

# **Förbättringsförslag identifierade efter tvärprofessionell teamträning av urakut kejsarsnitt.**

**En empirisk, kvalitativ studie**

**Karina Wahl**

Examensarbete, 30 hp, masteruppsats  
Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd  
Jönköping, juni 2013

Handledare: Susanne Kvarnström, Fil Dr,  
Landstinget Östergötland

Examinator: Boel Andersson-Gäre, Professor

# Sammanfattning

**Introduktion:** Förlossningssituationen är ett prioriterat område när det gäller patientsäkerhet, där fel kan få stora konsekvenser. Jönköpings län har svaga resultat när det gäller dödfödda barn och barn med låga APGAR poäng (en bedömning av barnets vitalitet). Vid urakuta kejsarsnitt finns det minst två patienter och oftast en partner. Medarbetare från tre kliniker med olika fokus ska samarbeta i en miljö där flera inte har sin ordinarie arbetsplats. Tvärprofessionell teamträning kan vara en möjlighet för att öka patientsäkerheten.

**Syftet med förbättringsarbetet** var att förbättra medarbetarnas förmåga att hantera urakut kejsarsnitt, samt att testa användbarheten av simulerad tvärprofessionell teamträning.

**Syftet med studien** var att beskriva vårdpersonalens samtal om förbättringar efter tvärprofessionell teamträning. Vilka dimensioner av förbättringsmöjligheter, teman, kategorier och underkategorier framträder?

**Metod:** Tvärprofessionell teamträning enligt CRM (Crew/Crisis Resource Management) genomfördes vid ett tillfälle med 17 deltagare på ett centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum.

En empirisk studie med kvalitativ ansats genomfördes där datainsamlingsmetoden var fokusgruppsintervjuer med medarbetare som deltagit vid tvärprofessionell teamträning runt urakut kejsarsnitt. En inledande fokusgruppsintervju och tre uppföljande fokusgrupper tillsammans med två enskilda intervjuer ingick i studien. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Vid sammanställning av resultatet av förbättringsarbetet skattar deltagarna sin trygghet högre efter tvärprofessionell teamträning vilket indikerar att förmågan att hantera urakut kejsarsnitt förbättras.

Resultatet av studien visar att deltagarna samtalar om flera dimensioner av förbättringar. Centrala förbättringsområden är information till mamman, partnern och mellan personalen och förbättrad kommunikation. Ett övergripande team framträder – Att öka patientsäkerheten, och tre kategorier formuleras – Att förmedla ett budskap, - Att samarbeta, – Teamträning en möjlighet. Deltagarna identifierar förbättringsområden som de inte uppmärksammat om de inte träffats och tränat tillsammans.

**Diskussion/Slutsats** Tvärprofessionell teamträning är användbart till att öka medarbetarnas trygghet och för att uppmärksamma förbättringsområden. Om identifierade förbättringsförslag ska genomföras i verksamheten behöver någon ansvara för genomförandet.

**Nyckelord:** Förbättringskunskap, kliniskt mikrosystem, interprofessionellutbildning, kejsarsnitt, CRM (Crew/Crisis Resource Management)

# Summary

**Introduction:** The childbirth situation is a prioritized area when it comes to patient safety, where errors can have serious consequences. Jönköping has poor results in terms of stillbirths and low APGAR scores (an assessment of the child's vitality). At emergency cesarean section, there are at least two patients and usually a partner. Employees from three clinics with different focuses shall cooperate as a team in an environment where many do not have their regular workplace. Interprofessional team training can be an opportunity to improve patient safety.

**The purpose of the improvement work** was to improve employees' ability to manage emergency cesarean section, and to test the usefulness of simulated interprofessional team training.

**The aim of the study** was to describe health professionals' dialogue about improvements after interprofessional team training and to identify different dimensions of improvements, themes, categories and subcategories.

**Method:** Interprofessional team training according CRM (Crew / Crisis Resource Management) was conducted one time with 17 participants at a center for clinical practice and medical simulation, Metodikum.

An empirical study with a qualitative approach was conducted where the method was focus groups interviews with employees who participated in interprofessional team training. An initial focus group interview and three follow-up focus groups together with two individual interviews were included in the study. The material was analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** The summary of the results of the improvement work shows that the participants' estimate higher security after interprofessional team training, indicating that the ability to manage emergency cesarean section improved.

Results of the study show that the participants discuss different dimensions of improvements. Central areas for improvement is information to the mother, partner and between the staff and improved communication. An overall theme emerges - Increasing patient safety, and three categories are formulated - To convey a message - To cooperate, and - Team training a possibility. Participants identify areas for improvement that they not noticed if they had not met and were educate together.

**Discussion / Conclusion** Interprofessional team training is useful for increasing employees' security schemes and to highlight areas for improvement. If identified improvements should be implemented, someone needs to be responsible for implementation.

**Keywords:** Quality Improvement, clinical microsystems, interprofessional education, caesarean section, CRM (Crew / Crisis Resource Management)

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
Team och teamarbete .....	2
Tvärprofessionell, teamträning och simulering.....	3
Lärande och interprofessionell utbildning.....	4
Kliniskt mikrosystem .....	5
Kejsarsnitt i Jönköpings län .....	5
Inför aktuell studie .....	6
<b>Syfte</b> .....	<b>7</b>
Syftet med förbättringsarbetet.....	7
Syftet med studien .....	7
<b>Metod och material</b> .....	<b>7</b>
Design och metod: förbättringsarbetet.....	8
Design och metod: studien .....	12
Etiska överväganden .....	14
<b>Resultat av förbättringsarbetet</b> .....	<b>14</b>
<b>Resultat av studien</b> .....	<b>16</b>
Att öka patientsäkerheten.....	17
Att förmedla ett budskap .....	18
Vikten av information .....	18
Kommunikationens betydelse.....	19
Att samarbeta.....	19
Att få förståelse för roller och lära av andra .....	20
Arbetsfördelning .....	21
Teamträning en möjlighet.....	21
Upplevelse av tvärprofessionell teamträning.....	22
Tankar inför framtiden.....	22
<b>Diskussion</b> .....	<b>23</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>24</b>
Metoddiskussion förbättringsarbetet.....	24
Metoddiskussion studien.....	25
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>27</b>
<b>Slutsatser</b> .....	<b>33</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>33</b>
<b>Omnämmanden</b> .....	<b>34</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>35</b>
<b>Bilagor</b> .....	<b>39</b>

# Inledning

Vid alla kejsarsnitt finns det minst två patienter - mor och barn, utöver det oftast en partner. Medarbetarna fokuserar på olika patienter beroende på vilken klinik, yrkesgrupp de tillhör. Partnern är ingen patient och kan därför hamna emellan.

Det förekommer ofta slitningar och oenighet mellan förlossningsläkare och barnläkare som kan påverka säkerheten vid akuta kejsarsnitt, förbättrad kommunikation och samarbete rekommenderas (Papanikitas, 2008). Läkare och sjuksköterskor svarar i en undersökning på frågan om de tycker att kommunikationen mellan de båda yrkesgrupperna är öppen och effektiv. Läkarna tycker att det fungerar bättre än vad sjuksköterskorna tycker (Greenfield, 1999). Vårdpersonalen är nöjd och känner sig tillfreds när mor och barn mår bra, även om förlossningen slutar med ett kejsarsnitt. Utifrån mammans perspektiv kan ett kejsarsnitt upplevas som ett misslyckande (Puia, 2013)

Felaktig verbal kommunikation anges som grundorsaken till allvarliga incidenter i patientsäkerhet. Det är stor risk för fel vid överlämning mellan olika personalgrupper och i situationer där olika specialiteter involveras. Kommunikationsbrister, missad information, missuppfattningar är vanliga i team med fler än två medlemmar (Rabol et al., 2011). Vid urakuta och akuta kejsarsnitt är risken stor att information missas eller missuppfattas. Det är mycket personal inblandad, det rör sig mellan 10-15 personer samtidigt i rummet. Det behöver ske informationsöverföring mellan de olika yrkesgrupperna. Medarbetarna behöver ha en gemensam bild över situationen. Hur är mammans tillstånd och hur är det med barnet? Beynon-Davies (2009) beskriver informationens betydelse. Utan högkvalitativ information kommer troligtvis undermåliga beslut att fattas och detta leder i sin tur till undermåliga åtgärder. I akuta situationer krävs det snabba beslut och ordinationer, därför är teamarbete och tydlig kommunikation extra viktigt. Olika yrkesgrupper inom vården har inte någon klar bild över vad de andra har för ansvarsområden och prioriteringar (Sundar et al., 2007). Det är mer troligt att patienten får vård som är säker och av hög kvalitet, när olika professioner förstår varandras roller och kommunicerar effektivt (Barnsteiner, Disch, Hall, Mayer, & Moore, 2007).

Två olika studier visar på att efter införande av utbildningsprogram i akut omhändertagande vid förlossningssituationer minskar antalet barn med APGAR mindre än 5 (ett mått på vitalitet där högsta poäng är 10), (Draycott, Sibanda, Owen, Akande, Winter, Reading, & Whitelaw, 2006; Patel, Piotrowski, Nelson, & Sabich, 2001). I den ena studien sjunker antalet från 86,6 till 44,6 per 10 000 födda (Draycott, et al., 2006) och i studien av Patel et al (2001) visar forskarna på förbättrad APGAR och mindre andel låga värden vid 5 minuter. Risken för död och allvarliga skador är större hos barn med låga APGAR poäng, bedömningen görs på alla nyfödda barn när barnet är 1 min, 5 min och 10 minuter gammalt. I Sverige är APGAR-poäng mindre än 7 vid 5 minuter ett mått som följs i öppna jämförelser, vilket berör lite över 1 % av alla barn, ungefär 1200 barn/år (SKL & Socialstyrelsen, 2011).

En svensk studie visar att i 177 fall av 472 anmälda ersättningskrav till personskadereglering AB, mellan 1990-2005 var syrebristskada hos nyfödda sannolikt orsakad av felbehandling i samband med förlossningen. Det som angavs som de vanligaste orsakerna var, bristande fosterövervakning och att det förlossningssätt som var snabbast och mest skonsamt för barnet inte valdes (Berglund, Grunewald, Pettersson, & Cnattingius, 2008). En rad brister påvisas vid omhändertagande av nyfödda barn, fördröjda återupplivningsåtgärder, ofullständig ventilation

och bristande dokumentation. Författarna visar på behov av ökad kunskap och förbättrat samarbete kring förlossningsförloppet (Berglund & Norman, 2012). I ett försök att räkna på samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård jämförs kostnader för vårdskador i förhållande till trafikskador där förlossningsskador är en av sex utvalda skadegrupper. Kostnaden för sjukvård, omsorg och produktionsbortfall är tre gånger så stor vid vårdskador som kostnaden vid trafikskador (Svensson, Persson, & Johansson, 2004).

En fallstudie av ett urakut kejsarsnitt där barnet fick en svår CP-skada, visar på brister i kommunikation och samarbete (Socialstyrelsen, 2009b). När situationen runt mor och barn förvärras blir det kaotiskt. Det är oklart vem som ska göra vad och personalen har inte tränat liknande situationer. Socialstyrelsen (2009b) påtalar därför vikten av att träna och införa strukturerad kommunikation exempelvis SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation). Vid ytterligare en fallstudie avvaktar man med kejsarsnitt trots tecken på syrebrist hos fostret och barnet är livlöst vid födelsen (Socialstyrelsen, 2006). Otillräcklig utbildning i ny teknisk utrustning gör att åtgärder sätts in för sent. De senaste åren har det fötts ca 300 barn/år i Sverige som varit döda i samband med förlossningen. Antalet minskade på 1970-talet men har sedan 2007 ökat igen. Antalet dödfödda barn per 1000 födda i de olika landstingen varierar mellan 2,5–4,5 barn/år (SKL & Socialstyrelsen, 2011).

Om ett barn blir skadat i samband med förlossningen innebär det stort lidande för barnet och dess familj under lång tid, samtidigt mår medarbetarna som varit med vid förlossningen ofta dåligt och känner skuld. CP skadade barn (barn med hjärnskada) förekommer i en omfattning av 2,2 per 1000 födda (Himmelman, Hagberg, & Uvebrant, 2010). I Sverige får varje år 15-20 barn ersättning från LÖF (landstingets ömsesidiga försäkringsbolag) pga. förlossningsrelaterad hjärnskada om skadan bedöms vara undvikbar. Försäkringen ersätter med 20 x basbeloppet, ca 8,5 miljoner kronor. Med alltmer avancerade behandlingsmetoder är sjukvårdens kostnad avsevärd men svårare att precisera. Kommunernas/samhällets kostnad för barnet uppskattas till 8 miljoner under de första 8 levnadsåren. Det innefattar då handikappanpassning av bostad, transporter av olika slag och personlig assistent (J. Ahlberg, personlig kommunikation, 20 mars 2012).

Amer-Wählin (2008) anger i rapporten Asfyxi (pulslöshet/syrebrist) och neonatal HLR (hjärt-, lungräddning) vikten av simulerad teamträning. Författarna menar att inom förlossnings- och neonatalvård behöver alla personalgrupper få återkommande undervisning och träning i neonatal HLR. Vid födelsen behöver vart tionde barn någon form av stöd för att anpassa sig till livet utanför mamman och ett barn på 100 behöver mer avancerad hjälp. En viktig förutsättning för välfungerande HLR är att träna kommunikation och teamarbete i en simulerad och verklighetstrogen miljö (Amer-Wählin, 2008).

## **Team och teamarbete**

Ett team är en grupp som samarbetar under inbördes beroende i ett bestämt syfte mot samma mål, det kan vara allt från två till flera tiotal personer (Carlström & Berlin, 2004; Salas & Frush, 2012). Enligt Schein (2009) finns fyra fundamentala psykologiska faktorer att ta hänsyn till när det gäller hur team fungerar. Vilken är min roll? Hur mycket inflytande har jag? Kan mina mål och behov bli uppfyllda? Hur intim blir gruppen? Ett effektivt team utmärks genom medlemmar som vet och känner sig bekväma i sina roller, de hjälper varandra och teamet som helhet (Schein, 2009). En grupp eller ett team fungerar bäst om organisationen är ändamålsenlig och teamet innehåller människor med en yrkesmässig kompetens och vilja att samarbeta (Thylefors, 2007a).

Teamarbete kan hjälpa till att lösa problem som har sin grund i dåligt interprofessionellt samarbete och kommunikation (Reeves, 2010). Teamarbete är när en grupp personer arbetar tillsammans och är beroende av varandra för att utföra sitt arbete. Det är mer än bara samverkan, vilket kräver gemensamma fördefinierade, kollektiva mål. Gruppens förmåga att hantera arbetsuppgifter utvecklas genom teamträning och interna relationer förbättras. Det finns ett starkt behov av att medarbetare utrustas med kompetens, inte bara i färdigheter nödvändiga för arbetet i sig, utan också i färdigheter i hur det är att arbeta tillsammans (Salas & Frush, 2012). Teamarbete är en kärnkompetens som beskrivs i ett samarbetsprojekt mellan Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkarsällskapet. I skriften beskriver författarna samverkan i team som en nyckelfaktor för att få en patientsäker hälso- och sjukvård (Svensk Sjuksköterskeförening & Svenska Läkarsällskapet, 2013). Team används ofta som benämning på olika grupper i arbetslivet och många gånger står det för grupper som är tvärprofessionella (Thylefors, 2007a).

## **Tvärprofessionell, teamträning och simulering**

Tvärprofessionell innebär att teamet eller gruppen är sammansatt av medarbetare med olika roller och kompetenser vilka kompletterar varandra. Att arbeta tvärprofessionellt kräver kommunikativ och social kompetens (Thylefors, 2007b). Studentgrupper från olika utbildningar tycker att de fått ökad förståelse för andra yrkesgrupper efter att de tränat tillsammans (Barnsteiner, et al., 2007). Teamträning betyder lag eller gruppträning (Malmström, Györki, & Sjögren, 2002) och det kan genomföras på olika sätt, simulering kan vara en möjlighet att träna teamet.

Simulering är att låtsas efterlikna ett förlopp eller en händelse (Malmström, et al., 2002). CRM (Crew/Crisis Resource Management) är ett koncept för att förbättra teamarbete under simulering. Ursprunget kommer från flyget och programmet utarbetades för att minska fel orsakade av mänskliga faktorer (Eppich, Brannen, & Hunt, 2008; Howard, Gaba, Fish, Yang, & Sarnquist, 1992; Salas, Rhodenizer, & Bowers, 2000; Sundar, et al., 2007). Simulering ger möjlighet till att praktisera teamarbete som om det vore på riktigt och tid avsätts för reflektion. Simulering används mest vid träning av akuta situationer och vid intensivvård och opererande enheter, att använda konceptet inom hälsovård och socialsektor kräver större utmaningar (Reeves, 2010).

Ett utbildningsprogram enligt CRM används på en pediatrik hjärtintensivavdelning för att träna återupplivningsfärdigheter och förbättra teamarbete. Deltagarna utvärderar att de upplever det användbart och deras ångest minskar inför liknande situationer. Enligt författarna behövs det mer studier för att se om programmet förbättrar teamarbete i riktiga återupplivningssituationer (Allan et al., 2010). Figueroa, Sepanski, Goldberg och Shah (2012) anger liknande resultat då simulerade scenarior och strukturerad debriefing genomförs för medarbetare vid en postoperativ enhet för barn som genomgått hjärtoperationer. Forskarna anger att deltagarna får ökat förtroende för varandra i teamet och ökat självförtroende för att leda framtida akuta situationer. Hamman et al (2009) uppmärksammar sex olika förbättringsförslag genom videogranskning av simulerad teamträning vid en förlossningsavdelning, förbättringsförslagen berör faktorer i miljön och simuleringen genomförs på avdelningen i autentisk miljö. Förbättringarna berör larmrutiner, var mediciner och utrustning är placerade. Författarna hävdar att simulering kan användas till att uppmärksamma brister som kan åtgärdas och därigenom öka vårdens kvalitet.

I en review som granskat 97 artiklar vid teamträning i simulerad miljö, under akuta förlossningssituationer redovisas fördelar respektive nackdelar med simulerad träning. Enligt Merien

et al (2010) erbjuder simulerad träning en säker miljö för både personal och ”patienter” vid riskabla procedurer. Det ger möjlighet för tvärprofessionella team att träna olika beteende färdigheter och möjlighet att träna ovanliga, komplicerade och viktiga kliniska händelser. Att kunna planera klinisk träning istället för att vänta på en specifik tillgänglig situation och det erbjuder möjlighet att stoppa en åtgärd för att tillåta diskussion och omedelbar feedback. Det är också möjligt att repetera en åtgärd eller praktisera alternativ teknik, att testa ny teknik och lära hur den fungerar utan att utsätta patienten för risk. Några nackdelar med simulerad träning är att det innebär höga kostnader, det är brist på bra utbildare och bra utbildningsprogram. Det är också brist på studier som undersöker kostnadseffektiviteten (Merien, van de Ven, Mol, Houterman, & Oei, 2010).

