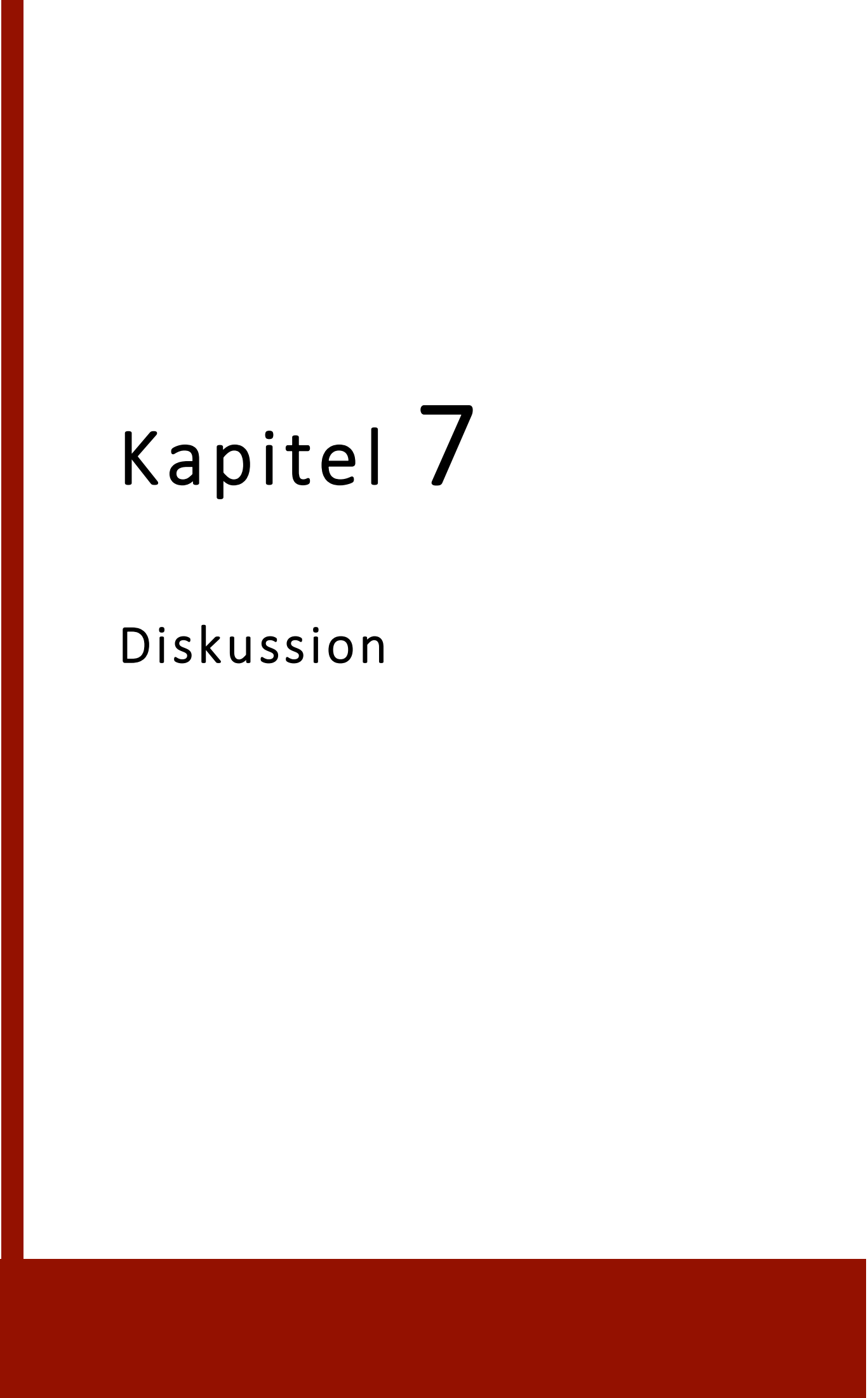
- Melde tydeligt ud til afdelingen, at kurset er obligatorisk, og at ledelsen forventer deltagelse
- Motivere kurset for afdelingens læger, herunder:
 - Formidling af kursernes formål og evidensgrundlag
- Kontrollere og effektuere lægernes deltagelse i højere grad
- Ledelsen har et ansvar i forhold til, hvordan der prioriteres på afdelingen, jf. anbefalingerne på afdelingsniveau
- Øge bevidstheden omkring ledelsens indvirkning på kulturen gennem holdninger og adfærd, herunder:
 - Gå forrest og vise et godt eksempel ved selv at deltage i kurserne
 - Italesætte kurserne på afdelingen

6.4. Det overordnede ledelsesansvar

Ifølge undersøgelsens fund er de første tre niveauer i sidste ende påvirket af systemet i form af organisationens øverste ledelse, dvs. hospitalsledelse og centerledelse. Disse har stor indflydelse på, hvilken retning man ønsker at styre hospitalet, og hvordan afdelingsledelserne forvalter deres ansvar på de enkelte afdelinger. Der ligger således et overordnet ledelsesansvar i at beslutte, hvilken ledelsesstil man ønsker på hospitalet, og at melde dette tydeligt ud til afdelingsledelserne. Uanset om man vælger en overvejende centraliseret styring med top-down ledelse, en mere decentral styring med større autonomi og råderum til afdelingerne eller en ledelsesstil herimellem, bør man gøre sig klart, at enhver styringsform både har tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, også i henhold til genoplivningskurserne. Følgende anbefalinger er alle relateret til lægernes deltagelse i genoplivningskurser, selvom dette ikke nævnes eksplicit i hver enkelt anbefaling.

På systemniveau opstilles følgende anbefalinger:

- Opstille fælles målsætninger for genoplivningskurserne på AUH
 - Skabe et forum for dialog om dette og derved forsøge at skabe et fælles værdigrundlag omkring kurserne
- Overveje en yderligere graduering af kursernes hyppighed og indhold med henblik på større målrettethed, jf. anbefalingerne på individniveau
- Tage stilling til hvorvidt og i hvilket omfang afdelingsledelserne skal effektuere kravet om lægernes deltagelse eller have frit råderum til selv at beslutte, hvordan de forvalter dette
- Italesætte krav og forventninger til afdelingsledelserne
- Motivere afdelingsledelserne til opfyldelse af krav
- Monitorere afdelingsledelsernes ansvar
- Benytte 'udstilling' eller anden konsekvens over for afdelingsledelserne i tilfælde af manglende opfyldelse af krav. Dette anbefales kun som en sidste løsning

A thick red vertical line runs down the left side of the page, and a thick red horizontal bar runs across the bottom, forming an L-shape.

Kapitel 7

Diskussion

7. Diskussion

Følgende diskuteres først specialets metoder og dernæst resultater.

7.1. Diskussion af metode

I det følgende diskuteres specialets metoder, herunder den indledende systematiske litteratursøgning og den kvalitative interviewundersøgelse.

7.1.1. Diskussion af litteratursøgningen

Den systematiske litteratursøgning og de deraf fundne studier, som indgår i den indledende problemanalyse, er påvirket af en række metodiske valg. I det følgende gennemgås og diskuteres forskellige aspekter af litteratursøgningsprocessen med udgangspunkt i metodeafsnittets opbygning, og til sidst gives en samlet vurdering af litteratursøgningen.

7.1.1.1. Søgestrategi

De to systematiske søgninger har begge taget udgangspunkt i en eksplicit søgeprotokol, hvilket er med til at skabe gennemskelighed i søgeprocessen og øge søgningens reproducerbarhed (Stenbæk, Jensen 2007). Søgningerne er foretaget af undersøgeren selv og bygger dermed på et forudgående kendskab til emne og søgeord på basis af den indledende baggrundssøgning og undersøgerens viden om problemfeltet. For at opnå sparring om søgestrategien er denne drøftet med vejleder samt en bibliotekar fra Aalborg Universitetsbibliotek, hvilket vurderes at højne kvaliteten af litteratursøgningen.

Søgefacetter og søgetermer

De to søgningers opbygning omkring søgefacetter har taget udgangspunkt i en afvejning mellem *præcision* og *genfinding*. Præcision angiver andelen af fundne relevante referencer i en søgning, mens genfinding angiver forholdet mellem de fundne relevante referencer og det totale antal relevante referencer i en database (Buus et al. 2008). Søgningerne er hovedsageligt baseret på kontrollerede emneord, hvilket er med til at øge præcisionen og dermed antal relevante referencer i søgeresultatet (Ibid.). Af samme årsag er det i søgning 1 valgt at anvende limit 10 år samt den boolske operator NOT for at præcisere søgningen. Det kan diskuteres, hvorvidt enkelte af søgefacetterne indeholder for mange begreber med betydningsmæssig forskel, eksempelvis søgefacetten i søgning 2 omkring samarbejde, der dækker emner som lederskab, kommunikation, teamwork m.m. Det kan tænkes, at disse ved at blive opdelt i forskellige søgninger kunne resultere i mere specifikke fund.

Dog vurderes det, at den omfattende og tidskrævende proces, det ville medføre, ikke ville stå mål med det eventuelle udbytte. I stedet er søgetermerne bevidst samlet under én facet og kombineret med OR for at udvide søgningens bredde. Det resulterer i en mere upræcis søgning med flere søgehits men er samtidig med til at sikre en højere genfinding (Ibid.). Det er i flere supplerende søgninger forsøgt at indsnævre og præcisere søgning 2 med det resultat, at relevante artikler forsvandt. Derfor vurderes det hensigtsmæssigt at have prioriteret en højere genfinding i denne søgning. Som supplement til de systematiske søgninger er til sidst udført en række udforskende søgninger med forskellige variationer i søgefacetter og emneord, som ikke har resulteret i yderligere relevante studier, hvilket indikerer, at søgningerne har været dækkende.

Valg af databaser

De tre databaser er valgt ud fra deres bredde og relevans inden for sundhedsvidenskabelig litteratur og findes derfor relevante for problemstillingen og søgningens formål. De fleste tidsskrifter herunder er desuden underlagt peer review, hvilket er et kvalitetsstempel for de indeholdte studier (Hørmann 2011). Det kan diskuteres, hvorvidt flere databaser evt. kunne resultere i flere relevante referencer og dermed påvirke søgningernes resultat. Dog har der i både søgning 1 og 2 været et stort overlap mellem udvalgte relevante referencer i databaserne, og et stort antal dubletter er således frasorteret i udvælgelsesprocessen. Cochrane har i ingen af søgningerne bidraget med nye relevante referencer, som ikke allerede var identificeret i PubMed. I søgning 2 var 21 af de 38 primært udvalgte referencer i Cinahl gengangere i PubMed. Dette tyder på, at databaserne har været forholdsvis dækkende, idet mange af de samme relevante referencer er dukket op i alle tre. Da søgningerne har resulteret i henholdsvis 16 og 21 endeligt udvalgte artikler, heraf flere reviews, kan der argumenteres for, at en yderligere tilføjelse af enkelte artikler fra andre databaser ikke ville have stor betydning for det samlede resultat.

Kædesøgning

Som supplement til de to bloksøgninger er de relevante fund løbende brugt som udgangspunkt for kædesøgning. Denne søgestrategi kan medvirke til at øge søgningens genfinding (Buus et al. 2008). Gennem kædesøgning blev tilføjet henholdsvis en og to referencer til de to systematiske søgninger, hvilket taget det samlede antal fund i betragtning må anses som et lille supplement. Derudover viste kædesøgningen i høj grad tilbage til allerede identificerede artikler, hvilket tyder på, at søgningen i sin helhed må anses at være udtømmende (Jørgensen, Christensen & Kampmann 2011, s. 104-105).

7.1.1.2. Udvalgelse af litteratur

Forud for søgningerne blev fastsat en række inklusions- og eksklusionskriterier, hvilket kan bidrage til et mere præcist søgeresultat, idet flere af kriterierne dermed er indbygget i selve søgestrategien (Stenbæk, Jensen 2007).

I søgning 1 er studier med medicinstuderende ekskluderet, da de ikke findes sammenlignelige med målgruppen, færdiguddannede læger. Studier omkring såkaldte 'residents', læger der er i gang med deres specialuddannelse, blev derimod inkluderet. Det kan diskuteres, hvorvidt disse er sammenlignelige med målgruppen, idet definitionen af residents kan tænkes at variere i forskellige lande. Ved gennemlæsning af disse artikler er det dog vurderet, at de i hovedtræk er sammenlignelige og derfor relevante at inkludere.

I søgning 2 er studier omhandlende såkaldte 'rapid response teams' og 'medical emergency teams' ekskluderet, da deres funktion dækker mange forskellige akutte situationer og ikke kun hjertestop. De vurderes derfor ikke at være sammenlignelige med deciderede hjertestophold. Dog kan det diskuteres, om studierne kunne have bidraget med relevante vinkler på samarbejde, kommunikation, lederskab m.m., som kunne være overførbare til en genoplivningssituation. At studierne blev ekskluderet vurderes dog samlet at have øget resultaternes validitet, da fokus er fastholdt på hjertestop og genoplivning på hospital.

I udvælgelsen har der været fokus på at finde studier, som er sammenlignelige med danske forhold, hvorfor studier fra ikke-vestlige lande er ekskluderet. Dette for at sikre overførbarheden til undersøgelsens problemstilling. Kriteriet kan dog have medført, at eventuel relevant litteratur er frasortet. Samtidig kan det diskuteres, hvorvidt alle de inkluderede studier reelt er sammenlignelige med danske forhold, da det kan være meget svært at gennemskue de forskellige landes sundhedssystem, fx i forhold til lægernes uddannelse og hospitalernes kvalitetsniveau. Ved gennemlæsning af de endeligt udvalgte studier er det dog forsøgt at vurdere dette og kun inkludere studier fra hospitaler, der synes at have et acceptabelt niveau, såsom store universitetshospitaler. Flere danske eller skandinaviske studier havde dog været at foretrække for at øge overførbarheden.

Da litteraturudvælgelsen er foretaget af undersøgeren selv, er dette foregået med samme stringens i alle søgninger og udvælgelsesfaser. Undsøgerens sygeplejefaglige baggrund og kendskab til problemfelt og fagtermer anses desuden at øge validiteten af selve udvælgelsen, da det i højere grad har været muligt at skelne mellem relevante og irrelevante referencer.

7.1.1.3. Vurdering af litteratur

De endelige referencer er udvalgt og vurderet med afsæt i evidensstypologien, der som nævnt tager afsæt i studiernes relevans og anvendelighed i forhold til problemstillingen (Rieper, Hansen 2007, s. 78-82). Der kan dermed sættes spørgsmålstejn ved de enkelte studiers evidensniveau, da der ikke er taget udgangspunkt i evidenshierarkiet, og da de ikke enkeltvis er gennemgået og vurderet på baggrund af internationalt anerkendte tjeklister. Dette kan ses at mindske validiteten af problemanalysens resultater. Dog anses evidensniveauet ikke som relevant til kvalitetsvurdering for undersøgelsens problemstilling, da der ikke kun er foretrukket randomiserede kontrollerede studier men også kvalitative studier. Da litteratursøgningen ikke har haft til hensigt at udgøre et egentligt litteraturreview, vurderes det at være tilstrækkeligt at tage afsæt i evidensstypologien.

7.1.1.4. Samlet vurdering af litteratursøgningen

På baggrund af ovenstående diskussion vurderes den systematiske litteratursøgning og dens resultater ud fra de tre kvalitetskriterier; validitet, reproducerbarhed og overførbarehed.

Validitet

Det vurderes, at den systematiske litteratursøgning i kombination med de gennemførte kædesøgninger har været tilstrækkeligt udtømmende og har identificeret relevant litteratur, hvorfor litteratursøgningen overordnet kan betegnes som valid. På baggrund af ovenstående afsnit om vurdering af litteratur kan evidensgrundlaget bag de inkluderede studier dog diskuteres, hvilket kan have mindsket validiteten af problemanalysens resultater. Dog er der i høj grad taget udgangspunkt i udgivelser fra ERC, der som nævnt er baseret på omfattende systematiske litteraturstudier (Hazinski et al. 2015), hvilket vurderes at øge resultaternes validitet.

Reproducerbarhed

I kraft af litteratursøgningens systematiske fremgangsmåde og søgeprotokollens detaljerede beskrivelse og dokumentation vurderes søgningerne at have høj reproducerbarhed (Stenbæk, Jensen 2007, Buus et al. 2008). De gennemførte kædesøgninger er i mindre grad reproducerbare, men dette er sjældent opnåeligt pga. karakteren og den store kompleksitet af disse (Buus et al. 2008). Udvælgelsesprocessen vil altid være forbundet med nogen usikkerhed, grundet subjektive vurderinger, men de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier er dog med til at imødegå dette. Den samlede reproducerbarhed af både søgninger og udvælgelse vurderes derfor at være høj.

Overførbarhed

Grundet ovenstående diskussion om de inkluderede studiers sammenlignelighed til danske forhold kan det være svært endeligt at fastslå overførbarheden af problemanalysens resultater til den aktuelle problemstilling på AUH. Uddannelse i genoplivning er stadig et forholdsvist nyt felt inden for forskningen, og studier på området er meget heterogene i design, hvilket gør det svært at sammenligne på tværs af lande og sygehuse (Greif et al. 2015, Bhanji et al. 2015). Det vurderes dog på baggrund af analysens resultater og ovennævnte validitet, at der er tilstrækkelig overførbarhed til, at det blev fundet relevant at gå videre med den kvalitative undersøgelse.

Samlet vurderes den systematiske litteratursøgning at have tjent sit formål om at belyse og dokumentere eksisterende viden i forhold til de fokuserede søgespørgsmål, og søgningen vurderes således at have dannet et solidt og velargumenteret grundlag for specialets videre undersøgelse og problembearbejdning.

7.1.2. Diskussion af interviewundersøgelsen

I det følgende diskuteres først den overordnede videnskabsteoretiske tilgangs rolle i undersøgelsen og dernæst centrale elementer i den kvalitative interviewundersøgelse. Kvaliteten af undersøgelsen og dens resultater diskuteres i afsnit 7.2.

7.1.2.1. Den fænomenologisk-hermeneutiske tilgang

De to videnskabsteoretiske tilgange har haft hver deres vigtige rolle i interviewundersøgelsen. Den fænomenologiske tilgang er fortrinsvis vægtet i selve interviewsituationerne, ved transskriptionen og i dele af analysen, primært ved eksplicitering af meningsenheder. Fænomenologien har derved bidraget til at opretholde en åbenhed over for lægernes oplevelser og erfaringer i forhold til genoplivningskurserne, hvorved det er søgt 'at komme til sagen selv' (Norlyk, Martinsen 2008, Zahavi 2007). Den hermeneutiske tilgang har haft indflydelse i flere dele af interviewundersøgelsen med henblik på at opnå en mere fyldestgørende forståelse (Ricoeur, Hermansen & Rendtorff 2002, s. 14), fx ved udarbejdelsen af de to interviewguides og løbende tilretning heraf i takt med, at ny forståelse er opnået. Tilgangen har desuden været særligt dominerende i analysen, hvor den spiller en central rolle i fortolkningsprocessen. Kombinationen af den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang vurderes at have bidraget til en åben beskrivelse og forståelse af lægernes oplevelser samt gennem fortolkningen muliggjort en mere dybdegående forståelse heraf.

7.1.2.2. Informanter

Rekrutteringen af informanter kan diskuteres, idet den har været under indflydelse af forskellige kontakter på AUH. Udvælgelsen er dermed påvirket af, hvem de enkelte kontakter har kunnet sætte interviewer i forbindelse med, og deres subjektive vurdering af og viden om lægerne kan derfor ikke udelukkes at have spillet en rolle. Dog har det af praktiske årsager været en stor fordel, da de har skaffet direkte kontakt eller kontaktoplysninger på en række mulige informanter, hvorved rekrutteringen er forløbet hurtigere og mere gnidningsfrit. Dette til trods har undersøgeren af flere omgange måttet sende rykkere ud og kontakte nye læger, da de først kontaktede ikke har svaret. Samlet vurderes det derfor, at rekrutteringen i højere grad er lykkedes pga. kontakterne, og at disse har muliggjort flere interviews til undersøgelsen.

Et væsentligt aspekt ved informanterne er, om de samlet giver mulighed for at opnå et nuanceret billede af problemstillingen. Da læger bredt set repræsenterer en meget stor og mangfoldig gruppe bestående af forskellige aldersgrupper, specialer, anciennitetsniveauer m.m., kan der være stor forskel på, hvordan de oplever den aktuelle problemstilling omkring genoplivningskurser. Som nævnt er det så vidt muligt forsøgt at interviewe to læger fra hver afdeling for både at få afdelingens og ledelsens perspektiv og kunne holde disse op imod hinanden. Det er dog kun lykkedes på en enkelt afdeling, hvormed det ikke har været muligt at opnå denne nuancering på de øvrige afdelinger. Et enkelt interview med en ledende overlæge blev aflyst i sidste øjeblik, og det kan derfor anfægtes, at der kun er to ledende overlæger blandt informanterne, og at et tredje perspektiv kunne have bidraget med andre vinkler. Til gengæld har de to meget forskellige holdninger til problemstillingen, hvorved de bidrager med forskellige ledelsesmæssige aspekter. De seks informanter udgør til sammen en varieret gruppe bestående af forskellige typer afdelinger med høj, middel og lav deltagelse, forskellige anciennitetsniveauer og stillinger. Samlet vurderes det derfor, at informanterne giver rig mulighed for at opnå et nuanceret billede af og en dybere forståelse for problemstillingen.

7.1.2.3. Iscenesættelse og samtale

Interviewundersøgelsen er foregået som enkeltinterviews, hvilket vurderes at have haft en positiv virkning på informanternes åbenhed og lyst til at fortælle oprigtigt om deres oplevelser og holdninger. Dette bekræftes fx ved, at en af lægerne forud for interviewet udtaler, at det er godt, det foregår anonymt, for det kunne godt vise sig at blive pinligt. At afholde enkeltinterviews har desuden givet større fleksibilitet i forhold til, hvor og hvornår den enkelte læge havde tid til interviewet, hvilket var af stor betydning for rekrutteringen.

Som nævnt blev fire af interviewene afholdt på hospitalet, mens to blev afholdt som telefoninterviews. Et face-to-face interview kan via den sociale kontekst give et større samspil mellem interviewer og informant, og stemme, ansigts- og kropudtryk kan bidrage til en rigere adgang til informantens meninger (Kvale, Brinkmann 2009, s. 148-149), hvilket ikke er muligt ved et telefoninterview. Denne forskel kan have givet sig til udtryk, idet de to telefoninterviews i højere grad fulgte interviewguiden, og der opstod flere afventende pauser med stilhed, mens de øvrige interviews var mere frie af interviewguiden og præget af større fleksibilitet og ”ping-pong” i samtalen. Det kan derfor diskuteres, om de to interviewformer har haft betydning for den fremkomne empiri, eller om forskellene blot skyldes informanternes personlige karakteristik. Det vurderes dog ikke at være af afgørende betydning, og det må samlet vægtes højere, at de to interviews har bidraget med nye vigtige perspektiver og holdninger til problemstillingen.

Interviewene kan som nævnt betegnes som en form for eliteinterviews, særligt de to interviews med ledende overlæger. I denne type interviews kan det almindelige asymmetriske magtforhold mellem interviewer og informant i højere grad udlignes (Kvale, Brinkmann 2009, s. 167). Samtidig anses det i den sammenhæng som en fordel, at undersøgeren som interviewer har en sundhedsfaglig baggrund, hvilket kan give en vis symmetri i interviewrelationen og derved åbne op for en interessant og mere ligeværdig samtale (Ibid.).

7.1.2.4. Interviewguides

Et væsentligt aspekt af interviewsamtalerne er anvendelsen af de to interviewguides. Som beskrevet tager disse udgangspunkt i den daværende forforståelse og er bygget op omkring forudbestemte temaer såsom motivation og ledelse. Dette har som naturlig følge haft indvirkning på, hvordan interviewene er forløbet, og hvad samtalerne har kredset om. Det kan deraf diskuteres, om den hermeneutiske tilgang og forforståelsen har haft for stor indflydelse i den tidlige del af undersøgelsen. De fremkomne temaer i den kritiske fortolkning kan således være påvirket allerede gennem anvendelsen af interviewguides, og disse kan have medført mindre åbenhed over for lægernes egne perspektiver og dermed have begrænset den fænomenologiske udforskning af problemstillingen. Det er dog forsøgt at imødegå dette gennem den semistrukturerede interviewform og ved at stille åbne spørgsmål og følge op på nyfremkomne perspektiver i samtalen. Desuden er der i hele undersøgelsen forsøgt at skabe åbenhed omkring kombinationen af den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang og være eksplicit omkring disses betydning.

7.1.2.5. Transskription

Interviewene er som beskrevet transskriberet ud fra transskriptionskonventioner og med en høj detaljeringsgrad for at sikre en så ensartet og pålidelig fortolkning af interviewsamtalerne som muligt og for at øge processens transparens. Ved den mindste tvivl om hvad der bliver sagt, er ordet anført som (?) for at mindske fortolkningen. Det er således forsøgt at gengive interviewsamtalerne så præcist som muligt for at sikre loyalitet over for informanternes beskrivelser og vægte den fænomenologiske tilgang i transskriptionsfasen.

7.1.2.6. Analyse og fortolkning

Ved at anvende Ricoeurs tænkning i analyse- og fortolkningsprocessen har det givet mulighed for at opnå en dybere forståelse af problemstillingen. Kombinationen af den fænomenologiske og hermeneutiske tankegang hos Ricoeur har gjort det muligt både at åbne op for lægernes specifikke fænomenologiske beskrivelser i form af meningsenheder samt gennem den hermeneutiske fortolkning at opnå en mere almengyldig og dybere forståelse. Analyse- og fortolkningsstrategien har således stor betydning for undersøgelsens resultater og deres overførbarehed, hvilket vil blive uddybet i den følgende diskussion.

7.2. Diskussion af resultater

Da interviewundersøgelsens fund løbende er diskuteret i den kritiske analyse og fortolkning med inddragelse af teorier og litteratur, vil den følgende diskussion i stedet fokusere på kvaliteten af specialets undersøgelse og resultater. Dette vil tage udgangspunkt i kvalitetskriterierne refleksivitet, relevans og validitet, som ifølge Malterud er grundlagsbetingelser for videnskabelig kundskab (Malterud 2011, s. 15-25).

7.2.1. Refleksivitet

Refleksivitet handler om forskerens forudsætninger og tolkningsramme og er en aktiv holdning, der forudsætter en kritisk tilgang over for egne fremgangsmåder og konklusioner (Malterud 2011, s. 18-20, 37-47). Som forsker skal man være i stand til at udnytte metapositioner, som gør det muligt at se på undersøgelsen med friske øjne undervejs (Ibid.). Dette er gjort ved at springe frem og tilbage i processen, hvilket har medført en vis afstandtagen og gjort det muligt at vende tilbage til undersøgelsens enkeltdelen med et klarere blik. Desuden har vejleder løbende bidraget med sit perspektiv og kritiske spørgsmål, hvilket er med til at etablere metapositioner og identificere blinde vinkler (Ibid.) og dermed øge undersøgerens egen refleksivitet og kritiske tilgang undervejs.