Att öva och få återkoppling på det man gör är viktigt. Återkoppling, feedback är ett effektivt verktyg för att stödja lärandet och förändra beteenden i ett kliniskt sammanhang (Norcini & Burch, 2007). Teamträning med debriefing i simulerad miljö enligt CRM förbättrar teamets process och effektivitet avsevärt (Jankouskas, Haidet, Hupcey, Kolanowski, & Murray, 2011). Om simulerad teamträning upprepas efter sex månader ökas effekten och kunskapen sitter i längre (Weinger, 2010). Liknande resultat framkom i studier av Stocker et al. (2012). Slutsatsen var att när simulerad teamträning vid en pediatrik intensivvårdsavdelning repeterades fick det större effekt på deltagarnas upplevda tekniska och icke tekniska färdigheter som teamarbete, kommunikation och säkerhet (Stocker et al., 2012). Resultatet från en systematisk review som undersökt simulering vid utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal visar att det gav stora effekter på personalens kunskap, färdighet och beteende men måttliga effekter för patienter. Författarna efterlyser mer studier för att klargöra när och hur simulering ska användas och hur det ska göras mest kostnadseffektivt (Cook et al., 2011). När landstingen har besparingskrav är det ofta svårt att avsätta tid för teamträning och simulering.

Inom förlossningsområdet finns ett utbildningscenter på Södersjukhuset i Stockholm (Södersjukhuset, 2012), som undervisar och utbildar instruktörer i utbildningsprogrammet CEPS (Center for Education in Pediatric simulator) vilket bygger på CRM. Utgångspunkten är omhändertagande av medtagna barn och programmet innebär teamträning med olika yrkesgrupper från flera kliniker. Autentiska situationer övas och det man gör under simuleringen filmas och diskuteras/debriefas.

## **Lärande och interprofessionell utbildning**

Illeris och Andersson (2007, s 13) definierar lärande som ”varje process som hos levande organismer leder till en varaktig kapacitetsförändring som inte bara beror på glömska, biologisk mognad eller åldrande”. Författarna beskriver lärandet utifrån att det är beroende av både innehåll och drivkraft. Innehållet är det man lär sig, det kan vara kunskaper, färdigheter och förståelse. Drivkrafterna är viktiga att ta hänsyn till menar författarna. Om lärandet drivs av lust och intresse eller nödvändighet och tvång påverkar både process och resultat. Det är också väsentligt att väga in samspel som innefattar kommunikation och samarbete i lärprocessen. När det gäller vuxnas lärande så skiljer det sig från hur barn och ungdomar lär sig. Illeris och Andersson (2007) beskriver några tumregler som man kan utgå ifrån. Vuxna lär sig det som de upplever meningsfullt, de bygger lärandet på egna resurser, de tar så mycket ansvar som de är intresserade av och de engagerar sig inte om de inte ser någon mening i det de lär sig.

I början av 1900-talet grundade filosofen och pedagogen John Dewey den progressiva pedagogiken, en teori om den lärande människan (Dewey, 1936). Dewey har sin grund i pragmatismen, vilket härleds från ett grekiskt ord som betyder handling men också praxis och praktisk



(James & Retzlaff, 2003). Dewey har myntat uttrycket ”learning by doing”, lärande genom praktiskt arbete. Han menar att lärandet sker genom interaktion med omvärlden och att individen lär mer av misslyckanden än av framgång (Stensmo, 1994). Dewey ser människan som en social varelse som alltid är i utveckling. Pedagogiken inriktas på praktiska problemlösningar och arbetsuppgifter. Med begreppet ”intelligent action” menas att människan ska reflektera över sina handlingar. Praktik och teori är varandras förutsättningar och inte varandras motsats, inget kan värderas högre än det andra (Dewey, Hartman, & Hartman, 2004). Individer har många gamla åsikter och gör nya erfarenheter som kolliderar med de gamla. Individen försöker modifiera de gamla åsikterna med hjälp av den nya erfarenheten och tillslut anammas den som sann. Den nya kunskapen/åsikten formuleras på ett så välbekant sätt som möjligt (James & Retzlaff, 2003). Att lära genom praktisk handling och lära av misstag genom reflektion kännetecknar Deweys teori. Illeris och Andersson (2007) beskriver Deweys pedagogik som en pedagogik med utvecklingspsykologiska perspektiv som tar hänsyn till innehåll och samhälleliga förhållanden.

Interprofessionell utbildning är när två eller fler professioner eller studenter från olika professioner lär med, av och om varandras roller för att möjliggöra samverkan och säker vård. Att lära tillsammans för att arbeta tillsammans för bättre vård kan känneteckna interprofessionell utbildning (Frenk et al., 2010; WHO, 2010). Interprofessionell utbildning borde vara en del i det fortsatta lärandet även efter en examen. Utbildningen förbättrar samarbete, minskar hierarkier, fokuserar på effektivt beslutfattande, effektivt ledarskap och kommunikationsfärdigheter där också patienterna inkluderas (Frenk, et al., 2010).

## **Kliniskt mikrosystem**

Ett kliniskt mikrosystem är ett team av människor som arbetar tillsammans regelbundet eller när det behövs, för att ge vård och de personer som får vården (Batalden et al., 2003). Mikrosystemet kan beskrivas utifrån fem P: 1. Purpose - syfte, 2. Patienter, 3. People – medarbetare, 4. Processer – flöden, 5. Patterns – mönster (Nelson, Batalden, & Godfrey, 2007).

I samband med det aktuella master programmet genomförs en beskrivning av ett kliniskt mikrosystem, intervjuer med medarbetare från barn- och ungdomsmedicinska kliniken, kvinnokliniken och från operations- och intensivvårdsenheten angående urakut kejsarsnitt genomförs (Wahl, 2011). Det visar sig i intervjuerna som försöker beskriva det kliniska mikrosystemet urakut kejsarsnitt, att de fyra personalgrupperna har olika syfte och ser olika patienter. Frågor ställs utifrån mikrosystem och 5 P (Nelson, et al., 2007). Barnet är både syfte och patient för medarbetarna från barn- och ungdomsmedicinska kliniken och pappan är en del i omhändertagandet. Kvinnoklinikens medarbetare har både mamma och barn som patient, syftet är att få ett välmående barn och utsätta mamman för så lite skada som möjligt. Medarbetarna från operations- och intensivvårdsenheten, narkosdelen, ser mamman som patient och syftet är att finnas till för henne, vara hennes advokat och upprätthålla säkerhet för henne. Medarbetarna från operations- och intensivvårdsenheten, operationsdelen, ser inte patienten utan uppgifterna. Deras syfte är att det skulle gå fort och på ett sterilt sätt (Wahl, 2011).

Utifrån den kunskapen känns det värdefullt att skapa förståelse för att utgångspunkten vid ett urakut kejsarsnitt är olika. Teamet består av medarbetare från olika enheter och samarbetet behöver fungera på ett bra sätt.

## **Kejsarsnitt i Jönköpings län**

Jönköpings län har förlossningsavdelningar på tre sjukhus, i Eksjö, Värnamo och Jönköping. Ungefär 15 % av alla förlossningar utförs med hjälp av kejsarsnitt och man skiljer mellan pla-

nerade, akuta- och urakuta kejsarsnitt. Urakuta kejsarsnitt innebär att barnet ska vara förlöst inom 10 minuter, det sker oftast på grund av barnets tillstånd och mamman är oftast sövd. Akuta kejsarsnitt utförs efter att förlossningen påbörjats och tidsintervallen varierar mellan 15 minuter till flera timmars framförhållning (Socialstyrelsen, 2009a). Enligt kvinnokliniken i Jönköpings förlossningsregister Obstetrix, avslutades totalt 19 förlossningar 2010, 16, 2011 och första halvåret 2012, 13 förlossningar med urakut kejsarsnitt. Akut kejsarsnitt förekom vid 193 förlossningar 2010 och 197, år 2011 (D. Axelsson, personlig kommunikation, 30 september, 2012). I Jönköpings län har 15 patienter 2009, respektive 11 patienter 2010 fått diagnosen syrebrist vid förlossningen, vilket innebär APGAR mindre än 7 vid en minut (Socialstyrelsen, 2012). De siffror som redovisas i öppna jämförelser avseende Jönköpings läns landsting är bland de sämsta i landet när det gäller antal dödfödda barn och barn med APGAR mindre än 7 vid fem minuter (SKL & Socialstyrelsen, 2011). Organisationen vid ett urakut och akut kejsarsnitt ser olika ut på de tre sjukhusen men gemensamt är att det är flera yrkeskategorier inblandade. Samarbete och kommunikation ska fungera mellan medarbetare från olika kliniker och information ska ges till föräldrar.

När en förlossning avslutas med urakut kejsarsnitt innebär det att det är bråttom att få ut barnet och det blir en väldigt kaotisk situation för mamman och partnern. I Jönköping innebär det att medarbetare från tre olika kliniker sammanstrålar i en operationssal på förlossningen där flera inte har sin normala arbetsplats. Mamman ska vara sövd och barnet vara ute inom 10 minuter. Det är stora resurser som mobiliseras vid ett urakut kejsarsnitt, teamet lämnar andra patienter för att utföra denna uppgift. Att hålla pappan informerad om hur det går för mamman i de fall de är separerade och att försöka få till en snabb återförening som familj upplevs viktigt (Ström, 2012). Utifrån författarens egna erfarenheter som barnsjuksköterska tar det tid att känna trygghet när det är akut. Av egen erfarenhet, eftersom urakut kejsarsnitt inträffar ganska sällan känner medarbetarna oro inför dessa situationer.

## **Inför aktuell studie**

Den aktuella studien avser att studera om simulerad teamträning vid en utbildningsenhet är en väg till att identifiera förbättringsförslag vid urakuta kejsarsnitt som ett led i att öka patientsäkerheten. Medarbetarna är med och uppmärksammar eventuella förbättringsmöjligheter som identifieras efter en dags gemensam utbildning. Till skillnad från studien av Hamman et al (2009) deltar alla de personalkategorier som är involverade vid ett urakut kejsarsnitt. Fokus är inte praktiska förhållanden i autentisk miljö utan istället samarbete, kommunikation och information. En pappa finns med i scenariot, pappan spelas av en av instruktörerna. Projektet/simuleringen som planeras innebär att medarbetare från tre kliniker använder en form av interprofessionell utbildning, tvärprofessionell teamträning enligt CRM vid urakut kejsarsnitt. Utbildningen utgår ifrån Deweys teori att lära genom praktisk handling, av misstag genom reflektion. Utbildningen genomförs på Jönköpings läns center för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum.

# Syfte

## Syftet med förbättringsarbetet

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra medarbetarnas förmåga att hantera urakut kejsarsnitt, samt att testa användbarheten av simulerad tvärprofessionell teamträning.

### Mer specifikt:

- Hur skattar deltagarna sin känsla av trygghet vid urakut kejsarsnitt, före och efter teamträning?

### Att prova:

- Erbjuder tvärprofessionell teamträning en möjlighet att identifiera förbättringsområden när det utförs på ett center för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum?

## Syftet med studien

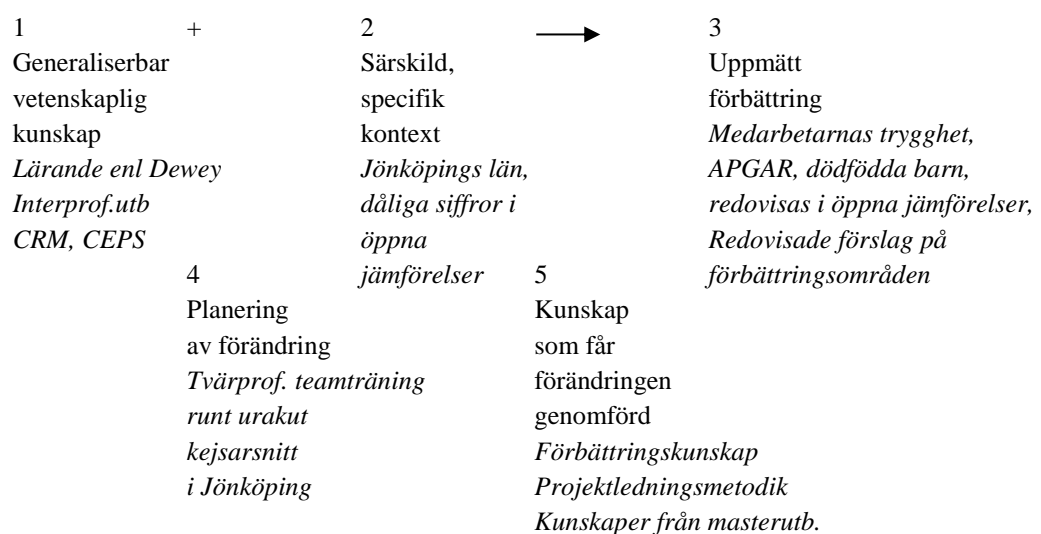
Syftet med studien av förbättringsarbetet var att beskriva vårdpersonalens samtal om förbättringar efter simulerad tvärprofessionell teamträning av urakuta kejsarsnitt.

### Forskningsfrågor:

- Vilka dimensioner av förbättringsmöjligheter framkommer i deltagarnas samtal efter simulerad tvärprofessionell teamträning?
- Vilka underkategorier, kategorier och teman framträder?

## Metod och material

Ansatsen som användes vid förbättringsarbetet och studien av förbättringsarbetet är hämtad från "the improvement formula" där generaliserbar vetenskaplig kunskap överförs i specifik kontext, vilket leder till uppmätt prestations förbättring genom planering och genomförande av förändring (Batalden & Davidoff, 2007). Det specifika förbättringsarbetet och studien av förbättringsarbetet är preciserat med kursivstil i formeln nedan, figur 1.



**Figur 1.** The improvement formula, Batalden & Davidoff, 2007, med redogörelse av kopplingen i den aktuella studien i kursivstil

## Design och metod: förbättringsarbetet

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra medarbetarnas förmåga att hantera urakut kejsarsnitt, samt att testa användbarheten av simulerad tvärprofessionell teamträning.

De svaga resultaten för Jönköpings län i öppna jämförelser (SKL & Socialstyrelsen, 2011) samt medarbetarnas olika syn på patienter och syfte enligt beskrivning av ett kliniskt mikrosystem (Wahl, 2011) medförde att omhändertagande av nyfödda barn och förlossningssituationen var ett angeläget område att förbättra. Frenk et al (2010) angav i tidskriften *The Lancet*, att interprofessionell utbildning skulle syfta till att förbättra samarbete, minska hierarkier, fokusera på effektivt beslutfattande, effektivt ledarskap och kommunikationsfärdigheter där också patienterna inkluderas. Interprofessionell utbildning skulle vara en del i det fortsatta lärandet även efter en examen. När denna kunskap kopplades ihop med Deweys teori att lära genom praktisk handling och lära av misstag genom reflektion (Dewey, 1936) kunde simulerad tvärprofessionell teamträning vara en möjlighet till att höja medarbetarnas kompetens.

I det aktuella förbättringsarbetet fanns en önskan om att prova om det också kunde vara en väg till att identifiera förbättringsområden, när teamträning genomfördes på ett centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum.

### Kontext

Den aktuella kontexten var ett länssjukhus i södra Sverige där det i förlossningsregistret Obstetrix år 2011 registrerats 2077 förlossningar (2114 antal barn) och 120101–120630 registrerats 1030 förlossningar (1053 antal barn) (D. Axelsson, personlig kommunikation, 30 september, 2012). I hela länet år 2010, föddes 4004 barn fördelat på förlossningsavdelningar i Jönköping, Eksjö och Värnamo men där barnavdelning för vård av sjuka barn endast fanns i Jönköping (Barnkliniken, 2011). På varje enhet/avdelning fanns det ett stort antal medarbetare.

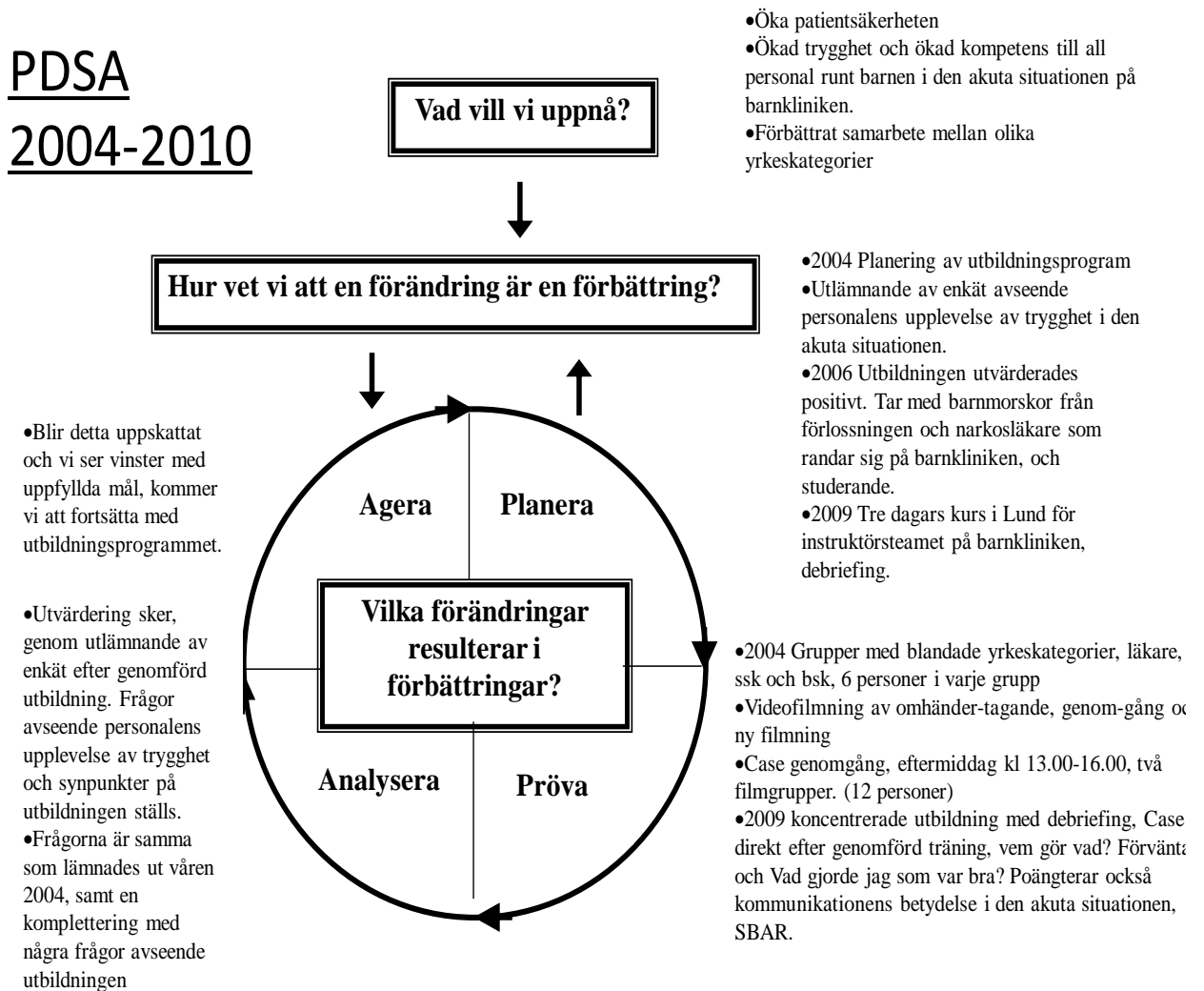
### Bakgrund till förbättringsarbetet

Simulerad teamträning har sedan 2004 genomförts på barnkliniken i Jönköping runt omhändertagande av medtagna barn enligt CEPS konceptet (Södersjukhuset, 2012) vilket bygger på CRM som beskrivits tidigare under avsnittet tvärprofessionell teamträning och simulering. Den lokala teamträningen utvecklades genom åren enligt PDSA-cykeln, Plan, Do, Study, Act. Vilket innebar att idéer omvandlades till handling, studerades och testades för att lära. Cykeln börjar om, fortsätter och förbättras (Langley, 2009). Barnklinikens utveckling och förbättring av teamträning redovisas i en PDSA-cykel år 2004-2010 figur 2. och utvecklingen av tvärprofessionell teamträning som ingår i den aktuella studien redovisas i en PDSA-cykel år 2011-2013 figur 3. Båda PDSA cyklerna innehåller flera varv av förbättringar.

Ett team med två barnsjuksköterskor och en barnläkare var på kurs i Södersjukhuset våren 2004 (Södersjukhuset, 2012) för att sedan påbörja CEPS utbildning på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, utbildningen riktade sig då till medarbetare på barnkliniken. Upplägget valdes eftersom den lokala strukturen på sjukhuset innebar att neonatalavdelningen låg vägg i vägg med förlossningen, medarbetarna från kvinnokliniken och operations- och intensivvårdsenheten hade inte så stor del i omhändertagandet när barn mår dåligt. Medarbetare från barnkliniken spelade andra yrkeskategorier exempelvis barnmorska som kom med ett medtaget barn. Vid teamträning för studenter visade det sig att stereotyper gärna överdrevs, när en grupp läkarstudenter tränade och någon fick spela sjuksköterska (Barnsteiner, et al., 2007).

CEPS-utbildningen utvecklades och 2006 involverades barnmorskor från förlossningen. År 2009 var samma instruktörsteam på tre dagars instruktörsutbildning i debriefing i Lund. Den lokala utbildningen modifierades och mer fokus lades på kommunikation och deltagarnas förväntan. I utbildningen användes SBAR, ett hjälpmedel för strukturerad kommunikation mel-

lan vårdpersonal som kan användas när kritisk information ska överföras mellan medarbetare i komplexa situationer (Wallin & Thor, 2008). Ytterligare struktur lades till i utbildningen för att klargöra vem som gör vad i en akut situation och vad flera kan göra, detta för att stärka teamkänsla och samarbete. Tankar föddes att involvera hela teamet runt förlossningssituationen och då inkludera medarbetare från flera kliniker som det var i det ursprungliga CEPS konceptet (Södersjukhuset, 2012).

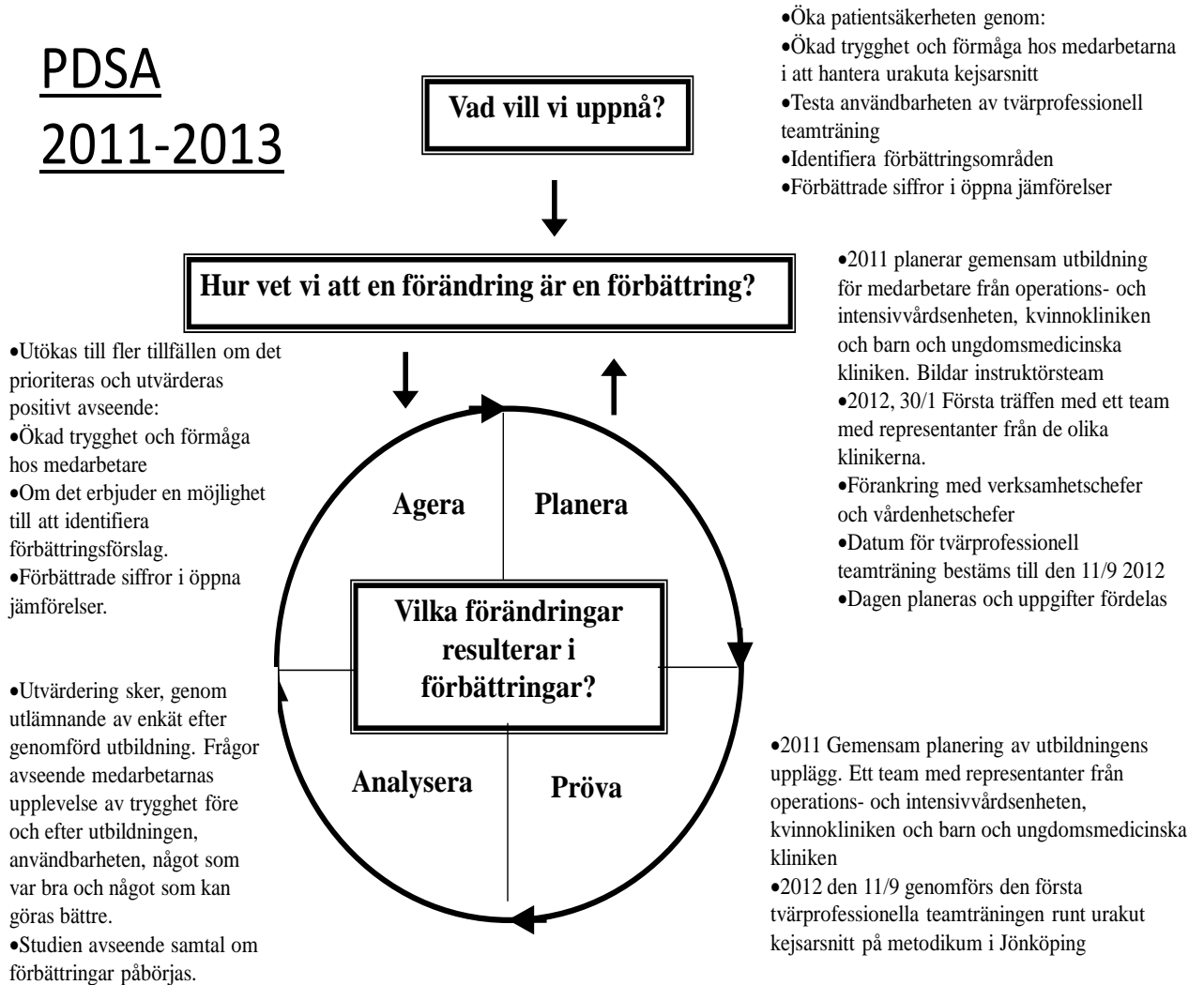


**Figur 2.** Barnklinikens utveckling av teamträning enligt PDSA, mellan åren 2004-2010

### Design av förbättringsarbetet

Beskrivningen av ett mikrosystem med intervjuer enligt 5P (Nelson, et al., 2007) användes som en metod för att kartlägga det kliniska mikrosystemet ur akut kejsarsnitt utifrån medarbetarnas perspektiv. I samband med det aktuella masterprogrammet genomfördes intervjuer med medarbetare från de olika klinikerna. Intervjuerna som genomfördes visade på att medarbetarna hade olika syfte och såg olika patienter (Wahl, 2011). Utifrån det resultatet upplevdes det värdefullt att genomföra simulerad teamträning tillsammans. Resultatet av intervjuerna redovisades på klinikernas arbetsplatsträffar vilket genererade intresse för gemensam teamträning. Arbete påbörjades med att bilda ett team med medarbetare från de olika klinikerna för att gemensamt planera för simulerad teamträning. Teamet som bildades bestod av en narkosläkare, (som tidigare ansvarat för CEPS utbildning i Helsingborg och som

gått instruktörskurs i debriefing) en narkossköterska, en operationssköterska och en undersköterska från operation (med ansvar speciellt för kvinnoklinikens operationer och kontakt gentemot förlossningen), en gynekolog och en barnmorska (ansvariga för utbildning av komplicerade förlossningar på kvinnokliniken), en barnläkare, två barnsjuksköterskor och en barnundersköterska (CEPS-teamet från barnkliniken som beskrivits tidigare). Första träffen var den 30 januari 2012. Förankring skedde med verksamhetschefer och vårdnethetschefer på respektive klinik.



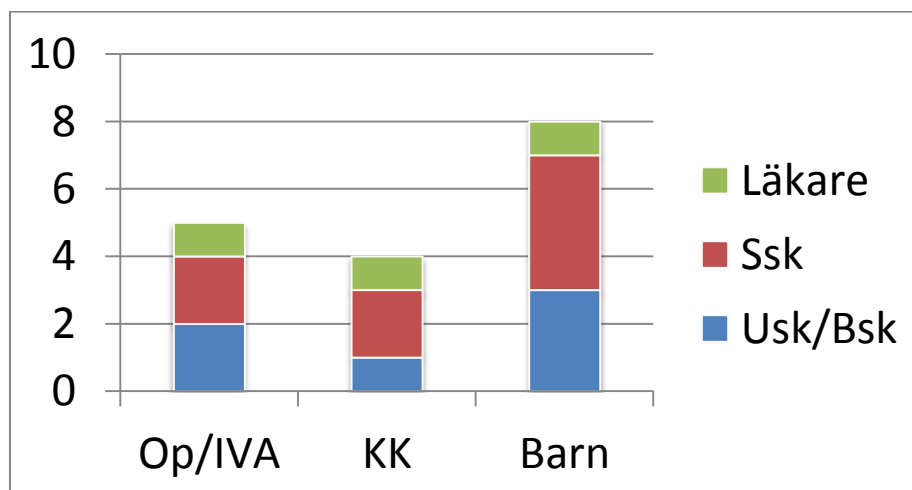
**Figur 3.** Utveckling av tvärprofessionell teamträning i Jönköping, av urakut kajsarsnitt, enligt PDSA 2011-2013

Besparingar på landstinget, personalbrist, ombyggnation på neonatalvårdsenheten och brist på vilja att prioritera teamträning var försvårande omständigheter. Tillslut beslöts det att genomföra ett tillfälle under hösten. Datum för teamträning bestämdes till den 11 september 2012 och en heldags utbildning planerades (Bilaga 1). Det visade sig vara svårt för verksamheten på operation, de hade inte möjlighet att avvara medarbetare. De som varit med och planerat fick också vara de som deltog under teamträningen. Önskemål framkom då att göra en film för att kunna visa och använda under utbildning på den egna enheten.

Utgångspunkt och fokus för teamträningen var kommunikation, information och samarbete. En pappa/partner var med för att tydliggöra brister i överlappningen mellan de olika enheterna och för att fokusera på hans delaktighet, pappan spelades av en medarbetare från instruktörsteamet. Biträdande vårdenhetschef på neonatalvårdsenheten hade under våren 2012 genomfört intervjuer med pappor som varit med vid urakuta och akuta kejsarsnitt. Hennes resultat var en viktig utgångspunkt i planeringen av teamträningen. Ström (2012) anger förslag på kliniska implikationer: Hela personalkedjan bör samverka för en ökad kvalitet på information och medverka för att öka pappors trygghet. Tydligare information före och efter kejsarsnittet, skriftlig information ska vara utformad så att det går att förstå vad som gäller. Personalen behöver vara lyhörd för hur mycket pappan vill medverka. Informera honom om hur det går för mamman och försöka få familjen återförenad så snart det är möjligt (Ström, 2012). Resultatet redovisades som en inledning för de som deltog vid tvärprofessionell teamträning den 11 september 2012.

### Deltagare

Vid utbildningstillfället deltog åtta sjuksköterskor med olika specialiteter, sex undersköterskor/ barnsköterskor och tre läkare med olika inriktning, 15 kvinnor och två män. Deltagarna kom från tre olika kliniker, fördelningen redovisas i figur 4. Deltagarna hade utifrån intresse och möjlighet att gå ifrån arbetet anmält sig i samråd med respektive vårdenhetschef och chemaläggare.



**Figur 4.** Fördelning av deltagarna vid tvärprofessionell teamträning vad gäller antal, yrke och kliniktilhörighet. Operations- och intensivvårdsenheten (Op/IVA), kvinnokliniken (KK) och barn- och ungdomskliniken (Barn).

### Datainsamling förbättringsarbetet

De som deltog fick utvärdera själva utbildningstillfället genom en enkät (Bilaga 2). Enkäten utformades utifrån Allan et al (2010) och Langley (2009). Allan et al (2010) fokuserade på träningsprogrammets användbarhet och känslan av ångest istället för upplevd trygghet som användes i den aktuella studien. Langley (2009, s 422) beskriver en enkel skala som omvandlar erfarenheter till data. Enkäten i det aktuella förbättringsarbetet lämnades till deltagarna i anslutning till utbildningstillfället, den fylldes i på plats och lämnades upp och ner på ett bord. Alla deltagare lämnade en ifylld enkät, totalt 17 stycken. Inget externt bortfall, vid två enkätfrågor var det inte alla deltagare som skrev någon kommentar, internt bortfall var fyra vid en fråga och nio vid en annan. Antal svar och antal bortfall redovisas i resultatdelen.

### **Forskarens roll i förbättringsarbetet**

Forskaren hade rollen som sammanhållande av den tvärprofessionella grupp som planerade förbättringsarbetet vilket möjliggjordes av att hon hade tid avsatt på länets centrum för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum, hon var också en av instruktörerna. Forskaren hade genomgått instruktörskurs i debriefing och i hantering av grupper vid simulering och teamträning. Hon hade sedan 2004 fungerat som instruktör vid barnklinikens CEPS-utbildning och hade därigenom stor erfarenhet av att hantera grupper vid simulering. Ansträngningar gjordes för att vara neutral, det fanns en viss risk för påverkan vid utvärdering av förbättringsarbetet men risken bedömdes som liten.

### **Design och metod: studien**

Syftet med studien av förbättringsarbetet var att beskriva vårdpersonalens samtal om förbättringsmöjligheter efter simulerad tvärprofessionell teamträning av urakuta kejsarsnitt. Forskningsfrågor: vilka dimensioner av förbättringar, teman, kategorier och underkategorier framträder.

#### **Metod**

En empirisk studie med kvalitativ ansats där datainsamlingsmetoden var halvstrukturerad fokusgruppsintervju (Fulop, 2001; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Fokusgrupper används för att undersöka människors uppfattning och åsikter, deltagarna kan fråga varandra och hjälpas åt, de kan också känna sig mer bekväma när de samlas i grupp. Det definieras som ”en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestäms av forskaren”. (Wibeck, 2010, s 25).

#### **Deltagare**

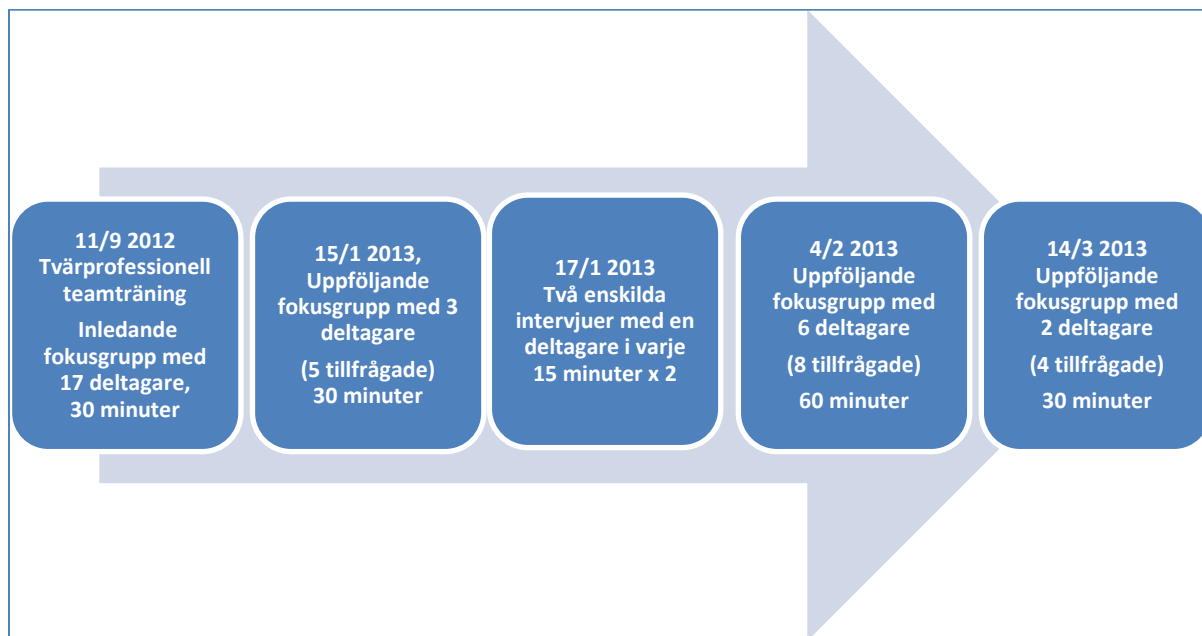
I studien av förbättringsarbetet inkluderades de som deltagit vid tvärprofessionell teamträning den 11 september 2012. Totalt inkluderades 17 deltagare fördelade på olika yrken och specialiteter (Figur 4). Muntlig och skriftlig information lämnades i samband med utbildningsinsatsen angående frivilligt deltagande i studien (Bilaga 3).