Refleksivitet indebærer en åbenhed gennem undersøgelsen, og at forskeren erkender og overvejer betydningen af sit eget udgangspunkt, sin forforståelse og rolle i forskningsprocessen (Malterud 2011, s. 18-20, 37-47). Undersøgerens forforståelse og dens betydning for specifikke valg og fremgangsmåder er derfor tydeliggjort undervejs. Ligeledes er den videnskabsteoretiske tilgang og anvendelsen af henholdsvis fænomenologi og hermeneutik ekspliciteret, bl.a. gennem erkendelse og tydeliggørelse af hvornår der beskrives og tolkes (Ibid.). Det er forsøgt at sikre en åbenhed i undersøgelsen ved detaljeret at redegøre for undersøgelsens metoder, herunder eksplicitere valg og fravalg samt kritisk diskutere metoderne. Dette er med til at øge undersøgelsens intersubjektivitet og skabe transparens i processen, hvorved læseren kan få indsigt i de forudsætninger, kundskaben er udviklet under (Ibid.).

På baggrund af ovenstående vurderes det, at specialets undersøgelse er foretaget med en høj grad af refleksivitet undervejs i processen.

7.2.2. Relevans

Et af kravene til videnskabelig kundskab er, at det på en eller anden måde tilfører noget nyt til den eksisterende viden, og relevans handler derfor om, hvad den udviklede kundskab kan bruges til (Malterud 2011, s. 20-21).

Specialets systematiske litteratursøgning er med til at påvise, at den konkrete problemstilling omkring lægernes manglende deltagelse ved genoplivningskurser umiddelbart fremstår som et felt, der ikke tidligere er undersøgt og dækket af eksisterende litteratur på området. Dette er med til at øge relevansen, da undersøgelsen tilfører noget nyt til den eksisterende viden og derfor må anses at være relevant i en større sammenhæng end blot for AUH. Dette uddybes i henhold til undersøgelsens eksterne validitet, afsnit 7.2.3.2.

Relevans er også et væsentligt kriterium i forhold til undersøgelsens pragmatiske validitet, der omhandler undersøgelsens gyldighed i relation til resultaternes praksisanvendelighed (Malterud 2011, s. 187). Specialet tager udgangspunkt i en praksisnær problemstilling, og undersøgelsen har derfor grundlæggende et anvendelsesorienteret sigte, hvorfor den kan siges at have stor relevans for den aktuelle praksiskontakt, i dette tilfælde AUH. Den pragmatiske erkendelsesinteresse tilskynder til forandring (Kvale, Brinkmann 2015, s. 329), hvilket netop er et af kernepunkterne i denne undersøgelse. Det kan dog diskuteres, om de anbefalede forandringsforslag i højere grad burde være konkretiseret, og om der burde være større fokus på implementering af anbefalingerne, hvilket kunne

øge den pragmatiske validitet. Det ville dog forudsætte en større undersøgelse med et andet sigte samt et tættere praksissamarbejde, hvis implementering skulle indgå som en del af undersøgelsen.

På baggrund af ovenstående diskussion vurderes det overordnet, at undersøgelsen har høj relevans for både AUH som konkret praksiskontakt samt bredere set, idet undersøgelsen er med til at tilføre ny kundskab til den eksisterende viden.

7.2.3. Validitet

Validitet handler om at stille spørgsmål til kundskabens gyldighed, herunder hvad undersøgelsen er gyldig om og under hvilke betingelser (Malterud 2011, s. 21-23, 181). Spørgsmålet om validitet omhandler både den interne og eksterne validitet, som diskuteres i de følgende afsnit.

7.2.3.1. Intern validitet

Den interne validitet omhandler undersøgelsens gyldighed i forhold til det, den har til hensigt at sige noget om (Malterud 2011, s. 21-22, 181-189). Intern validitet hænger derfor nøje sammen med relevans, da det er vigtigt i hele forskningsprocessen at overveje, hvorvidt forskellige valg er relevante for at opnå gyldige besvarelser på det ønskede, og dermed hvordan valg i forskningsprocessen kan have påvirket resultaterne og den fremkomne kundskab (Ibid.). Overvejelser over forskellige valg i forskningsprocessen er til dels diskuteret i det foregående afsnit om diskussion af interviewundersøgelsen, hvorfor der i det følgende kun fokuseres på specifikke dele af undersøgelsen med særlig betydning for validitet.

Et væsentligt aspekt i forhold til undersøgelsens interne validitet er udvalget af informanter. Antallet er ikke så vigtigt i en kvalitativ undersøgelse, derimod er det vigtigt, at udvalget danner grundlag for at besvare undersøgelsens spørgsmål (Kvale, Brinkmann 2009, s. 133-134). Som det fremgår af diskussionen i afsnit 7.1.2.2., vurderes det, at informanterne overordnet udgør et nuanceret udvalg af læger, hvorved de kan siges at danne et validt grundlag for undersøgelsens empiri i henhold til problemstillingen.

I relation til valget af enkeltinterviews som interviewform kan det diskuteres, hvorvidt fokusgruppeinterviews havde udgjort et relevant alternativ. Et argument for fokusgrupper er, at deltagerne i interviewet kan blive inspireret af hinanden, hvilket kan bringe flere nuancer frem i henhold til de diskuterede emner (Schmidt, Dyhr 2011). Dog har fokusgrupper ofte som formål at undersøge synspunkter og holdninger gennem diskussion (Schmidt, Dyhr 2011), hvilket stemmer dårligt

overens med specialets formål om at undersøge lægernes personlige oplevelser og holdninger. Det kan således tænkes, at fokusgruppeinterviews ville udgøre en barriere i forhold til lægernes åbenhed og ærlighed, hvilket som nævnt er opnået gennem enkeltinterviews.

Feltobservation kunne ligeledes udgøre en supplerende metode til udforskning af lægernes livsverden (Malterud 2011, s. 67), i dette tilfælde deres oplevelse af genoplivningskurser. Observation er som nævnt benyttet i den helt indledende fase af specialeprocessen, dette dog kun med formålet at opnå kendskab til det udforskede felt. Som decideret forskningsmetode vurderes observation ikke at være relevant for denne undersøgelse, idet observation på genoplivningskurserne ville medføre en skævvridning i forhold til at få indsigt i både de hæmmende og fremmende faktorer for lægernes deltagelse. Gennem interviews har det modsat været muligt også at komme i kontakt med nogle af de læger, der ikke har været på kursus, hvilket i højere grad matcher undersøgelsens problemformulering og formål. På baggrund af ovenstående vurderes det derfor, at undersøgelsens valg af metode stemmer godt overens med formålet, hvilket er med til at styrke den interne validitet.

I henhold til de to interviewguides kan det diskuteres, om spørgsmålene i tilstrækkelig grad er relevante, åbne og dækkende i forhold til udforskning af problemstillingen, og om de dermed har lagt op til gyldige og ærlige besvarelser. Som diskuteret i afsnit 7.1.2.4. har den hermeneutiske tilgang og for forståelsen haft indflydelse herpå, men bevidstheden om dette kan netop være med til at sikre, at spørgsmålene er relevante og dækkende på baggrund af den forudgående problemanalyse. Inddragelse af åbne spørgsmål undervejs har desuden givet mulighed for, at informanterne kunne bringe eventuelt oversete relevante emner på banen. For at øge validiteten er de to interviewguides drøftet med tre eksterne kontakter på AUH forud for interviewene, dette for at øge deres målrettethed mod lægerne og skærpe formuleringen af interviewspørgsmålene. På ovenstående baggrund vurderes de to interviewguides at have givet mulighed for gyldige og relevante besvarelser i relation til undersøgelsens formål og problemstilling.

Transskriptionen er som nævnt foretaget med en høj detaljeringsgrad for at sikre transparens og pålidelighed i forhold til de oprindelige interviewsamtaler samt mindske graden af tolkning i transformationsprocessen. Derfor vurderes transskriptionerne at bidrage til en øget intern validitet, idet de så vidt muligt gengiver gyldige versioner af interviewene og dermed danner et validt grundlag for den videre analyse og fortolkning.

Valget af analysestrategi har indflydelse på, hvilken kundskab der produceres og dermed på undersøgelsens resultater og validitet (Brinkmann, Tanggaard 2010, s. 46). Det er derfor relevant at diskutere, hvorvidt valget af Ricoeurs tænkning er velegnet til analyse og fortolkning, og hvordan denne tilgang har påvirket undersøgelsens resultater. Der vil altid være et subjektivt element i fortolkningsprocessen, hvilket bl.a. er påvirket gennem den teori og litteratur, der inddrages. Ifølge Ricoeur er nogle fortolkninger dog mere sandsynlige end andre, og det er derfor vigtigt at arbejde ud fra gyldiggørelsens logik (Ricoeur 1979, s. 197-203). Det er således forsøgt gennem fortolkningsprocessen at argumentere for og imod fortolkningerne og på den måde kritisk reflektere over fortolkningens sandsynlighed og gyldighed. For yderligere at gyldiggøre fortolkningen har specialets vejleder i strukturanalysen udledt betydningsenheder og temaer for et af interviewene, hvorefter disse er sammenholdt med undersøgerens analyse, og fortolkningerne er fundet sammenlignelige. Dette er et eksempel på konsensus som gyldighedskriterium og er med til at validere analysens gyldighed (Malterud 2011, s. 183-184). Ricoeurs tænkning i analysen og fortolkningen vurderes samlet at have medvirket til opfyldelse af undersøgelsens formål og dermed bidraget til at øge undersøgelsens interne validitet og gyldiggørelse af resultaterne.

Det sidste punkt, der er relevant at diskutere i relation til den interne validitet, er præsentation og formidling af resultater. Al kundskab har begrænset gyldighed, hvis ikke den deles med andre, og forskerens evne til at kommunikere og formidle påvirker således kundskabens gyldighed, hvilket betegnes som kommunikativ validitet (Malterud 2011, s. 185-186). For at imødekomme dette har vejleder løbende givet feedback på præsentationen og tydeliggjort eventuelle uklarheder ved forståelsen, hvorved den kommunikative validitet er øget. I forlængelse heraf er det væsentligt, at undersøgelsen med sit formål og ønske om at være anvendelsesorienteret bliver kommunikeret og formidlet på flere fronter, også i forhold til praksis, for at øge den pragmatiske validitet (Malterud 2011, s. 187). På baggrund af undersøgerens kontakt til AUH, herunder specifikke personer med relevans for genoplivningskurserne, er der sikret en direkte forbindelse i forhold til videreformidling af undersøgelsen og dens resultater. Da undersøgelsen lægger op til forandring, er den pragmatiske validitet dog til dels stadig uafklaret, idet det ikke på forhånd vides, hvorvidt og i hvilket omfang AUH eller andre hospitaler vil implementere specialets anbefalinger. På baggrund af ovenstående diskussion og vurdering af den interne validitet, vurderes det dog, at undersøgelsen har været i stand til at give gyldige og relevante svar på problemstillingens spørgsmål, hvilket danner et godt og validt grundlag for, at undersøgelsens resultater kan tages i anvendelse.

7.2.3.2. *Ekstern validitet*

For at kunne tale om videnskabelig kundskab, stilles der krav til, at fundene i en vis grad kan overføres til andre sammenhænge end den konkrete undersøgelse (Malterud 2011, s. 22-23), hvilket betegnes som den eksterne validitet. I kvalitative undersøgelser er overførbarehed ofte knyttet til målgruppen samt på hvilken måde, resultaterne er relevante for og kan bidrage i en lignende problemstilling i en anden sammenhæng (Ibid.). For at vurdere undersøgelsens eksterne validitet er det derfor relevant at diskutere, hvorvidt undersøgelsens resultater kan overføres til andre målgrupper og kontekster.

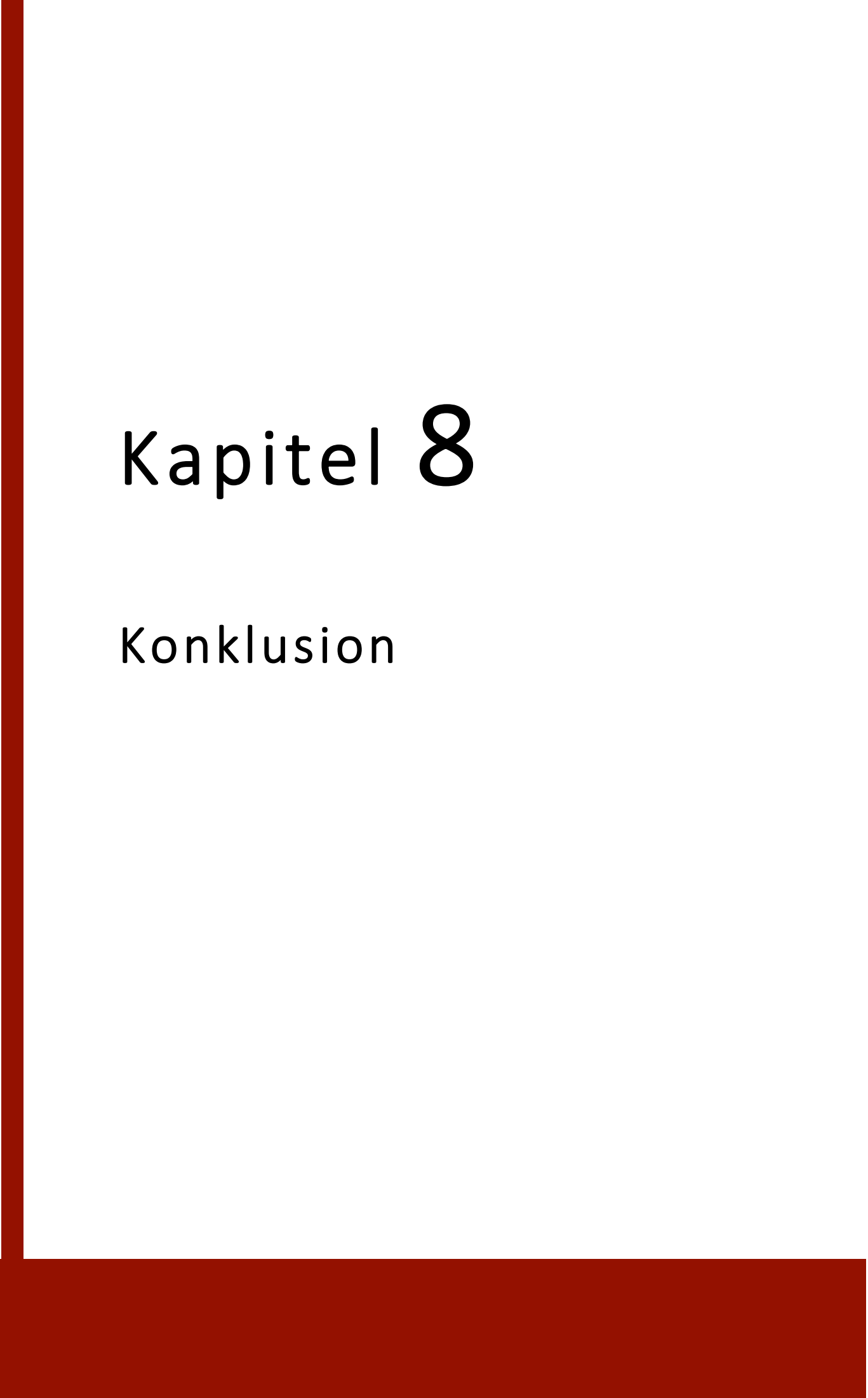
I relation til målgruppens overførbarehed vurderes informanterne som nævnt at udgøre et nuanceret udvalg af læger, hvorfor det kan antages, at resultaterne også vil være gyldige for andre læger på forskellige afdelinger på AUH. Da specialet ikke har undersøgt problematikken omkring deltagelse i genoplivningskurser i forhold til sygeplejersker eller andre faggrupper, vides det ikke, om problematikken gør sig gældende for disse. Det er derfor vanskeligt at vurdere, hvorvidt overførbarehed af resultaterne overhovedet er relevant i forhold til andre faggrupper end læger.

Feltet og konteksten, som kundskaben er indhentet i, er med til at bestemme kundskabens rækkevidde (Malterud 2011, s. 22). Da undersøgelsen tager udgangspunkt i AUH, er det derfor relevant at diskutere, om resultaterne er relevante for og kan overføres til andre hospitaler. Gennem Ricours tænkning og den kritiske fortolkningsproces er det muligt at åbne op for empirien og erkende større sammenhænge, hvilket kan lede til en mere universel mening og almengørelse (Ricoeur, Hermansen & Rendtorff 2002, s. 18) og dermed øge resultaternes overførbarehed til andre kontekster. Som nævnt i problemanalysen anses AUH i flere sammenhænge som foregangshospital i forhold til organisering af hjertestopbehandling, herunder uddannelse af personalet. Dette, sammenholdt med at undervisningen foregår meget heterogent på forskellige hospitaler, er med til at mindske overførbareheden til andre hospitaler, da selve genoplivningskurset som undersøgelsens centrale fænomen kan variere meget eller i nogle tilfælde endda være ikke eksisterende. Som førnævnt giver flere hjertestopkoordinatorer dog udtryk for, at lægernes lave deltagelse på genoplivningskurser er et problem på flere danske hospitaler (Højbjerg 2016b), hvilket indikerer, at undersøgelsens resultater i en vis grad kan overføres til andre hospitaler end AUH.

Overførbareheden af specialets anbefalinger til forandring kan diskuteres, da de som nævnt er tiltænkt og målrettet AUH. Nogle af anbefalingerne tager udgangspunkt i meget konkrete forhold ved

denne kontekst, fx anbefalingerne om graduering af kursernes hyppighed og indhold samt specifikke anbefalinger i forhold til anæstesi. Disse anbefalinger har følgelig mindre overførbare til andre hospitaler, afhængig af kursernes sammenlignelighed. Derimod omhandler mange af anbefalingerne nogle mere generelle forhold, der kan tænkes at gælde på mange andre hospitaler også, fx organisatoriske forhold og spørgsmål om prioritering samt ledelsens betydning i forhold til ansvar, styring og påvirkning af kultur.

På baggrund af ovenstående diskussion vurderes undersøgelsens resultater og flere af anbefalingerne at være relevante for og i nogen grad overførbare til andre hospitaler i Danmark. Hvorvidt forandringsforslagene er relevante og anvendelige, må dog i sidste ende være op til det enkelte hospital.



Kapitel 8

Konklusion

8. Konklusion

Dette speciale har haft til formål at undersøge problemstillingen omkring lægernes deltagelse i genoplivningskurser på AUH, herunder fremmende og hæmmende faktorer for deltagelse, og derudfra fremsætte en række anbefalinger til forandring med henblik på at øge lægernes deltagelse i kurserne.

På baggrund af specialets kvalitative interviewundersøgelse er identificeret fire overordnede temaer med betydning for lægernes deltagelse i genoplivningskurser: Motivation, organisatorisk indflydelse, ledelsens rolle og systemets rolle. Ud fra disse temaer konkluderes det, at følgende faktorer kan være med til henholdsvis at fremme eller hæmme lægernes deltagelse: Den enkelte læges motivation og vurdering af kursets meningsfuldhed og relevans. Afdelingens organisering og prioritering, herunder tid, rammer og krav til afdelingen samt kursernes tilmeldingsform og hvordan de indgår i arbejdsplanen. Afdelingsledelsens rolle og ansvar i forhold til håndtering af krav om lægernes deltagelse, herunder ledelsesstil og prioritering, kulturen på afdelingen samt ledelsens påvirkning herpå. Den øverste ledelse på hospitalet, herunder målsætning og krav i forhold til kurserne samt valg af overordnet ledelsesstil.

Med udgangspunkt i ovennævnte fund er fremsat følgende overordnede anbefalinger, som potentielt vurderes at kunne øge lægernes deltagelse i genoplivningskurser:

- Tydeliggørelse og formidling af kursenes formål, evidensgrundlag og hospitalets målsætning med kurserne
- Graduering af kursernes hyppighed og indhold med henblik på større målrettethed
- At skabe tid og rammer på afdelingen samt overveje automatisk tilmelding til kurserne
- Øge bevidstheden om afdelingskulturen og dens betydning i forhold til deltagelse
- Kurserne bør betragtes som en skal-opgave og prioriteres på lige fod med afdelingens øvrige opgaver af såvel lægerne som ledelsen
- Afdelingsledelsen bør motivere, kontrollere og effektuere lægernes deltagelse
- Den øverste ledelse bør italesætte krav og forventninger til afdelingsledelserne i forhold til ansvaret for lægernes deltagelse samt motivere og monitorere dette
- Som sidste løsning anbefales at benytte 'udstilling' eller anden konsekvens over for afdelingsledelserne i tilfælde af manglende opfyldelse af krav

Det kan således konkluderes, at en lang række faktorer har indflydelse på lægernes deltagelse i genoplivningskurser, og at forandringspotentialiet omfatter flere forskellige niveauer på hospitalet.

9. Referencer

- Aarhus Universitetshospital 2015, *Genoplivning på hospitaler kan blive bedre*. Available: <http://www.auh.dk/presse/information-om-auh/nyheder/2015/genoplivning-pa-hospitaler-kan-blive-bedre> [2/18/2016].
- Ahmed, M., Pai, B. & Reynolds, T. 2012, "Retention of knowledge of the Paediatric Life Support guidelines.", *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, vol. Mar; 22, no. 3, pp. 194-195.
- Albinus, N.B. 2004, "Læger ved for lidt om genoplivning ved hjertestop", *Dagens Medicin* Available: www.dagensmedicin.dk/nyheder/lager-ved-for-lidt-omgenoplivning-ved-hjertestop [2/18/2016].
- Allan, C.K., Thiagarajan, R.R., Beke, D., Imprescia, A., Kappus, L.J., Garden, A., Hayes, G., Laussen, P.C., Bacha, E. & Weinstock, P.H. 2010, "Simulation-based training delivered directly to the pediatric cardiac intensive care unit engenders preparedness, comfort, and decreased anxiety among multidisciplinary resuscitation teams", *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, vol. 140, no. 3, pp. 646-652.
- Andersen, P.O., Jensen, M.K., Lippert, A. & Ostergaard, D. 2010, "Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams", *Resuscitation*, vol. 81, no. 6, pp. 695-702.
- Andersen, P.O., Maaloe, R. & Andersen, H.B. 2010, "Critical incidents related to cardiac arrests reported to the Danish Patient Safety Database", *Resuscitation*, vol. 81, no. 3, pp. 312-316.
- Bhanji, F., Finn, J.C., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., Lang, E., Ma, M.H., Mancini, M.E., McNeil, M.A., Greif, R., Billi, J.E., Nadkarni, V.M., Bigham, B. & Education, Implementation, and Teams Chapter Collaborators 2015, "Part 8: Education, Implementation, and Teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations", *Circulation*, vol. 132, no. 16 Suppl 1, pp. S242-68.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (eds) 2010, *Kvalitative metoder: en grundbog*, 1. udgave, Hans Reitzel, Kbh.
- Bukiran, A., Erdur, B., Ozen, M. & Bozkurt, A.I. 2014, "Retention of nurses' knowledge after basic life support and advanced cardiac life support training at immediate, 6-month, and 12-month post-training intervals: a longitudinal study of nurses in Turkey", *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*, vol. 40, no. 2, pp. 146-152.
- Buus, N., Tingleff, E.B., Rossen, C.B. & Kristiansen, H.M. 2008, *Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller*, 10th edn, Sygeplejersken.
- Castle, N., Garton, H. & Kenward, G. 2007, "Confidence vs competence: basic life support skills of health professionals", *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, vol. 16, no. 11, pp. 664-666.
- Charalampopoulos, D., Karlis, G., Barouxis, D., Syggelou, A., Mikalli, C., Kountouris, D., Modestou, N., Van de Voorde, P., Danou, F., Iacovidou, N. & Xanthos, T. 2016, "Theoretical knowledge and skill retention 4 months after a European Paediatric Life Support course", *European Journal of Emergency Medicine*, vol. 23, no. 1, pp. 56-60.

- Christenson, J., Andrusiek, D., Everson-Stewart, S., Kudenchuk, P., Hostler, D., Powell, J., Callaway, C.W., Bishop, D., Vaillancourt, C., Davis, D., Aufderheide, T.P., Idris, A., Stouffer, J.A., Stiell, I., Berg, R. & Resuscitation Outcomes Consortium Investigators 2009, "Chest compression fraction determines survival in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation", *Circulation*, vol. 120, no. 13, pp. 1241-1247.
- Cooper, S. & Wakelam, A. 1999, "Leadership of resuscitation teams: "Lighthouse Leadership", *Resuscitation*, vol. 42, no. 1, pp. 27-45.
- Dansk Råd for Genoplivning 2016, *Om DRG*. Available: <http://genoplivning.dk/om-drg/> [2/15/2016].
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. 2000, "The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior", *Psychological Inquiry*, vol. 11, no. 4, pp. 227-268.
- Donabedian, A. 1978, "The quality of medical care", *Science (New York, N.Y.)*, vol. 200, no. 4344, pp. 856-864.
- Egholm, L. 2014, *Videnskabsteori: perspektiver på organisationer og samfund*, 1. udgave, Hans Reitzel, Kbh.
- Fernandez Castelaio, E., Russo, S.G., Cremer, S., Strack, M., Kaminski, L., Eich, C., Timmermann, A. & Boos, M. 2011, "Positive impact of crisis resource management training on no-flow time and team member verbalisations during simulated cardiopulmonary resuscitation: a randomised controlled trial", *Resuscitation*, vol. 82, no. 10, pp. 1338-1343.
- Fernandez Castelaio, E., Russo, S.G., Riethmuller, M. & Boos, M. 2013, "Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature", *Journal of critical care*, vol. 28, no. 4, pp. 504-521.
- Fisher, N., Eisen, L.A., Bayya, J.V., Dulu, A., Bernstein, P.S., Merkatz, I.R. & Goffman, D. 2011, "Improved performance of maternal-fetal medicine staff after maternal cardiac arrest simulation-based training", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 205, no. 3, pp. 239
- Greif, R., Lockey, A.S., Conaghan, P., Lippert, A., Vries, W.D. & Monsieurs, K.G. 2015, "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation", *Resuscitation*, vol. 95, no. October 2015, pp. 288-301.
- Grześkowiak, M., Bartkowska-Sniatkowska, A., Rosada-Kurasińska, J. & Puklińska, K. 2009a, "Medical personnel in a paediatric hospital do not possess adequate cardiopulmonary resuscitation skills", *Anestezjologii i Intensywnej Terapii*, vol. Oct-Dec, 41, no. 4, pp. 234-237.
- Grześkowiak, M., Bartkowska-Sniatkowska, A., Rosada-Kurasińska, J. & Puklińska, K. 2009b, "A survey of basic resuscitation knowledge among medical personnel of a paediatric hospital", *Anestezjologii i Intensywnej Terapii*, vol. Jul-Sep, 41, no. 3, pp. 155-158.
- Gundelach, P. & Sandager, H. 1993, *Organisationskultur og ledelse i det offentlige*, 2. udgave, Ingeniøren-bøger, Kbh.
- Hansen, S.M., Wissenberg, M., Rajan, S., Mortensen, R.N., Folke, F., Lippert, F.K., Berlac, P., Hansen, P.A., Nielsen, P.S., Lang-Jensen, T., Hendriksen, O.M. & Torp-Pedersen, C. 2013, *Dansk Hjertestopregister. Hjertestop uden for hospital i Danmark. Sammenfatning af resultater fra Dansk Hjertestopregister 2001-2013*, Dansk Hjertestopregister, <http://genoplivning.dk/wp-content/uploads/2013/07/Sammenfatning-af-videnskabelig-rapport-fra-Dansk-Hjertestopregister-20012013-Web.pdf>.

- Hards, A., Davies, S., Salman, A., Erik-Soussi, M. & Balki, M. 2012, "Management of simulated maternal cardiac arrest by residents: didactic teaching versus electronic learning", *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, vol. 59, no. 9, pp. 852-860.
- Hayes, C.W., Rhee, A., Detsky, M.E., Leblanc, V.R. & Wax, R.S. 2007, "Residents feel unprepared and unsupervised as leaders of cardiac arrest teams in teaching hospitals: a survey of internal medicine residents", *Critical Care Medicine*, vol. 35, no. 7, pp. 1668-1672.
- Hazinski, M.F., Nolan, J.P., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J.E., Callaway, C.W., Castren, M., de Caen, A.R., Ferrer, J.M., Finn, J.C., Gent, L.M., Griffin, R.E., Iverson, S., Lang, E., Lim, S.H., Maconochie, I.K., Montgomery, W.H., Morley, P.T., Nadkarni, V.M., Neumar, R.W., Nikolaou, N.I., Perkins, G.D., Perlman, J.M., Singletary, E.M., Soar, J., Travers, A.H., Welsford, M., Wyllie, J. & Zideman, D.A. 2015, "Part 1: Executive Summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations", *Circulation*, vol. 132, no. 16 Suppl 1, pp. 2-39.
- Hildebrandt, S. 2000, "Faglighed og værdibaseret ledelse" in *Faglig ledelse i sundhedsvæsenet*, eds. L. Hounsgaard & M. Fly, 1. udgave, Gyldendal Uddannelse, Kbh., pp. 169-183.
- Højbjerg, H. 2013, "Hermeneutik: Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne" in *Viden-skabsteori i samfundsvidenskaberne: på tværs af fagkulturer og paradigmer*, eds. L. Fuglsang, P.B. Olsen & K. Rasborg, 3. udgave, Samfundslitteratur, Frederiksberg, pp. 289-324.
- Højbjerg, R. 2016a, , *Genoplivningskurser - uddannelsesplan for AUH (e-dok instruks)* [Homepage of Aarhus Universitetshospital], Available: <http://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=X3155AA2583BF4E21C1257C66005E69AD&level=AAUH&dbpath=/edok/editor/AAUH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g> [2016, 15/2].
- Højbjerg, R. 2016b, *Personlig kommunikation med hjertestopkoordinator på AUH*, Rikke Højbjerg, Aarhus Universitetshospital.
- Holm-Petersen, C., Wadmann, S. & Andersen, N.B.V. 2015, *Styringsreview på hospitalsområdet - Forslag til procedure- og regelforenkling*, KORA, Kbh. <http://www.kora.dk/media/3887470/10775-styringsreview-paa-hospitalsomraadet.pdf>
- Hørmann, E. 2011, "Litteratursøgning" in *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*, ed. S. Glasdam, 1. udgave, Dansk Sygeplejeråd, Kbh., pp. s. 36-46.
- Howard-Quijano, K.J., Stiegler, M.A., Huang, Y.M., Canales, C. & Steadman, R.H. 2010, "Anesthesiology residents' performance of pediatric resuscitation during a simulated hyperkalemic cardiac arrest", *Anesthesiology*, vol. 112, no. 4, pp. 993-997.
- Høyer, K.L., Vallgård, S. & Krasnik, A. 2010, "Styring af sundhedsvæsenets organisationer" in *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*, eds. S. Vallgård & A. Krasnik, 2. udgave, Munksgaard Danmark, Kbh., pp. 55-91.
- Hoyer, C.B., Christensen, E.F. & Eika, B. 2009, "Junior physician skill and behaviour in resuscitation: a simulation study", *Resuscitation*, vol. 80, no. 2, pp. 244-248.
- Hunt, E.A., Vera, K., Diener-West, M., Haggerty, J.A., Nelson, K.L., Shaffner, D.H. & Pronovost, P.J. 2009, "Delays and errors in cardiopulmonary resuscitation and defibrillation by pediatric residents during simulated cardiopulmonary arrests", *Resuscitation*, vol. 80, no. 7, pp. 819-825.

- Hunt, E.A., Walker, A.R., Shaffner, D.H., Miller, M.R. & Pronovost, P.J. 2008, "Simulation of in-hospital pediatric medical emergencies and cardiopulmonary arrests: highlighting the importance of the first 5 minutes", *Pediatrics*, vol. 121, no. 1, pp. e34-43.
- Hunziker, S., Buhlmann, C., Tschan, F., Balestra, G., Legeret, C., Schumacher, C., Semmer, N.K., Hunziker, P. & Marsch, S. 2010, "Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial", *Critical Care Medicine*, vol. 38, no. 4, pp. 1086-1091.
- Hunziker, S., Johansson, A.C., Tschan, F., Semmer, N.K., Rock, L., Howell, M.D. & Marsch, S. 2011, "Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation", *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 57, no. 24, pp. 2381-2388.
- Hunziker, S., Tschan, F., Semmer, N.K. & Marsch, S. 2013, "Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back", *Swiss medical weekly*, vol. 143.
- Hunziker, S., Tschan, F., Semmer, N.K., Zobrist, R., Spychiger, M., Breuer, M., Hunziker, P.R. & Marsch, S.C. 2009, "Hands-on time during cardiopulmonary resuscitation is affected by the process of teambuilding: a prospective randomised simulator-based trial", *BMC Emergency Medicine*, vol. 9, no. 1, pp. 3.
- Jankouskas, T.S., Haidet, K.K., Hupcey, J.E., Kolanowski, A. & Murray, W.B. 2011, "Targeted crisis resource management training improves performance among randomized nursing and medical students", *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*, vol. 6, no. 6, pp. 316-326.
- Jensen, M.L., Lippert, F., Hesselfeldt, R., Rasmussen, M.B., Mogensen, S.S., Jensen, M.K., Frost, T. & Ringsted, C. 2009, "The significance of clinical experience on learning outcome from resuscitation training-a randomised controlled study", *Resuscitation*, vol. 80, no. 2, pp. 238-243.
- Jørgensen, T., Christensen, E. & Kampmann, J.P. 2011, *Klinisk forskningsmetode: en grundbog*, 3. udgave, Munksgaard, København.
- Juul, S. & Pedersen, K.B. 2012, *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: en indføring*, 1. udgave, Hans Reitzel, Kbh.
- Kallestedt, M.L., Rosenblad, A., Leppert, J., Herlitz, J. & Enlund, M. 2010, "Hospital employees' theoretical knowledge on what to do in an in-hospital cardiac arrest", *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, vol. 18, pp. 18-43.
- Kirkegaard, H., Johnsen, S.P., Brabrand, M., Larsen, J.M., Møller, D., Henriksen, F.L. & Neland, K. 2016, *Danarrest - Registrering af hjertestop på hospital. Årsrapport 2014. Perioden 1. januar - 31. december 2014*, Danarrest, http://danarrest.dk/wp-content/uploads/2015/03/DANARREST-%C3%85rsrapport-2014_FINAL.pdf.
- Kirkegaard, H., Kallestrup, E., Johnsen, S.P., Sandgaard, N.C.F., Brabrand, M., Larsen, J.M., Møller, D., Henriksen, F.L. & Neland, K. 2014, *Danarrest - Registrering af hjertestop på hospital. Årsrapport 2013. Perioden 1. januar - 31. december 2013*, Danarrest, <http://danarrest.dk/wp-content/uploads/2015/03/DANARREST-%C3%85rsrapport-2013-ENDELIG.pdf>.
- Kjeldsen, S.B. 2015, "Tidspres er en trussel mod patientsikkerheden", *Sygeplejersken*, vol. 6., pp. 24-27.

- Krage, R., Tjon Soei Len, L., Schober, P., Kolenbrander, M., Van Groenigen, D., Loer, S.A., Wagner, C. & Zwaan, L. 2014, "Does individual experience affect performance during cardiopulmonary resuscitation with additional external distractors?", *Anaesthesia*, vol. 69, no. 9, pp. 983-989.
- Krajina, I., Kvolik, S., Steiner, R., Kovacevic, K. & Lovric, I. 2015, "Cardiopulmonary Resuscitation, Chest Compression Only and Teamwork From the Perspective of Medical Doctors, Surgeons and Anesthesiologists", *Iranian Red Crescent Medical Journal*, vol. 17, no. 3.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2015, *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, 3. udgave, Hans Reitzel, Kbh.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview : introduktion til et håndværk*, 2. udgave, Hans Reitzel, Kbh.
- Kyriakou, F., Iacovidou, N., Garofalakis, I., Trianti, M., Stasinakis, D. & Xanthos, T. 2011, "Residents' resuscitation training and theoretical knowledge in a Greek General Hospital", *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, vol. 18, no. 1, pp. 34-37.
- Lauridsen, J., Drøjdahl, N.R., Rasmussen, M.K., Birk-Olsen, M., Christensen, J.B. & Brabrand, M. 2014, *MTV af uddannelse i hjertestopbehandling*, Interessegruppen for FAM forskning, Forskningscenter Sydvestjylland, Sydvestjysk Sygehus og OUH Odense Universitetshospital.
http://ipaper.ipapercms.dk/RegionSyddanmark/OUH/Stabsafdelinger/Afdelingen_for_Kvalitet_og_Forskning_MTV/140814_MTV_Hjertestop_samlet_v3/
- Malterud, K. 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, 3. udgave, Universitetsforlaget, Oslo.
- Marsch, S.C., Muller, C., Marquardt, K., Conrad, G., Tschan, F. & Hunziker, P.R. 2004, "Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests", *Resuscitation*, vol. 60, no. 1, pp. 51-56.
- Mondrup, F., Brabrand, M., Folkestad, L., Oxlund, J., Wiborg, K.R., Sand, N.P. & Knudsen, T. 2011, "In-hospital resuscitation evaluated by in situ simulation: a prospective simulation study", *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, vol. 19, pp. 19-55.
- Nogueira dos Santos, M.A.F.R. & Eriksson, H.K.O. 2014, "Insights into physician scheduling: a case study of public hospital departments in Sweden", *International journal of health care quality assurance*, vol. 27, no. 2, pp. 76-90.
- Norlyk, A. & Martinsen, B. 2008, "Fænomenologi som forskningsmetode", *Sygeplejersken*, vol. 108, no. 13-14, pp. 70-73.
- Nyman, J. & Sihvonen, M. 2000, "Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students", *Resuscitation*, vol. 47, no. 2, pp. 179-184.
- Pantazopoulos, I., Aggelina, A., Barouxis, D., Papapanagiotou, P., Troupis, G., Kotsiomitris, E., Demestihia, T. & Xanthos, T. 2011, "Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: The Athens Study", *Heart & lung: the journal of critical care*, vol. 40, no. 4, pp. 278-284.
- Patocka, C., Khan, F., Dubrovsky, A.S., Brody, D., Bank, I. & Bhanji, F. 2015, "Pediatric resuscitation training-instruction all at once or spaced over time?", *Resuscitation*, vol. 88, pp. 6-11.
- Pedersen, K.M. 2013, *Sundhedsøkonomi*, 1. udgave, Munksgaard, Kbh.

- Perez, C. 2014, "Calming the chaos: Simulated code interdisciplinary team training.", *American Nurse Today*, vol. 9, no. 9, pp. 54-58.
- Perkins, G.D., Handley, A.J., Koster, R.W., Castrén, M., Smyth, M.A., Olasveengen, T., Monsieurs, K.G., Raffay, V., Gräsner, J.T., Wenzel, V., Ristagno, G. & Soar, J. 2015, "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation", *Resuscitation*, vol. 95, no. October 2015, pp. 81-99.
- phbibliotek.dk 2016, , *PICO/PICo*. Available: <https://www.phbibliotek.dk/da/litteraturoegning/soegestrategi/pico> [2016, 05/20].
- Pink, D.H. 2015, *Motivation: den overraskende sandhed om hvad der motiverer os*, 2. udgave, Akademisk Forlag Business, Kbh.
- Rennison, B.W. 2014, "Ledelse" in *Klassisk og moderne organisationsteori*, eds. S. Vikkelsø & P. Kjær, 1. udgave, Hans Reitzel, Kbh., pp. 613-640.
- Ricoeur, P., Hermansen, M. & Rendtorff, J.D. 2002, *En hermeneutisk brobygger*, Klim, Århus.
- Ricoeur, P. 1979, *Fortolkningsteori*, Vinten, Kbh.
- Rieper, O. & Hansen, H.F. 2007, *Metodedebatten om evidens*, AKF, Kbh.
- Sandroni, C., Cavallaro, F., Ferro, G., Fenici, P., Santangelo, S., Tortora, F. & Conti, G. 2003, "A survey of the in-hospital response to cardiac arrest on general wards in the hospitals of Rome", *Resuscitation*, vol. 56, no. 1, pp. 41-47.
- Sawyer, T., Laubach, V.A., Hudak, J., Yamamura, K. & Pocrnich, A. 2013, "Improvements in teamwork during neonatal resuscitation after interprofessional TeamSTEPPS training", *Neonatal network : NN*, vol. 32, no. 1, pp. 26-33.
- Schein, E.H. 1994, *Organisationskultur og ledelse*, 2. udgave, Valmuen, Kbh.
- Schmidt, L. & Dyhr, L. 2011, "Det kvalitative forskningsinterview" in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, eds. S. Vallgård & L. Koch, 4. udgave, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Schultz, M. 2014, "Organisationskultur" in *Klassisk og moderne organisationsteori*, eds. S. Vikkelsø & P. Kjær, 1. udgave, Hans Reitzel, Kbh., pp. 209-232.
- Semeraro, F., Signore, L. & Cerchiari, E.L. 2006, "Retention of CPR performance in anaesthetists", *Resuscitation*, vol. 68, no. 1, pp. 101-108.
- Shetty, P., Cohen, T., Patel, B. & Patel, V.L. 2009, "The cognitive basis of effective team performance: features of failure and success in simulated cardiac resuscitation", *AMIA - Annual Symposium proceedings*, vol. 2009, pp. 599-603.
- Skrifvars, M.B., Castren, M., Kurola, J. & Rosenberg, P.H. 2002, "In-hospital cardiopulmonary resuscitation: organization, management and training in hospitals of different levels of care", *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 46, no. 4, pp. 458-463.
- Smith, K.K., Gilcreast, D. & Pierce, K. 2008, "Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills", *Resuscitation*, vol. 78, no. 1, pp. 59-65.
- St.Pierre, M., Hofinger, G., Simon, R. & Buerschaper, C. 2011a, *Crisis Management in Acute Care Settings - Human Factors, Team Psychology, and Patient Safety in a High Stakes Environment*, second edn, Springer, Berlin, Germany.

- St.Pierre, M., Hofinger, G., Simon, R. & Buerschaper, C. 2011b, "Leadership" in *Crisis Management in Acute Care Settings - Human Factors, Team Psychology, and Patient Safety in a High Stakes Environment*, eds. M. St.Pierre, G. Hofinger, R. Simon & C. Buerschaper, second edn, Springer, Berlin, Germany, pp. 253-275.
- St.Pierre, M., Hofinger, G., Simon, R., Buerschaper, C. & Eppich, W. 2011c, "Speech is Golden: Communication" in *Crisis Management in Acute Care Settings - Human Factors, Team Psychology, and Patient Safety in a High Stakes Environment*, eds. M. St.Pierre, G. Hofinger, R. Simon & C. Buerschaper, second edn, Springer, Berlin, Germany, pp. 221-251.
- Stefan, M.S., Belforti, R.K., Langlois, G. & Rothberg, M.B. 2011, "A simulation-based program to train medical residents to lead and perform advanced cardiovascular life support", *Hospital practice (1995)*, vol. 39, no. 4, pp. 63-69.
- Stenbæk, D.E. & Jensen, M.F. 2007, "Litteratursøgning" in *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, eds. F.B. Kristensen & H. Sigmund, 2. udgave, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, Kbh., pp. 49-58.
- Sundhedsstyrelsen 2013, *De syv lægeroller*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.
- Tofil, N.M., Dollar, J., Zinkan, L., Youngblood, A.Q., Peterson, D.T., White, M.L., Stooksberry, T.N., Jarrell, S.A., King, C. & Hammer, G. 2014, "Performance of anesthesia residents during a simulated prone ventricular fibrillation arrest in an anesthetized pediatric patient", *Pediatric Anesthesia*, vol. 24, no. 9, pp. 940-944.
- Vallgård, S. 2010, "Sundhedspolitik" in *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*, eds. S. Vallgård & A. Krasnik, 2. udgave, Munksgaard Danmark, Kbh., pp. 39-53.
- Wadel, C.C. 2000, "Pædagogisk ledelse og udvikling af læringskultur" in *Faglig ledelse i sundhedsvæsenet*, eds. L. Hounsgaard & M. Fly, 1. udgave, Gyldendal Uddannelse, Kbh., pp. 73-86.
- Weinstock, P. & Halamek, L.P. 2008, "Teamwork during resuscitation", *Pediatric clinics of North America*, vol. 55, no. 4, pp. 1011-1024.
- Yang, C.W., Yen, Z.S., McGowan, J.E., Chen, H.C., Chiang, W.C., Mancini, M.E., Soar, J., Lai, M.S. & Ma, M.H. 2012, "A systematic review of retention of adult advanced life support knowledge and skills in healthcare providers", *Resuscitation*, vol. 83, no. 9, pp. 1055-1060.
- Yeung, J.H., Ong, G.J., Davies, R.P., Gao, F. & Perkins, G.D. 2012, "Factors affecting team leadership skills and their relationship with quality of cardiopulmonary resuscitation", *Critical Care Medicine*, vol. 40, no. 9, pp. 2617-2621.
- Zahavi, D. 2007, *Fænomenologi*, 3. udgave, Samfundslitteratur; Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

10. Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Søgeprotokol
Bilag 2:	Oversigt over inkluderede studier
Bilag 3:	Deskriptiv dataanalyse
Bilag 4:	Interviewguides
Bilag 5:	Transskriptionskonventioner
Bilag 6:	Strukturanalyse

Bilag 1. Søgeprotokol

Søgning 1

Fokuseret søgespørgsmål

Hvordan er lægers viden og færdigheder i forhold til genoplivning?

Søgefacetter med udgangspunkt i PICO-modellen

Population: Læger

Phenomenon of Interest: Viden og færdigheder

Context: Genoplivning på hospital

PICO-model over søgning 1.

		Læger	Viden og færdigheder	Genoplivning på hospital	
		AND			NOT
PubMed Limit: 10 år 302 hits	O R	MeSH-term: Physicians Physician's Role Medical staff, hospital	MeSH-term: Clinical competence Health knowledge, attitudes, practice	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation Advanced cardiac life support Heart arrest	MeSH-term: Out-of-hospital cardiac arrest
Cochrane 4 hits		MeSH-term: Physicians + Physician's Role Medical staff, hospital +	MeSH-term: Clinical competence + Health knowledge, attitudes, practice +	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation + Heart arrest	

Valg af databaser

PubMed er valgt pga. dens størrelse og relevans, og fordi der er tale om et forholdsvist kvantitativt og medicinsk emne for søgningen, hvorfor den vurderes at være dækkende.

Cochrane er valgt for at finde eventuelle reviews.

Valg af søgetermer og blokke

PubMed

- "Medical staff, hospital" (MeSH) er medtaget, fordi det gav for få hits udelukkende at søge på læger. Relevante artikler blev dermed fundet ved at udvide søgningen
- Der er afgrænset til in-hospital relaterede studier ved at anvende NOT som limit for "out-of hospital cardiac arrest", da mange studier omhandler dette og ikke er relevante
- Der er afgrænset med limit 10 år. Mange studier går 20-30 år tilbage og vurderes ikke at være retvisende for det nuværende niveau af lægers viden og færdigheder

Cochrane

- Samme MeSH-termer er valgt som i PubMed, dog er nogle af termene "exploded" for at medtage undertermer, fx "Cardiopulmonary resuscitation" der indeholder "Advanced cardiac life support" som underterm

Udvælgelseskriterier

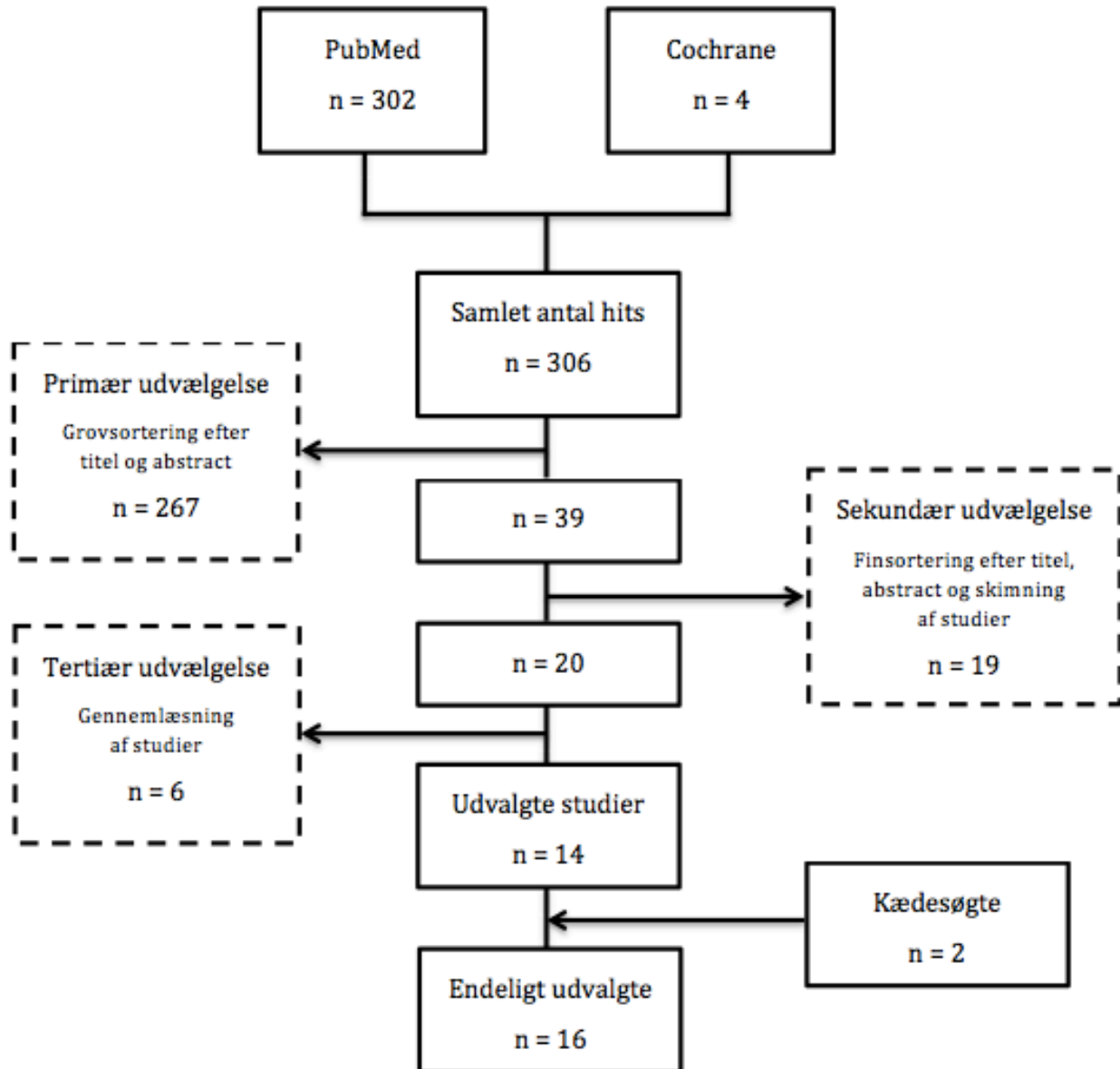
Inklusionskriterier

- Studier omhandlende lægers viden og/eller færdigheder relateret til genoplivning
 - o Læger værende alle former for læger, der arbejder på hospital
 - o Læger som er i gang med deres specialuddannelse, såkaldte "residents"
- Studier omhandlende faktorer, der påvirker lægers viden og færdigheder i genoplivning

Eksklusionskriterier

- Studier omhandlende hjertestop og genoplivning uden for hospital, herunder ambulancer
- Studier omkring lægmænds viden og færdigheder
- Studier omkring sygeplejerskers viden og færdigheder samt studier med sundhedsprofessionelle, hvor det ikke er muligt at skelne mellem læger og øvrige professioner
- Studier ældre end 10 år (ekskluderet ved limit >10 år)
- ERC og AHA guidelines ældre end 2015
- Studier omkring medicinstuderende
- Studier fra ikke-vestlige lande
- Studier hvis formål udelukkende er at evaluere en specifik intervention

Flowdiagram over udvælgelse af litteratur for søgning 1.



Søgning 2

Fokuseret søgespørgsmål

Hvilken betydning har det tværprofessionelle teams samarbejde for genoplivningen?

Søgefacetter med udgangspunkt i PICO-modellen

Phenomenon of Interest: Samarbejde

Context: Genoplivning på hospital

PICO-model over søgning 2.

		Samarbejde	Genoplivning på hospital
		AND	
PubMed 700 hits	O R	MeSH-term: Interprofessional relations Leadership Fritekst: "Crew Resource Management" (ti/ab) Team*(ti/ab)	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation
Cochrane 85 hits		MeSH-term: Interprofessional relations Leadership Communication Fritekst: Team*(ti/ab)	MeSH-term: Cardiopulmonary resuscitation
Cinahl 254 hits		Cinahl heading: Interprofessional relations + Leadership Collaboration Teamwork Communication skills Communication skills training Multidisciplinary care team	Cinahl heading: Resuscitation, cardiopulmonary +

Valg af databaser

PubMed er valgt pga. dens størrelse og relevans.

Cochrane er valgt for at finde eventuelle reviews.

Cinahl er valgt pga. dens relevans samt det store udvalg af kvalitative studier og emner. Det giver mulighed for at vælge mere specifikke søgeord til besvarelse af det fokuserede søgespørgsmål, hvilket ikke er muligt i samme omfang i PubMed og Cochrane.