#### **Datainsamling**

För att fånga in synpunkter direkt efter teamträningen genomfördes en fokusgrupp med ett stort antal deltagare. Alla 17 medarbetare som deltagit under teamträningen deltog också i den inledande fokusgruppsintervjun. Det var helt frivilligt att delta och att yttra sig i den stora gruppen, alla deltagare satt med men alla bidrog inte med egna synpunkter. Synpunkter från de olika klinikerna var ändå representerade. Deltagarna ombads samtala om teamträningen lett till tankar på förbättringar i verksamheten. En inledande fråga ställdes. – Finns det några tankar, uppslag på förbättringar av urakut kejsarsnitt som framkommit under dagen? Enligt Wibeck (2010) är optimalt antal vid en fokusgrupp fyra till sex deltagare. Vid en grupp med fler får varje deltagare mindre utrymme och vid färre deltagare kan det bli spänningar i gruppen (Wibeck, 2010). Det genomfördes tre uppföljande fokusgruppsintervjuer fyra till sex månader efter teamträningen. De uppföljande fokusgruppsintervjuerna genomfördes gemensamt med de deltagare som kom från samma klinik i ett rum på den egna kliniken. Det var praktiskt mer genomförbart och för deltagarna en känd plats, de kunde annars känna sig bortkomna i en främmande miljö (Wibeck, 2010). Tidpunkt för fokusgruppsintervju planerades tillsammans med respektive vårdenhetschef, utifrån medarbetarnas schema och möjlighet att gå ifrån arbetet. Deltagarna tillfrågades via mejl, deltagandet var frivilligt och de kunde avstå medverkan utan att ange något skäl. Antal deltagare och antal tillfrågade vid de olika fokusgrupperna visas i figur 5. Fokusgrupperna kompletterades med enskilda intervjuer av de som inte hade möjlighet att medverka de aktuella dagarna men ändå ville delge sina syn-



punkter. Två enskilda intervjuer genomfördes. En frågeguide användes vid de uppföljande fokusgruppsintervjuerna och vid de enskilda intervjuerna (Bilaga 4). Totalt medverkade 13 av de inledande 17 personerna i de uppföljande intervjuerna. Fyra deltagare hade inte möjlighet att delta. De som inte deltog var tre sjuksköterskor med olika specialiteter och en läkare. Förtydligande över när de olika intervjuerna inträffade, antal deltagare, tillfrågade deltagare och tidsåtgång vid varje tillfälle visas i figur 5.



**Figur 5.** Förtydligande när i tiden tvärprofessionell teamträning, fokusgrupper och enskilda intervjuer inträffade i den aktuella studien, tillsammans med antal deltagare, tillfrågade deltagare och tidsåtgång vid varje tillfälle.

Vid den inledande fokusgruppsintervjun i anslutning till utbildningstillfället och vid fokusgruppen med sex deltagare deltog en moderator och en observatör, där moderatorn ledde intervjun. Vid de övriga fokusgruppsintervjuerna och de enskilda intervjuerna deltog endast en moderator. Efter avslutad intervju lästes sammanfattade anteckningar upp av observatören vid två tillfällen, och av moderatorn vid de andra, för att deltagarna skulle kunna lägga till eller dra ifrån (Wibeck, 2010). Inget innehåll togs bort men kompletteringar och förtydliganden lades till vid samtliga intervjuer. Enligt Wibeck (2010) kan ett mindre antal deltagare än fyra i en fokusgrupp leda till spänningar i gruppen. Både vid tillfället med tre deltagare och det med två deltagare kom alla till tals, deltagarna samtalande fritt och upplevdes av moderatorn som trygga med situationen. Både fokusgruppsintervjuer och de enskilda intervjuerna spelades in, transkriberades och en induktiv innehållsanalys genomfördes (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

### Analys

Det transkriberade materialet skrevs ut i pappersform, meningsenheter markerades, klipptes ut och sorterades efter innehåll och betydelse. Texten kondenserades till kategorier och underkategorier, direktcitrat redovisas i resultatet med kursivstil i texten. Resultatet sammanfattades i ett övergripande tema (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Resultatet från de enskilda intervjuerna analyserades separat, de gånger det tillkom ny information noterades det som tillägg.

## **Forskarens roll i studien**

Forskaren deltog som moderator vid alla intervjuer och transkriberade själv alla inspelade samtal i nära anslutning till intervju tillfällena, vilket rekommenderas av Wibeck (2010) för att lättare koppla röst till person och underlätta analysarbetet. Wibeck (2010) menar att det finns en fördel om moderatören kommer från liknande sammanhang som deltagarna, det kan bli mer avslappnat och deltagarna kan våga säga mer. Moderatören bör ha positiva egenskaper som värme och förståelse men ska också vara opartisk (Wibeck, 2010). Forskaren hade tidigare genomfört fokusgruppsintervjuer och hade lång erfarenhet av arbete som sjuksköterska på en neonatalavdelning och därigenom god kännedom om urakuta kejsarsnitt, ansträngningar gjordes för att vara opartisk.

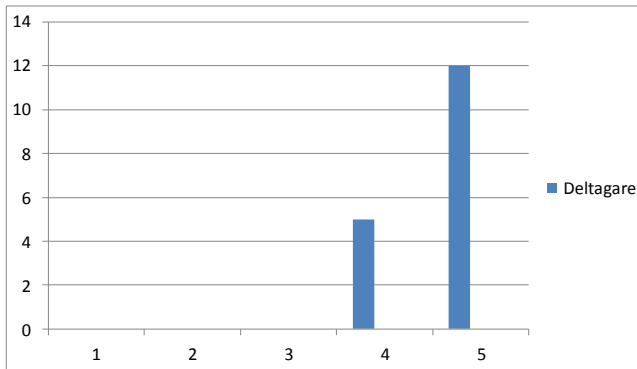
## **Etiska överväganden**

Skriftligt godkännande inhämtades från respektive verksamhetschef på barn- och ungdomsmedicinska kliniken, operations- och intensivvårdsenheten och kvinnokliniken på Länsjukhuset Ryhov (Bilaga 5). Utvecklingsdirektören i Jönköpings län garanterade skriftligt forskningspersonernas säkerhet vid genomförandet av projektet (Bilaga 6). Etisk egengranskning genomfördes enligt Hälsohögskolans anvisningar (Hälsohögskolan, 2010).

Enligt autonomiprincipen hade deltagarna rätt till respekt, självbestämmande och integritet (Vetenskapsrådet, 2002). Enligt Vetenskapsrådet (2002) var det viktigt att forskaren informerade deltagarna om forskningens syfte. Deltagandet var frivilligt och information om syftet med studien gavs både skriftligt och muntligt (Bilaga 3). Efter avslutad intervju lästes sammanfattande anteckningar upp för att deltagarna skulle kunna lägga till eller ta bort innehåll. Fullständig anonymitet gick inte att utlova men konfidentialitet kunde ändå uppnås. Information där individer kunde identifieras skyddades (Vetenskapsrådet, 2002; Wibeck, 2010). De gånger när det i resultatet fanns risk för att deltagarna skulle kunna identifieras fick deltagarna själva godkänna innehållet i texten. Inspelat och utskrivet material från intervjuerna förvarades på säker plats oåtkomlig för andra. Namn och arbetsplats registrerades på separat dokument skilt från det transkriberade materialet. Författaren är anställd sjuksköterska med specialfunktion på barnkliniken men med del av tid på Metodikum, under den tiden ansvarig för utbildningsinsatsen. Förutom rollen som utbildningsansvarig och kollega vid barnkliniken hade författaren ingen relation till deltagarna. Författaren skulle i sin roll som ansvarig för utbildningsinsatsen medföra viss påverkan, risken bedöms dock som liten. Deltagarna vid utbildningen kunde uppleva ett visst tryck att även medverka i studien, samt att forskningspersonerna skulle uppleva ett mindre obehag i att förväntas yttra sig i fokusgruppsmiljö. I en fokusgrupp kan människor komma till tals på egna villkor och författaren ansvarar för att deltagarna inte blir kränkta (Wibeck, 2010). Författaren har ansvarat för tydlig information om frivilligt deltagande samt att säkerställa en trygg intervjusituation för de medverkande.

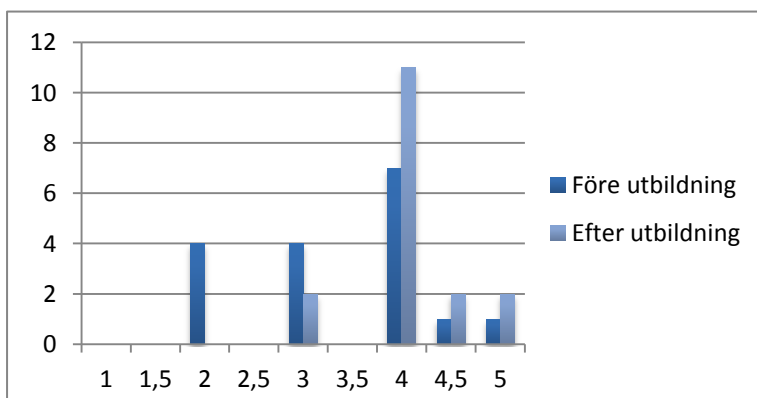
## **Resultat av förbättringsarbetet**

Utbildningstillfället utvärderades med hjälp av en enkät med fem frågor (Bilaga 2). Deltagarnas utvärdering redovisas utifrån sammanställda enkätsvar inlämnade i anslutning till en hel-dags teamträning. Av 17 utlämnade enkäter inhämtades 17 svar, inget externt bortfall. Internt bortfall fanns vid två frågor, på övriga tre frågor fanns svar och kommentarer från alla deltagare. Fyra deltagare valde att inte ge några exempel på något som kunde göras bättre under utbildningen. Åtta deltagare skrev kommentarer till frågan där de skattar hur trygga de kände sig i den situation de tränat, nio deltagare kommenterade inte. Deltagarna svarar på om utbildningen är användbar i deras arbete. De skattar på en skala från ett till fem, där 1 står för - inte alls och 5 står för -ja absolut. Medelvärde på svaren är 4,7 (Figur 6).



**Figur 6.** Deltagarna svarar på frågan:  
Är utbildningen användbar i ditt arbete? 1=Inte alls, 5=ja absolut

Alla 17 deltagare rekommenderar utbildningen till en kollega och svarar ja på den frågan. Deltagarna skattar hur trygga de känner sig i den situation de tränat före utbildning och efter utbildning där båda anges efter utbildningstillfället, 1 står för -inte alls och 5 står för -absolut. Medelvärde på uppskattad känsla före utbildningen är 3,4 och efter utbildningen 4,1 (Figur 7). Alla deltagare skattar samma värde eller ett högre värde efter utbildningen. Ingen av deltagarna skattar lägre värde efteråt.



**Figur 7.** Deltagarna svarar på frågan:  
Hur trygg känner du dig i den situation du tränat? Före utbildning och efter utbildning. 1=inte alls, 5=Absolut.

### **Deltagarnas kommentarer till frågan: Hur trygg känner du dig i den situation du tränat, som redovisats i Figur 7.**

Åtta deltagare valde att kommentera frågan och nio kommenterar inte.

Alla de som kommenterar skriver att de upplever ökad trygghet. *"Kände mig osäker är nu tryggare", "Känner mig trygg men det kan alltid bli bättre", "Jag har stärkts i min trygghet", "Känner mig tryggare och säkrare både med mig själv och min roll och med andra. TACK", "Har fått bättre inblick i vad min roll kan göra", "Behöver träna mer", "Har inte arbetat så länge men det känns tryggt att se att de flesta vet vad som ska göras", "Roligt att se vad andra specialiteter gör för storverk".*

### **Ge exempel på något som var bra under utbildningen:**

Alla 17 deltagare lämnar kommentarer på denna fråga.

Deltagarna anger att det är bra att se hur medarbetare från tre kliniker arbetar och det ökar förståelsen när de lär känna varandras uppgifter. Deltagarna menar att de hunnit tänka till både på sin egen roll och på andras. Deltagare upptäcker att de kan göra något och att de hittar sin egen roll. De anger också att övningen ger ökad trygghet i situationen och att det är en rolig dag. De upplever det positivt att alla länkar i vårdkedjan deltar och att det ger många

infallsvinklar på flödet. Deltagarna menar att genom teamträning över gränser lär de av varandra i diskussioner. De anger att det är positivt att få följa hela scenariot. Deltagarna upplever utbildningen verklighetstrogen och att patientfallen var väl förberedda, realistiska och utmanande rent medicinskt. De upplever det givande att se filmen och diskutera vad som var bra och vad som kan bli bättre (teamträningen spelades in och delar av filmen visades under genomgång/debriefing). Redovisningen av hur pappor upplevt det upplevdes värdefull och att sedan få ta hand om en pappa i simuleringen gav mycket. Deltagarna poängterar vikten av att träna kommunikation och att simuleringen ökar förståelse för att kommunikation är viktigt. Deltagarna upplever det väldigt generöst att de fick delta, och uttrycker önskan om att det ska vara obligatoriskt.

### **Ge exempel på något som kan göras bättre under utbildningen:**

Kommentarer från 13 av 17 deltagare, fyra valde att inte skriva någon kommentar.

De som svarar anger att de vill göra om det varje år. Deltagarna önskar fler utbildningstillfällen, för de märkte hur mycket de lär sig. De nämner att det också kan vara positivt att bara vara observatör. Någon tycker att det kunde varit en riktig människa under förlossningen istället för SimMan. Deltagarna önskar bättre ljud från dockan och att narkosapparaten fungerat, att de kunde fått det de skulle läsa minst en vecka i förväg på mail för att vara bättre förberedda (detta gällde PM och riktlinjer som skickades till deltagarna). *”Tyckte det var kanon! Det innehöll det mesta. Tack för en givande dag”!*

### **Ytterligare ett resultat av förbättringsarbetet**

Det som filmades under teamträningen sparas och redigeras till en spelfilm. Den färdiga filmen visar det som händer före kejsarsnittet vid förlossningssituationen, vid kejsarsnittet och omhändertagande av barnet efteråt. Tillfälle finns i filmen att samtala runt olika frågor där fokus för samtalen är kommunikation, information och arbetsrutiner. Tanken är att filmen ska användas vid utbildning på de olika enheterna. Varje enhet får filmen på en CD-skiva och kostnaden för redigeringen delas lika mellan klinikerna. Deltagarna ger sin tillåtelse att lägga ut filmen på internet där den är mer tillgänglig, den finns på: [www.lj.se/metodikum](http://www.lj.se/metodikum).

## **Resultat av studien**

Vid analysarbetet av den inledande fokusgruppsintervjun i anslutning till utbildningstillfället, de uppföljande fokusgruppsintervjuerna och de kompletterande enskilda intervjuerna framträdde ett övergripande tema *Att öka patientsäkerheten*. Tre kategorier formulerades: *Att förmedla ett budskap*, *Att samarbeta* och *Teamträning en möjlighet*. Under varje kategori bildades två underkategorier. Resultatet redovisas först i en tabell med exempel på meningsenheter från innehållsanalys av intervjuer som ett förtydligande av tema, kategorier och underkategorier (Tabell 1). Därefter redovisas resultatet i löpande text där kategorier och underkategorier beskrivs, citat från intervjuerna finns med för att belysa tolkningen och skrivs med kursiv stil i texten. När resultatet från de enskilda intervjuerna tillförde något nytt redovisas det separat.

**Tabell 1.** Förtydligande av tema, kategorier och underkategorier med exempel på meningsenheter från innehållsanalys av intervjuer efter simulerad tvärprofessionell teamträning runt urakut kejsarsnitt.

Meningsenhet	Underkategori	Kategori	Tema
<i>"Hur känns det för mamman när hon vaknar och så frågar hon hur går det för barnet, det är den första tanken hon har, nej jag vet inte får du till svar"</i>	Vikten av information	Att förmedla ett budskap	Att öka patientsäkerheten
<i>"Barnet går ut blått och dålig andning, slapp och hänger det är det sista vi ser sedan vet vi inte mer. Och så har man ångest inför nästa gång. Jag tror att det är viktigt att få feedback"</i>			
<i>"att vi faktiskt inte pratar samma språk på olika kliniker, någon kallar något för POX och så är det SaO2 någon annanstans, det är så mycket slang, så man får vara extra tydlig och att man inte ska känna sig dum när man frågar".</i>	Kommunikationens betydelse		
<i>"man gör sin grej och just förståelsen för de andras situation är en nyttig erfarenhet från en sån här övning för den hinner man inte utveckla annars ..... då gör man sin grej och står som ett frågetecken inför vad de andra har gjort"</i>	Att få förståelse för roller och lära av andra	Att samarbeta	
<i>"oavsett om vi har nål så sätter ju ni en nål till då skulle man ju spara ett moment...om man tog bastest och blodstatus ur den nysatta nålen"</i>	Arbetsfördelning		
<i>"En orealistisk situation, sätta pappan uppe vid mamman... assistera vid KAD, få ut sängen, så det är ingen hos pappan den stunden".</i>			
<i>"det var ju roligt samtidigt som man tog ju det på fullt allvar det blev jag förvånad att man blev så engagerad fast man lekte fram"</i>	Upplevelse av tvärprofessionell teamträning	Teamträning en möjlighet	
<i>"om man ska tröska igenom alla det är en våldsamt mängd personer... då kommer vi inte göra mycket annat än att hänga där uppe"</i>			
<i>"... man kan ha fostret uppkopplat under tiden man lägger spinal... då kan man hålla på 30-40 min om det är bra eller rent av ångra sig, det blev tydligt idag att det blir bra"</i>	Tankar inför framtiden		
<i>"jag har tänkt på en annan grej när man kommer tidigt eller sent att det bestäms du har intaget och sedan det är en syrra och sedan kanske det är en barnsköterska också"</i>			

## Att öka patientsäkerheten

Temat *Att öka patientsäkerheten* speglar olika förbättringsområden som identifierats i samband med samtal efter tvärprofessionell teamträning. Flera faktorer där deltagarna såg förbättrings utrymme framträdde. Temat *Att öka patientsäkerheten* delades in i tre kategorier *Att förmedla ett budskap*, *Att samarbeta* och *Teamträning en möjlighet*.

## Att förmedla ett budskap

I kategorin *Att förmedla ett budskap* formulerades två underkategorier, *Vikten av information* och *Kommunikationens betydelse*.

### Vikten av information

Underkategorin *Vikten av information* beskriver informationen till mamman, partnern/pappan och mellan personalen.

Något som upplevdes värdefullt var hur informationen om barnet når mamman när hon varit sövd, narkosköterskan har ingen information om hur det går för barnet. *"Hur känns det för mamman när hon vaknar och så frågar hon hur går det för barnet, det är den första tanken hon har, nej jag vet inte får du till svar"*. Deltagarna nämner att detta inte hade kommit fram som ett problem om övningen inte genomförts gemensamt. Önskemålet från medarbetarna på narkos är att någon lämnar information om barnet. Om mamman sover kan informationen följa med till post op. *"just att ge något tröstande besked mammorna vet ju oftast inte någonting när de vaknar det är ju viktigt att de får veta liksom bara om barnet mår bra och om barnet lever jag menar de vet ju ingenting"*. Det blir mer spinalbedövning enligt deltagarna och behovet av information blir större eftersom mamman då är vaken. Vid spinalbedövning är pappan med och kan vara hos barnet, han kan då förmedla information. Deltagarna menar att det är mycket intryck för pappan och det kan vara svårt för honom att veta vad som hänt.