Valg af søgetermer og blokke

PubMed

- Team* er valgt som fritext, da der ikke findes en dækkende MeSH-term for samarbejde eller teamwork. Mange relevante studier indeholder ordet team eller teamwork i titel/abstract, hvorfor dette er valgt som afgrænsning for søgeordet
- "Crew resource management" er valgt som søgeord, da flere relevante studier omhandler dette i forbindelse med teamwork og uddannelse. Der findes en MeSH-term for ordet, men denne resulterer kun i 3 hits, hvorimod fritekstsøgning af ordet i titel og abstract resulterer i ca. 200 hits og derfor anses som mere dækkende
- "Medical staff, hospital" og "Patient care team" er fravalgt som søgeblok, da relevante artikler forsvandt herved
- "Communication" som MeSH-term er fravalgt, da det er for bredt og uspecifikt et søgeord og resulterer i alt for mange hits. Dette selvom det kunne være relevant at inddrage kommunikation som aspekt af samarbejdet. Der findes dog ingen mere specifikke MeSH-termer for dette i PubMed. I stedet henvises til Cinahl
- "Advanced cardiac life support" som MeSH er fravalgt, da det ikke resulterede i flere hits

Cochrane

- "Communication" er tilvalgt i den ene søgeblok mhp. at brede søgningen ud, da antallet af studier med dette aspekt er begrænset i Cochrane
- "Crew resource management" er fravalgt, da søgeordet ikke giver nogen hits

Cinahl

- I søgeblok for ”samarbejde” er valgt 7 Cinahl headings/MeSH-termer, som alle dækker relevante aspekter af samarbejde og dermed giver større specificitet til søgningen. Disse headings tilbyder et mere kvalitativt perspektiv på søgningen, fx i form af ”teamwork” og ”communication skills”

Udvælgelseskriterier

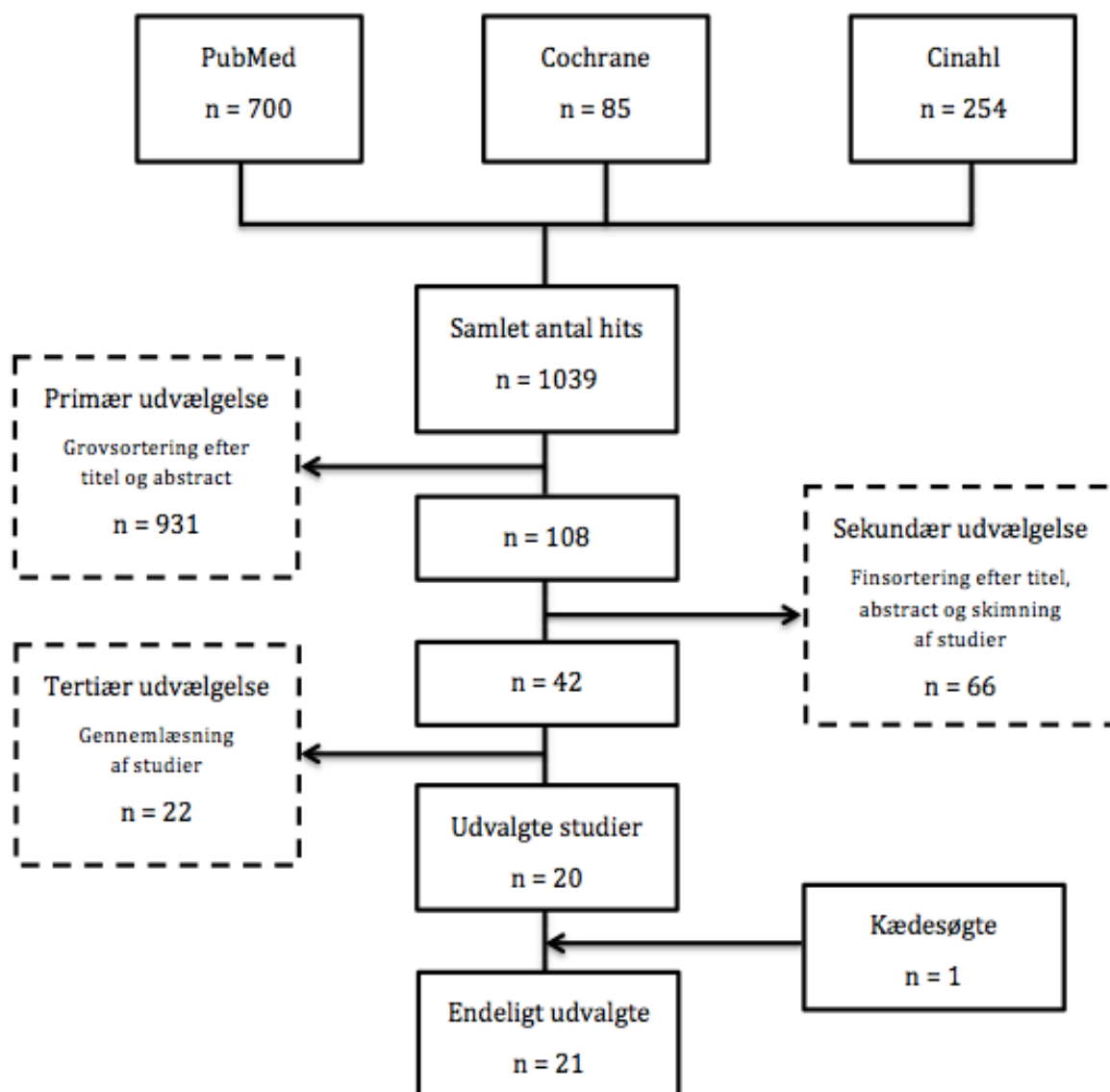
Inklusionskriterier

- Studier omhandlende det tværfaglige teams samarbejde ved genoplivning på hospital
 - o Herunder både det tiltrædende ad-hoc team samt det tilkaldte hjertestophold
- Studier med fokus på ikke-tekniske færdigheder ved genoplivning, herunder kommunikation, rollefordeling, lederskab m.m.

Eksklusionskriterier

- Studier omhandlende hjertestop og genoplivning uden for hospital, herunder ambulancer
- Studier som kun omhandler sygeplejersker
- Studier omhandlende tværfagligt samarbejde, ikke-tekniske færdigheder m.m. i forhold til forskellige akutteams, der dækker andet og mere end genoplivning specifikt
- Studier fra ikke-vestlige lande
- ERC og AHA guidelines ældre end 2015

Flowdiagram over udvælgelse af litteratur for søgning 2.



Dato og identifikation for søgning

Søgninger og gennemgang af litteratur er foretaget af specialets forfatter, Anette Østergaard.

Søgningerne er foretaget mellem d. 23. februar og d. 4. Marts 2016.

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

Oversigt over udvalgte studier – søgning 1							
Titel	Forfatter(e)	Land + publ.år	Formål	Deltagere	Metode	Resultater	Tema
Does individual experience affect performance during cardiopulmonary resuscitation with additional external distractors?	Krage R, Tjon Soei Len L, Schober P, Kolenbrander M, van Groeninge D, Loer SA, Wagner C, Zwaan L.	Holland 2014	At undersøge effekten af eksterne distraktioner på genoplivningsfærdigheder blandt læger med forskelligt erfaringsniveau.	30 læger	Alle lægerne udførte to simulerede genoplivningsscenarier i tilfældig rækkefølge, et scenarie uden distraktioner (kontrol) og et med distraktioner (lyd, iscenesatte familiemedl.) (intervention). Præstation blev målt ved en score baseret på ERC's guidelines.	Der ses signifikant lavere scores i interventionspræstationerne. Der blev ikke fundet nogen sammenhæng mellem distraktioner og lægernes erfaringsniveau.	Påvirkning af færdigheder - eksterne distraktioner, erfaring
The significance of clinical experience on learning outcome from resuscitation training-a randomised controlled study	Jensen ML, Lippert F, Hesselgeldt R, Rasmussen MB, Mogensen SS, Jensen MK, Frost T, Ringsted C.	Danmark 2009	At undersøge om et halvt års klinisk erfaring før deltagelse i genoplivningskursus øger læringsoutcome og fastholdelse af viden.	154 nyuddannede læger (64 %) sagde ja til deltagelse, og 117 (76 %) gennemførte studiet.	Et prospektivt single blindet randomiseret kontrolleret studie af læringsoutcome efter et standard avanceret genoplivningskursus. Kontrolgruppen deltog i kurset umiddelbart efter endt uddannelse, og interventionsgruppen deltog i kurset efter et halvt års klinisk erfaring.	Der var ingen forskel mellem interventions- og kontrolgruppe i relation til det umiddelbare læringsoutcome. Interventionsgruppen havde signifikant bedre fastholdelse af viden sammenlignet med kontrolgruppen. Int.gr. mean 82% (CI 80-83), kontrolgr. mean 78% (CI 76-80), P=0.002.	Påvirkning af viden - klinisk erfaring

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: The Athens Study	Pantazopoulos I, Aggelina A, Baroux D, Papapanagiotou P, Troupis G, Kotsiomitris E, Demestihia T, Xanthos T.	Grækenland 2011	Undersøgelsens formål var at bestemme kardiologers teoretiske viden om 2005 American Heart Association (AHA) genoplivning guidelines.	112 kardiologer og kardiologiske residenter (svarprocent 96 %)	Spørgeskemaet bestod af demografiske spørgsmål, spørgsmål ift. genoplivningserfaring, et spørgsmål om tiltro til egne genoplivningsfærdigheder, og 20 teoretiske vidensspørgsmål.	For de teoretiske vidensspørgsmål var deltagernes gennemsnitlige score $9,9 \pm 4,6$ (interval 3-20). Deltagere, der havde fået avanceret genoplivningstræning (ACLS) scorede signifikant højere. Endvidere scorede de, der deltog i ACLS kursus i det foregående år, signifikant højere sammenlignet med dem, der havde deltaget i ACLS-kursus for mere end 1 år før undersøgelsen ($19,1 \pm .6$ vs $16,7 \pm 0,67$, $P = .001$). Teoretisk viden om genoplivning steg ikke med anciennitet. Endvidere blev der ikke observeret nogen korrelation mellem de teoretiske vidensscoringer og deltagernes egen vurdering af genoplivningsviden.	Viden + påvirkning af viden – erfaring og selv vurderet viden
Retention of knowledge of the Paediatric Life Support guidelines	Ahmed M, Pai B, Reynolds T.	England 2012	At evaluere lægernes viden om pædiatrisk genoplivning	100 læger fra 70 forskellige hospitaler, alle i gang med pædiatrisk specialuddannelse	Spørgeskemaundersøgelse omkring 2005-ændringerne i guidelines for pædiatrisk genoplivning.	Lægerne havde manglende viden om pædiatrisk genoplivning og specifikt om ændringerne i de seneste guidelines. Signifikant flere læger scorede højt, hvis de havde været på genoplivningskursus inden for 6 mdr.	Viden
Hospital employees' theoretical knowledge on what to do in an in-hospital cardiac arrest	Källestedt ML, Rosenblad A, Leppert J, Herlitz J, Enlund M.	Sverige 2010	At undersøge sundhedspersonalets teoretiske viden om genoplivning	Sundhedspersonale fra to hospitaler 2402 ved pretest (svarprocent 84) 2342 ved posttest (svarprocent 98)	Multiple-choice spørgeskema vedrørende teoretisk viden om genoplivning. Kontrolhospital havde fulgt nationale guidelines for genoplivning i flere år og havde en organiseret årlig genoplivningstræning. Interventionshospitalet havde ikke	Lægerne på interventionshospitalet havde den højeste viden prætest sammenlignet med andet sundhedspersonale på hospitalet, herunder sygeplejersker og sygehjælpere. Forbedring var omvendt relateret til niveauet af tidligere viden og var derfor mest markant blandt andet sundhedspersonale og mindst markant blandt lægerne på interventionshospitalet.	Viden

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

					tidligere haft organiseret genoplivningstræning men fik det indført i forbindelse med studiet.	Personalet på kontrolhospitalet havde et signifikant højere niveau af viden prætest end interventionshospitalet, mens det modsatte blev fundet post-test.	
Residents' resuscitation training and theoretical knowledge in a Greek General Hospital	Kyriakou F, Iacovidou N, Garofalakis I, Trianti M, Stasinakis D, Xanthos T.	Grækenland 2011	at vurdere genoplivningsuddannelse og videnstatus hos medicinske og kirurgiske residents	137 residents (53.3% medicinske og 46.7% kirurgiske).	Spørgeskemaundersøgelse vedr. viden om genoplivning	Den gennemsnitlige score ift. viden (på en skala fra 1 til 10) var $5,39 \pm 1,93$ for de medicinske residents og $5,27 \pm 2,33$ for de kirurgiske. Deres viden var positivt påvirket af deres deltagelse i Basic Life Support ($P = 0,005$) og Advanced Life Support kurser ($P = 0,013$). De fleste af dem var i øjeblikket ikke certificeret i nogen af disse kurser.	Viden
A survey of basic resuscitation knowledge among medical personnel of a paediatric hospital	Grześkowiak M, Bartkowska-Sniatkowska A, Rosada-Kurasińska J, Puklińska K.	Polen 2009	At undersøge pædiatriske lægers og sygeplejerskers viden om ERC's guidelines.	64 læger og 54 sygeplejersker fra et pædiatrisk hospital.	Spørgeskemaundersøgelse vedr. basal genoplivning af voksne, børn og spædbørn samt viden om de nye anbefalinger fra ERC.	Langt de fleste var ikke bekendt med ERC 2005-retningslinjerne. De fleste af lægerne og sygeplejerskerne kunne ikke skelne mellem en voksen og et barn. De kendte ikke det anbefalede antal kunstige åndedræt eller antallet af genoplivningscyklusser. De kunne ikke beskrive manøvrerne for åbne luftveje og volumen af kunstigt åndedræt. Afhængig af undergrupper, forstod kun 14,3-84,6% af deltagerne at levere brystkompressioner til voksne, 21,4-80,8% forstod at levere dem til børn, og 19,2-75,4% forstod at levere dem til spædbørn. 28,6-47,4% af lægerne havde fuldført selve kursus i basal HLR. Nogle få læger havde kendskab til 2005-retningslinjerne, men kun 35% af dem	Viden

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

						var klar over de nyeste ændringer.	
Cardiopulmonary Resuscitation, Chest Compression Only and Teamwork From the Perspective of Medical Doctors, Surgeons and Anesthesiologists	Krajina I, Kvolik S, Steiner R, Kovacevic K, Lovric I	Kroatien 2015	At evaluere holdningsforskelle ift. CPR blandt medicinske læger, kirurger og anæstesiologer.	190 læger: 93 medicinske, 70 kirurger og 27 anæstesiologer	Spørgeskemaundersøgelse vedr. Tidligere uddannelse i genoplivning, nuværende genoplivningspraktikker og holdninger over for CPR.	Alle læger betragtede genoplivning som vigtig, men kun narkoselægerne vidste, hvor ofte retningslinjerne ændres. Ca. 45% af de medicinske læger, 48% af kirurgerne og 77% af narkoselægerne havde fornyet deres viden i genoplivning inden for de sidste fem år, mens 34%, 25% og 22% aldrig havde fornyet deres viden ($P = 0,01$ mellem kirurger og narkoselæger). Brystkompressioner som eneste genoplivning blev kun anerkendt som en værdifuld genoplivningsteknik blandt 25,8% af de medicinske læger, 14,3% af kirurgerne og 59,3% af narkoselægerne ($P < 0,001$). Narkoselægerne estimerede en høj risiko for infektionsoverførsel (62%) og var mere tilbøjelige til at afvise mund-til-mund sammenlignet med kirurgerne (25% vs. 10%, $p = 0,01$). Narkoselæger er oftest kaldt til hjælp af deres kolleger, kirurgerne kalder kun sjældent deres afdelingskolleger og sygeplejersker til at hjælpe med genoplivning.	Viden og holdninger
Retention of CPR performance in anaesthetists	Semeraro F, Signore L, Cerchiari EL	Italien 2006	At evaluere fastholdelsen af avanceret genoplivningsviden og -færdigheder blandt anæstesiologer	47 anæstesiologer (23 consultants og 24 residents)	Revurderingssession, 6 måneder efter gennemførelse af et ERC ALS-kursus. Vidensfastholdelse blev vurderet ved en multiple choice spørgsmålstest, og fær-	Sammenlignet med resultaterne i slutningen af ALS kurset, var procent af korrekte svar på multiple choice spørgetesten faldet fra 85,89 +/- 5,28% til 79,45 +/- 6,62% ($P < 0,001$), og antallet der havde opnået en bestået præstation faldt fra 47/47 til	Viden og færdigheder Påvirkning uddannelses-

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

					digheder ved evaluering af resultaterne som team-leder i en af de seks standardiserede CAS testscenarier.	30/47 (P <0,001). Tid til første defibrillering var 73,38 +/- 18,72 s, tid til afslutning af tredje defibrillering blev 113.04 +/- 35,58 s og de efterfølgende genoplivningsinterventioner var meget forsinket eller glemt. Sammenligning mellem consultants og residens viste, at consultants havde bedre fastholdelse af viden, mens færdighederne faldt sammenligneligt i begge grupper, men residents udførte opgaverne hurtigere.	niveau/erfaring
Improved performance of maternal-fetal medicine staff after maternal cardiac arrest simulation-based training	Fisher N, Eisen LA, Bayya JV, Dulu A, Bernstein PS, Merkatz IR, Goffman D.	USA 2011	At fastslå virkningen af simulationsbaseret maternal genoplivningstræning på færdigheder, viden og selvsikkerhed blandt Maternal-Fetal Medicine personale.	19 læger fra gynækologisk - obstetrisk afdeling	Lægerne deltog i et maternal simuleret hjertestop. Baseret på evaluering af præstationer i de indledende simulationer blev designet en intervention, inkl: basal genoplivningskursus, foredrag om ALS modificeret til gravide og simulationstræning. Evaluerende simulationer blev udført postintervention. Alle simulationer omfattede en videnstest, undersøgelse af selvtillid, og debriefing. En tjekliste med 9 graviditetsmodificerede og 16 intensivbehandlingsopgaver blev brugt til scoring.	Postinterventionsscoringer afspejlede statistisk signifikant forbedring. De viste statistisk signifikant forbedring i rettidig initiering af genoplivning (120 vs 32 sekunder, P = 0,042) og kejsersnit (240 vs 159 sekunder, P = 0,017).	Færdigheder
Medical personnel in a paediatric hospital do not	Grześkowiak M, Bartkowska-Sniatkowska A,	Polen 2009	At undersøge pædiatriske lægers og sygeplejerskers fær-	64 læger og 54 sygeplejersker fra et pædiatrisk	Færdigheder vurderes gennem simuleret genoplivning af voksen, barn	Den vigtigste fejl var utilstrækkelig kontrol af luftvejene hos voksne. Kun 53,6% af lægerne og 71,9% af sy-	Færdigheder

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

possess adequate cardiopulmonary resuscitation skills	Rosada-Kurasińska J, Puklińska K.		digheder samt viden om ERC's guidelines.	hospital.	og spædbarn. Derudover et spørgeskema om selvvaluerede færdigheder.	geplejerskerne kunne ordentligt åbne luftvejene, og 85,7% af lægerne og 50,0% af sygeplejerskerne placeret korrekt deres hoveder over offerets ansigt, når brystbevægelser blev observeret. Næsten 45% af sygeplejersker, og 100% af læger leverede den korrekte tidalvolumen til voksne, men det blev ofte forbundet med markant gastrisk udspiling, i både voksne og spædbørn. Deltagerne placerede ofte deres hænder eller fingre korrekt på dukkens bryst, men leverede langsomme og lave kompressioner. Næsten 50% af deltagerne vurderede deres færdigheder som utilstrækkelige.	
Management of simulated maternal cardiac arrest by residents: didactic teaching versus electronic learning	Hards A, Davies S, Salman A, Erik-Soussi M, Balki M.	Canada 2012	At vurdere lægernes håndtering af hjertestop hos gravide og sammenligne performance efter didaktisk træning og e-læring.	20 læger, som er ved at uddannes til anæstesiologer	Observationsstudie. Lægerne randomiseres til at modtage didaktisk træning eller e-læring. Færdigheder testes ved et simulationsstudie baseline og en mdr. efter undervisning. Resultater måles ved tid fra hjertestop til påbegyndelse af kejsersnit samt scores af tekniske og ikke-tekniske færdigheder.	Hos begge grupper forkortes tiden fra hjertestop til kejsersnit efter undervisning. Selv efter undervisning påbegyndes kejsersnit kun blandt 65 % inden for de anbefalede 4 min. Både tekniske og ikke-tekniske færdigheder forbedres i begge grupper efter undervisning.	Færdigheder
Performance of anesthesia residents during a simulated prone ventricular fibril-	Tofil NM, Dollar J, Zinkan L, Youngblood AQ, Peterson DT, White ML,	USA 2014	At evaluere tiden til at erkende og behandle ventrikelflimren hos en pædiatrisk 'prone' (maveliggende) pa-	24 anæstesiologiske residents	Standardiserede simulationssessioner blev udført månedligt i 13 måneder med grupper af 1-2 residents i hver simulation.	Anæstesiologiske residents har brug for yderligere træning i at genkende og behandle operativ ventrikelflimren, især i 'prone' patienter og sjældent mødte ætiologier såsom hyper-	Færdigheder

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

lation arrest in an anesthetized pediatric patient	Stooksberry TN, Jarrell SA, King C.		tient og at udsætte deltagerne for vanskelighederne ved at håndtere krisesituationer hos 'prone' patienter.		Scenariet involverede en maveliggende patient, der gennemgår posterior spinal fusion. Ventrikelflimmer opstod tre minutter inde i casen. Sessionerne blev betragtet af simuleringspersonale, og tid til begivenheder blev registreret.	kaliæmi.	
Anesthesiology residents' performance of pediatric resuscitation during a simulated hyperkalemic cardiac arrest	Howard-Quijano KJ, Stiegler MA, Huang YM, Canales C, Steadman RH.	USA 2010	At vurdere pædiatriske genoplivningsfærdigheder blandt erfarne anæstesiologiske residenter	19 anæstesiologiske residenter	Simulationsstudie. En standardiseret checkliste blev anvendt til evaluering af diagnostiske og terapeutiske interventioner.	79 % påbegyndte genoplivning inden for 1 min. 31 % udførte korrekte. 95 % gav adrenalin, men kun blev administreret med 95% af beboerne, men kun 33 % gav den korrekte dosis til børn. Alle gav væske, men kun 16 % gav den anbefalede mængde. Kun 26 % angav hyperkaliæmi som årsag til hjertestoppet. Adskillige andre præparater blev givet, men kun få blev givet i rette mængde til børn. Alle deltagerne tog lederskab for genoplivningen og kommunikerede effektivt med kirurgen og operationspersonalet. 68 % (13/19) af deltagere kaldte yderligere anæstesiologisk assistance under koden.	Færdigheder
Delays and errors in cardiopulmonary resuscitation and defibrillation by pediatric residents during simulated cardiopul-	Hunt EA, Vera K, Diener-West M, Haggerty JA, Nelson KL, Shaffner DH, Pronovost PJ.	USA 2009	At vurdere lægernes færdigheder i genoplivning	70 pædiatriske residenter	En prospektiv observationelt kohorteundersøgelse af residents uddannet i AHA PALS 2000 retningslinjer, som skal håndtere en high-fidelity simulation	(66%) startede ikke kompressioner inden 1 min efter erkendt pulsløshed og 23/70 (33%) startede aldrig kompressioner. Kun 38/70 (54%) af residents defibrillerede inden for 3 min. efter indtræden af PVT. Der var ingen signifikant forskel i tidsrummet mellem påbegyndelsen af PVT og defib-	Færdigheder Påvirkning udd.længde og praktisk erfaring

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

monary arrests						rillering ift. niveauet af postgraduat uddannelse. Men residents, der tidligere havde brugt en defibrillator på enten en patient eller en simulator i forhold til dem, der ikke havde, var 87% mere tilbøjelige til succesfuldt at defibrillere dukken på ethvert tidspunkt (hazard ratio 1,87, 95% CI: 1,08-3,21, p = 0,02)	
Confidence vs competence: basic life support skills of health professionals	Castle N, Garton H, Kenward G.	England 2007	At vurdere deltagernes selvsikkerhed i genoplivning samt vurdere deres reelle færdigheder.	20 læger, 20 sygeplejersker og 20 assistenter	Spørgeskemaundersøgelse vedr. erfaring med genoplivning og selvsikkerhed ved at udføre basal genoplivning (score 1-5). Derudover en genoplivning til vurdering af færdigheder.	75 % af lægerne vurderede deres selvsikkerhed i genoplivning til 4 eller 5 (skala 0-5), og i genoplivningsscenariet scorede de generelt højere på færdigheder end sygeplejersker og assistenter. Lægerne havde dog fordelene af hyppigere træning med faste intervaller på 6 mdr. samt hyppigere udsættelse for hjertestop.	Selvsikkerhed og færdigheder

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

Oversigt over udvalgte studier – søgning 2							
Titel	Forfatter(e)	Land og publ.år	Formål	Deltagere	Metode	Resultater	Tema
Part 8: Education, Implementation, and Teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.	Finn JC, Bhanji F, Lockey A, Monsieurs K, Frengley R, Iwami T, Lang E, Huei-Ming Ma M, Mancini ME, McNeil MA, Greif R, Billi JE, Nadkarni VM, Bigham B	2015	Opdatering af ERC-guidelines i forhold til uddannelse, implementering og teams		Systematisk review	Nye anbefalinger vedrørende genoplivningstræning	Tværfagligt samarbejde Uddannelse Etc.
Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature.	Fernandez Castela E., Russo SG, Riethmüller M, Boos M.	Tyskland 2013	At identificere og evaluere, i hvilket omfang litteraturen om team koordinering under genoplivning (CPR) empirisk bekræfter sin positive effekt på klinisk relevant medicinsk outcome.	63 artikler inkluderet	Review – en systematisk litteratursøgning i databaserne PubMed, MEDLINE, PsycINFO og CENTRAL omfattende artikler publiceret inden for de sidste 30 år	Planlægning, lederskab og kommunikation blev fundet at være de tre vigtigste indbyrdes forbundne koordineringsmekanismer, som har en effekt på flere CPR præstationsmarkører.	Lederskab Kommunikation Planlægning
Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation.	Hunziker S, Johansson AC, Tschan F, Semmer NK, Rock L, Howell MD, Marsch S.	Schweitz 2011	At beskrive status over forskning, som forbinder team interaktioner med udførelsen af CPR.		Review En målrettet gennemgang af litteratur, der fokuserer på simulationsstudier og opsummerer den aktuelle viden om, hvordan	Forskning har vist, at en forlænget proces af teambuilding og dårlig lederadfærd er associeret med signifikante mangler i CPR. Emner som forsinkelse i initiering af livreddende foranstaltninger og fejlagtig kommunikation kan have en dybtgående indvirkning på patien-	Teamwork Lederskab

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

					teaminteraktion påvirker kvaliteten af de tidlige faser af genoplivning. Konkret illustreres hvordan detaljeret realtime analyse af det komplekse samspil mellem teammedlemmer, deres kommunikation, lederskabsrollen og teamhierarki kan belyse fundamentale aspekter af gruppeinteraktion, der materielt påvirker teamets udførelse af genoplivning.	ternes outcome men kan være svære at studere i praksis.	
Teamwork during resuscitation.	Weinstock P, Halamek LP.	USA 2008	I denne artikel gennemgås den nuværende viden om måling, uddannelse og betydning af teamwork i pædiatrisk genoplivning.		Review	Essentielle færdigheder for at arbejde effektivt i et team: Kend dine omgivelser. Forudse og planlæg. Påtage sig lederrollen. Kommuniker effektivt. Uddeleger arbejdsbyrden optimalt. Tildel opmærksomhed med omtanke. Brug alle tilgængelige oplysninger. Brug alle tilgængelige ressourcer. Ring efter hjælp når det er nødvendigt. Oprethold professionel adfærd. Essentielle principper for at designe succesfuld teamwork træningsprogrammer: Tværprofessionel deltagelse i træningen. Kurserne skal bygge på veletablerede læringsprincipper. Realistisk simulationstræning. At træne debriefing.	Vigtige færdigheder i teamwork Vigtige principper for undervisningen
Identifying non-technical skills and	Andersen PO, Jensen MK,	Danmark	At identificere ikke-tekniske færdigheder	11 danske instruktører i	Individuelle semi-	Fem kategorier vedrørende ikke-tekniske færdigheder blev iden-	Ikke-tekniske