Ett par deltagare vid olika uppföljande fokusgruppsintervjuer nämner egen erfarenhet av kejsarsnitt och urakut kejsarsnitt där den ena kommer ihåg frågor hon ställt och hon kommer ihåg att hon inte fick något svar. Den andra kommer ihåg att det var det första hon tänkte, hur barnet mår och att hon frågade samma fråga säkert 10 ggr. Det var inte någon som visste något för hon fick inget besked. *"för då vet man att inget svar är ett dåligt svar", "... just när man får ett - ja vet inte, det sitter ofta kvar"*. Samma deltagare kommer också ihåg vid ett annat kejsarsnitt att hennes man stack fram ansiktet och informerade om att allt var bra och hur skönt det var med den informationen. *"det är ju en väldigt viktig bit att veta som mamma när man vaknar hur det är med mitt barn, det är ju bland det viktigaste egentligen och att man inte kan lämna den informationen direkt .."* Vid de uppföljande fokusgruppsintervjuerna och de enskilda intervjuerna vet inte deltagarna om det blivit någon skillnad, ingen av deltagarna har deltagit vid något urakut kejsarsnitt efter teamträningen.

Medarbetarna från förlossningen funderar runt de gånger när barnet inte mår bra och hur svårt det är att veta vad man ska säga, de önskar en mall att läsa innantill ifrån. Deltagarna från barnkliniken diskuterar runt information till mamman, tidigare fanns en polaroidkamera på avdelningen och de tog kort på barnen och gav till mamman vid kejsarsnitt, med digitalkameror har detta försvunnit. De diskuterar att pappan kan ta en bild med sin mobiltelefon om han inte har kamera med sig. Deltagarna blir fundersamma på vad som gäller vid fotografering med mobilen, den får ju inte vara påslagen på avdelningen. Medarbetarna på förlossningen diskuterar också polaroidkamera och digitalkameror. De diskuterar svårigheter med ansvar för en kamera, om pappan tar kort och kameran ska in till mamman, vem tar då ansvar för kameran? Båda grupperna menar att det vore positivt för mamman att få se en bild på sitt barn när hon vaknar.

När det gäller information till partnern/pappan nämner deltagarna från barnkliniken att papporna ofta har mycket frågor och att det är svårt att veta hur mycket de får säga. En av intervjudeltagarna med egen erfarenhet av urakut kejsarsnitt refererar till sin mans upplevelse. Han

blev lämnad några minuter utan information eftersom det blev så bråttom och han upplevde det fruktansvärt.

Deltagarna påtalar också vikten av information och återkoppling för egen del. Medarbetarna från operation gör sitt arbete men vet inte hur det går, de upplever det tufft att sedan gå vidare till nästa uppgift. Ibland kommer tankarna när de kommer hem och de undrar hur det gick. *"Barnet går ut blått och dålig andning, slapp och hänger det är det sista vi ser sedan vet vi inte mer. Och så har man ångest inför nästa gång. Jag tror att det är viktigt att få feedback"*. Vid planerade snitt ser medarbetarna glädjen hos mamman, den biten missar de när mamman är sövd. *"jobbar man ihop för samma sak så är det ju viktigt att veta vad som händer då blir det ju ännu mer att man känner att man är ett team"*. Medarbetarna på barnkliniken vet inte hur tystnadsplikten fungerar mellan olika kliniker, de är osäkra på vad de får säga. De jämför med information från socialen, där informationen inte går emellan på grund av tystnadsplikten. Hur det är med information mellan enheterna är det ingen som riktigt vet.

### **Kommunikationens betydelse**

I underkategorin *Kommunikationens betydelse* beskrivs vikten av tydlig kommunikation och insikten om att det används olika språk på olika enheter.

Kommunikationens betydelse upplevs central i den inledande fokusgruppsintervjun, vikten av att använda SBAR kommenteras. *"är det tydligt kommunicerat att vi hinner lägga spinal och att man tydligt säger det till alla... då blir det lite lugnare, att säga hjärtfrekvensen är stabil vi hinner lägga spinal"* Deltagarna samtalar om vad någon i nästa led eller tidigare led behöver veta. Medarbetarna från operations- och intensivvårdsenheten och från barn- och ungdomskliniken behöver veta om det är mycket blod eller klart fostervatten för att kunna ta hand om mamma och barn på bästa sätt. Vid den inledande fokusgruppsintervjun kom förslaget att göra som vid "trauma" ta en mikro-timeout när alla är tysta och samma information når alla i rummet. Skillnaden vid kejsarsnitt är att de inte behöver ta reda på patientens eventuella skador, patientens bakgrund är däremot viktig information att delge. Deltagarna poängterar vikten av att prata högt så att omgivningen hör och tar emot budskapet. *"Ju mer bråttom det är, ju viktigare är det med timeout. På våra elektiva operationer gör vi det alltid och ju mer akut det är ju mer sällan... fler faktorer vi kan missa blödningsstörning eller..."*

Vid de uppföljande intervjuerna påtalas också vikten av kommunikation. *"nu kollar vi det, nu kollar vi det här, jag gör detta och det blev också väldigt tydligt den dagen det kände jag"*. Att inte vara rädd för att säga till om man ser att något inte blir gjort. Deltagarna från barnkliniken menar att det är svårt att tala om när de ser att någon gör fel, speciellt när de inte känner varandra eller om det är en läkare.

Vid de enskilda intervjuerna framkom skillnaden i uttryck mellan olika kliniker. Det som är självklart på en enhet heter något annat på den andra. *"... att vi faktiskt inte pratar samma språk på olika kliniker, någon kallar något för POX och så är det SaO2 någon annanstans, det är så mycket slang, så man får vara extra tydlig och att man inte ska känna sig dum när man frågar"*. Deltagarna menar att det är viktigt att kommunicera väldigt tydligt.

### **Att samarbeta**

I kategorin *Att samarbeta* formulerades två underkategorier *Att få förståelse för roller och lära av andra* och *Arbetsfördelning*.

### **Att få förståelse för roller och lära av andra**

Underkategorin *Att få förståelse för roller och lära av andra* beskriver samtal om vilken är min roll och vad gör de andra, att arbetet fungerar bättre om deltagarna känner varandra och att det finns en känsla av att andra gör konstiga saker men de själva gör rätt. Deltagarna samtalade också om att de fått ny kunskap.

Deltagarna beskriver att det känns bra att ha träffat de som man hamnar tillsammans med i akuta situationer. Att få förståelse för vad olika personer ska göra, vad behöver hända innan jag kan göra mitt. De påtalar vikten av att det var deltagare från olika kliniker. *"..då får man större förståelse för varandra, vad kan vi förvänta oss av varandra det tror jag är jätteviktigt"*. Deltagarna konstaterar att det är lättare att samarbeta om de känner varandra, det blir inte så laddat och det är lättare att diskutera olika saker. Det är också lättare att påminna om saker när de vet vad som ska göras. De upplever trygghet över att veta vad alla gör och vad deras egen roll blir. *"det som egentligen var bäst med den dagen att man har mycket mer koll på de andra framförallt man hann med det och särskilt när man satt och tittade på filmen.....det gjorde den och då var det det som hände framförallt mer förståelse för vad alla gör"*. Deltagarna tror att klinikerna kommer samarbeta mycket bättre och få ökad förståelse för varför man gör olika när man har träffats och tränat tillsammans. Det blir ofta upplevelsen av att andra kliniker gör konstiga saker. *"man gör sin grej och just förståelsen för de andras situation är en nyttig erfarenhet från en sån här övning för den hinner man inte utveckla annars ..... då gör man sin grej och står som ett frågetecken inför vad de andra har gjort"*

Medarbetarna från operation upplever det väldigt bra att se vad förlossningspersonalen gör innan de larmar för urakut kejsarsnitt. De inser att det är en orsak till larmet och att de gör lite jobb innan de bestämmer sig. De samtalar också om att stressen som narkospersonalen upplever runt mamman precis samma stress är det runt barnet. *"Det är samma tanke luftvägar, cirkulation, andning har vi inte det så kvittar det andra"*. Medarbetarna på barnkliniken nämner att det är fascinerande att det går åt så många personer. När det är ett urakut kejsarsnitt på riktigt är deltagarna så fokuserade på vad de själva ska göra så de tänker inte på vad de andra gör. Vid den uppföljande fokusgruppsintervjun med medarbetarna på operation samtalar de om den redigerade filmen att det var bra att få se vad de andra gör. Någon hade uppmärksammat undersköterskans uppgifter och kommenterat att undersköterskorna jobbar ju hela tiden. I vanliga fall ser medarbetarna inte varandra och tiden finns inte till att reflektera. *"tror det var xxx som helt plötsligt kommenterade att han såg att xxx och jag gjorde något där borta, han sa så här att ni jobbar ju hela tiden"*. Medarbetarna från operation upplever ibland att de står i varsitt hörn, det blir lite avstånd och konkurrens. Om man känner någon innebär det större tillfredsställelse, istället för känslan av att man trampar på varandras område om man frågar om barnet eller mamman så känner man sig mer delaktig. Det upplevs viktigt att våga påminna varandra och att hjälpa varandra oavsett vem man är eller vad det gäller. Olika personalgrupper tänker på olika saker och det är viktigt att hjälpas åt. Deltagarna från barnkliniken upplever det viktigt att arbetsklimatet är sådant att man inte ska behöva be om ursäkt för att man påminner oavsett vem man är.

Önskan om att samlas efter varje urakut kejsarsnitt i den grupp som varit med för att utvärdera och diskutera vad som hänt kom som förslag. Deltagarna konstaterar att det inte går och att det är svårt när man kommer från olika kliniker. Några deltagare poängterar att det är bra att veta hur de ska klä sig på operation, att de inte får ha klänning och örhängen. Ny kunskap för flera av deltagarna är också att det finns blödningspaket som läkare kan beställa om det är nödvändigt vid stora blödningstillbud.



## Arbetsfördelning

Underkategorin *Arbetsfördelning* beskriver samtal om hur arbetet fördelas bäst och vad som ska prioriteras.

Deltagarna diskuterar arbetsfördelning mellan narkosköterskor och barnmorskor när det gäller nålsättning och provtagning på mamman. *"oavsett om vi har nål så sätter ju ni en nål till då skulle man ju spara ett moment... om man tog Bastest och blodstatus ur den nysatta nålen", "det känns ju onödigt att sticka två gånger särskilt när situationen är så stressig ändå och mamman blir stucken"*. Vid den inledande fokusgruppsintervjun i anslutning till teamträningen kom förslaget upp att träffas över klinik gränserna och försöka komma fram till ett bra arbetssätt. Vid en uppföljande fokusgruppsintervju samtalar deltagarna om att den frågan inte har diskuterats mer efter teamträningen. När det gäller information om barnet till mamman, diskuterar deltagarna vem som ska få den uppgiften. Medarbetarna på barnkliniken menar att det är barnläkaren som ska informera men läkaren är ofta upptagen med barnet och kan inte gå in och informera mamman. Medarbetarna från barnkliniken undrar om inte barnmorskan är den som är mest tillgänglig, för de vet inte vad hon har för uppgift när barnet är ute. Vid fokusgruppen på förlossningen funderar deltagarna först över om inte medarbetarna på narkos och operation kan ta reda på information om barnet men anger sedan att de egentligen har all tid i värden att informera. Deltagarna samtalar om att det finns mycket som de kan tänka på som kan ha stor betydelse.

Deltagarna samtalar om vem som ska ta hand om pappan. Undersköterskan från förlossningen har det som sin uppgift, samtidigt har hon andra uppgifter. *"En orealistisk situation, sätta pappan uppe vid mamman... assistera vid KAD... få ut sängen ... så det är ingen hos pappan den stunden"*. Fokus på partnern kom fram väldigt tydligt under utbildningen anser deltagarna från förlossningen och att tänka på vem som är med partnern upplevs viktigt. Medarbetarna från förlossningen diskuterar vem som är bäst lämpad. I dagsläget är det en barnsköterska som inte varit med under förlossningen som har det som uppgift. Ett förslag som framkom var att teambarnmorskan som också är en del i teamet tar hand om partnern eller den barnsköterska som varit med från början. De anger det prioriterat att det blir rätt person för att situationen ska upplevas trygg.

Vid den uppföljande fokusgruppsintervjun på barnkliniken samtalar deltagarna om att det blir naturligt för barnsköterskor som varit med vid teamträning att ta pennen och ställa sig och dokumentera vid akuta situationer på White boarden i akutrummet. Deltagarna menar att de lär sig när de får vara med både vid träning och i verkligheten. Om en sjuksköterska skriver på tavlan blir det inte lika bra, de har så mycket andra uppgifter som ska skötas samtidigt. Deltagarna samtalar om att vissa saker måste göras i tur och ordning och ibland kanske man måste prioritera bort något för att det är bråttom. Deltagarna på operation samtalar om att tvättning inför ett urakut kejsarsnitt inte alltid är aktuellt. Det är lätt att prioritera fel speciellt om man är ny. *"tiden som barnet förlorar kan vi aldrig hämta igen jämfört med vi kan alltid åtgärda det här med bakterier det finns en åtgärd sedan .. men förlorar vi barnet det får vi inte klämma på"*

## Teamträning en möjlighet

I kategorin *Teamträning en möjlighet* framkom två underkategorier, *Upplevelse av tvärprofessionell teamträning* och *Tankar inför framtiden*.

## Upplevelse av tvärprofessionell teamträning

I underkategorin *Upplevelse av tvärprofessionell teamträning* beskriver deltagarna en önskan om regelbundenhet och att teamträning är en positiv upplevelse, det innehåller också samtal om att det inte var som på riktigt och att det innebär stora kostnader.

Deltagarna anger att de tycker synd om de som inte fått vara med. De samtalar om att det var väldigt nyttigt, de känner sig tryggare efteråt för de vet lite mer vad de ska göra och de törs. *"det var ju roligt samtidigt som man tog ju det på fullt allvar det blev jag förvånad att man blev så engagerad fast man lekte fram"*. De har fått insyn i hur man jobbar på en annan klinik vilket de upplever värdefullt och de anger nyttan av att få träna sin egen roll, deltagarna menar att teamträning förbättrar samarbete. Medarbetarna på förlossningen nämner att det inte var som på riktigt. Det såg lite roligt ut när mamman låg i sängen och underdelen där de gjorde försök med sugklocka var vid sidan. Det var svårt att veta vem de skulle prata med, vid nästa tillfälle skulle underdelen kunna stå mellan mammans ben för att göra det mer verklighetstroget. De upplevde det också lite förvirrat eftersom operationssalen var felvänd och att de inte riktigt visste var alla saker fanns.

Deltagarna framförde en önskan om att göra det fler gånger och denna form av teamträning någon gång per år, de inser att det är problem eftersom det är så mycket personal. Medarbetarna från operation poängterar att det är synd att de inte fått med några kollegor från sin klinik. Deltagarna menade att det är bra att träna med andra yrkesgrupper och från andra kliniker, att det är bättre än att träna inom sin egen enhet. Deltagarna från barnkliniken önskar träning ofta men om det är svårt att planera med alla vill de istället ha fler tillfällen där de själva tränar omhändertagandet av barnet. Deltagarna diskuterar kostnaden och problemet med att de 10-40 miljoner som man sparar på att få ett friskt barn inte syns i klinikernas budget. De nämner också att det är väldigt resurskrävande. *"om man ska tröska igenom alla det är en väldigt sam mängd personer... då kommer vi inte göra mycket annat än att hänga där uppe"*.

Vid de uppföljande enskilda intervjuerna har det gått ett tag sedan teamträningen genomfördes och deltagarna nämner att de behöver repetera, *"man blir ju duktig på det man gör ofta"*. Deltagarna nämner att det är svårt att mäta resultat av träningen eftersom urakut kejsarsnitt inträffar sällan. De menar att teamträning är ett bra sett att uppmärksamma saker som fungerar mindre bra, för att trimma organisationen och hitta saker som kan bli bättre.

## Tankar inför framtiden

Underkategorin *Tankar inför framtiden* beskriver vad som kan göras framöver, olika förslag på förbättringar i verksamheten och hur deltagarna planerar framåt på sin enhet.

Deltagarna samtalar om att fosterövervakning på operationssalen är något som finns i planeringen och de upplever under utbildningen vilka vinster det skulle innebära, det skulle ge en ökad säkerhet. *"... man kan ha fostret uppkopplat under tiden man lägger spinal... då kan man hålla på 30-40 min om det är bra eller rent av ångra sig, det blev tydligt idag att det blir bra att ha"*.

Deltagarna nämner att de inser vad de behöver träna mer på, saker som de inte kan. Barnsköterskorna upplever att de behöver öva på att dokumentera på White boarden i akutrummet, de önskar också vara med vid akuta situationer i verkligheten för att lära sig. Tidigare hade barnkliniken utbildningstillfällen med olika stationer och det är något deltagarna önskar återkommande. Ett förslag som deltagarna från barnkliniken diskuterar är förutom att bestämma intagningsjuksköterska som man redan gör inför varje arbetspass, också bestämma intagnings-

sjuusköterska nummer två och en intagningsbarnsköterska, barnsköterskan ska vara med och dokumenterade på White boarden i akutrummet. Detta ska markeras vid fördelningen inför varje arbetspass med en stjärna eller liknande på den tavla där personalens namn står. *”jag har tänkt på en annan grej när man kommer tidigt eller sent att det bestäms redan du har intaget och sedan det är en syrra och sedan kanske det är en barnsköterska också”*.

Medarbetarna från förlossningen känner ett behov av att träna omhändertagande av dåliga barn. *”Här är vi ju annars väldigt bortskämda så fort det är minsta lilla så går man ju bara in där och så varsågod det är faktiskt många som har sagt .... som skulle vilja öva mer på när det är ett dåligt oväntat barn”*. Ett förslag framkom att samordna utbildning när det gäller praktiska färdigheter. Att bli duktigare på att hospitera hos varandra kom som förslag. Både medarbetarna från barnkliniken och från kvinnokliniken samtalar om att de önskar mer samarbete. De anger att det finns mycket att jobba med runt mammor och familjer som har sina barn på neonatalvårdsenheten. Medarbetarna från förlossningen planerar att diskutera olika frågor i op-gruppen, en samarbetsgrupp med representanter från operations- och intensivvårdsenheten och kvinnokliniken. De önskar där diskutera vem som bäst informerar mamman om barnets tillstånd och om det går att samordna nål sättnig och provtagning.

Vid de enskilda intervjuerna nämner deltagarna att det vore bra i framtiden att försöka få med de som är ansvariga som är nyckelpersoner vid teamträningen för att få effekter ute i verksamheten, de behöver inte vara med vid själva simuleringen utan kan vara observatörer.

Deltagarna framför önskemål om att göra en film av teamträningen, de önskar använda den att diskutera runt i utbildningssyfte. Deltagarna diskuterar i de uppföljande intervjuerna hur filmen ska användas (filmen är färdig och finns på en CD på varje klinik). Alla deltagare har inte tittat på den men de som sett den tycker att filmen är bra. På operationsenheten är det många som går i pension framöver och det är mycket ny personal, deltagarna upplever filmen som ett bra material att använda vid inskolning. Planeringen på operationsenheten är att visa filmen på kategoriträffar under år 2013, detta för att väcka tankar och att det sedan blir lättare att införa återkommande teamträning hoppas de. Barnkliniken kommer använda filmen vid utbildningsdagar i mars eller april 2013.

## Diskussion

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra medarbetarnas förmåga att hantera urakuta kejsarsnitt samt att testa användbarheten av tvärprofessionell teamträning. Syftet med studien var att beskriva vårdpersonalens samtal om förbättringar och ange vilka dimensioner av förbättringar, underkategorier, kategorier och teman som framträder.

Vid sammanställning av resultatet av förbättringsarbetet skattade deltagarna sin trygghet högre efter tvärprofessionell teamträning, vilket indikerade att förmågan att hantera urakut kejsarsnitt förbättrades med denna form av utbildning.

Resultatet av studien visade att deltagarna samtalande om flera olika dimensioner av förbättringar efter simulerad tvärprofessionell teamträning av urakut kejsarsnitt. Några centrala förbättringsområden upplevdes viktiga: information till mamman, partnern och mellan personalen, betydelsen av tydlig kommunikation och insikten om att det används olika språk på olika enheter, att arbetet fungerar bättre när man känner varandra. Deltagarna samtalande också om hur arbetet fördelas, prioriteras och det upplevdes värdefullt att få insikt i vad andra har för

uppgifter. Ett övergripande tema framträdde - Att öka patientsäkerheten, och tre kategorier formulerades – Att förmedla ett budskap, Att samarbeta och Teamträning en möjlighet.

Slutsatsen drogs att tvärprofessionell teamträning var användbart till att uppmärksamma förbättringsområden, deltagarna angav att ansvariga och nyckelpersoner på de olika enheterna behöver delta för att förbättringarna ska bli genomförda i verksamheten.

## Metoddiskussion

### Metoddiskussion förbättringsarbetet

Ansatsen ”The improvement formula” (Batalden & Davidoff, 2007) (Figur 1) där kombinationen av de olika delarna var det som gjorde förbättringsarbetet genomförbart. Den generaliserbara vetenskapliga kunskapen som användes var lärande enligt Dewey och interprofessionell utbildning i form av simulerad tvärprofessionell teamträning enligt CRM. Teamträningen planerades i en tvärprofessionell grupp och genomfördes i specifik kontext, där svaga resultat i öppna jämförelser (SKL & Socialstyrelsen, 2011) för Jönköpings län var en bakgrund. Kunskaper från masterprogrammet i förbättringskunskap och projektledningsmetodik bidrog till att förbättringsarbetet gick att genomföra. Forskaren i den aktuella studien hade rollen som sammanhållande av den tvärprofessionella grupp som planerade förbättringsarbetet, hon var också en av instruktörerna. Forskaren har ansvarat för tydlig information och för att skapa en trygg utbildningssituation.

Vid utvecklingen av den aktuella tvärprofessionella teamträningen användes PDSA (Langley, 2009) (Figur 2 och 3) vilket upplevdes användbart och ändamålsenligt. Det fanns också en stark koppling mellan PDSA och Deweys teori om den lärande människan (Dewey, 1936) som utgår ifrån att människor lär genom praktisk handling av misstag genom reflektion. Både Dewey och PDSA utgår ifrån samma principer där grunden är lära/förbättra genom att göra, vilket också var grunden i det aktuella förbättringsarbetet. Beskrivningen av ett kliniskt mikrosystem där medarbetarnas olika syfte och olika patienter belystes var en värdefull utgångspunkt. Att genomföra intervjuer enligt 5P gjorde bilden av det kliniska mikrosystemet urakut kejsarsnitt tydlig utifrån medarbetarnas perspektiv (Nelson, et al., 2007; Wahl, 2011).

När Sveriges Kommuner och Landsting (2005) prioriterade rekommenderade förbättringsåtgärder efter känd verkningsgrad hamnade nya riktlinjer och traditionell utbildning under begränsat effektiva åtgärder. Som effektiva åtgärder angavs praktiska övningar, förbättrad dokumentation och kommunikation. Det som bedömdes som mycket effektivt var engagemang och fokus på patientsäkerhet från ledningens sida. Enligt Deweys teori använda praktiska övningar med reflektion vid tvärprofessionell teamträning tillsammans med ledningens engagemang och fokus på patientsäkerhet kunde vara en framgångsfaktor. En del i syftet med förbättringsarbetet var att prova om tvärprofessionell teamträning var en möjlighet till att identifiera förbättringsområden, resultatet av studien visar att det är möjligt. Illeris och Andersson (2007) anger lärande vid kompetensutveckling där innehåll, drivkrafter och samspel interagerar med varandra och är olika dimensioner. Innehållet handlar om kunskap, färdigheter och förståelse, drivkrafterna omfattar motivation och vilja, sampelet handlar om kommunikation och samarbete (Illeris & Andersson, 2007). I det aktuella förbättringsarbetet uppfattades alla tre dimensionerna som positiva delar. Valet av teamträning enligt CRM var en lämplig metod när det gällde att träna akuta situationer som urakut kejsarsnitt. Det fanns andra sätt att träna team men CRM var den mest adekvata metoden.

Kostnaden för en heldags tvärprofessionell teamträning med 17 deltagare och sju instruktörer låg på ungefär 53 700: -. Om deltagarna ersattes med vikarier behövde summan dubbleras (F. Restom, personlig kommunikation, 19 september 2012). Flera forskare efterlyser nya studier för att klargöra när och hur simulering ska användas och hur det blir kostnads effektivt (Cook, et al., 2011; Merien, et al., 2010).

Det aktuella förbättringsarbetet utvärderades med en enkät som utformats med hjälp av exempel från Langley et al (2009, s 422) och från Allan et al (2010), (Bilaga 2). Frågorna i enkäten svarade mot syftet med förbättringsarbetet. Enkäten besvarades anonymt och lades upp och ner på ett bord efter avslutad teamträning, detta för att få så stor svarsfrekvens som möjligt och 17 av 17 deltagare svarade på enkäten. Alternativet var att skicka utvärderingen på mejl, risken hade då varit att svarsfrekvensen minskat. Forskaren var en av instruktörerna och det kunde innebära viss påverkan på deltagarnas svar men risken bedömdes som liten.

Kirkpatrick (1996) beskriver vikten av att utvärdera utbildning. Han beskriver en modell med fyra olika nivåer där han menar att alla fyra nivåerna behövs för att utbildningsinsatser ska kunna utvärderas ordentligt. Nivåerna som beskrivs är reaktion (nivå 1), kunskap (nivå 2), beteende (nivå 3) och resultat (nivå 4) (Kirkpatrick, 1996). I och med den aktuella studien utvärderades förbättringsarbetet i flera nivåer. Med enkäten utvärderades deltagarnas upplevelse (nivå 1). Utvärdering och förslag på förbättring av utbildningen angavs också i enkäten efteråt (nivå 2). Möjligheten att upptäcka egna brister, deltagarnas vilja att förändra beteende och vilja till förbättring angav deltagarna både i enkäten och vid fokusgruppsintervjuer (nivå 3). Resultatet för patienterna var svårt att mäta vid det aktuella förbättringsarbetet (nivå 4). I den aktuella studien genomfördes endast ett utbildningstillfälle, det fanns därför ett stort antal medarbetare som inte varit med. De som deltog vid utbildningstillfället hade inte deltagit vid något urakut kejsarsnitt vid de uppföljande intervjuerna vilket gjorde det svårt att uppmärksamma skillnader. Deltagarnas ökade trygghet indikerade ökad förmåga att hantera urakuta kejsarsnitt och skulle då kunna innebära förbättrat resultat för patienterna.

### **Metoddiskussion studien**

Syftet med studien var att beskriva samtal om förbättringar efter tvärprofessionell teamträning och ange vilka dimensioner av förbättringar, underkategorier, kategorier och teman som framträdde. Valet av kvalitativ ansats med halvstrukturerade fokusgruppsintervjuer upplevdes som en lämplig metod eftersom syftet var att beskriva medarbetarnas samtal om förbättringar. Att komplettera med enskilda intervjuer var värdefullt eftersom deltagarna gärna bidrog med sina synpunkter.

Enligt Wibeck (2010) är lämpligt antal deltagare vid en fokusgrupp fyra till sex. Vid den inledande fokusgruppsintervjun deltog 17 medarbetare vilket var en stor grupp. Det kunde då upplevas svårt att samtala och ju större grupp desto mindre utrymme för var och en. Fokusgruppsintervjun genomfördes efter en heldags gemensam utbildning och deltagarna hade gemensamma erfarenheter från dagen att samtala omkring. Alla som deltagit under dagen satt med vid intervjun men alla bidrog inte med egna synpunkter. De som inte bidrog hade möjlighet vid de uppföljande fokusgruppsintervjuerna att lämna sina åsikter. Alla klinikerna var representerade i de synpunkter som framkom och det var flera olika personer som samtalade. Det skilde sig i genomförande vid de olika fokusgrupperna. När det var sex deltagare och fler upplevdes det värdefullt med en observatör som antecknade och sammanfattade. Det hade vid de tillfällena varit svårt att både leda diskussionen och anteckna. När det däremot var två till tre deltagare och vid de enskilda intervjuerna var det möjligt att både leda samtalet och föra anteckningar. Enligt Wibeck (2010) kan det bli obalans och spänningar om det är mindre

än fyra deltagare, när det är tre deltagare kan en bli medlare mellan de övriga. I den aktuella studien kom alla till tals, de samtalade fritt och upplevdes av moderatorn trygga med situationen även när det var få deltagare. Vid samtliga intervjuer framfördes tillägg efter sammanfattningen av intervjun, inget innehåll togs bort. Skillnaden i genomförande bedömdes ha liten inverkan på resultatet.

De uppföljande intervjuerna genomfördes på deltagarnas egen arbetsplats, för att erbjuda en trygg miljö (Wibeck, 2010) och de genomfördes klinikvis för att det var lättare att samordna. Schematekniskt valdes dagar när så många som möjligt var i tjänst för att deltagarna inte skulle behöva komma när de var lediga. Någon deltagare bytte arbetstur och ett par deltagare kom till intervjun på ledig tid. Fyra deltagare valde att inte delta i de uppföljande intervjuerna. Vid förfrågan om deltagande gavs informationen om att de inte behövde ange något skäl, de som ej deltog hade skäl till att inte delta, vilket inte tydde på ovilja eller ointresse. En deltagare kunde ej delta på grund av nattarbete men skickade synpunkter med sina kollegor. En deltagare var sjukskriven, en föräldrarledig, den fjärde tjänstgjorde på annan arbetsplats och hade inte möjlighet att delta. Intresset att delta och de ansträngningar som gjordes tolkades som om ämnet kändes angeläget. Vid de uppföljande intervjuerna samtalade de som deltog och allas synpunkter redovisades i resultatet.

Wibeck (2010) menar att en viktig aspekt att ta hänsyn till är vilken roll moderatorn representerar för deltagarna, det kan påverka vad som händer i gruppen. Hon menar att det finns en fördel om moderatorn kommer från liknande sammanhang som deltagarna, det kan bli mer avslappnat och deltagarna kan våga säga mer. Moderatoren bör ha positiva egenskaper som värme och förståelse men ska också vara opartisk (Wibeck, 2010).

All forsknings syfte är att hitta ny kunskap men det finns ofta flera olika tolkningar som kan påverka trovärdigheten. Vid kvalitativa studier diskuteras hur forskarens förförståelse påverkar analysen. Några menar att det påverkar omedvetet och andra menar att förförståelsen bör utnyttjas under forskningsprocessen för att upptäcka ny kunskap och ge en djupare förståelse (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Vid den aktuella studien hade forskaren stor förförståelse efter många års arbete som sjuksköterska på en neonatalavdelning och i den rollen deltagit vid ett stort antal urakuta kejsarsnitt, bedömningen är att förförståelsen har bidragit till ökad trovärdighet och varit en fördel i rollen som moderator. Forskaren höll sig neutral vid de olika intervjuerna och deltagarna samtalade fritt runt de öppna frågorna i frågeguiden (Bilaga 4) forskaren använde frågorna till att föra samtalet vidare.

Intervjuerna spelades in och transkriberades i nära anslutning, moderatorn/forskaren deltog vid alla intervjuer och transkriberade själv resultatet. Wibeck (2010) rekommenderar att moderatorn själv transkriberar intervjuerna eftersom det då är lättare att koppla röst till person när man träffat deltagarna. Vid två fokusgrupps tillfällen deltog en observatör. Observatören som själv genomfört fokusgrupper tidigare och som har många års erfarenhet av arbete som sjuksköterska fick ta del av resultatet för att öka trovärdigheten vid tolkning och analys.

I den aktuella studien inkluderades de som deltagit vid teamträning, det bedömdes som lämpligt eftersom syftet var att beskriva samtal om förbättringar efter tvärprofessionell teamträning. Om syftet varit att se vilka effekter teamträningen fått i verksamheten eller om identifierade förbättringsförslag genomförts hade andra deltagare kunnat tillfrågas. Intervjuerna genomfördes fyra till sex månader efter teamträningen, detta för att inrymmas i det aktuella masterprogrammet men ändå lämna tid till eftertanke. För att stärka tillförlitligheten har ansträngningar gjorts för att noggrant beskriva analysarbetet. För att

underlätta läsarnas bedömning av överförbarheten har forskaren försökt göra en noggrann beskrivning av urval, deltagare och datainsamling (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

## Resultatdiskussion

Resultatet från förbättringsarbetet och resultatet från studien diskuteras tillsammans. För att tydliggöra kopplingen mellan det aktuella resultatet och tidigare forskning redovisas exempel i Tabell 2, därefter diskuteras resultatet i löpande text.

**Tabell 2.** Exempel på kunskap från studier och litteratur som styrker studiens resultat.

Resultat från aktuell studie	Kunskap som styrker studiens resultat
Ökad trygghet efter tvärprofessionell teamträning	- Allan et al (2010)
Vikten av förbättrad kommunikation och information	- Barnsteiner et al (2007) - Ström (2012) - Hildingsson et al (2013) - Tham et al (2010) - Johansson et al (2013) - Papanikitas (2008) - Rabol et al (2011) - Puia (2013) - Socialstyrelsen (2009b) - Wallin & Thor (2008)
Vikten av samarbete och förståelse av roller	- Barnsteiner et al (2007) - Reeves (2010) - Berglund & Norman (2012) - Sundar (2007) - Kvarnström (2007) och (2008)
Vikten av att ha bra arbetsklimat och våga fråga	- Socialstyrelsen (2009b)
Man blir bra på det man gör ofta, önskan om regelbundenhet när det gäller teamträning	- Amer-Wählin (2008) - Stocker (2012) - Pronovost (2011) - Weinger (2010) - Salas & Frush (2012)
Resurskrävande med teamträning	- Cook et al (2011) - Merien et al (2010) - Weaver (2010)
Förbättringsförslag som uppmärksammats hade inte åtgärdats, ansvariga behövs	- Langley et al (2009) - Nolan (2007) - Nelson et al (2007)
Svårt att mäta det som inträffar sällan	- Batalden & Davidoff (2007) - Langley et al (2009) - Nelson et al (2007)
Tvärprofessionell teamträning en möjlighet för att uppmärksamma förbättringsområden	- Hamman et al (2009)

Den uppmätta prestationsförbättringen i det aktuella förbättringsarbetet var medarbetarnas ökade trygghet. Deltagarna skattade samma eller högre grad av trygghet efter teamträning. Det är liknande resultat som i studien av Allan et al (2010) där ångesten minskade efter teamträning, i den aktuella studien var det istället tryggheten som ökade.

Det var svårt att dra några generella slutsatser eftersom underlaget var litet och utbildningen endast genomfördes vid ett tillfälle. Överförbarheten till andra sammanhang är upp till läsaren att bedöma utifrån beskrivning av urval, deltagare och datainsamling (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Resultatet från förbättringsarbetet och studien av förbättringsarbetet antyder samma saker vilket ökar trovärdigheten. Fler tillfällen med tvärprofessionell teamträning med fler deltagare hade ökat bredden på erfarenheter att samtala runt. Trots litet underlag i den aktuella studien framkom samtal om flera dimensioner av förbättringar och inom flera förbättringsområden. Ett övergripande tema framträdde – Att öka patientsäkerheten, de kate-

gorier som identifierades var – Att förmedla ett budskap, Att samarbeta och Teamträning en möjlighet.

### **Att förmedla ett budskap**

Betydelsen av information och kommunikation belyses också i andra sammanhang. Papanikittas (2008) poängterar vikten av kommunikation mellan förlossningsläkare och barnläkare för att öka säkerheten vid akuta kejsarsnitt. Deltagarna i den aktuella studien poängterar insikten om vikten av strukturerad kommunikation och vikten av att använda SBAR, vilket rekommenderas som ett hjälpmedel vid överföring av information i komplexa situationer (Wallin & Thor, 2008). Brister i kommunikationen uppmärksammas i en fallstudie där urakut kejsarsnitt fördröjdes och barnet fick en hjärnskada, socialstyrelsen förespråkar en standardiserad metod exempelvis SBAR (Socialstyrelsen, 2009b) I studien av Rabol et al (2011) anges huvudorsaken till att en vårdprocess misslyckas eller blir ineffektiv på missad eller fel informationen eller missuppfattningar mellan olika medarbetare. Deltagarna i den aktuella studien inser vikten av att ta reda på vad andra behöver för information och vikten av att tala högt så att alla hör, försöka ta en time out. De inser också att det förekommer olika språk på olika enheter och att det är viktigt att vara tydlig och våga fråga om man inte förstår. Barnsteiner et al (2007) menar att interprofessionell utbildning leder till förbättrad kommunikation.

Två deltagare med egen erfarenhet av kejsarsnitt nämner samma erfarenhet som framkommer i andra studier hur viktigt det är med information som mamma och pappa. Puia (2013) anger vikten av att ge korrekt information och öka kvinnors kunskap om kejsarsnitt. Författaren hävdar samma sak som deltagarna i den aktuella studien, vikten av att få svar på sina frågor och att få information (Puia, 2013). Deltagarna i den aktuella studien nämner att de uppmärksammat brister i informationsflödet framförallt till mamman, de bristerna hade inte blivit synliga om inte deltagarna träffats och tränat tillsammans. Puia (2013) anger också skillnader i vad som upplevs som ett positivt resultat. Mammor upplever ofta kejsarsnitt som ett misslyckande när personalen däremot är nöjd om mor och barn mår bra. De skillnaderna i upplevelse var inget som deltagarna samtalade om i den aktuella studien. Både personal och familj har en viktig uppgift i att stödja kvinnor som blivit förlösta med hjälp av akuta kejsarsnitt, kvinnor som fått post traumatisk stress symptom efteråt har haft mindre stöd (Tham, Ryding, & Christensson, 2010).