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams	Lippert A, Østergaard D.	2010	egnet til at forbedre team præstationer i multiprofessionelle hjertestophold, og at beskrive barrierer for anvendelse og gennemførelse af disse ikke-tekniske færdigheder.	avanceret genoplivningstræning.	strukturerede interviews	tificeret: ledelse, kommunikation, gensidig præstationsovervågning, vedligeholdelse af standarder, og retningslinjer og opgavestyring. Vigtige barrierer, der blev identificeret var: uerfarne teamledere, opgaveoverbelastning og hierarkisk struktur i teamenes manglende evne til at fastholde fokus på brystkompressioner.	færdigheder Barrierer
Improvements in Teamwork During Neonatal Resuscitation After Interprofessional TeamSTEPPS Training.	Sawyer, T.; Laubach, V. A.; Hudak, J.; Yamamura, K.	USA 2013	at fastslå virkningen af TeamSTEPPS-uddannelse i teamwork under neonatal genoplivning: tværfaglige Team Strategier og værktøjer til at forbedre præstation og patientsikkerhed	42 læger, sygeplejersker og respirationsterapeuter	Hold af læger, sygeplejersker og respirationsterapeuter deltog i TeamSTEPPS uddannelse, der omfattede simulation med en begivenhedsbaseret tilgang. I løbet af simulationerne blev iscenesatte medicinordinationer og præstationsfejl brugt til at teste teamwork færdigheder. Mål for teamwork færdigheder blev indhentet før og efter træning med et prospektiv prætest-posttest design	Signifikante forbedringer i teamwork færdigheder blev set i teamet struktur, ledelse, situationsovervågning, gensidig støtte og kommunikation (p, 0,001). Påvisning og korrektion af utilstrækkelige brystkompressioner steg fra 61,5 til 84,6 procent efter træningen.	Teamwork forbedring efter simulation Teamstruktur Lederskab Kontrol med situationen Gensidig støtte kommunikation
Hands-on time during cardiopulmonary resuscitation is affected by the process of teambuilding: a prospective randomised simula-	Hunziker S, Tschan F, Semmer NK, Zobrist R, Spychiger M, Breuer M, Hunziker PR, Marsch SC.	Schweitz 2009	at udforske og kvantificere effekten af ad hoc teambuilding på efterlevelse af algoritmer af CPR blandt to typer læger, der spiller en vigtig rolle som første respond-	50 hold bestående af tre praktiserende læger hver og 50 hold, der består af tre hospitalslæger hver.	Prospektivt randomiseret studie Sammenligning af udførelsen blandt i forvejen dannede teams, dvs. hold, der havde gennemgået deres proces med teambuilding før igangsættel-	Sammenlignet med i forvejen dannede teams, havde de ad hoc dannede hold mindre hands-on tid i løbet af de første 180 sekunder af genoplivningen (93 +/- 37 vs. 124 +/- 33 sek, P <0,0001), forsinket deres første defibrillering (67 +/- 42 vs. 107 +/- 46 sek, P <0,0001), og der blev foretaget færre	Lederskab Teambuilding Påvirkning af CPR

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

tor-based trial.			enter under CPR: praktiserende læger og hospitalslæger.		sen af et hjertestop, med ad-hold, der blev dannet under hjertestop.	lederskabsudsagn (15 +/- 5 vs. 21 +/- 6, P <0,0001).	
The cognitive basis of effective team performance: features of failure and success in simulated cardiac resuscitation	Shetty P, Cohen T, Patel B, Patel VL.	USA 2009	At karakterisere de kvalitative dimensioner af teampræstationer i genoplivning, der resulterer i gode og dårlige outcomes.	To teams som er videooptaget under genoplivningstræning – et hold med godt og dårligt outcome	Scenariebaseret træning af ACLS. Et videobaseret pilotstudie af et eksperthold i simulation blev optaget. Disse data blev brugt til at udvikle en ramme for at vurdere teamwork og en chekliste til at vurdere overholdelse af protokol. Derefter udvælges to teamtræningsvidereører fra et andet hospital til at undersøge overholdelse af protokol og teamwork ved anvendelse af det udviklede måleredskab. Disse teams blev valgt baseret på deres outcome i træningen; det ene demonstrerende et godt outcome og det andet et dårligt outcome.	Resultaterne tyder på, at afvigelse fra rækkefølgen foreslået af ACLS-protokollen ikke havde nogen indflydelse på resultatet, da det succesfulde team afveg mere fra denne sekvens end det fejlslagne team. Det er ikke protokolafvigelsen i sig selv, der synes at være vigtig, men hvordan lederskabet fleksibelt tilpasser sig situationelle ændringer med afvigelser, som er den afgørende faktor i teamets kompetencer.	Team organisering Kontrol med situationen Kommunikation Lederskab
Importance of leadership in cardiac arrest situations: from simulation to real life and back	Sabnina Hunzikera, Franziska Tschann, Norbert K. Semmer, Stephan Marsch	Schweiz 2013	At undersøge betydningen af lederskab i genoplivning	Review af "real-life" studies og simulationsstudier	En omfattende og up-to-date oversigt over eksisterende kliniske studier, der har undersøgt betydningen af lederskab i CPR.	Kun få, for det meste observationsstudier, er blevet gennemført under virkelige forhold pga. situationernes høje heterogenitet, vanskeligheder med at opfange den indledende fase af CPR, og etiske spørgsmål. Velkontrollerede simulationsstudier kan udfylde de eksisterende huller og give vigtige	Lederskab

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

						indsigter. High-fidelity video-assisterede simulationsstudier fra forskellige forskergrupper har vist, at en forlænget proces med teambuilding er forbundet med betydelige mangler i CPR, mens effektiv ledelse forbedrer teampræstationer. Desuden har randomiserede kontrollerede undersøgelser vist, at medicinstuderende, der modtager lederuddannelse, efterfølgende viste forbedret CPR præstation, som blev opretholdt efter en opfølgning på 4 måneder. Desuden er ledelse påvirket af køn og andre faktorer, såsom følelsesmæssig stress.	
Factors affecting team leadership skills and their relationship with quality of cardiopulmonary resuscitation.	Yeung JH, Ong GJ, Davies RP, Gao F, Perkins GD.	England 2012	At undersøge forholdet mellem team-lederevner og kvaliteten af genoplivning i en hjertestopsimulering. Faktorer, der påvirker team-lederevner blev også vurderet.	40 ALS-udbydere som leder et hjertestophold	En standardiseret hjertestopsimulering blev videofilmet. Baggrundsdata blev indsamlet, herunder alder, køn, om de havde modtaget nogen lederuddannelse i fortiden, om de var en del af en professionel gruppe, det seneste ALS-kursus de havde gennemgået, ALS-instruktion/udbyderstatus, og om de havde ledt an i nogen hjertestopsituation i de foregående 6 måneder. Deltagerne blev scoret vha. en Hjertestop Simulationstest score og et	Teams ledet af ledere med de bedste lederevner udførte højere kvalitet ved genoplivning med bedre tekniske færdigheder ($R = 0,75$, $p < 0,001$), kortere prechok pauser ($R = 0,18$, $p < 0,001$), med lavere samlet hands-off ratio ($R = 0,24$, $p = 0,01$), og kortere tid til første chok ($R = 0,14$, $p = 0,02$). Lederevner var ikke signifikant associeret med mere simple tekniske færdigheder såsom brystkompressionsrate, dybde og ventilationsrate. Forudgående uddannelse i teamlederfærdigheder blev uafhængigt associeret med bedre ledelsesadfærd.	Lederskab

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

					spørgeskema til at beskrive lederskabsadfærd og -evner.		
A simulation-based program to train medical residents to lead and perform advanced cardiovascular life support.	Stefan MS, Belforti RK, Langlois G, Rothberg MB.	USA 2011	At forbedre residents parathed til at være ledere af ACLS-teams vha. simulation	Postgraduate 2. og 3. års residents i intern medicin, i teams á 4.	8 simulerede scenarier under 4 sessioner á 1 time. Et survey før og efter interventionen	Deres overordnede selvtillidsscore blev forbedret 2,8-3,9 (P <0,001, gennemsnitlig forbedring, 1,1; 95% konfidensinterval, 0,7-1,6). Den gennemsnitlige score for at udføre og lede ACLS teams blev forbedret 2,8-4 (P <0,001, gennemsnitsforskel, 1,2; 95% konfidensinterval, 0,7-1,7)	Lederskab
Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial	Hunziker S, Bühlmann C, Tschan F, Balestra G, Legeret C, Schumacher C, Semmer NK, Hunziker P, Marsch S.	Schweitz 2010	At sammenligne ledelsesinstruktion med en generel teknisk instruktion i en high-fidelity genoplivningssimulation	237 medicinstuderende i hold á tre	Prospektivt randomiseret, kontrolleret forsøg. Under baseline deltog de medicinstuderende i et videooptaget simuleret hjertestop. Deltagerne blev herefter randomiseret til at modtage instruktioner fokuserende på enten korrekte positioner af arme og skuldre (teknisk instruktionsgruppe) eller om ledelse og kommunikation til forbedring af teamkoordinering (lederskab instruktionsgruppe). En opfølgende simulering blev gennemført efter 4 mdr.	Efter en afbalanceret baselinepræstation, viste ledelsesinstruktionsgruppen en længere hands-on tid (120 sek, interkvartile område, 98-135 vs. 87 sek, interkvartile område, 61-108; p <0,001), en kortere gennemsnitstid ift. begynde genoplivning (44 sek, interkvartile range, 32-62, vs. 67 sek, interkvartile område, 43-79; p = 0,018), og flere lederskabsudsagn (7; interkvartile område, 4-10; vs. 5, i-terquartile rækkevidde, 2-8; p = 0,02) ved follow-up. Raten af korrekte arm og skulder positioner var højere i teams med teknisk undervisning (59%; 19 ud af 32, vs. 23%; 7 ud af 31; p = 0,003). Lederskabsinstruktioner var overlegne i forhold til tekniske anvisninger, med flere lederskabsudsagn og bedre samlet genoplivningspræstation.	Lederskab
Human factors affect the quality	Marsch, S. C.; Muller, C.;	Schweitz	At bestemme, om og hvordan menneske-	16 teams, hver bestående af tre	Simulationsstudie	Kun seks ud af 16 hold var succesfulde. Sammenlignet med succesfulde hold,	Lederskab

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests.	Marquardt, K.; Conrad, G.;	2004	ge faktorer påvirker kvaliteten af genoplivning.	sundhedspersoner		udviste de fejlsagte hold signifikant mindre ledelsesadfærd ($P = 0,033$) og eksplicit opgavedistribution ($P = 0,035$). Alle hold havde tilstrækkelig teoretisk viden til succesfuldt at behandle det simulerede hjertestop.	
Residents feel unprepared and unsupervised as leaders of cardiac arrest teams in teaching hospitals: a survey of internal medicine residents	Hayes, C. W.; Rhee, A.; Detsky, M. E.; Leblanc, V. R.;	Canada 2007	At bestemme residents i intern medicin's opfattelse af tilstrækkeligheden af deres uddannelse ift. at fungere som hjertestopteamledere på hospital	289 residents i intern medicin	Tværsnitsundersøgelse, survey.	49,3% af de adspurgte følte sig utilstrækkeligt uddannet til at lede et hjertestophold. 50,9% mente, at det avancerede genoplivningskursus ikke gav den nødvendige uddannelse til teamledelse. 40% rapporterede at de ikke havde modtaget yderligere hjertestopuddannelse ud over ALS-kursus. Kun 52,1% af de adspurgte følte sig parat til at lede et hjertestophold, og 55,3% var bekymrede for at lave fejl.	Lederskab
Leadership of resuscitation teams: 'Light-house Leadership'	Cooper, S.; Wakelam, A.;	England 1999	At fastslå forholdet mellem lederskabsadfærd, teamdynamik og opgaveudførelse	18 ledere,	Et observationsstudie af 20 genoplivningsforsøg (19 filmet) The Leadership Behaviour Description Questionnaire (LBDQ) blev brugt til at måle niveauet af teamstruktur. Interpersonel adfærd og genoplivningsopgaver blev målt med en skala til teamdynamik og en opgavepræstationsskala. I hvor høj grad lederen deltog aktivt "hands on", med genoplivningen, og deres tidligere uddan-	I hvor høj grad lederen fik opbygge en teamstruktur viste sig at korrelere signifikant med teamets dynamik ($P = 0,000$) og opgaveløsningen ($P = 0,013$). De ledere, der deltog "hands-on" var mindre tilbøjelige til at opbygge et struktureret team ($P = 0,005$), holdet var mindre dynamisk ($P = 0,028$), og genoplivningen blev udført mindre effektivt ($P = 0,099$). Erfaringer opnået over en periode på 1 år øgede ikke lederskabspræstationer, men ledere, der havde op til 3 års erfaring var mere tilbøjelige til at være effektive i denne rolle ($P = 0,072$). ALS træning øgede ikke lederskabspræstationer i sig selv. Men de ledere, der havde haft nylig ALS træning var	Lederskab

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

					nelse i ALS, og erfaring med genoplivningsforsøg, blev evalueret over for lederskabs rating.	mere tilbøjelige til ikke at deltage "hands on" ($P = 0,035$). Der sås nogle bemærkelsesværdige mangler i udførelsen af opgaver og nogle interessante sammenhænge vedrørende varigheden af genoplivning, overlevelsesrate estimat, ledernes holdninger og teamenes niveau af erfaring.	
Targeted crisis resource management training improves performance among randomized nursing and medical students.	Jankouskas, T. S.; Haidet, K. K.; Hupcey, J. E.; Kolanowski, A.	USA 2011	At evaluere Crisis Resource Management (CRM) træning ved en simulation		Et eksperimentelt prætest / posttest design blev brugt. Tværfaglige teams med fire personer, bestående af sygepleje- og medicinstuderende, blev randomiseret til eksperimentelle eller kontrol betingelser: Basic Life Support plus CRM uddannelse eller Basic Life Support alene. Team proces (opgavestyring, teamworking, situationsfornemmelse, og tværfaglig indstilling) og team effektivitet (hold fejlprocent og responstider) var resultaterne af interesse.	Eksperimentelle hold viste signifikant forbedring i team proces-målingerne i forhold til kontrol teams. CRM-træning forudsagde 13% af variansen i opgavestyring ($P = 0,05$), 15% af variansen i teamworking ($P = 0,04$), og 18% af variansen i situationsfornemmelse ($P = 0,03$). CRM-træning og opgavestyring forudsagde 22% af variansen ($P = 0,04$) i teamets fejlprocent; CRM-træning og teamworking forudsagde 35% af variansen ($P = 0,01$), mens CRM-træningen og situationsfornemmelse forudsagde 20% af variansen ($P = 0,04$) i responstid til brystkompressioner. Både eksperimentelle og kontrol teams viste signifikant forbedring i teamets effektivitetsmålinger.	CRM Påvirkning af færdigheder, teamwork, opmærksomhed på situationen, fejl
Positive impact of crisis resource management training on no-flow time and	Fernandez Castelao E, Russo SG, Cremer S, Strack M, Ka-	Tyskland 2011	At vurdere effekten af videobaseret interaktiv CRM på no-flow-time (NFT), og på forholdet mellem	176 sidsteårs medicinstuderende	Randomiseret kontrolleret studie 44 fire-personers hold, der var randomiseret til	NFT rater var signifikant lavere i CRM-træningsgrupperne ($31,4 \pm 6,1\%$ vs. $36,3 \pm 6,6\%$, $p = 0,014$). Andele af alle TLV kategorier var højere i CRM-træning ($p < 0,001$). Forskelle i FV kun	CRM Kommunikation

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

team member verbalisations during simulated cardiopulmonary resuscitation: a randomised controlled trial.	minski L, Eich C, Timmermann A, Boos M.		teammedlemmernes verbalisationer (TMV) under simuleret genoplivning (CPR). Endvidere at undersøge sammenhængen mellem teamlederens italesættelse-nøjagtighed og NFT.		enten CRM intervention (n = 26), der modtager interaktiv video-baserede CRM-træning, eller til kontrolintervention (n = 18), der modtager en yderligere ALS-uddannelse. Primære resultater var NFT og proportioner af TMV, der blev opdelt i otte kategorier: fire holdleder verbalisations (TLV) med forskellige nøjagtighedsniveauer og fire 'follower' italesættelseseskategorier (FV).	blev fundet for en kategori (uopfordret information) (p = 0,012). Den højeste korrelation med NFT blev fundet for høj nøjagtighed TLV (direkte ordrer) (p = 0,06).	
Simulation-based training delivered directly to the pediatric cardiac intensive care unit engenders preparedness, comfort, and decreased anxiety among multidisciplinary resuscitation teams	Allan CK, Thigarajan RR, Beke D, Imprescia A, Kappus LJ, Garden A, Hayes G, Laussen PC, Bacha E, Weinstein PH.	USA 2010	At afgøre, om deltagelsen i et tværfagligt CRM-kursus forbedrer deltagernes komfort og tillidsniveauer ift. fremtidige genoplivningsbegivenheder.	182 (127 sygeplejersker, 50 læger, 2 respirationsterapeuter, 3 sygeplejeplejere)	For at optimere teampræstationer er udviklet et tværfagligt Crisis Resource Management kursus, der adresserer både teamwork og tekniske færdigheder, som der er behov for i pædiatriske hjerteintensiv. Deltagerne sammensættes som et klinisk team. En omfattende video-baserede debriefing fulgte hvert scenarie med fokus på teamwork principper og tekniske genoplivningsfærdigheder.	Alle deltagere scorede anvendeligheden af programmet og scenarierne til 4 af 5 eller højere (5 = mest nyttig). Der var signifikant forbedring i deltagernes opfattede evne til at fungere som i et hjertestopteam og tillid hertil (P <0,001). Deltagerne rapporterede, at de var signifikant mere tilbøjelige til at rejse bekymringer om uhensigtsmæssig håndtering til teamets leder (P <0,001).	CRM Oplevelse og selvsikkerhed

Bilag 2. Oversigt over udvalgte studier

					Pre- og postinterventionsspørgeskemaer blev anvendt til at bestemme virkningerne på deltagernes komfort og selvtillid med hensyn til deltagelse i kommende genoplivning.		
Simulation of in-hospital pediatric medical emergencies and cardio-pulmonary arrests: highlighting the importance of the first 5 minutes	Hunt EA, Walker AR, Shaffner DH, Miller MR, Pronovost PJ.	USA 2008	Formålet med denne undersøgelse var at (1) måle den gennemsnitlige forløbstid at initiere vigtige genoplivningsmanøvrer i pædiatriske mock codes, og (2) at identificere typer og hyppighed af fejl begået under pædiatriske mock codes.	34 fortløbende hospitalsbaserede mock codes.	Et prospektivt observationelt studie	I 100% af mock codes var der kommunikationsfejl	kommunikation
Calming the chaos: Simulated code interdisciplinary team training.	Perez, C	USA	At identificere og vurdere mangel på færdigheder og organisatoriske fejl samt at forbedre genoplivning ved at træne personalet i tekniske færdigheder og teamwork.	Tværprofessionelt personale på et universitetshospital	Tværprofessionelle sessions med uvarslede insitu simulationer to gange om måneden over to år. Hver session indeholder 10 min. genoplivning samt 30-40 min. debriefing og evaluering.	Resultaterne vedrørende teamwork måler elementer af CRM på en skala. Efter to år med mock codes viser alle scorer en signifikant forbedring i teamwork siden baseline scores.	Mock code – forbedring af teamwork

Bilag 3. Deskriptiv dataanalyse

Dataudtræk

Data er trukket d. 3. marts 2016 fra Region Midtjyllands interne datakatalog ”Plan2Learn” i samarbejde med AUH’s hjertestopkoordinator. Datasættet er trukket til Excel, som efterfølgende er anvendt som databehandlingsprogram.

Data er trukket for de forskellige genoplivningskurser på AUH, herunder basal genoplivning niveau 1 og 2 samt avanceret genoplivning niveau 3 for både voksne og børn. Kun tilstedeværelseskurser er inkluderet, og e-læringskurser er ekskluderet. Psykiatrisk hospital i Risskov og Samsø sygehus, som hører under AUH, er ekskluderet, da de adskiller sig markant fra AUH’s øvrige hospitaler hvad angår patientgrupper og krav til kurserne. Samtlige afdelinger med læger er inkluderet i dataudtrækket, og hvor det var muligt er valgt specifikt kun at trække data for lægerne. Administrative afdelinger, forskningsklinikker og serviceenheder som apotek, kiosk, kapel m.m. er ekskluderet.

Dataudtrækket omfatter stamdata, herunder navn, cpr-nr., afdeling og stillingsbetegnelse. Cpr-nr. er ændret til fødselsdato, inden datasættet blev videregivet til undersøgeren, for at mindske de personfølsomme oplysninger. Derudover omfatter data oplysninger om lægernes deltagelse ved de valgte kursusaktiviteter. I alt 2.152 personer indgår i det oprindelige dataudtræk.

Forberedelse af datasæt

I det følgende præsenteres de forskellige trin i forberedelsen af datasættet forud for analysen.

Eksklusion af irrelevante personer er foregået i to trin. Først er data sorteret efter stilling, og alle personer, der ikke er læger, er ekskluderet, herunder bl.a. medicinstuderende, øvrige faggrupper, forskere m.fl.. I alt 717 personer er ekskluderet. Dernæst er data sorteret efter afdeling. Alle afdelinger, som ifølge AUH’s uddannelsesplan for genoplivning skal på niveau 1-kursus (Højbjerg 2016), er ekskluderet, da disse læger ikke har direkte patientkontakt. I alt 87 læger er herved ekskluderet, og det endelige datasæt inkluderer dermed 1348 læger.

Niveau-2 kurserne var i det oprindelige datasæt opdelt i seks kolonner, så disse er samlet i én kolonne.

Bilag 3. Deskriptiv dataanalyse

Dernæst er oprettet en ny kolonne med angivelse af afdelingerne som værende enten 'kirurgisk', 'medicinsk', kirurgisk/medicinsk' eller 'andet'. Opdelingen er foretaget på baggrund af afdelingsbeskrivelser på AUH.dk for at kunne undersøge en eventuel sammenhæng i forhold til lægernes deltagelse. Se nedenstående tabel.

Børneafdeling A	M
Dagkirurgisk	K
Fælles Akut	M/K
Geriatrisk	M
Hjerte/lunge/karkirurgisk	K
Hjertesygdomme	M/K
Hud- og kønssygdomme	M
Hæmatologisk	M
Infektionsmedicinsk	M
Kræftafdelingen	M
Kvindesygdomme/fødsler	M/K
Lungemedicinsk	M
Mave/tarmkirurgi	K
Medicinsk endokrinologisk	M
Medicinsk hepato/gastroenterologisk	M
Neurokirurgisk	K
Neurologisk	M
Neuroradiologisk	Andet
Nuklearmedicinsk/PET	Andet
Nyremedicinsk	M
Operation og intensiv Nord	M/K
Operation og intensiv Syd	M/K
Operation og intensiv Øst	M/K
Ortopædkirurgisk	K
Plastikkirurgisk	K
Reumatologisk	M
Røntgen/Skanning	Andet
Urinvejskirurgisk	K
Øjenafdelingen	M/K
Øre-næse-hals	M/K

Via en formel er fødselsdato omregnet til alder i en ny kolonne, og der er derefter dannet 4 aldersgrupper: <30 år, 30-39 år, 40-49 år og >50 år.

Data er anonymiseret ved at erstatte navne med id-numre.

Bilag 3. Deskriptiv dataanalyse

Til sidst er data sorteret efter gennemførsel for hvert enkelt kursus, og dette er samlet i en ny fælles kolonne for alle kurserne med angivelse af kursusgennemførsel (Ja/Nej). Da data går længere tilbage end 2 år, som er kravet for vedligeholdelsesintervaller ved niveau 2 og 3 kurser, er alle kursusgennemførsler før 3.3.2014 registreret som ikke-gennemført. Skæringsdatoen svarer til to år før data er trukket.

Det endelige datasæt består dermed af data på 1348 læger fordelt på kolonnerne: Id, alder, aldersgruppe, ansættelsessted (afdeling), kirurgisk/medicinsk/andet, stilling, gennemført (Ja/Nej) samt de fire inkluderede kurser (Basal 2 for nyuddannede, Basal 2 genopfriskning, Avanceret 3 og Avanceret 3 børn).

Analyse af data

Analysen er en simpel deskriptiv analyse med henblik på at beskrive data og pege på mulige sammenhænge i datasættet.

Først er data sorteret efter 'gennemført Ja/Nej', og den procentvise fordeling blandt samtlige læger er illustreret i et cirkeldiagram.

Dernæst er data sorteret efter afdeling, og for hver afdeling er den procentvise fordeling af lægernes gennemførsel udregnet. Dette er illustreret i et søjlediagram, hvor afdelingerne er rangordnet efter hvor mange procent af lægerne, der har gennemført.

Data er derefter sorteret efter afdelingernes inddeling som 'kirurgisk/medicinsk/andet/medicinsk+kirurgisk'. For hver afdelingstype er den procentvise fordeling af lægernes gennemførsel udregnet, og sammenhængen mellem de fire typer er illustreret i et søjlediagram.

For at undersøge sammenhængen mellem lægernes gennemførsel og stilling, er data sorteret efter stillinger. For hver type stilling er udregnet den procentvise gennemførsel, og stillingerne er sammenholdt i et søjlediagram, som er rangordnet efter gennemførsel.

Betydningen af alder er undersøgt ved at sammenligne den procentvise gennemførsel for hver af de fire aldersgrupper. Dette er præsenteret i et søjlediagram.

Afslutningsvis er dataudtrækket valideret i samarbejde med AUH's hjertestopkoordinator i form af stikprøvekontroller på enkelte afdelinger, hvor gennemførselsprocenten er sammenholdt med analysens resultater.

Bilag 4. Interviewguides

Interviewguide 1 – henvendt til lægerne

Introduktion:

- Tak fordi du vil snakke med mig
- Jeg er uddannet sygeplejerske og ved at læse kandidat i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet
- Kort om specialet:
 - o Jeg er ved at skrive speciale om genoplivningskurserne her på AUH
- Formålet med interviewet:
 - o Jeg vil gerne undersøge lægernes forhold til kurserne, og hvilke faktorer der har betydning for, om I kan deltage på kurserne
 - o Så det håber jeg, at du kan hjælpe mig med at blive lidt klogere på
- Interviewets varighed: maks. 30 min.