Deltagarna i den aktuella studien samtalar om svårigheter i att veta vad de får säga och hur de ska uttrycka sig när barnet inte mår bra. Ström (2012) konstaterar att pappor fäster stor uppmärksamhet vid informationen de får och att den är individuellt utformad. Pappor som varit med om akuta och urakuta kejsarsnitt på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping påtalar brister i form av otillräcklig information och bristfällig kommunikation (Ström, 2012). Förstagångspappor och pappor som inte är födda i Sverige har högre grad av rädsla inför förlossningssituationen. Personalen har en viktig uppgift i att kommunicera och informera för att minska förlossningsrädsla (Hildingsson, Johansson, Fenwick, Haines, & Rubertsson, 2013). Förlossnings- och operationsteamets förmåga att delge information på ett positivt sätt gör signifikant skillnad. När män får kunskap och blir fullt informerade blir kejsarsnittet en positiv upplevelse (Johansson, Hildingsson, & Fenwick, 2013).

### **Att samarbeta**

Deltagarna i den aktuella studien samtalar om att det är lättare att samarbeta om de känner varandra, det är då lättare att säga till om någon gör fel. De har fått ökad insikt i olika roller och yrkesgruppers olika uppgifter vilket har lett till ökad förståelse. Samma resultat som i den aktuella studien framkom i studien av Barnsteiner et al (2007) där studentgrupper som tränat



tillsammans fick förbättrat samarbete och ökad förståelse för andra yrkesgrupper. Forskarna menar att studenter ofta har med sig förutfattade åsikter om sin egen profession och om andra. Om yrkesgruppers olikheter och likheter ingår i interprofessionell utbildning hjälper det till att skapa förståelse och underlättar fortsatt arbete. Teamarbete och samarbete mellan professioner är viktiga faktorer för en säker vård (Barnsteiner, et al., 2007). Reeves (2010) menar att teamarbete kan hjälpa till att lösa problem som har sin grund i dåligt interprofessionellt samarbete. Thylefors (2007a) anger att teamet fungerar bäst när det finns yrkesmässig kompetens och vilja att samarbeta. Frenk et al (2010) hävdar att interprofessionell utbildning förbättrar samarbetet.

I den aktuella studien samtalar deltagarna om att de upplever att andra gör konstiga saker men att de själva gör rätt och att det ibland blir avstånd och konkurrens mellan olika personalgrupper. Det är likande resultat som Kvarnström (2008) beskriver när medarbetare i interprofessionella hälsoteam ofta har svårt att förstå och respektera varandras roller och kunskap. Kvarnström (2007) beskriver olika svårigheter vid interprofessionellt teamarbete för hälsoprofessioner. Författaren belyser tre områden av betydelse, teamdynamik, professionernas kunskapsbidrag och den omgivande organisationens påverkan. Aspekter att ta hänsyn till även vid interprofessionella team i samband med urakut kejsarsnitt. Sundar et al (2007) anger att olika yrkesgrupper i vården inte har någon klar bild över vad andra har för ansvarsområden. Berglund och Norman (2012) visar på behov av förbättrat samarbete kring förlossningsförloppet. Salas och Frush (2012) anser att medarbetare behöver utrustas med kompetens i hur det är att arbeta tillsammans.

Deweys pedagogik använder uttrycket ”intelligent action” vilket innebär att människor ska reflektera över sina handlingar (Dewey, 1936; Dewey, et al., 2004). Deltagarna i den aktuella studien inser sin egen rolls betydelse i sammanhanget och att det de gör påverkar de andra.

Förbättringsförslag vid samarbete framkommer, flera deltagare önskar gemensam utvärdering efter urakuta kejsarsnitt. De menar att det inte går att samlas och att det är svårt när de kommer från olika kliniker. Går det att göra utvärderingen eller återkopplingen på ett annat sätt? Langley (2009) anger att de som är ägare av systemet, chefer och ledare på mellannivå är ansvariga för att ge feedback till medarbetarna på genomfört arbete. I den aktuella studien påtalar deltagarna vikten av att ha ett arbetsklimat som innebär att medarbetarna vågar fråga eller säga till om någon gör fel eller glömmer något. Det är samma rekommendation som Socialstyrelsen (2009b) anger då ett urakut kejsarsnitt fördröjdes och barnet fick en hjärnskada. I det fallet var klimatet på avdelningen sådant att medarbetarna inte vågade fråga vid oklarheter. Socialstyrelsen rekommenderar ett systematiskt arbete för att få ett stödande och lärande klimat med fokus på patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2009b).

### **Teamträning en möjlighet**

Teamträning erbjuder en möjlighet att lära genom praktisk handling genom reflektion som Dewey beskriver i sin pedagogik (Dewey, et al., 2004), simulering ger en möjlighet att lära av misstag. Deltagarna i den aktuella studien inriktar sig på praktiska problemlösningar och arbetsuppgifter som är en del av pedagogiken Dewey förespråkar. Frenk et al (2010) menar att vikten av teamarbete och interprofessionell utbildning har ökat i och med förflyttningar av patienter mellan olika enheter som involverar flera professioner. Alla dessa måste arbeta tillsammans för en bra hälso- och sjukvård (Frenk, et al., 2010). Utifrån Illeris och Anderssons (2007) beskrivning av vuxnas lärande borde tvärprofessionell teamträning vara en form som är ändamålsenlig. Författarna hävdar att vuxna lär sig det de vill lära sig och om de inte ser någon mening i lärandet engagerar de sig inte. I den aktuella studien anger deltagarna att ut-

bildningen är användbar och alla deltagare anger att de kan rekommendera utbildningen till en kollega vilket tolkas som om deltagarna upplever det meningsfullt.

Deltagarna i studien menar att träna med deltagare från flera kliniker kräver mycket planering och det är möjligt någon gång per år. Flera deltagare upplever teamträningen värdefull och positiv, de tycker att det absolut ska återkomma och att det är bättre än att träna själva på den egna enheten. Samma resultat framkom i enkätsvar och vid intervjuer, både de enskilda och fokusgrupperna. Enda avvikande synpunkten kom vid den uppföljande fokusgruppen med barn- och ungdomsmedicinska kliniken. De önskar fler återkommande små träningar om det ställs emot att få någon enstaka med många deltagare. Deltagarna på barn- och ungdomsmedicinska kliniken har vana av att träna i team vid CEPS utbildning vilket övriga inte har på samma sätt. Det kan förklara skillnaden i upplevelse avseende barn- och ungdomsmedicinska kliniken om att göra små träningar oftare istället för stora gemensamma övningar mer sällan. Amer-Wählin (2008) menar att alla personalgrupper behöver återkommande undervisning och träning. En förutsättning för välfungerande HLR är att träna kommunikation och teamarbete i en simulerad och verklighetstrogen miljö. Resultatet från två olika studier visar att kunskapen och effekten av teamträning sitter i längre om teamträningen upprepas inom sex månader (Stocker, et al., 2012; Weinger, 2010). I den aktuella studien påtalar deltagarna att man blir bra på det man gör ofta och att det känns lättsedan när intervjuerna genomförs fyra till sex månader efteråt.

Merien et al (2010) anger att fördelen med teamträning i simulerad miljö är att det ger möjlighet åt tvärprofessionella team att träna olika beteende färdigheter och att träna viktiga kliniska händelser. Forskarna menar däremot att det innebär höga kostnader och att det är brist på studier som undersöker kostnadseffektiviteten (Merien, et al., 2010). Cook et al (2011) efterlyser studier som klargör när och hur simulering ska användas och hur det ska göras kostnadseffektivt. Samma resultat framkommer i den aktuella studien att tvärprofessionell teamträning är resurskrävande och det tar mycket tid. Från operations och intensivvårdsenheten var det svårt för medarbetare att delta, det fanns inte utrymme att släppa medarbetare från vårdarbetet. De som planerat fick också delta vid själva teamträningen. I det aktuella förbättringsarbetet inverkade inte det på själva teamträningen eftersom alla yrkeskategorier medverkade, det hade däremot varit av värde om fler deltagit vid utbildning. Liknande kritiska synpunkter om teamträning framkom i en studie av Weaver et al (2010). Forskarna menar att det kräver mycket administration för att skapa utrymme och tid. De efterlyser också kopplingar mellan teamträning och angelägna mätbara resultat (Weaver et al., 2010). Enligt Pronovost et al (2011) har förbättringar inom förlossningsområdet gått sakta jämfört med andra hälso- och sjukvårdsområden i USA. De beskriver hur förlossningsvården i Amerika fortsätter sitt arbete med patient-säkerhet. Några viktiga områden poängteras som vikten av att träna alla medarbetare i säkerhets arbete och att implementera verktyg för att förbättra teamarbete och kommunikation (Pronovost, Holzmueller, Ennen, & Fox, 2011). WHO hävdar att interprofessionellt samarbete vid utbildning och praktik är en strategi som kommer spela en viktig roll i den globala hälsokrisen. WHO fokuserar på vikten av interprofessionell utbildning som en möjlighet att utveckla hälso- och sjukvård (WHO, 2010).

Langley (2009) hävdar att det är av värde att genomföra en bedömning av idéer och förbättringsförslag för att se hur lätt eller svårt det blir att genomföra. Författaren anger vikten av kompatibilitet som en faktor. Att ta ställning till hur den aktuella utbildningsinsatsen passar ihop med övriga insatser på de olika enheterna. Hur ska man prioritera mellan olika former av scenarioträning med begränsad bemanning och hur samordnar man mellan kliniker med olika behov? Det är frågor av stor betydelse och frågor som också framkom i den aktuella studien.

Förslag som framkommit vid den inledande fokusgruppsintervjun direkt efter teamträningen hade inte åtgärdats. Det var ingen som var ansvarig för att åtgärda förslagen, ingen med befogenheter. I den aktuella studien påtalar deltagarna att det vore av värde att ha med nyckelpersoner vid teamträningen, de ska ansvara för implementeringen av förändringar. Till skillnad från resultatet i den aktuella studien menar Nelson et al (2007) att alla medarbetare har två arbeten, att utföra det och förbättra det och Socialstyrelsen (2009b) rekommenderar ett systematiskt arbete för att få ett stödjande och lärande klimat. Det skulle då innebära att alla medarbetare har samma ansvar för att genomföra förbättringar, om det ska fungera behöver organisationen se över förutsättningar och befogenheter.

Filmen som var en del av resultatet krävde planering och samverkan mellan olika kliniker. För att filmen ska användas i utbildningssammanhang krävs någon ansvarig på varje enhet som sprider kunskapen och ansvarar för införande på samma sätt som vid införande av identifierade förbättringsförslag. Vid de uppföljande intervjuerna hade några deltagare tittat på filmen men flera hade inte gjort det. Langley (2009) beskriver att spridningsprocessen behöver förvaltas och att kommunikationen är viktig, det krävs ett starkt ledarskap med kontinuerliga mätningar och feedback för att sprida kunskap och få medarbetare att acceptera förändring i arbetssätt.

Enligt den aktuella studien samtalar deltagarna vid de enskilda intervjuerna om att det är svårt att mäta resultat av teamträning eftersom urakut kejsarsnitt inträffar sällan. Utgångspunkten för studien och förbättringsarbetet var svaga resultat i öppna jämförelser där Jönköpings län är bland de sämsta i landet när det gäller dödfödda barn och barn med låga APGAR-poäng (SKL & Socialstyrelsen, 2011). I jämförelsen som kom i april 2013 har andelen dödfödda barn minskat för hela landet och för Jönköpings län har det minskat från 4,3 till 3,5 barn per 1000 födda. Snittet i landet var 3,2 barn per 1000 födda år 2005-2009 och 2006-2010 var det ett snitt på 2,8 barn per 1000 födda. Mätningarna är osäkra eftersom det rör sig om ett litet antal barn. Jönköpings län ligger något bättre till i förhållande till andra landsting men fortfarande bland de sämsta i landet. När det gäller barn med låga APGAR-poäng är andelen barn på ungefär samma nivå för Jönköpings län vid de båda jämförelserna men vid den senaste jämförelsen är det flera län som fått sämre värden än Jönköping. Vid 2011 års jämförelse låg Jönköpings län näst sist i landet och vid den senaste jämförelsen är det fem län som har sämre värde (SKL & Socialstyrelsen, 2011, 2012). Det går inte att se någon koppling mellan förbättrade siffror i öppna jämförelser och det aktuella förbättringsarbetet. Att använda APGAR som mått är omdiskuterat vilket också påtalas i studien av Patel et al (2001). Författarna påpekar att APGAR kan bedömas olika av olika personer och därför är osäkert. Om mätningar ska kännas värdefulla behöver återkoppling synliggöras och ske kontinuerligt (Langley, 2009; Nelson, et al., 2007). I öppna jämförelser sammanställs resultat för länet i en gemensam mätning. Det är svårt att mäta effekter av förbättringar eftersom förlossningsavdelningar finns på tre sjukhus och alla tre har olika förutsättningar. Mått som är av värde behöver följas på den enskilda enheten.

Ett mått som följs men som inte redovisats i denna studie är tid från larm tills barnet är ute, det följs av kvinnokliniken och operations- och intensivvårdsenheten. Måttet är värdefullt och är ett riktmärke på hur organisationen fungerar men det anger inte hur det går för patienterna eller om kejsarsnittet utförts på rätt indikation, därför har det måttet inte redovisats i den aktuella studien. I formeln "The improvement formula" (Batalden & Davidoff, 2007) som varit en utgångspunkt i den aktuella studien är uppmätt förbättring ofta resultatet för patienterna vilket är svårt att mäta när underlaget är litet. Att använda proxymått, något som indikerar att verksamheten fungerar som önskat även om man inte kan fånga det viktigaste utfallet kan vara ett

alternativ. Tid från larm till barnet är ute kan vara ett proxymått men behöver kombineras med andra. Nelson et al (2007) beskriver olika möjligheter att mäta, exempelvis ”statistical process control” (SPC) som är statistik för ”sällanhändelser”, att mäta intervall mellan händelser kunde vara ett alternativ. I den aktuella studien var måttet medarbetarnas upplevda trygghet, i förlängningen kan också antal som deltagit vid teamträning vara ett mått. I den aktuella studien genomfördes teamträning endast vid ett tillfälle med ett fåtal medarbetare och uppmätta effekter är de förbättringsområden som identifierats vilka i förlängningen kan ge effekter för patienterna. Gaba (2010) anger att även om simulering enligt CRM pågått i många år inom akutsjukvården så vet vi fortfarande inte effekterna och hur man på ett optimalt sätt implementerar CRM och teamträning, vi vet inte vilken mix av undervisning som är bäst för olika grupper och hur ofta det ska genomföras. Han menar trots detta att CRM och teamträning är en värdefull komponent inom akutsjukvårdens säkerhetsarbete som den är inom många andra verksamheter (Gaba, 2010).

Ett syfte med förbättringsarbetet var att prova om teamträning kan vara en väg till att identifiera förbättringsmöjligheter när simulering genomförs på ett center för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum. Flera förbättringsområden identifierades och utbildningen skulle i och med det kunna räknas som kostnadseffektiv. I studien av Hamman et al (2009) menar forskarna att simulering på en avdelning i autentisk miljö är användbart för att hitta brister och en hjälp för att ge bästa möjliga vård. Forskarna fokuserar på praktiska uppgifter som larmrutiner och var läkemedel och utrustning är placerade. Till skillnad från Hamman et al (2009) identifieras i den aktuella studien istället förbättringsområden under kategorierna - Att förmedla ett budskap, Att samarbeta och Teamträning en möjlighet. Den aktuella studien visar att det är möjligt att hitta brister och förslag på förbättringar även om simuleringen, teamträningen inte genomförs i autentisk miljö. Av egen erfarenhet som sjuksköterska kan det vara svårt att genomföra teamträning i autentisk vårdmiljö på grund av brist på utrymme, därför kan möjligheten att använda ett kliniskt träningscenter till att hitta förbättringsområden vara ett bra komplement.

En synpunkt att beakta är vikten av att ha kompetens att träna och leda medarbetare i samarbete och respektfulla relationer (Frenk, et al., 2010). Merien et al (2010) menar att det finns brist på bra utbildare och bra utbildningsprogram. Flertalet av instruktörerna (fem av sju) i det aktuella förbättringsarbetet hade instruktörsutbildning, utbildning i att hantera grupper vid simulering avseende trygghet vid simulering och kunskap i CRM och debriefing, vilket upplevdes värdefullt. De positiva utvärderingarna av utbildningen tolkades som om utbildningsprogrammet var bra och användbart.

Fortsatta studier behövs för att se hur förbättringsförslag åtgärdas och förvaltas på enheterna och vilka kunskaper som krävs i förbättringskunskap och ledarskap. Enligt Nolan (2007) har kvalitet och säkerhetsarbete blivit ett stort ansvarsområde inom många hälso- och sjukvårdsorganisationer. Den stora utmaningen ligger i möjligheten att skapa resultat på övergripande system nivå. Tre relaterade förslag är att utforma mål på system nivå, ha genomgripande lokala förbättringsarbeten och utveckla medarbetarnas förmåga att leda förbättringar kontinuerligt för att uppnå resultat (Nolan, 2007). I den aktuella kontexten är det av värde att identifiera fler värdefulla mått att följa kontinuerligt men också fortsätta att följa de mått man följer idag, det vill säga APGAR, dödfödda barn och tid från larm tills barnet är ute (tid är inte redovisat i den aktuella studien). Att fokusera på patientsäkerhet och arbeta systematiskt för att få ett stödjande och lärande klimat, där tvärprofessionell teamträning kan vara en möjlighet till att identifiera förbättringsområden och öka medarbetarnas trygghet i situationen.

## Slutsatser

Efter tvärprofessionell teamträning av urakut kejsarsnitt skattade deltagarna sin trygghet högre vilket indikerade att förmågan att hantera urakuta kejsarsnitt förbättrades. Deltagarna angav att utbildningen var användbar och kunde rekommendera den till andra. Det är möjligt att hitta förbättringsmöjligheter genom tvärprofessionell teamträning på ett center för klinisk träning och medicinsk simulering, Metodikum. Förbättringsområden inom olika dimensioner identifierades vid deltagarnas samtal och ett övergripande team framträdde – Att öka patient-säkerheten, tre kategorier där förbättringsmöjligheter fanns formulerades – Att förmedla ett budskap, Att samarbeta och Teamträning en möjlighet. Deltagarna identifierade förbättringsområden som inte uppmärksammats om de inte träffats och tränat tillsammans. Utmaningen är att få förbättringsförslagen förverkligade i verksamheten, någon behöver ansvara för genomförandet.

## Kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat kan några rekommendationer göras till de olika verksamheterna. Tvärprofessionell teamträning är användbart för att öka medarbetarnas trygghet och till att uppmärksamma förbättringsmöjligheter. Att lära genom praktisk handling av misstag genom reflektion i en interprofessionellutbildning på ett center för klinisk träning och medicinsk simulering är givande och troligtvis kostnadseffektivt.

- Vid akuta situationer där medarbetare från flera kliniker ska samarbeta behöver medarbetarna också träna dessa situationer gemensamt. Detta för att kommunikation, information och samarbete ska fungera så optimalt som möjligt, teamträningen behöver återkomma regelbundet.
- Verksamheten behöver fundera över inom vilka områden tvärprofessionell teamträning är aktuellt och när det ska prioriteras.
- Fundera runt kompatibilitet, vilka utbildningsinsatser passar ihop och kan samordnas.
- Fundera runt värdefulla mått vid urakut kejsarsnitt som i Jönköping inträffar 15-20 gånger per år, fortsätta att följa de mått verksamheten följer idag och synliggör mätningar kontinuerligt.
- I ett kliniskt mikrosystem som urakut kejsarsnitt fokusera på patienterna där vikten av information till mamman och partnern uppmärksammades i den aktuella studien, arbetsuppgifter och ansvar rörande dessa delar behöver fördelas.

Enligt deltagarna i studien behöver nyckelpersoner delta vid teamträning om inte annat som observatörer för att ansvara för förbättringsförslag som framkommer. I den aktuella studien hade förbättringsförslagen inte åtgärdats.

- Verksamheten behöver planera för hur förbättringsförslag ska hanteras i verksamheten och säkerställa kunskaper i förbättringskunskap och ledarskap.
- Fundera runt utvärdering och feedback på utfört arbete, hur återkopplas det till medarbetarna.
- Inse värdet av att ha ett stödjande och lärande klimat där hela organisationen har ansvar och mandat, där alla medarbetare ansvarar för förbättringsförslag som framkommer, att det inte är en separat del utan ingår i det dagliga arbetet.

Nelson et al (2007) anger att vi har två jobb, att utföra arbetet och förbättra det. En förutsättning för att det ska fungera är att organisationen är anpassad så att det är möjligt att genomföra båda delarna.

## Omnämmanden

Vill framföra ett stort tack till alla som bidragit till att förbättringsprojektet gick att genomföra, verksamhetschefer och vårdenhetschefer på Operations- och intensivvårdsenheten, Kvinnokliniken och Barn- och ungdomsmedicinska kliniken som möjliggjorde för medarbetare att delta, och för positiv uppbackning när det gällde att planera in uppföljande intervjuer. Vill också tacka för gott samarbete med er i den tvärprofessionella gruppen som planerade utbildningstillfället. Tack alla ni som deltagit och bidragit med era synpunkter i studien och att ni gav tillåtelse till att filmen som var en del av resultatet fick sparas och användas. Vill tacka arbetsgivaren Jönköpings Läns Landsting, Barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Annika Lind och Barbro Lundström som bidragit med tid. LÖF (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) för värdefulla uppgifter och ersättning som möjliggjorde att jag kunde slutföra uppsatsen. Vill också tacka handledare Susanne Kvarnström och chef/coach Göran Henriks, Kultorum för mycket bra stöd och support. Ingen av de som bidragit med ersättning har påverkat utformning eller tolkning av resultatet.

## Referenser

- 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*, 140(3), 646-652.
- Amer-Wåhlin, I. (2008). *Asfyxi och neonatal HLR*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Barnkliniken. (2011). Processbeskrivning neonatologi. Hämtad 20 februari 2013, från <http://intra.ltjkpg.se/infopage.jsf?childId=70068&nodeId=34718&nodeType=12>
- Barnsteiner, J. H., Disch, J. M., Hall, L., Mayer, D., & Moore, S. M. (2007). Promoting interprofessional education. *Nursing outlook*, 55(3), 144-150.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and safety in health care*, 16(1), 2-3.
- Batalden, P. B., Nelson, E. C., Mohr, J. J., Godfrey, M. M., Huber, T. P., Kosnik, L., & Ashling, K. (2003). Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 29(6), 297-308.
- Berglund, S., Grunewald, C., Pettersson, H., & Cnattingius, S. (2008). Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 115(3), 316-323.
- Berglund, S., & Norman, M. (2012). Neonatal resuscitation assessment: documentation and early paging must be improved! *Archives of disease in childhood*, 97(3), F204-208.
- Beynon-Davies, P. (2009). *Business information systems*. London: Palgrave Macmillan.
- Carlström, E., & Berlin, J. (2004). *Boken om team: en kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., Erwin, P. J., & Hamstra, S. J. (2011). Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 306(9), 978-988.
- Dewey, J. (1936). *Människans natur och handlingsliv: inledning till en social psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Dewey, J., Hartman, S. G., & Hartman, R. M. (2004). *Individ, skola och samhälle: utbildningsfilosofiska texter*. Stockholm: Natur och kultur.
- Draycott, T., Sibanda, T., Owen, L., Akande, V., Winter, C., Reading, S., Whitelaw, A., (2006). Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(2), 177-182.
- Eppich, W. J., Brannen, M., & Hunt, E. A. (2008). Team training: implications for emergency and critical care pediatrics. *Current opinion in pediatrics*, 20(3), 255-260.
- Figueroa, M. I., Sepanski, R., Goldberg, S. P., & Shah, S. (2013). Improving teamwork, confidence, and collaboration among members of a pediatric cardiovascular intensive care unit, multidisciplinary team using simulation-based team training. *Pediatric cardiology*, 34(3), 612-619.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958.

- Fulop, N. (2001). *Studying the organisation and delivery of health services : research methods*. London: Routledge.
- Gaba, D. M. (2010). Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 105(1), 3-6.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Greenfield, L. J. (1999). Doctors and nurses: a troubled partnership. *Annals of surgery*, 230(3), 279-288.
- Hamman, W. R., Beaudin-Seiler, B. M., Beaubien, J. M., Gullickson, A. M., Gross, A. C., Orizondo-Korotko, K., Fuqua, W., & Lammers, R. (2009). Using in situ simulation to identify and resolve latent environmental threats to patient safety: case study involving a labor and delivery ward. *Journal of patient safety*, 5(3), 184-187.
- Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2013). Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*.
- Himmelman, K., Hagberg, G., & Uvebrant, P. (2010). The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. X. Prevalence and origin in the birth-year period 1999-2002. *Acta paediatrica*, 99(9), 1337-1343.
- Howard, S. K., Gaba, D. M., Fish, K. J., Yang, G., & Sarnquist, F. H. (1992). Anesthesia crisis resource management training: teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviation, space, and environmental medicine*, 63(9), 763-770.
- Hälsö högskolan. (2010). Etisk egen granskning. Hämtad 13 februari, 2013, från <http://hj.se/hhj/om-oss/kvalitet/utbildning/utbildningens-forutsattningar-mal-och-innehall.html>
- Illeris, K., & Andersson, S. (2007). *Lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- James, W., & Retzlaff, J. (2003). *Pragmatism*. Göteborg: Daidalos.
- 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*, 6(6), 316-326.
- Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2013). Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery*.
- Kirkpatrick, D. (1996). Great Ideas revisited. Techniques for Evaluating Training Programs and Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. *Training and development journal*, 50(1), 54-59.
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of interprofessional care*, 22(2), 191-203.
- Kvarnström, S. (2007). *Interprofessionella team i vården : en studie om samarbete mellan hälsoprofessioner*. Linköping: Universitet.
- Langley, G. J. (2009). *The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malmström, S., Györki, I., & Sjögren, P. A. (2002). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bonnier.
- Merien, A. E., van de Ven, J., Mol, B. W., Houterman, S., & Oei, S. G. (2010). Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *Obstetrics and gynecology*, 115(5), 1021-1031.



- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design : a clinical microsystems approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nolan, T. W. (2007). Execution of Strategic Improvement Initiatives. To Produce System-Level Results. Hämtad 30 april 2013, från <http://www.ihl.org/search/pages/results.aspx?k=execution%20of%20strategic%20improvement%20initiatives>
- Norcini, J., & Burch, V. (2007). Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical teacher*, 29(9), 855-871.
- Papanikitas, A. N. (2008). Obstetrician vs. paediatrician: does inter-professional indifference compromise emergency caesarean safety? *International journal of surgery*, 6(1), 5-6.
- Patel, D., Piotrowski, Z. H., Nelson, M. R., & Sabich, R. (2001). Effect of a statewide neonatal resuscitation training program on Apgar scores among high-risk neonates in Illinois. *Pediatrics*, 107(4), 648-655.
- Pronovost, P. J., Holzmueller, C. G., Ennen, C. S., & Fox, H. E. (2011). Overview of progress in patient safety. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(1), 5-10.
- Puia, D. (2013). A meta-synthesis of women's experiences of cesarean birth. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 38(1), 41-47.
- Rabol, L. I., Andersen, M. L., Ostergaard, D., Bjorn, B., Lilja, B., & Mogensen, T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ quality and safety*, 20(3), 268-274.
- Reeves, S. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester, West Sussex: Blackwell.
- Salas, E., & Frush, K. (2012). *Improving patient safety through teamwork and team training*. New York: Oxford University Press.
- Salas, E., Rhodenizer, L., & Bowers, C. A. (2000). The design and delivery of crew resource management training: exploiting available resources. *Human factors*, 42(3), 490-511.
- Schein, E. H. (2009). *Helping : how to offer, give, and receive help*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- SKL, & Socialstyrelsen. (2011). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet : jämförelser mellan landsting 2011*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL, & Socialstyrelsen. (2012). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet : jämförelser mellan landsting 2012*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialstyrelsen. (2006). Bristande utbildning i ny teknik - barn var livlöst vid födseln. Fallstudie nr. 11 Hämtad 13 mars, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-109-19>
- Socialstyrelsen. (2009a). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). Urakut kejsarsnitt fördröjdes – barnet fick en hjärnskada. Fallstudie nr 29. Hämtad 25 januari, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-33>
- Socialstyrelsen. (2012). Diagnoser i slutenvård. Hämtad 24 oktober, 2012, från <http://192.137.163.49/sdb/par/val.aspx>
- Stensmo, C. (1994). *Pedagogisk filosofi: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Stocker, M., Allen, M., Pool, N., De Costa, K., Combes, J., West, N., & Burmester, M. (2012). Impact of an embedded simulation team training programme in a paediatric intensive care unit: a prospective, single-centre, longitudinal study. *Intensive care medicine*, 38(1), 99-104.

- Ström, M. (2012). *Att vara i en berg- och dalbana. Pappors upplevelse av akut eller urakut kejsarsnitt*. Magisteruppsats, Magisterprogrammet kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd, Jönköping Academy, Högskolan Jönköping.
- Sundar, E., Sundar, S., Pawlowski, J., Blum, R., Feinstein, D., & Pratt, S. (2007). Crew resource management and team training. *Anesthesiology clinics*, 25(2), 283-300.
- Svensk Sjuksköterskeförening, & Svenska Läkarsällskapet. (2013). Teamarbete och förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård. Hämtad 28 mars, 2013, från <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/Karnkompetenser.pdf>
- Svensson, M., Persson, U., & Johansson, F. (2004). *Samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård några typfall*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2005). *Händelseanalys : handbok för patientsäkerhetsarbete*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Södersjukhuset. (2012). CEPS Pediatrikt utbildnings- och träningscentrum. Hämtad 2 november, 2012, från <http://www.sodersjukhuset.se/Forskning--utbildning/CEPS---Pediatrikt-utbildnings--och-traningscentrum/>
- Tham, V., Ryding, E. L., & Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Sexual and reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 1(4), 175-180.
- Thylefors, I. (2007a). Arbetsgrupper är inte vad de varit. I I. Thylefors (Red.), *Arbetsgrupper: från gränslösa team till slutna rum* (s. 15-30). Stockholm: Natur och kultur.
- Thylefors, I. (2007b). Babels torn - tvärprofessionella team. I I. Thylefors (Red.), *Arbetsgrupper : från gränslösa team till slutna rum* (s. 86-111). Stockholm: Natur och kultur.
- Wahl, K. (2011). *Urakut kejsarsnitt ett komplext mikrosystem*, Mikrosystemsuppgift, Förbättringskunskap 1, Masterprogrammet kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd, Jönköping Academy, Högskolan Jönköping.
- Wallin, C. J., & Thor, J. (2008). SBAR-model for better communication between health personnel. Inefficient communication contributes to the majority of injuries in health care. *Läkartidningen*, 105(26-27), 1922-1925.
- Weaver, S. J., Lyons, R., DiazGranados, D., Rosen, M. A., Salas, E., Oglesby, J., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., Robinson, D., & King, H. B. (2010). The anatomy of health care team training and the state of practice: a critical review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(11), 1746-1760.
- Weinger, M. B. (2010). The pharmacology of simulation: a conceptual framework to inform progress in simulation research. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 5(1), 8-15.
- Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 21 maj, 2013 från [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/etikreglerhs.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf)
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

# **Bilagor**

- Bilaga 1. Planerat schema för den 11/9 2012
- Bilaga 2. Enkät
- Bilaga 3. Information om deltagande i studien
- Bilaga 4. Fråge guide
- Bilaga 5. Informationsbrev, verksamhetschef
- Bilaga 6. Intyg angående nödvändiga resurser

**Planerat schema för den 11/9 2012**

<b>8.00–8.30</b>	Introduktion, presentation av deltagarna, förväntan på dagen skrivs ner på post it lapp
<b>8.30–9.00</b>	Karina Wahl och Maria Ström presenterar sina arbeten, Mikrosystem urakut kejsarsnitt och pappors upplevelse av akuta eller urakuta kejsarsnitt
<b>9.00-9.15</b>	Fika
<b>9.00–10.00</b>	Grupper, kliniskspecifika stationer
<b>10.00–10.15</b>	För alla, Sterilklädsel och handtvätt , (op-ssk visar)
<b>10.30–11.30</b>	Fall 1 (filmas)
<b>11.30–12.30</b>	Gemensam diskussion/debriefing, genomgång av film
<b>12.30–13.00</b>	Lunch
<b>13.00–14.00</b>	Fall 2 (filmas)
<b>14.30–15.00</b>	Gemensam diskussion/debriefing, genomgång av film + fika
<b>15.00–15.30</b>	Avslutning och utvärdering
<b>15.30–16.00</b>	Frivillig fokusgruppsintervju

## Utvärdering av utbildning på Metodikum

1. Är utbildningen användbar i ditt arbete?

Inte alls

Ja, absolut

1.

2.

3.

4.

5.

2. Ge exempel på något som var bra under utbildningen.

3. Ge exempel på något som kan göras bättre under utbildningen.

4. Kan du rekommendera utbildningen (till en kollega)?

Ja

Nej

5. Hur trygg känner du dig i den situation du tränat? Kommentera gärna!

Före utbildning:

---

Inte alls

Absolut

1.

2.

3.

4.

5.

Efter utbildning

---

Inte alls

Absolut

1.

2.

3.

4.

5.

## **Information om deltagande i studie.**

### **Bakgrund**

Under v 37 2012 genomförs teamträningen på Metodikum Ryhov, runt urakut kejsarsnitt. Dagen avslutas med en diskussion, där synpunkter som framkommit under dagen belyses. Kontakt kommer ev tas senare för uppföljning.

### **Syfte**

Syftet är att beskriva samtal om förbättringar efter simulerad tvärprofessionell teamträning runt urakut kejsarsnitt.

### **Hantering av data**

Samtalen spelas in och skrivs ut för att användas till en examinationsuppgift i masterutbildningen Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd, vid HälsöHögskolan i Jönköping. Konfidentialitet garanteras, d.v.s. varje enskild individs synpunkter kommer inte kunna identifieras. Resultatet kan komma att publiceras i vetenskaplig publikation. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Skriftligt medgivande har inhämtats från verksamhetschef på respektive klinik.

**Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet, utan att ange något skäl.**

Karina Wahl  
Sjuksköterska med specialfunktion  
Barnkliniken/Methodikum  
Ryhov  
036-321085 alt 036-322280  
[karina.wahl@lj.se](mailto:karina.wahl@lj.se)

Fråge guide:

- Några tankar sedan teamträningen den 11/9 2012
- Uppmärksammades du/ni på några förbättringsförslag?
- Har det lett till några åtgärder eller planerade åtgärder i verksamheten?
- Några andra effekter?
- Filmen?
- Övrigt

**Ansökan om tillstånd att få genomföra fokusgruppsintervjuer/intervjuer med personal.**

Till xxxx, Verksamhetschef, xxxx Länssjukhuset Ryhov Jönköping

**Bakgrund**

Under v 37 2012 genomförs teamträningen på Metodikum Ryhov, runt urakut kejsarsnitt. Fokusgruppsintervjuer kommer genomföras i anslutning till utbildningen men också som uppföljning under hösten/våren.

Intervjuerna kommer att förläggas på lämplig tid och plats samt anpassas och planeras ihop med vårdenhetschef.

Design och upplägg utformas tillsammans med handledare under hösten 2012.

**Syfte**

Syftet är att beskriva samtal om förbättringar efter simulerad tvärprofessionell teamträning runt urakut kejsarsnitt.

**Tillfrågan om deltagande**

Önskemålet är att få komma till Er enhet och genomföra intervjuer med personal under hösten 2012 och våren 2013.

**Hantering av data**

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift i masterutbildningen Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd, vid HälsöHögskolan i Jönköping. Resultatet kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

**Information**

Göran Henriks  
Utvecklingsdirektör  
Kulturum  
[goran.henriks@lj.se](mailto:goran.henriks@lj.se)

**Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:**

Karina Wahl  
Sjuksköterska med specialfunktion  
Barnkliniken/Methodikum  
Ryhov  
036-321085 alt 036-322280  
[karina.wahl@lj.se](mailto:karina.wahl@lj.se)



XXXX  
Verksamhetschef xxxx  
Länssjukhuset Ryhov  
Jönköping

## **INTYG**

Härmed intygas att fokusgruppsintervjuer/intervjuer med personal får genomföras och planeras i samråd med vårdenhetschef.

XXXX  
Ryhov Jönköping Datum:

**1:5 Redovisa tillgång till nödvändiga resurser under projektets genomförande**

*”Härmed intygas att vid Qulturum i Jönköpings län finns resurser som garanterar forskningspersonernas säkerhet vid genomförandet av projektet:*

*”Leder teamträning runt urakut kejsarsnitt till effekter ute i verksamheten?”*

Syftet är att beskriva samtal om förbättringar efter simulerad tvärprofessionell teamträning runt urakut kejsarsnitt.

Coach för projektet:

.....

xxxx

Utvecklingsdirektör

Qulturum