Formelle ting:

- Fuld anonymitet, også din afdeling
- Du kan til enhver tid trække dig ud, hvis du ikke længere ønsker at deltage
- Optagelse af interview

Kategori	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Indledende spørgsmål	Hvordan er lægernes erfaring med genoplivning? Hvordan er lægernes erfaring med og holdning til genoplivningskurserne?	- Hvor lang tid har du arbejdet som læge på AUH? - Hvad er din stilling som læge? - Hvordan er din erfaring med genoplivning? - Hvor ofte vil du mene, at I har et hjertestop på din afdeling? - Hvornår har du sidst stået med et hjertestop? - o Hvilken rolle havde du ifm. genoplivningen? - o Hvordan følte du dig rustet til det? (viden om procedurer for hjertestop, medicin, lede genoplivningen m.m.) - Har du deltaget i genoplivningskursus her på AUH? - Hvis nej: - o Hvad er grunden til, at du ikke har deltaget? • Uddybes (barrierer) - o Hvordan har du det med ikke at have deltaget/at det er lang tid siden sidst? (fint nok, mangler det, ikke tryk...) - Hvis ja: - o Hvornår har du sidst været på genoplivningskursus? - o Hvilket kursus var du på? (basal/avanceret) - o Var kurset mono- eller tværfagligt? • Hvordan fungerede det? - o Hvordan vil du foretrække, at holdene er sammensat? Hvorfor?

Bilag 4. Interviewguides

		○ Hvilken betydning har det, om det er en sygeplejerske eller en læge, der underviser? ○ Hvad synes du om kurset? Hvorfor? ○ Hvad fik du ud af kurset? ○ Hvorvidt føler du dig rustet til at håndtere hjertestop efter at have været på kursus?
Personlige faktorer	Hvilken indflydelse har personlige faktorer på lægernes deltagelse?	- Hvor vigtigt tænker du, det er, at du som læge kommer på genoplivningskursus? På en skala fra 1-10? Hvorfor? (relevant, behov...) - Hvordan er kurset relevant ift. din hverdag på afdelingen? - Kan du se et formål med kurset? - Hvad skal der til for / hvad gør, at du er motiveret for at komme på kursus?
Patientsikkerhed	Hvilken indflydelse har lægernes deltagelse på genoplivningskurser for patientsikkerheden?	- Hvilken betydning tænker du, kurserne har for, hvordan genoplivning bliver håndteret i praksis? - Det viser sig, at kun 40 % af lægerne her på AUH har været på genoplivningskursus inden for de sidste to år, som kravene siger. Hvilken betydning tænker du, det har for patientsikkerheden?
Organisatoriske faktorer - Struktur - Kultur - Ledelse	Hvilken indflydelse har de organisatoriske rammer på lægernes deltagelse? Hvilken indflydelse har afdelingskulturen på lægernes deltagelse? Hvilken indflydelse har afdelingsledelsen på lægernes deltagelse?	- Hvilken betydning har den organisatoriske planlægning på afdelingen, ift. om du kan komme på genoplivningskursus? - Hvordan prioriteres kurserne i forhold til det kliniske arbejde på din afd.? (fx op.program, tid, ressourcer) - Hvordan er holdningen på din afd. ift. genoplivningskurser? (Er det vigtigt, er der opbakning, positiv/negativ holdning, ens/forskellige holdninger) - Hvorvidt påvirker holdningen, om du kommer af sted på kursus? - Hvilken indflydelse har din ledende overlæge på, om du kommer på genoplivningskursus eller ej? - I hvilken grad synes du, der er opbakning fra din ledende overlæge? Hvordan? - Hvor vigtig mener du, at ledelsens holdning er?
Forandringstiltag	Hvilke forandringstiltag kan bidrage til at fremme deltagelsen?	- Hvis målet er, at alle læger på AUH skal på genoplivningskursus, hvad tænker du så, der skal til?
Afrunding		- Har du nogle afsluttende kommentarer?

Afslutning på interviewet:

- Tak fordi du ville være med
- Er du interesseret i, at jeg sender projektet til dig, når det er færdigt?
- Hav en god dag

Interviewguide 2 – henvendt til de ledende overlæger

Introduktion:

- Tak fordi du vil snakke med mig
- Jeg er uddannet sygeplejerske og ved at læse kandidat i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet
- Kort om specialet:
 - o Jeg er ved at skrive speciale om genoplivningskurserne her på AUH
- Formålet med interviewet:
 - o Jeg vil gerne undersøge lægernes forhold til kurserne, og hvilke faktorer der har betydning for deres deltagelse
 - o Så det håber jeg, at du kan hjælpe mig med at blive lidt klogere på
- Interviewets varighed: maks. 30 min.

Formelle ting:

- Fuld anonymitet, også din afdeling
- Du kan til enhver tid trække dig ud, hvis du ikke længere ønsker at deltage
- Optagelse af interview

Kategori	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Ledelsesmæssig betydning	Hvilken indflydelse har den ledende overlæge på lægernes deltagelse?	<i>Ifølge AUH's uddannelsesplan er det dit ansvar, at alle lægerne fra din afd. kommer på genoplivningskursus</i> - Hvilken indflydelse har du på, at de kommer på kursus? - o Hvordan udmønter du det i praksis? - Hvad er din holdning til, om de deltager? - Hvad er er din holdning til, om kurserne er mono- eller tværfaglige? Fordele/ulemper? - Hvilken betydning har det, om det er en sygeplejerske eller læge, der underviser?
Patientsikkerhed	Hvilken indflydelse har lægernes deltagelse på genoplivningskurser for patientsikkerheden?	<i>Vise diagram med alle læger + fordelt på afd.</i> <i>Det viser sig, at kun 40 % af lægerne her på AUH har været på genoplivningskursus inden for de sidste to år, som kravene siger.</i> - Hvilken betydning tænker du, det har for patientsikkerheden? - Hvilken betydning tænker du, det har, at der ikke er nogen konsekvens ved, om lægerne deltager eller ej? - Hvis der skulle være en konsekvens ved ikke at deltage, hvad kunne du så forestille dig, det skulle være på din afd.?
Den konkrete afdeling	Hvilke faktorer påvirker lægernes deltagelsesprocent på afdelingen?	<i>Vise hvor deres afd. ligger på kurven + nævne procenttallet.</i> - Som vi kan se, ligger din afd. 'blandt de bedste' / 'ikke så godt' ift. lægernes deltagelsesprocent. Hvad tænker du, det kan skyldes? Uddybning: - o Hvilke barrierer påvirker lægernes deltagelse? / Hvad er med til at fremme lægernes deltagelse?

Bilag 4. Interviewguides

Organisatoriske faktorer	Hvilken indflydelse har de organisatoriske rammer på lægernes deltagelse?	- Hvilken betydning har den organisatoriske planlægning på afdelingen for lægernes deltagelse? - Hvordan prioriterer du kurserne i forhold til det kliniske arbejde på afd.? (fx op.program, tid, ressourcer) - Kan du se et formål med, at lægerne skal på kurset? - Hvordan er kurset relevant på jeres afdeling? - Hvilke udfordringer står I med på afdelingen, som kan påvirke, om lægerne kommer på kursus? (daglig drift, behandlingsgaranti, politik, ressourcer)
	Hvilken betydning har det, om afdelingen er medicinsk eller kirurgisk?	<i>Der ses en tendens til, at lægerne fra de medicinske afdelinger har højere deltagelse end de kirurgiske. Vise diagram.</i> - Hvad tænker du, det kan skyldes?
	Hvilken indflydelse har afdelingskulturen på lægernes deltagelse?	- Hvordan er holdningen på din afd. ift. genoplivningskurser? - Hvilken indflydelse tænker du, at du har på holdningen/kulturen?
	Hvilken betydning har anciennitet på deltagelse?	<i>Det viser sig, at der ses en sammenhæng mellem lægernes stilling og deres deltagelse. Jo højere oppe i hierarkiet, des lavere deltagelse. 72 % af de ledende overlæger på AUH har ikke været på genoplivningskursus inden for de sidste to år. Vise diagram med stillinger.</i> - Hvad tænker du om det? - Hvad kan det skyldes?
Forandringstiltag	Hvilke forandringstiltag kan bidrage til at fremme deltagelsen?	- Hvis målet er, at alle lægerne på din afd. skal på genoplivningskursus, hvad tænker du så, der skal til?
Afrunding		- Har du nogle afsluttende kommentarer?

Afslutning på interviewet:

- Tak fordi du ville være med
- Er du interesseret i, at jeg sender projektet til dig, når det er færdigt?
- Hav en god dag

Bilag 5. Transskriptionskonventioner

Følgende konventioner er anvendt under transskription af undersøgelsens interviews.

<i>Kursiv</i>	Skrift med kursiv angiver interviewerens spørgsmål og kommentarer. Skrift uden kursiv angiver informantens udtalelser.
()	Parenteser angiver forklaringer til teksten, tilføjet i transskriptionen
(?)	Spørgsmålstegn i parentes angiver, at udskriveren ikke kan høre, hvad der bliver sagt
(ord?)	Et ord efterfulgt af spørgsmålstegn i parentes angiver, at ordet ikke er helt tydeligt at høre, men at det lyder som det skrevne ord.
<u>ord</u>	Understregning angiver en form for betoning eller fremhævnning af ordet
(pause)	Angiver en længere pause i samtalen
...	Angiver en kort pause i talen eller at der startes på en sætning, som ikke gøres færdig

Bilag 6. Strukturanalyse

I nedenstående strukturanalyse betyder to rektangulære parenteser [], at undersøgeren har tilføjet ord for at bedre forståelsen. Tre punktummer ... er ensbetydende med en kort pause i informantens tale, mens tre punktummer i parentes (...) betyder, at en del af citatet er udeladt, da det er irrelevant for den konkrete sammenhæng. Understregning af ord angiver en form for betoning eller fremhævelse. Spørgsmålstegn i parentes (?) angiver, at udskriveren ikke har kunnet høre, hvad der bliver sagt.

[illegible]

Bilag 6. Strukturanalyse

man er ond og siger, jeg vil gerne tage livet af patienterne. Det der er bare et udtryk for manglende motivation. (E) [Hvis der var et klart formål] Så ville kurven være heroppe [peger på diagrammet med afdelingerne]. Så behøver jeg slet ikke føle noget, så ville kurven automatisk være deroppe, ik'. Jamen det er jo det, der er <u>meningen</u>. (E) Nej, men det er også meget forståeligt [at det ikke bliver prioriteret på hans afdeling]. Fordi hvis der ikke er nogen, der vil ku formulere et mål og et formål og en baggrund, som man også kan se en fornuft i, jamen så <u>bliver</u> det nok ikke prioriteret. (E) Det handler i bund og grund om, at hvis du kan motivere den enkelte læge til, at det her det er vigtigt, jamen så møder de også op. Så prioriterer de det. Grunden til, at de <u>ikke</u> prioriterer det, det er manglende motivation. Hvorfor er der manglende motivation? Det er fordi, der simpelthen ikke er et ordentligt formål og et ordentligt mål med det. Jamen det mener jeg virkelig. Det er jo... alle opgaver skal jo motiveres. Og hvis du kan finde en motivation i opgaven, så kan du få folk til at gøre de mærkeligste ting. Overholde (?) og behandlingsgarantier og alt muligt andet, fordi et eller andet sted, så kan man finde motivation i det. Det her [peger på diagrammerne] det er jo tegn på manglende motivation. Sådan en kurve det handler om manglende motivation. Kort og godt. (E) Jamen der var nogen, der skulle forklare mig, hvorfor det var vigtigt, at jeg brugte en dag på det hvert andet år. Altså, og så... det ville kunne motivere mig, hvis jeg så... hvis de kunne forklare mig, hvorfor det var så vigtigt, at jeg skulle bruge en dag til det. Men ellers så hvis der kom en ledelse og sagde, at det skal du. Det ville ikke være motivation, men så ville jeg jo gøre det (griner). Der er en pisk og en gulerod, ik'. (...) Jamen begge dele ville virke, det er da klart. Altså hvis jeg kunne forstå, at jeg skulle bruge en dag på det, prioritere en dag på det, så ville jeg selvfølgelig gøre det. Og så er pishen jo også altid god, at det skal du bare. (D)	-----II----- -----II-----	
Det er tankevækkende, at det kun er 70 %, som den bedste afdeling præsterer, ik'. Det kan så bekymre mig mere, at dem der... man kan sige, men det er jo så måske igen, fordi man <u>træner</u> det regelmæssigt. Ved at man bruger det i praksis, så man har måske ikke så stort et behov for at... altså som intensivlæge, fordi det bruger man regelmæssigt, så hvorfor skal man så gå til træning i det? Så er det jo måske bare en procesmåling i virkeligheden, ik'. Du kan hakke af, nu har du gjort det, nå okay. For det er igen, hvad er så formålet med det? Hvad er det, vi vil opnå ved at gøre det? Er det bare, at vi kan hakke af og sige, at alle har gjort sådan? Eller er der et formål med det? Er der en <u>mening</u> med, at en læge, som måske i bund og grund træner hjertestop en gang om måneden på intensivafdelingen, skal gå til regelmæssig undervisning hvert andet år i hjertestop? Det kan man	Der er forskel på hvilke afdelinger, kurserne har relevans for At gøre det for systemets skyld	Motivation - kursets relevans

Bilag 6. Strukturanalyse

måske diskutere. Så derfor... det er jo så også igen motivationen, ik'. Altså hvad er motivationen? Motivationen er en forståelse af, hvad formålet er, og hvad målet med det er. Det mangler jeg nok lidt. Det tror jeg, det er det, det her afspejler i virkeligheden [peger på diagrammet med afdelingerne]. (E)	Mangler et formål og en mening - derfor manglende motivation	- at kunne se meningen med det
nu stiller jeg dig et spørgsmål. Du kan godt få kurven til at se sådan her ud, så du har grønt helt derop til. Men det vil du jo kun kunne med tvang. Og hvad så? Hvad vil det betyde? (...) Ja, gøre nogen forskel. (...) Jeg tror faktisk ikke engang, man behøver stille spørgsmålet. Jeg tror da roligt, jeg kan sige, at det gør det formentlig ikke. Det er nok snarere det, der er problemet. (E) Det er det, jeg siger, du kan sagtens bosse flere frem, men vil det hjælpe patienterne, vil det gavne patienten? Det er jo... det spørgsmål skal man altid huske at stille i et sundhedsvæsen. Gavner det patienten? Det tror jeg personligt ikke, det gør. (E)	Mener ikke at kurserne vil gøre en forskel, hvis deltagelse sker ved tvang	Motivation - at kunne se meningen med det
Det er fordi, jeg kan mærke den der... at man bare bliver... man får et boost, når man har været på en eller anden simulationsseance eller, altså fået noget... ja. Så det er ikke at miste de skills, man har. De skal vedligeholdes, så det er det, der er motivationen. (F) [Om at afdelingen har så lav deltagelse]: Ja, det synes jeg er skrækkeligt. Det er jeg da overrasket over. Men jeg ved godt, der er nogen, der siger, at det står vi i så tit. Men det er bare... man kommer ud i nogle kroge på sådan nogle kurser, som man får afdækket. Altså jeg tror, det er de blinde vinkler, man har. Dem kan man jo ikke selv se. Så derfor er det vigtigt, at man kommer på kursus, så man også kan se dem. (F)	Det er motiverende, at træningen giver et boost Vil gerne vedligeholde sine færdigheder Kurserne er vigtige for at lære sine blinde vinkler at kende	Motivation - at kunne se meningen med det
<i>Hvad synes du om kurset helt generelt?</i> Det [kurset] er helt fantastisk. Og hvad niveau var det... (...) Jamen det er der der med, at man bare tæsker igennem med sygehistorier og noget praktisk, og man skiftes til at have de forskellige roller. Man kører cyklusserne igennem. Så det fungerer bare godt, og det er bare igen og igen og igen og igen, og det er dét, der skal til. (C) Jamen man bliver bare lidt bedre hver eneste gang, man er på et kursus. Fordi man får lidt mere med, eller lidt mere erfaring, eller lidt mere at man bliver opmærksom på noget. Og så sker der jo altså også nogle gange nogle ændringer i rekommandationer, som man så også lige bliver opdateret på. (C) Altså det er altid sådan, lige når man har været på kursus, så er jeg rigtig godt rustet, og så falder den der jo så, indtil man kommer på kursus igen. Så falder det lige så langsomt. Og når man så kommer på kursus igen, så kommer man jo lige op igen. (C) Jamen det er fordi, min erfaring er, at jo flere gange man ligesom kommer i gennem det, altså selvfølgelig ikke lige i streg, men altså jo flere gange man er på kurset og	Viser stor begejstring for kurset Det er vigtigt med gentagen træning Personligt udbytte af kurset – det giver erfaring, og man bliver bedre rustet til at håndtere hjertestop	Motivation - kursets relevans - at kunne se meningen med det

Bilag 6. Strukturanalyse

reminder, så får man mere og mere ud af det. Så kan man føle sig mere og mere rustet, altså man går et trin op. Det synes jeg. (C)		
Det er det, jeg spørger til. Er det et <u>formål</u>, er det et formål, når det er... kan du lære tværfagligt samarbejde ved at gentage det hvert andet år? Der vil jeg nok sige, der savner jeg noget evidens for, at det gør nogen forskel. (E) Der kunne gøre en forskel. Ja, hvis du kunne vise... hvis du kunne evidensbasere det her og sige at, vi kan faktisk vise, at det her gør, at patienterne overlever faktisk et hjertestop. At der er en væsentlig forskel på at møde op til de her kurser. Det vil gavne dig i din hverdag, det vil gøre en forskel. Så ville folk møde op. Alle læger har faktisk et ønske om at hjælpe patienterne. Men til gengæld så sorterer de også det fra, som de føler ikke hjælper patienterne. Det er det her jo et tydeligt eksempel på noget, de føler ikke hjælper patienterne. For hvis de gjorde det, så ville kurven jo se helt anderledes ud. Jamen det er jo virkeligheden. (E) Ja at kunne se, at det gør en forskel at møde op. Det tror jeg i virkeligheden, at dem... alle dem der er røde her [peger på diagrammet] de kan ikke se noget resultat af at møde op. Fordi hvis de kunne se det, så ville de også møde op. (E) Og hvorfor er det lige hvert andet år, altså hvorfor <u>tror</u> man, at hvert andet år det er sådan et... det ved jeg ikke... og det tror vi... Sådan er læger indrettede, ligesom mig. (...) Ja et <u>formål</u>, en eller anden... det er ikke bare noget, man gør. For hvorfor? Hvorfor lige to år? Altså jeg tror, det er sådan et eller andet, man... der er ikke... jeg tror... Motivationen mangler, fordi man ikke rigtigt har nogen forståelse for, hvad det gør af forskel. (E) Men jeg ved ikke, jeg er også nødt til at sige, at som så meget andet i det her system, hvor er så <u>evidensen</u> henne? Altså hvad er evidensen for, at vi redder patienter i et hjertestop ved at gøre det der? Den savner jeg til gengæld. (E) Hvad <u>betyder</u> det? Ja, fordi hvad betyder det, hvis du har undervisning én gang om året, hvert andet år eller hvert tredje år eller hvert tiende år. Gør det nogen forskel? (...) Jeg mangler simpelthen noget evidens for, at man går til hjertestopsundervisning en gang om året eller hvert andet år eller hvert tredje eller fjerde år. At det har nogen som helst betydning for patientens overlevelse ved et hjertestop. Det har jeg aldrig set. Det er jeg nødt til at sige. (E) Jamen jeg tror ikke, der er nogen evidens. Jamen jeg skal være helt ærlig, jeg tror sgu ikke, der er nogen evidens for, at det her gør nogen forskel. [Hvis der var evidens]: Jamen så tror jeg, du havde en helt anden sag. Fordi så havde du noget at komme med, så kunne du sige: Kære venner, hvis ikke I kommer til det her, så ender det sådan	Savner et formål med kurset Savner evidens for at undervisningen gør en forskel i praksis Tror ikke det gør en forskel at deltage Det skal gøre en forskel for patienterne Mangler evidens for at kurserne gør en forskel – hvilket resulterer i manglende motivation og prioritering -----II-----	Motivation - at kunne se meningen med det

Bilag 6. Strukturanalyse

her. Og hvis I... hvis man kunne vise, at hvis du gennemførte de her kurser hvert andet år, at så ville det gøre en stor forskel for patienten. Så tror jeg sgu, alle læger ville møde op. Men så længe du ikke kan, og det tror jeg ikke, der findes nogen evidens for, det tror jeg <u>roligt</u> jeg kan sige, det gør der garanteret ikke. At det gør nogen forskel med det interval, man kører med, og den måde det kører på... så får du heller ikke... altså jeg tror ikke... (E) Men det her med at få at vide, at man skal trykke så og så mange gange, og man skal puste så og så mange gange, som selvfølgelig sjovt nok også ændrer sig over tid. Der mangler jeg nok noget evidens for, at det gør nogen større forskelle, når vi snakker om de intervaller, vi snakker om her. Der skal jeg nok være helt ærlig. (E) Det mangler jeg simpelthen et eller andet på, altså... er formålet bare at gennemføre det her hvert andet år? Ja, men hvorfor? Jamen jeg synes, det er meget simpelt, at man på en eller måde skal man finde... Det skal gøre en forskel, og det skal gøre en forskel for patienten. Det skal gavne patienten, det er sådan set det, der hele tiden skal i fronten. Og det ved vi ikke. Det er jeg nødt til at sige. Fordi gavnede det patienten, så gjorde vi det også. (E) Gør det nogen forskel for, hvad skal man sige vores kunder, som er patienterne i den anden ende? Og så kan man sige, jamen det synes vi, det gør. Men så er vi sgu også nødt til at vise hvordan, eller at det gør det, kan man sige. Det er jo ikke nok bare at sige, at det gør det. Så er man nødt til at være ærlig og sige, at vi er en del af et system, som er fyldt med akademikere, som hele tiden bliver ponket med, at de er nødt til at evidensbasere alt, hvad de gør. Så mener jeg sgu også, det bliver man også nødt til her. (E) Hvad vil kunne gøre en forskel? Ja det ville evidensgrundlaget selvfølgelig. Det er klart. (E) Og derfor kort og godt, så er motivationen der ikke, fordi man ved ikke, om det gør nogen forskel. Så er det op til den enkelte at <u>tro</u>, om det gør. [Og så prioritere derudfra] Ja, altså kort og godt. (E) [Om kursernes betydning for genoplivning i praksis]: Det er jo svært at vide. Det synes jeg er meget svært at vide. Jeg <u>formoder</u>, at det på en eller anden måde styrker kvaliteten. Men jeg synes, det er <u>meget, meget svært</u> at sige noget sikkert om. Fordi det kommer an på, hvad alternativet er. Hvis alternativet er, at der slet ikke var noget, så vil jeg tro, at de fleste glemte nogle vigtige ting hen ad vejen. Men hvis alternativet ville være en anden form for undervisning, så er det jo svært at vide, om den ville være lige så god. Om man kunne opnå det samme ved fx at have en formiddag, hvor man lige til en morgenundervisning lige gennemgik det for alle, altså mere sådan en katedralform end øvelser, det er svært at vide. Jeg synes, det er <u>meget</u> svært at sige, om det ville være lige så godt. (B)	-----II----- -----II----- -----II-----	
---	---	--

Bilag 6. Strukturanalyse

Jamen det har jeg simpelthen ingen mening om, for jeg ved ikke hvilken... vi ved ikke, hvilken evidens der ligger bag at komme på hjertelungekursus. Det ved jeg ingenting om. Det går jeg... jeg må have tiltro til, at dem der har besluttet, vi skal det, gør det på et oplyst grundlag. Som ved, at det er nødvendigt at få de kurser, og at de fører noget positivt med sig. Det er jeg nødt til at stole på, det har jeg ikke selv tjekket. (A)		
Og derfor kan man sige, det der ligger tilbage nu, det er jo i virkeligheden at sige, hvor <u>tror</u> vi, tingene gør en forskel, og så beholde det og kyle resten ud med badevandet, fordi det er i virkeligheden... altså der, hvor vi ikke kan se, at det gør nogen forskel, eller i hvert fald <u>fornemmer</u> at det gør en forskel... ja, så er det stadigvæk bare en procesmåling. Jamen det er jo en procesmåling. Det her siger jo ikke noget om kvaliteten af den undervisning, der bliver... altså, bliver modtageren af undervisningen bedre til at få en patient til at overleve? Det ved vi ikke. Vi ved, at personen har været til stede i to timer og fået et hak på, at nu har du været her. Det er det, vi ved. Så vi... det siger jo ikke noget om kvaliteten af det. Altså du kan jo være sovende i hele forløbet stort set (griner). Du får stadig et kryds. Jamen det er jo det, der er det interessante, ik'. Altså de her procesmålinger er så irriterende ik', fordi man kan sige, det siger <u>intet</u> om, hvad der kommer ud af det. Det siger jo kun noget om, at man har gjort noget. (E)	Kurserne er en procesmåling, de siger intet om effekten og kvaliteten af outcome At gøre det for systemets skyld	Motivation - at kunne se meningen med det
Gennemgående er læger jo ikke mennesker, som vil gøre noget dårligt. De vil faktisk gerne gøre deres job så godt som muligt. Men en læge... det tror jeg også, man skal forstå... en læge er fra dag et i studiet flasket op med, at du skal prioritere dine opgaver, fordi du vil altid som læge være mødt af ti ting samtidig. Undtagen når du er her, hvor jeg sidder, så er alting planlagt time for time. Men ellers så er man sådan, at så får du flere... du får måske ti opgaver præsenteret inden for relativ kort tidsramme, og så skal du prioritere de her opgaver. Og det gør du ud fra vigtighedsgraden, kan man sige. (E)	Et spørgsmål om prioritering ud fra vigtigheden	Motivation - at kunne se meningen med det
[Om holdningen til kurserne på afdelingen]: Jeg tror, det er meget forskelligt. Nogen føler, at det er okay, især dem der står meget med det. Og nogen føler måske, at det er lidt spild af tid. Jeg tror, det er meget forskelligt. Jeg tror, du kan finde nogen, som står meget sjældent i de her situationer og ikke har stået med det i meget lang tid, føler ikke at der er behov for det. Og andre som står med det hele tiden, som er rigtig glade for det. Så jeg tror, det er meget forskelligt. Der er nok en tilbøjelighed til, at de yngste det er dem, der er mest begejstrede, tror jeg. Men det er et gæt. (B)	Motivationen er forskellig blandt lægerne og afhænger af, hvor hyppigt man står med hjerTESTOP	Motivation - kurssets relevans
Men <u>jeg</u> tror, at det er svært at motivere læger, som ikke føler, der er det store behov for gentagne gange at vedligeholde det her, fordi de stort set aldrig kommer ud for den situation, hvor de står i en situation og skal genoplive en patient, om nogensinde. (E)	Mangler viden om konsekvenserne ved manglende vedligeholdelse af træning	Motivation - kurssets relevans

Bilag 6. Strukturanalyse

Altså en ortopædkirurgisk afdeling har, hvad skal man sige, der har man som læge jo usandsynligt lidt brug for at være en del af et genoplivningssystem. (E) Det er tankevækkende, at det kun er 70 %, som den bedste afdeling præsterer, ik'. Det kan så bekymre mig mere, at dem der... man kan sige, men det er jo så måske igen, fordi man <u>træner</u> det regelmæssigt. Ved at man bruger det i praksis, så man har måske ikke så stort et behov for at... altså som intensivlæge, fordi det bruger man regelmæssigt, så hvorfor skal man så gå til træning i det? Så er det jo måske bare en procesmåling i virkeligheden, ik'. Du kan hakke af, nu har du gjort det, nå okay. For det er igen, hvad er så formålet med det? Hvad er det, vi vil opnå ved at gøre det? Er det bare, at vi kan hakke af og sige, at alle har gjort sådan? Eller er der et formål med det? Er der en <u>mening</u> med, at en læge, som måske i bund og grund træner hjertestop en gang om måneden på intensivafdelingen, skal gå til regelmæssig undervisning hvert andet år i hjertestop? Det kan man måske diskutere. Så derfor... det er jo så også igen motivationen, ik'. Altså hvad er motivationen? Motivationen er en forståelse af, hvad formålet er, og hvad <u>målet</u> med det er. Det mangler jeg nok lidt. Det tror jeg, det er det, det her afspejler i virkeligheden [peger på diagrammet med afdelingerne]. (E) [Om hvilken betydning det har, at 40 % af lægerne ikke har været på kursus]: Det kommer rigtig meget an på, hvem de 40 % er. Jeg kunne forestille mig, at der var nogen rundt omkring, fx på mikrobiologisk afdeling, røntgenafdelingen ude på... klinisk (?) afdeling, på klinisk biokemisk afdeling, og andre steder, som <u>aldrig</u> ville komme i en situation, hvor de ville bruge det her, eller skulle bruge det her. Og for dem tænker jeg, der giver det jo ikke nogen mening. Hvorfor skulle de det? De kunne formodentlig bruge en formiddag på noget andet og mere relevant, som kunne gøre større gavn. Så det kommer <u>rigtig</u> meget an på, hvem de 40 % er. Der er sikkert også nogle ledende overlæger rundt omkring, chefer, som heller aldrig har været i en situation, eller måske ikke har været i en situation de sidste ti år, som heller ikke har gavn af det. Så det kommer jo meget an på, hvem de 40 % er. Men jeg vil sige sådan, at hvis man <u>jævnligt</u> har kontakt med patienter, det er klart, så bør man jo nok... og med kontakt der mener jeg altså, at man går i det område, hvor de er... så tænker jeg, at... så synes jeg, man på en eller anden måde skal have den her mulighed. (B) Jamen det er øh... Det bliver jeg nødt til at svare sådan lidt tvetydigt på, fordi selvfølgelig er det da et problem for patientsikkerheden. Altså man... grunden til, at vi skal på det, det er jo fordi, man tror, det vil bedre patientsikkerheden, ikke også. Men... Så det er da et problem. Men jeg mener ikke, at det, at jeg ikke har været på, og mine kolleger her på intensiv ikke har været på for nylig, jeg mener ikke, at det gør den store forskel, fordi vi har folk, der kommer, altså hjælpen kommer så	Afdelingen har ikke brug for at være en del af et genoplivningssystem Der er forskel på hvilke afdelinger, kurserne har relevans for At gøre det for systemets skyld Mangler et formål og en mening - derfor manglende motivation Kursernes relevans afhænger af, hvilken afdeling og stilling lægerne har Kan ikke se relevansen for sig selv og kollegerne på afdelingen Mangler viden om effekten	Motivation - kursets relevans - at kunne se en mening med det
---	---	---

Bilag 6. Strukturanalyse

hurtigt. (D)		
Og i virkeligheden er det nok det, der er den store udfordring. Det er, at hvis du er i en afdeling (...) et eller andet sted hvor sandsynligheden, for at du nogensinde kommer ud for et hjertestop, er ekstremt begrænset. Så er motivationsfaktoren naturligvis heller ikke så ekstremt høj. (E) Og det er klart, at du i et system, hvor du har mange patienter med enten risiko for eller hjertestop, så er du langt mere motiveret for at have sådan noget her, det er klart. Jeg vil tro, en læge i kirurgisk afdeling, kommer vel ikke, altså... I den tid jeg har været i kirurgisk afdeling, hvor det handler om kirurgi, kan jeg kun huske et eneste hjertestop, jeg har været med til gennem, ja det ved jeg sgu ikke, er det 30 år, tror jeg. (E) Men at de medicinske afdelinger ikke har højere deltagelsesprocent, det er så mere bekymrende, vil jeg sige, ikke. Fordi de har da en vis sandsynlighed for at komme ud for det. Det kan altså undre mig. (E) Man kunne med lige så god ret sige, at vi kunne lige så godt undervise medicinske læger i at deltage i en traumemodtagelse. Fordi det vil også kunne risikere for, de vil risikere det, at kunne komme i det en dag. Det er bare ekstremt sjældent, det sker. Og så kan man sige, er det relevant? Det vil de medicinske læger nok ikke synes. Og hvis de så skulle undervises i det hvert andet år, ville det så være noget, de kunne huske og bruge, hvis de stod i det? Nej. Og derfor er det nok det, der måske er pointen her, det er, at jeg tror, man har svært ved på en eller anden måde at forstå formålet for at sige det ligeud. Udover at det er et hak i en eller anden protokol, at nu er det gennemført for den person. (E) Men hvis man sådan skal sidde og regne cost-effektiviteten ud på det, ja så er det nok ikke særlig vigtigt, fordi det er så sjældent, at jeg står med det, at jeg bruger mere tid på at lære, end jeg rent faktisk bruger på at håndtere det. Eller hvad skal man sige, jeg bruger mere tid på at repetere det, end jeg rent faktisk bruger på at håndtere det. (B)	Sandsynligheden for at komme ud for hjertestop hænger sammen med relevans og dermed motivation Der er forskel på hvilke afdelinger, kurserne har relevans for Synes ikke kurserne er relevante, når man sjældent står med hjertestop Kan ikke se formålet Gør det for systemets skyld Håndterer sjældent hjertestop – derfor er kurset måske ikke så vigtig	Motivation - kursets relevans
Jamen der føler jeg mig egentlig godt rustet, fordi det er jo sådan rent algoritme. Der er jo ikke så meget i det, kan man sige. (...) Jamen det... det er jo, og der er jo ikke så meget i starten, der skal man jo bare sørge for, at der bliver startet hjertemassage, og at patienten får luft, og at vi får hentet hjertestarteren. Og meget mere når vi som regel ikke, før hjertestopholdet er her. (D) Nej. Og det er jo også deri, det ligger, kan man sige. Fordi det er jo ikke noget, jeg føler, jeg mangler. Og det er ikke, fordi det skal være en dårlig undskyldning, for der er jo en grund til, at vi skal på det hvert andet år, men det er ikke noget, jeg føler, jeg mangler. Og det var selvfølgelig noget andet, hvis jeg stod for den primære... hvis jeg stod for det. Men der er jo nogle andre, der kommer til, som har meget mere forstand på det, og som	Føler sig rustet til at håndtere genoplivning Føler ikke et behov for kurset	Motivation - kursets relevans

Bilag 6. Strukturanalyse

står i det meget hyppigere, end jeg gør. (D) Jamen selvfølgelig er det da relevant. Men... <u>Selvfølgelig</u> er det relevant. Misforstå mig ikke. Men igen, hvis man oplever ét hjertestop om året, så er det måske meget at bruge en hel dag hvert andet år på et kursus, ikke også. Jeg tror, det er sådan... det er nok derfor, jeg ikke synes, måske føler, det er så vigtigt, så jeg får taget mig sammen til at komme på det. (D) Nu kører jeg mere lægeambulance nu, end jeg har gjort tidligere i min karriere, og der har man da rigtig mange hjertestop, så der får man trænet dem hyppigere, og så er det måske ikke så vigtigt, som det har været. (F)	Kurset er overordnet relevant, men det er ikke så relevant og vigtigt, hvis man kun sjældent står med hjertestop	
Jeg kan jo ikke... jeg ved jo ikke præcist, men jeg har en forestilling om, at det faktisk er relevant. Vi har hjertestop, vi har ikke mange, og derfor kan man jo som læge godt... kan det jo godt være lang tid siden, man har stået i et hjertestop. Det er den ene ting, den anden ting er, at det er jo faktisk et område, hvor der over tid også er sket, altså kommet ny viden, sådan at det jo faktisk foregår lidt anderledes, end fx da jeg blev uddannet for 25 år siden, ik'. Og man kan sige, hvis ikke... når ikke det er... når ikke man står i mange hjertestop, og man ikke, det ikke er ens fagområde, så kunne man jo godt rende rundt med en forældet viden. (A)	Kurset er relevant, fordi alle læger kan komme ud for at skulle genoplive Kurset er relevant, fordi det er vigtigt at opdatere sin viden løbende	Motivation - kursets relevans
Hvem vurderer, hvor vigtigt er det? Og så kan man sige, sådan en som mig – skal jeg have det? (...) jeg ser ingen patienter. Er det så væsentligt, at jeg skal have det også? Tja, det er jo ikke mere væsentligt, end dem der går ude på gaden i virkeligheden. (E) Sandsynligheden, for at du kommer ud for et hjertestop, bliver jo væsentlig mindre, jo højere du kommer i stilling, for du har ikke vagter. Det vil sige, du er her kun i dagtid. Og så bliver, man kan sige sandsynligheden for, at du vil opleve et hjertestop, hvor du aktivt skal deltage i det i dagtid som seniorlæge er nærmest nul. (E)	Mener ikke kurset er relevant for de ledende overlæger	Motivation - kursets relevans
Så derfor har vi været nødt til at sige, at så tilbyder vi af mere principielle årsager et kursus, som er målrettet for os, for lægerne, hvor de så har mulighed for at melde sig på. (...) Så på den måde har det været lykkedes at få flere til at deltage, fordi vi målretter kurserne efter os i stedet for. (E) Nu vil jeg lege lidt politiker og sige, hvad tror <u>du</u> et kursus, hvor man ikke føler sig motiveret, hvad tror du, det gør i praksis? Ja. Jeg tror i virkeligheden, det er det, det handler om. Altså hvis du har... hvis du er et sted i et system, hvor du kan se en motivation i at deltage i en undervisning, i en demonstration af... Jamen så tror jeg ikke, det er noget problem. Så får du også noget ud af det, så får du enten vedligeholdt noget eller får nye oplysninger om noget, som i <u>din</u> hverdag kan være interessant og relevant. Hvis du er et sted i et system, hvor du ikke er motiveret, fordi sandsynligheden for at det sker... Altså jeg vil sige, du kunne lige så godt blive kørt ned ude på hospitalsgaden, som du kunne deltage i	Kurserne er ikke målrettede nok Mener ikke at man vil få noget ud af kurset, hvis man ikke er motiveret Motivationen hænger sammen med,	Motivation - kursets relevans

Bilag 6. Strukturanalyse

et hjertestop på (X)kirurgisk afdeling. Altså, hvis du er seniorlæge... Det vil være ekstremt sjældent, at man overhovedet vil nå dertil. (E) Måske skulle man graduere det og sige, hvem er det egentlig, der vil profilere af det her primært? Det kunne måske være de vagthavende læger, det er måske... er det her et udtryk for, at det er alle dem hernede, der har vagt? [peger på dem der har gennemført, på diagrammet med afdelingerne]. Og alle dem heroppe, det er dem, der ikke har vagt. [peger på dem der ikke har gennemført]. (...) Nej, det kunne være interessant at vide, ikke. Er det fordi man... der er måske større relevans for dem, som går i det i døgndrift, end dem der ikke gør det. Det kunne være interessant. Fordi det er jo... måske er det det, der er... <u>mit</u> råd kunne være, at man måske kiggede på, hvem havde <u>egentlig</u> det behov her. Mere end (?) (...) Ja, og så starte der i virkeligheden og så sige, hvad er ambitionsniveauet? Jamen måske er det de vagthavende læger, som tilstedeværende vagthavende læger skulle kunne være de rigtige mål, når det er de målgrupper det her. Jeg ved ikke, men se det kunne være en start i hvert fald at sige at, hvor kunne man <u>forestille</u> sig, at det gjorde en forskel? Når man nu ikke <u>ved</u> det, så kunne man måske tænke over det i hvert fald. (E) Og det tredje tror jeg måske, der kunne bidrage lidt, det var, hvis man i et vist omfang kunne målrette dem en lille bitte smule. Som jeg også nævnte før, så kunne jeg jo godt ønske mig nogle gange, at der var lagt noget lidt mere avanceret, ikke nødvendigvis hver gang men ind imellem en lidt mere avanceret genoplivning. Fordi det føler jeg godt, at jeg kunne bruge. Men... og der kan så være forskellige behov rundt omkring, og det kunne man så måske forsøge at tilpasse (B)	om det er relevant i hverdagen Det ville hjælpe at graduere undervisningen efter relevans og behov Målrette kurserne noget mere	
Man kan sige hele processen... altså der er jo nogle elementer af det, som vi sjældent kommer ud for at skulle bruge. Det er meget sjældent, det er os, der opdager det. Vi er næsten altid nogle, der bliver tilkaldt situationen. Så det er jo meget sjældent, vi skal bruge ligesom den første del af algoritmen, hvor det er man skal konstatere osv. Så det er ofte lidt længere henne i processen, men det er jo også med, så det er jo fint. (B) [Om kurset]: Som sagt udmærket, altså der er nogle dele af kurset vil jeg synes, jeg ikke bruger så meget. Og det er især den, der vedrører, hvad skal man sige, tilkalde og alamere og sådan nogle ting. Men jeg kan jo ikke vide, om jeg står en dag og får brug for det. Og så er der andre dele af kurset, jeg synes, jeg får større glæde af. Men jeg synes, det er udmærket. Altså det skal ikke være større, skal vi sige det på den måde. Der er ingen grund til, at det skal fylde <u>mere</u>. Så skal det i hvert fald have et andet indhold. (B) Men som sagt kunne man godt ønske sig, at det ind imellem var et mere udvidet kursus og så andre gange lige en repetition af det basale. (B) Altså jeg kunne da godt tænke mig måske, at man havde	Synes ikke alle dele af kurset er lige relevant	Motivation - kursets relevans

Bilag 6. Strukturanalyse

lejlighed til engang imellem, måske hver anden eller hver tredje gang, at have et kursus i lidt mere avanceret genoplivning. Men det kunne jo... det er sådan set lige meget, hvem der står for det. Men man kan sige for at få de aspekter med også. (B) Jeg føler i hvert fald <u>selv</u> et behov for det, fordi det er så sjældent jeg står med det. Så når man så kommer i en situation, så vil det være fint at have den del med også [den mere avancerede genoplivning]. (...) Det kunne være fint også lige at få repeteret, ikke nødvendigvis hver gang, men måske hver anden eller tredje gang. Og det ved jeg ikke, det ville så måske være et særligt kursus, man så kunne tage engang imellem. Om det vil være cost-effektivt, det ved jeg ikke, fordi det handler jo selvfølgelig også om, hvor tit man står med det. Men det er bare mit <u>eget</u> behov, kan man sige. (B) Jamen sådan selve det der med algoritmer og sådan noget, det føler jeg mig fuldt ud rustet til. Det, der kan volde problemer, det er, når man afviger fra normalen. Altså, det er patienter med hypotermi, altså en eller anden (?)... det er alle de specielle cases. Og det er ikke noget, man kommer til at lære på AUH's kurser. (F) det er ikke det tekniske omkring det der med at genoplive folk. Det føler jeg mig fuldt ud rustet til, fordi jeg bliver forholdsvis tit trænet i det. Og vi står i mange situationer, som godt kan ligne det lidt. Altså når vi har svært cirkulationssvigt på nogle patienter. Og når vi har... altså bedøvelser til dagligt, der er det jo noget med at få styr på luftvejene. Det er jo en daglig foreteelse. Og det er jo ikke anderledes end en hjertestopsituation. (F) Ja, der er bare lidt mere kød på. Altså der er sådan lidt mere... det er lidt mere mindet på os og den situation, vi kan komme til at stå i. (F) Det vil sige, det er en kraftig storebror til det kursus, man tilbyder fra AUH. Det opfylder mere det behov, vi har på afdelingen. (...) Det vil være fordi, der er nogen fra min afdeling, kunne jeg forestille mig, som ikke synes, at det andet det opfylder deres behov. Fordi de synes, det er for banalt. (F) [Om hvorfor lægeambulance-kurset prioriteres højere]: Jamen fordi det opfylder behovet, det er ikke banalt. Det opfylder lige præcis det behov, jeg synes, jeg har. Med de specielle omstændigheder og... mere kød på end bare algoritmerne og medicinen og reversible årsager. (F) (Om hvad der skulle til på lægens afdeling, hvis flere skulle på kurset]: Det var, at man... altså man skal ligesom fremhæve, at det er en nødvendighed, at man kommer på det også. Det ville jeg da synes, vi skulle have en diskussion om. Altså jeg ville ikke tage på et kursus på AUH, som... som ikke lever op til det kursus, jeg ellers kunne tage i den samme tid. Som jeg synes er bedre og mere mindet på os, for jeg gider ikke at rende til begge dele. Det er der ingen tvivl om. (F) [Det er jo sådan, at selvom man så kommer fra Region	Har et behov der ikke tilgodeses på kurset Føler sig fuldt rustet til at yde genoplivning, bl.a. pga. hyppig træning Har et behov som kurset ikke opfylder Synes ikke at AUH's kursus er lige så godt og relevant som lægeambulance-kurset Kurset opfylder ikke hans behov Kurset er ikke målrettet nok	
---	---	--

Bilag 6. Strukturanalyse

Nord, så når man kommer på AUH, så skal man stadig have kurset her]. Det forstår jeg godt, men der er det måske, det begynder at blive... at man sådan kan diskutere, om det er meningsfuldt eller ej. (A)	Kurset er ikke relevant og meningsfuldt i alle situationer	
Det er jo vigtigt nok at kunne de her ting, fordi der er en forventning om, at det kan alle klare. (B) Det jeg vil sige, det er, at der er nok en <u>forventning</u> om, at man kan håndtere det. Så på den baggrund er det jo vigtigt. (B) Men altså som sagt er der formål for så vidt, idet der er en forventning om, at alle på en eller anden måde kan håndtere det her. Det vil sige, alle skal have en eller anden grundlæggende viden om det, uanset at man så sjældent står med det. Så på den måde er der et formål, helt sikkert. Så jeg synes ikke, det er irrelevant. Bestemt ikke. (B) Jamen det primære er nok, at man har brug for lige at finde ud af, om der er noget nyt, altså nogle ting der skal gøres anderledes. Fordi det netop er noget, som der er en forventning om, at alle kan håndtere, selvom man ikke står med det så tit. Så det er det, der er baggrunden for, at det er vigtigt at komme på, mere end måske at skulle have brug for det i virkeligheden. Fordi der er en <u>forventning</u> om, at man kan håndtere det. (B) [Om kurset er lige relevant for alle, alle lægerne]: Ja altså på min afdeling vil jeg sige ja. For der er jo ikke nogen, som <u>ikke</u> kan komme i den situation, at de... hvad hedder det... kommer ud for hjertestop. Generelt på sygehuset det kan jeg ikke udtale mig om, det ved jeg ikke. Jeg kunne godt forestille mig, at der var nogen rundt omkring, hvor det var... hvor det måske var mindre relevant. Omvendt så kan man jo også sige, at man kan jo godt som borger have en forventning om, at uanset hvor man falder om på et hospital, hvis der så er en læge i nærheden, så kan de starte hjertelungeredning op. (A) Jamen det er da <u>altid</u> relevant (griner), når man er læge. At man kan lave genoplivning. Om det så er i huset eller uden for huset. Og ja, det er da også relevant her. (C) Og så kan man sige, så kunne man måske også godt differentiere på nogle afdelinger, at de afdelinger hvor der ikke er... ja det ved jeg skisme ikke, nej for man kan sige, hvis de falder om ude på gangen, og man er læge, og så selvom man er mikrobiolog eller hvad man er, så skal man jo kunne lave genoplivning. Nej det synes jeg ikke. Jeg synes bare, det skulle foregå automatisk. Så kommer alle på det. (C) Og jeg ved ikke, om der er nogen, der er sådan, at de ikke tænker over det. Men jeg kunne ikke <u>forestille</u> mig, at man som læge ikke gerne vil have det opfrisket hvert andet år. Det kunne jeg ikke forestille mig, hvorfor man ikke ville. Altså personligt. Så måske er det noget andet, der gør, at de ikke kommer på det. (C)	Kurset er vigtigt, fordi der er en forventning til alle læger om at kunne genoplivning Motivationen bunder mere i forventningen til læger om at kunne genoplivning end et egentligt behov for kurset Kurset er relevant for alle læger, idet der er en forventning fra borgernes side Kurset er altid relevant, for alle læger Uforstående over for at nogle læger ikke er motiveret og ikke synes, kurset er relevant	Motivation - kursets relevans

Bilag 6. Strukturanalyse

Hvordan man som læge ikke kan synes, det er relevant. Jo selvfølgelig hvis man synes, man er 100 % god til det. Altså så kan jeg selvfølgelig godt se det, men ellers så kan jeg ikke se det. (C) Jamen hvis nu du kommer gående på vej ned i kantinen, og så der er en, der dratter om med hjertestop. Altså det kan godt være, du er mikrobiolog, men du skal jo stadigvæk, du er læge også, ikke også altså. (...) Ja, at du skal. Jamen det skal du da også kunne som læge. Så derfor så synes jeg ikke rigtigt, den går, det der med at man ikke kan se, at det er relevant. (C)	Der er en forventning om, at man som læge kan genoplivning	
Ja, for man må ikke... Altså der er altid nogen, som træner mindre end andre. Og det er vigtigt, at alle har samme bundniveau. Og det er... altså jeg er uddannet på en tid som medicinstuderende, hvor man læste tingene i bøgerne. Altså, og det var blevet meget bedre på min tid, end det var før i tiden. Men hvor man gik ud fra, at folk de kunne det, bare fordi de havde læst det. Og sådan er det ikke, jo. Man bliver nødt til at opleve tingene. (F)	Alle skal have det samme bundniveau af kompetencer	Motivation - kursets relevans
Den ene er, at hvis alle skal på det, så skal man også på en eller anden måde kunne dokumentere, at alle har et behov for det. (?) går jeg ud fra, dvs. også dem der overhovedet ikke ser patienter. Man skal på en eller anden måde kunne dokumentere, at de skulle have grund til at tage på det. Ellers så giver det ikke rigtigt nogen mening. Det skal være meningsfyldt på en eller anden måde. Ellers kunne de jo nok, som jeg nævnte før, bruge deres tid mere fornuftigt. (B)	Der er et behov for at dokumentere relevansen og formålet med kurset	Motivation - kursets relevans
I en travl hverdag kan det være svært at finde tid til at nå noget, som man ikke føler er specielt relevant, for at sige det ligeud. (E) Jeg tror bare, der hele tiden er så mange andre ting, som jeg synes er vigtigere. Og så er det selvfølgelig generelt bare sløvhed. At der ikke er nogen, der svinger pisken. (D)	Hvis kurset ikke findes relevant, prioriteres det ikke Prioriterer ikke kurset, fordi andre ting er vigtigere Mangler en til at svinge pisken	Motivation - kursets relevans

Meningsenheder (hvad lægerne siger)	Betydningsenheder (hvad lægerne taler om)	Temaer + undertemaer
Hvis man laver et system, hvor man selv skal tilmelde sig, så er det svært at få folk i en travl hverdag til at nå det. Altså også fordi ambitionen er så stor, som den er her, hvor man sådan skal sætte et antal timer af til det der. Ja. Det er der sgu ingen mennesker, der har i det system her, det er jeg nødt til at sige. Fordi de altid har noget, de skal. (E) Gennemgående er læger jo ikke mennesker, som vil gøre noget dårligt. De vil faktisk gerne gøre deres job så godt som muligt. Men en læge... det tror jeg også, man skal forstå... en læge er fra dag et i studiet flasket op med, at du skal prioritere dine opgaver, fordi du vil altid som	Kurserne prioriteres ikke Tid er en barriere Et spørgsmål om prioritering ud fra tid og vigtighed	Organisatorisk indflydelse - at skabe tid og rammer

Bilag 6. Strukturanalyse

læge være mødt af ti ting samtidig. Undtagen når du er her, hvor jeg sidder, så er alting planlagt time for time. Men ellers så er man sådan, at så får du flere... du får måske ti opgaver præsenteret inden for relativ kort tidsramme, og så skal du prioritere de her opgaver. Og det gør du ud fra vigtighedsgraden, kan man sige. (E) Det behøver ikke være organisatoriske [barrierer], det kan være ren og skær patientbehandling. Jeg vil sige, for mit eget vedkommende har det jo været, de gange hvor jeg <u>skulle</u> til det, så er det blevet aflyst, hjertestops... så er det jo skide svært i en kalender som min, som er booket et halvt år frem i tiden, at finde plads til sådan et kursus. Og så har det den <u>varighed</u>, det har. Så kan man så diskutere, er det nødvendigt, at det skal vare så <u>længe</u>, som det gør. Det ved jeg ikke, det skal jeg ikke blande mig i. Men det er jo så en anden faktor, ik', at det er jo svært for folk at rive tid ud af kalenderen. Altså de fleste har jo faste programmer, hos mange måske nærmest <u>årsprogrammer</u>, hvor alt er planlagt et år eller flere frem. Og hvor er det henne lige, at man finder pladsen til det her? Så skal du lade være med noget andet. Og så er det, når du står der... skal jeg så lukke et ambulatorium, eller skal jeg gå til hjertestopsundervisning? Hvad er væsentligt og vigtigst i den her sammenhæng? (E) Det er produktionen, der bliver prioriteret højest... over alt andet. (...) Jeg oplever bare, at hvis man søger om at få fri til et eller andet, altså hvis puslespillet det ikke går op, så kan man jo ikke komme på de andre ting, man gerne vil, som er faglig udvikling. (F)	Produktionen prioriteres over alt andet	
Jeg har ikke oplevet, at det er et problem. Jeg tror, altså folk de får fri til det. Jeg har aldrig oplevet en situation, hvor det var et problem. På en eller anden måde har det løst sig. (B) Det er mit indtryk i hvert fald [at kurserne prioriteres på afdelingen]. Jeg har ikke indtryk af, at folk får at vide, at de ikke kan komme på kursus, fordi de skal lave andre ting. Det kan jeg ikke erindre. Altså nu sidder jeg ikke med skemalægningen. Men jeg tror, at skemalæggeren simpelthen får at vide, hvornår folk skal af sted, og så kommer de af sted på en eller anden måde, så findes der nok en løsning. Jeg har ikke oplevet, kan ikke erindre i hvert fald at jeg har oplevet, at der var nogen, der ikke kunne komme af sted på grund af skemaet. Det kan så være, at der er nogle andre, der må træde til, og nogen skal arbejde med en dobbeltfunktion og sådan noget, men det er jo så det, det gælder jo også for alt muligt andet. (B) Og det andet krav ville være, at der var tid og rum til det, ellers kan folk jo ikke... (B) Det bliver lagt som en del af arbejdsplanen. Så, der er jo ligesom på forhånd i arbejdsplanen skaffet plads til, at det er det, der er deres funktion den halve dag, som det tager. (A) Jamen det er jo en skal-opgave, så vi ved jo på forhånd,	Oplever ingen organisatoriske barrierer Kurserne prioriteres ind i den daglige planlægning på afdelingen Tid og rum er en forudsætning for deltagelse	Organisatorisk indflydelse - at skabe tid og rammer

Bilag 6. Strukturanalyse

hvad for nogle læger der skal have enten kurset for første gang eller have genopfrisket kurset, så det bliver lagt ind i arbejdsplanen. Vi har en aftale med dem, der laver hjertelungeredningskurserne, at de kører sådan nogle... at vi får udmeldt nogle særlige dage, hvor vi kan melde alle de personale på, som mangler. Så vi får nogle datoer, vi kan bruge, og det... dem får vi så et stykke ud i fremtiden, og så bliver det lagt ind i arbejdsplanen. (A) [Om hvad der er med til at påvirke det på denne afdeling ser godt ud]: Jamen det er helt sikkert, at det bliver lagt ind i arbejdsplanen. Altså folk... det kan jo ikke hjælpe, at man beder folk både om at passe et fuldt ambulatorium og så gå til hjertelungeredningskursus. Det hænger jo ikke sammen. Så man er nødt til at skabe de rammer, så det er <u>muligt</u> at komme af sted. (A) Jamen den [organisatoriske planlægning], mener jeg, er altafgørende. Altså, man kan jo ikke... der skal jo være sådan, at rammerne for, at man kan gå fra afdelingen, er tilstede. (A) Dels at man ikke har sørget for i arbejdsplanlægningen at lave rammerne, så man reelt set kan komme af sted. (A) Jamen det [den organisatoriske planlægning] betyder da alt. Altså hvis vores skemalægger han har... hvis han sætter os på en dag til at skulle på hjertestopskursus, så tager vi da på det. Så det betyder da meget. (F) Jeg tror, der skulle være både pisker og guleroden. Jeg tror, der skulle være en tydelig udmelding gennem, fra vores afdelingsledelser og så vores afsnitsledelser om, at det forventer man, at folk gør. Og det kunne endda være sådan, at skemaplanlægger skulle sidde og melde folk på kurserne. (D) [Om hvad der skulle til, hvis flere læger skulle på kursus]: Automatisk tilmelding. (C) Og så får vi jo de der mails engang imellem, at det er tid til, at vi skal genopfriske (...) Men øh, når man så har slettet den tilstrækkelig mange gange, så har man jo glemt det, ik'. Og så får man jo ikke gjort noget ved det (D)	Kurset prioriteres og lægges ind i arbejdsplanen Kurserne betragtes som en skal-opgave Den organisatoriske planlægning er en afgørende faktor for at komme på kursus Kurserne bør prioriteres ind i den daglige planlægning Automatisk tilmelding vil få flere til at deltage	
Og derfor kan man sige, det der ligger tilbage nu, det er jo i virkeligheden at sige, hvor <u>tror</u> vi, tingene gør en forskel, og så beholde det og kyle resten ud med badevandet, fordi det er i virkeligheden... altså der, hvor vi ikke kan se, at det gør nogen forskel, eller i hvert fald <u>fornemmer</u> at det gør en forskel... ja, så er det stadigvæk bare en procesmåling. Jamen det er jo en procesmåling. Det her siger jo ikke noget om kvaliteten af den undervisning, der bliver... altså, bliver modtageren af undervisningen bedre til at få en patient til at overleve? Det ved vi ikke. Vi ved, at personen har været til stede i to timer og fået et hak på, at nu har du været her. Det er det, vi ved. Så vi... det siger jo ikke noget om kvaliteten af det. Altså du kan jo være sovende i hele forløbet stort set (griner). Du får stadig et kryds. Jamen det er jo det, der er det interessante, ik'. Altså de her procesmålinger	Kurserne er en procesmåling, de siger intet om effekten og kvaliteten af outcome At gøre det for systemets skyld	Organisatorisk indflydelse - at skabe tid og rammer

Bilag 6. Strukturanalyse

er så irriterende ik', fordi man kan sige, det siger intet om, hvad der kommer ud af det. Det siger jo kun noget om, at man har gjort noget. (E)		
--	--	--

Meningsenheder (hvad lægerne siger)	Betydningsenheder (hvad lægerne taler om)	Temaer + undertemaer
Min egen holdning, uh det har jeg, det har jeg jo ikke nogen holdning til, fordi i virkeligheden er det jo ikke mig, der bestemmer det. Det er jo et system, der bestemmer, at det er vigtigt, de får kurset. Så det har jeg principielt ikke, altså jeg kan jo godt have en personlig holdning, men den er jo ikke afgørende her, for nu har man en gang besluttet, at det skal man. (E) Så der er jo nogen, der har besluttet, at det er vigtigt. Så kan man så altid have sine personlige holdninger til, om det er vigtigt eller ej. Ja. Det er der jo nogen, der har truffet den beslutning, at det er vigtigt. (E) Jamen vores opgave er jo så vidt muligt at sikre, at de her læger de kommer på de her supplerende kurser, der... altså det er det nye, at de får det kursus, der er det primære kursus, og at dem der så kommer på, eller når dertil, hvor de skal have supplerende kursus også kommer på det, øh får mulighed for at komme på det. Det er svært at tvinge dem frem. Ja. Det er nok det, der er en konstatering. (E) Enten så bosser man det igennem. Og gør det så nogen forskel – det tror jeg allerede på forhånd jeg kan sige, at det gør det formentlig ikke. (E) Jeg tror da ikke, de [ledelsen] prioriterer det. Fordi så havde de da sørget for, at vi kom på kursus (griner). Ja. (...) Og man kan sige, at... altså hvis afdelingsledelsen sagde til afsnitsledelserne, at det var noget, man ville have. At det <u>ville</u> man have. Så ville afsnitsledelserne jo også sige til <u>os</u>, at det var noget, vi <u>skulle</u> tage. (...) Jamen så ville det jo... hvis de <u>virkelig</u> meldte ud, at det skulle vi, så ville vi selvfølgelig gøre det, det er klart. (D) Jamen der var nogen, der skulle forklare mig, hvorfor det var vigtigt, at jeg brugte en dag på det hvert andet år. Altså, og så... det ville kunne motivere mig, hvis jeg så... hvis de kunne forklare mig, hvorfor det var så vigtigt, at jeg skulle bruge en dag til det. Men ellers så hvis der kom en ledelse og sagde, at det skal du. Det ville ikke være motivation, men så ville jeg jo gøre det (griner). Der er en pisk og en gulerod, ik'. Jamen begge dele ville virke, det er da klart. Altså hvis jeg kunne forstå, at jeg skulle bruge en dag på det, prioritere en dag på det, så ville jeg selvfølgelig gøre det. Og så er pishen jo også altid god, at det skal du bare. (D) Jeg tror, der skulle være både pishen og guleroden. Jeg tror, der skulle være en tydelig udmelding gennem, fra vores afdelingsledelser og så vores afsnitsledelser om, at	Det er systemet, der bestemmer Fralægger sig ansvaret Ledelsen fralægger sig ansvaret for den enkelte læges deltagelse Mener ikke at tvang hjælper Savner tydelige krav og prioritering fra ledelsen Savner effektivering af krav fra ledelsen (pisk)	Ledelsens rolle - ansvar og prioritering

Bilag 6. Strukturanalyse

det forventer man, at folk gør. (D) Jeg mener <u>helt</u> klart, at det må være en ledelsesopgave at få meldt ud, at det forventer man. (D) jeg har ikke troet, at det var nødvendigt. Det skal jeg være helt ærlig og sige. Jeg ved ikke, hvordan det... hvordan man ser på det på vores afdeling. (F)	Behov for en tydelig udmelding om forventninger fra ledelsen Der mangler tydelighed fra ledelsen omkring, at kurset er et krav	
hvorfor har man manglende motivation? Det er fordi, dem der står for det, ikke kan motivere godt nok. Det er jo en del af en ledelsesopgave, det er at motivere. Men det er ikke min opgave at motivere et hjertestopskursus. Det skal dem, der mener, at det er nødvendigt, at man har sådan et kursus, de skal kunne motivere det via nogle... en baggrund for det, kan man sige, og et mål med det. (E) Men det her, se det her handler jo ikke om, hvorvidt jeg synes, at det er vigtigt. Det handler i virkeligheden om, hvad den enkelte medarbejder synes er vigtigt. For jeg kan sagtens sige, at det er vigtigt, og jeg kan også sagtens få folk til at gøre det ved at tvinge dem. Og det er jo lidt det, der sker, hvis ikke du kan finde motivation, så er du nødt til at tvinge folk til noget. Og derfor er det jo... mit udgangspunkt er altid, at hvis jeg skal gennemføre noget... det tror jeg, vi begge to er helt enige om på hver sin side af gangen. At skal man gennemføre noget, så skal man også motivere folk. (E) Så derfor er det selvfølgelig også en motivation, at man tænker, at jamen det er jo rigtigt, afdelingsledelsen de skal jo ikke bruge tid på at forsvare sig, eller forklare, komme med dumme undskyldninger over, hvorfor man ikke har gjort dit og dat. Fordi så får man jo brugt tiden på det forkerte. Når nu man så har mulighed for at mødes med dem, der skal hjælpe en med at komme i mål med et eller andet, man vil i afdelingen. Det forstår personalet sådan set udmærket godt. (A)	Motivation som ledelsesopgave Mener at ansvaret ligger længere oppe i systemet Mener ikke at tvang hjælper Mener ikke at ledelsens holdning er vigtig, det handler om den enkeltes motivation At motivere ved at kunne bruge tiden på de vigtige ting	Ledelsens rolle - ansvar og prioritering
Så hvad der skal til? Jamen det kommer an på, hvad det er for et niveau, man arbejder på. Fordi hvis... altså det... hvis man tænker, man skal gøre noget ved de ledende overlæger (griner), så er det vel dem, man skal have en snak om, hvordan de forvalter skal-opgaver, og hvad der kan være af barrierer for, at det er svært at nå i mål med skal-opgaver. (A) [Om hvad der vil kunne motivere afdelingsledelserne]: Jamen det... det har jeg rigtig svært ved at svare på, for i grunden så har jeg svært ved at forstå, hvorfor man ikke bare får det ekspederet. Så det... og jeg <u>ved</u> ikke, hvorfor man ikke bare får det ekspederet. Og det er sådan en generel ting. Det er jo ikke kun på det her område. Men når det overhovedet er nødvendigt at igangsætte de her skueprocesser. Det forstår jeg <u>slet</u> ikke. (A) Fordi man kan sige, at hvis afdelingens holdning er, at det er noget pjat. Så er det jo sådan som læge, at hvis du gerne vil have en stilling der i fremtiden og sådan noget, så skal man jo ikke ligesom være den, der gør sig	Der ligger et ledelsesansvar i, hvordan man håndterer skal-opgaver	Ledelsens rolle - ansvar og prioritering

Bilag 6. Strukturanalyse

upopulær. Og skal være den, der kræver, at jeg vil faktisk på det her kursus. Fordi så kommer man jo ligesom i... hvad hedder sådan noget... dårligt et eller andet. Ja altså, så det kunne jeg se som et problem. Og så synes jeg egentlig, at hvis det er et krav, at vi skal hvert andet år, så synes jeg bare, det skulle foregå fuldstændig automatisk. Altså hvorfor så lade det være den enkelte afdelingsledelse, der skal styre det? Det synes jeg ikke. Fordi problemet er, at måske lægerne ikke tør sige, at de gerne vil på det. (C)	Ledelsens holdning smitter af på kulturen – frygt for at gå imod ledelsen Mener ikke det bør være op den enkelte ledelse	
Så det vil <u>altid</u> være en prioritering, altså... Min opgave er altid at prioritere. Jeg prioriterer hver <u>eneste</u> dag, hver eneste <u>time</u> næsten. Hvad er det vigtigste lige nu. Hvad er det, vi gør. Altså hvad gør vi nu. Vi har fire patienter, der er kun plads til at operere tre. Vi har tre ting, vi gerne vil sende medarbejdere på, vi kan kun sende dem på de to. Osv. osv. osv. Det er mit job hele tiden at prioritere, altså hvad synes <u>jeg</u>, er det vigtigste i det her. Det er min personlige vurdering, der gør det. (E) Det er ikke et spørgsmål om, hvad <u>jeg</u> prioriterer. Det er et spørgsmål, hvad den enkelte <u>medarbejder</u> prioriterer i virkeligheden. Vi kan sagtens... jeg kan sagtens <u>tvinge</u> lægerne til at gøre det. Men hvad mening giver det? Jamen det kunne vi sagtens. Vi kunne true dem med... at give dem buksevand eller et eller andet... Jeg kunne jo gå rundt til den enkelte og sige, du skal, du skal. Og så kunne vi sikkert godt hakke af efter en vis tid, at nu har de været der alle sammen. (E) [Om det har nogen betydning, hvad ledelsen synes om det, og hvordan de prioriterer det]: Det har det vel. Hvis ikke man kunne få lov at komme på det, så vil det selvfølgelig betyde noget, så vil folk jo nok ikke komme på det i samme omfang. Så selvfølgelig har det en betydning, hvordan de prioriterer det. (B) Øhm... jamen altså vi siger tit på den måde, at der er ligesom nogle ting, vi skal. Hvis vi ligesom vil anfægte, at det er noget, vi skal, så skal vi gå højere op i systemet, og så skal vores personale selvfølgelig komme med noget, vi kan give videre og sige... komme med nogle argumenter for hvorfor vi ikke skal dit og dat. Hvis ikke vi ville det, jamen så er vi ligesom nødt til at sige, jamen vi er også en slags ansatte, vi får nogle opgaver, som vi skal løse, og det må vi så løse. Så vi kan ikke... vi flytter ikke noget ved at brokke os, så hvis ikke vi vil... hvis ikke vi synes, vi har en case, vi vil gå videre med, så må vi bare rette ind. Og når vi... vi vil helst... vi arbejder i grunden på mange fronter på at have... leve op til de krav, der er, fordi når vi så som afdelingsledelse for eksempel mødes med centerledelse eller hospitalsledelse, så kan vi sige... så kan <u>vi</u> bedre sætte en dagsorden i forhold til de ting, som <u>vi</u> har behov for at få diskuteret med lagene over os i forhold til, at <u>de</u> sætter en dagsorden for at overhøre os i forhold til, hvorfor vi ikke har levet op til dit og dat. Det vil vi helst ikke bruge <u>tid</u> på. Væk med det, sådan at <u>vi</u> kan sætte dagsordenen. Og der er jo hele tiden ting, som vi synes er vigtige her i	Ledelsesmæssig prioritering Mener ikke at tvang hjælper noget, medarbejderens egen prioritering er vigtigst Fralægger sig ansvaret Ledelsens holdning og prioritering har en betydning for deltagelsen Et ledelsesansvar at skabe en kultur omkring skal-opgaver, så de vigtige ting kan blive prioriteret	Ledelsens rolle - ansvar og prioritering

Bilag 6. Strukturanalyse

afdelingen, som personalet også synes er vigtigt, som de ved, at vi godt... at vi skal have båret ud af afdelingen. (A)		
Nej, nej, det har vi selvfølgelig [en ledelsesmæssig indflydelse på holdningen]. Det er selvfølgelig... det er selvfølgelig den kultur, man prøver på at give afdelingen, og de værdier som man udtrykker. <i>Ja</i>. Det er jo ikke kun over for hjertelungeredningskurset, det er jo generelt over for dels håndtering af skal-opgaver, men dels også loyalitet over for de arbejdsplaner, der er lagt, og de forventninger man har til, at man varetager de funktioner, man er sat til. (A) Ah, men det tænker jeg jo et <u>fuldstændig</u> forkert signal at sende som ledende overlæge. Altså man er selv nødt til at gå forrest. Det er jo vanskeligt at sige, at andre skal af sted, hvis ikke man selv tager af sted. Jeg synes, man mister troværdighed, og man mister kraft i ens argumenter for at sende andre af sted. Så det kan jeg slet ikke forstå. Det synes jeg er at spille sig et godt argument af hænde. (A) Det kunne man forestille sig, altså... jeg ved ikke, men det... ja. Ja, det er det [en prioritering fra ledelsens side]. Og så er det selvfølgelig... ja det må jo på en eller anden måde være et holdningsspørgsmål, fordi jeg synes... jeg skal i hvert fald ikke kunne skydes i skoen, at jeg ikke dukkede op eller sprang over eller noget i den retning. Det synes jeg da simpelthen... jeg ville da miste al troværdighed i forhold til at bede andre om at passe det, de skal passe. (A) Ja det gør det da, det [ledelsens holdning] smitter da af på arbejdsmiljø. (C) Fordi man kan sige, at hvis afdelingens holdning er, at det er noget pjat. Så er det jo sådan som læge, at hvis du gerne vil have en stilling der i fremtiden og sådan noget, så skal man jo ikke ligesom være den, der gør sig upopulær. Og skal være den, der kræver, at jeg <u>vil</u> faktisk på det her kursus. Fordi så kommer man jo ligesom i... hvad hedder sådan noget... dårligt et eller andet. Ja altså, så det kunne jeg se som et problem. Og så synes jeg egentlig, at hvis det er et krav, at vi skal hvert andet år, så synes jeg bare, det skulle foregå fuldstændig automatisk. Altså hvorfor så lade det være den enkelte afdelingsledelse, der skal styre det? Det synes jeg ikke. Fordi problemet er, at måske lægerne ikke tør sige, at de gerne vil på det. (C) Som sagt så har jeg ikke oplevet, at det har været et problem. Om hun [den ledende overlæge] har indflydelse på det, det ved jeg ikke. Jeg har ikke oplevet, at jeg er blevet nægtet det i hvert fald. (B) Igen, jeg har ikke oplevet, at jeg er blevet nægtet det, så jeg tror ikke, der er på den måde modstand. Det er nok en accept af, at det skal man, når man er der (B)	Det er et ledelsesansvar at skabe en kultur, nogle værdier og forventninger Som leder skal man gå forrest og sende det rigtige signal for at opretholde troværdighed Lederen skal optræde som rollemodel Ledelsens holdning smitter af på arbejdsmiljøet Ledelsens holdning smitter af på kulturen – frygt for at gå imod ledelsen Mener ikke det bør være op den enkelte ledelse Oplever ingen modstand fra ledelsen Der er en kultur med en accept af og forventning om, at man deltager	Ledelsens rolle - kultur og ledelse
Så skal der selvfølgelig også være en kultur for, at det, som der er... man får at vide er ens dagsopgave, er ens	Der skal være en kultur og en forventning omkring, at man	Ledelsens rolle - kultur og ledelse

Bilag 6. Strukturanalyse

dagsopgave. Så når nu at man måske kun har et formiddagsambulatorium, og at eftermiddagsambulatoriet er blevet afløst til at blive taget af en anden. Jamen så forventes man selvfølgelig at gå til det kursus, man... der står på arbejdsplanen, man skal gå til. (A) Her [på afdelingen] er vi ligesom enige om, at det, der står på arbejdsplanen, det er det, man foretager sig. Så det gælder også, hvad man har af andre ting, som ikke lige er, som ikke er ude i klinikken. (...) Og så har vi vel også den holdning, at der er nogle skal-ting, og det gider vi ikke at bruge så meget krudt på at diskutere, det skal vi bare have gjort, og så videre. Fordi det ændrer... det er jo stadigvæk en skal-ting. Så det... det er jo noget, som der er nogen over os, der har besluttet. Og det kan vi jo ikke anfægte. Det er i hvert fald ikke den rigtige måde at anfægte det, ved at lade være med at dukke op. (A) [Om den tværfaglige del af kurset]: Jo, jeg tror da, det er udmærket. Det er jo noget, som jeg ofte synes, giver lidt sig selv i situationen. Men det kan da... det kan selvfølgelig være, at det er affødt af, at det bliver vist på kurset. Det skal jeg ikke, men jeg synes ikke så tit, at det er en udfordring at finde ud af, hvem der skal hvad. Det synes jeg ofte, giver sig selv. Men jeg kan jo ikke sige, om det er fordi, at kurset rent faktisk så også hjælper til det. Det er svært at sige, for alle har jo været på kurset. (B) Så jeg tror, det er kultur. Der er... det er ikke... det burde jo være en kultur, at det er noget, man <u>skal</u>. (...) Jamen vi snakker ikke særligt meget om det. (...) Det er jo der, kulturen er, kan man sige. At vi <u>burde</u> jo snakke lidt om det, så vi fik det gjort. (D)	deltager i skal-opgaver og følger sin arbejdsplan At vise loyalitet over for ledelsens beslutninger Har en forventning om, at alle har været på kurset Kulturen bør indebære en italesættelse	
Den anden ting, så tror jeg... så kan det jo måske også være et holdningsspørgsmål hos overlæger, der måske ikke synes, det er relevant, at det er ikke dem, der bliver kaldt til et hjertestop, eller hvad man kunne forestille sig af forskellige undskyldninger. (A) Jamen det tror jeg egentlig, jeg ville [føle sig rustet]. Øhm... Men øh... Det er jo ikke sikkert, det er rigtigt. Forstår du, hvad jeg mener? Altså inde i min selvbevidsthed der føler jeg mig rustet til at varetage et hjertestop. Men det er jo ikke sikkert, det er rigtigt. Der er jo en grund til, at man skal på kursus hvert andet år, kan man sige. (D) Mens heroppe hos os, alle de her anæstesilæger, vi tror, vi kan ik', så behøver vi ikke. Tror du ikke, det er sådan noget? Det kunne jeg da godt forestille mig. (...) Ja, det kunne jeg da godt forestille mig [at det er en holdning på afdelingen]. Ja. Jamen det kan jeg da, det kan jeg da heller ikke selv sige mig fri for, at det har jeg lært engang, og det... så derfor kan jeg det stadigvæk. (D) Det er fordi, man synes, man kan det. Man er bare "the shit" (griner). Det tror jeg, at der er mange, der... (F)	Kursernes manglende relevans kan være et holdningsspørgsmål hos nogle læger Det er et holdningsspørgsmål, om man synes, man har brug for kurset Der kan være en kultur blandt nogle læger omkring, at man kan det hele	Ledelsens rolle - kultur og ledelse

Bilag 6. Strukturanalyse

Meningsenheder (hvad lægerne siger)	Betydningsenheder (hvad lægerne taler om)	Temaer + undertemaer
alle er jo styret af politikere i sundhedsvæsenet. Og så har politikerne tildelt os nogle rammer, nogle ressourcer og nogle fysiske rammer osv. som vi så kan arbejde ud fra. Og så stiller de nogle mål for os. Hvor mange patienter skal vi behandle om året fx Og de er jo ligeglade med det. Jamen i bund og grund er politikerne ligeglade med, om vi er gået til hjertestopskursus eller ej. Det er ikke afgørende for en politiker. Det er jo noget, vi selv finder på. Det er det. Det er jeg nødt til at sige. Det er jo noget, vi i vores eget system finder på, det er jo ikke noget politisk krav, at vi skal gå til hjertestopsundervisning. (E)	Rammer og mål er politisk styret, men vejen dertil er besluttet af systemet selv	Systemets rolle
Min egen holdning, uh det har jeg, det har jeg jo ikke nogen holdning til, fordi i virkeligheden er det jo ikke mig, der bestemmer det. Det er jo et system, der bestemmer, at det er vigtigt, de får kurset. Så det har jeg principielt ikke, altså jeg kan jo godt have en personlig holdning, men den er jo ikke afgørende her, for nu har man en gang besluttet, at det skal man. (E) Så der er jo nogen, der har besluttet, at det er vigtigt. Så kan man så altid have sine personlige holdninger til, om det er vigtigt eller ej. Ja. Det er der jo nogen, der har truffet den beslutning, at det er vigtigt. (E)	Det er systemet, der bestemmer Fralægger sig ansvaret	Systemets rolle
Hvis man som organisation mener, at det er vigtigt, at vi har det kursus... og det gør man vel, altså det går jeg ud fra, eftersom... så skal man mere end at sende en mail. (...) Jamen så skal der være en eller anden, der holder øje med det, og som kommer og prikker os på skulderen og siger, at nu må vi altså se at komme i gang. (D)	Efterspørger at organisationen gør noget mere og følger op på kravene	Systemets rolle
Ja, nu synes jeg, at det (?) sådan, på det her sygehus, at hvis der er noget, der vedvarende bliver italesat fra ledelsens side, centerledelse og hospitalsledelse, som en skal-opgave, og at der... man vedvarende som afdelingsledelse bliver holdt fast på, at det er noget, man skal, og der bliver monitoreret osv. Så... så er det da en metode, der har vist sig at virke på forhold, så det kunne den da også godt gøre her. (A)	Det er et ledelsesansvar at italesætte og monitorere skal-opgaver	Systemets rolle
Der kan da bare blive offentliggjort sådan en oversigt over det ene og det andet. Jeg troede da, man fik hug, hvis alle ikke havde været igennem brandskolen eller sådan noget. Og hvorfor får de så ikke hug, hvis deres læger ikke har været på genoplivningskursus? (C) [Om det ville gøre en forskel, hvis der var en konsekvens ved, at man ikke kom af sted]: Ja da. (...) Jeg kunne da forestille mig, at hver enkelt afdeling de... de vil jo gerne have et godt billede udadtil. Altså de konkurrerer da på så mange andre områder, så hvorfor ikke med at... (griner). Jamen det ved jeg ikke. Jeg synes da <u>kun</u> , at det er fair, at man skal hvert andet år. (C)	Udstilling som konsekvens ville virke	Systemets rolle
Hvis det er på hospitalsniveau, man arbejder med, jamen	Udstilling som konsekvens – det	Systemets rolle

Bilag 6. Strukturanalyse

så... så har man jo set, som jeg sagde tidligere, i andre sammenhænge, at det med at blive udstillet og hele tiden skulle forklare, hvorfor man ikke lever op til mål, det rykker. (...) Ja. Ja, altså jeg må sige, jeg er godt nok noget kritisk over for den metode. Men jeg kan bare konstatere, at det er den, der bliver anvendt, og at det virker. Men jeg er kritisk over for den. For det første så... jeg er kritisk over for, at det overhovedet er nødvendigt. Det synes jeg er problematisk. Men når det så er nødvendigt, så synes jeg ikke nødvendigvis, det er en god metode, fordi den... den virker ikke reelt motiverende på afdelingsledelserne, det tror jeg simpelthen ikke på. Jeg tror, den virker udmattende, udtrættende og på sigt desillusionerende. (A) Hmm... Altså det ved jeg ikke, jeg ved ikke, om der skal være nogen sanktioner, fordi altså som det... den politik man kører, i forhold til at få afdelingerne til at leve op til andre krav og mål, er jo at udstille dem. Så kan man jo kalde det en sanktion, hvis man har lyst til det. Ja. Det er i hvert fald de færreste, der kan holde til det i længden, kan man sige, altså... hvis at man ikke kan... hvis man hele tiden skal forsøge at forklare og forsvare, hvorfor man ikke lever op til en eller anden af de ting, som man skal. (A)	virker, men der er nogle utilsigtede konsekvenser ved det	
Den anden ting er, at det er jo også hensigtsmæssigt, at man er enige om, at sådan gør vi på det her hospital. For vi gør jo på det her hospital ikke, som man gør på andre hospitaler. Og det kan man jo ikke vide, hvis man kommer udefra, og personalet er en mixet gruppe. (A)	Vigtigt at have en fælles målsætning på hospitalet	Systemets rolle