

Sjukvårdspersonals upplevelse av teamträning i simulerad miljö

En empirisk studie

**Maria Edstrand
Karina Wahl**

Examensarbete, 15 hp, kandidatnivå
Omvårdnad
Jönköping, januari 2009

Nursing staff's experience of team training in simulated environment

An empirical study

**Maria Edstrand
Karina Wahl**

Sammanfattning

Bakgrund: I dagens sjukvård ställs det stora krav på att olika professioner arbetar tillsammans för att öka patientsäkerheten. Socialstyrelsen publicerade nyligen en undersökning som visade att ca 100 000 patienter skadas av vården årligen i Sverige, skador som bedöms möjliga att undvika. Teamträning är ett sätt att reducera fel och öka patientsäkerheten enligt tidigare studier.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva personalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö.

Metod: Metoden som valdes var fokusgruppsintervjuer. Fyra intervjuer genomfördes med tre till sex deltagare i varje. Läkare, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor och barnsköterskor intervjuades var för sig.

Resultat: Resultatet visade att deltagarnas uppfattning var väldigt lika oavsett yrkeskategori. Alla grupper framförde att det var roligt och givande att träna i team i simulerad miljö. Intervjudeltagarna poängterade att det var bättre att göra fel under träning än i verkligheten. De hade också fått större inblick i olika yrkesrollers funktion. Uppfattningen var att de tagit med sig kunskapen ut i den kliniska verksamheten. Deltagarna påpekade att när de tilldelades tid att träna, uppfattade de det som en signal om att den som gav tiden tyckte att det var viktigt. Det tar mycket tid från patientvården men det är viktigt för att öka patientsäkerheten.

Nyckelord: patientsäkerhet, teamträning, patientsimulering

Summary

Background: In today's health care it is a requirement for different professions to work together to improve patient safety. The National Board of Health and Welfare recently published a study showing that approximately 100 000 patients annually are injured by health care in Sweden which could be avoided. Team training is a way to reduce errors and increase patient safety, according to earlier studies.

Purpose: The purpose of the study was to describe the staff's perception of team training in a simulated situation.

Method: The method chosen was focus group interviews. Four interviews were carried out with three to six participants in each group. Doctors, nurses, child nurses and assistant nurses were interviewed separately.

Results: The result shows that the participants' views were very similar regardless of profession. All groups said that it was fun and rewarding to do team training in the simulated situation. They pointed out that it is better to make the mistakes in a training situation than in reality. They have gained greater insight into the different professions. The perception was that they will have use of the new knowledge in the clinical work. The participants pointed out; when time for training was allocated it was a signal from management that this is important. It takes much time from patient care but it is important to increase patient safety.

Keywords: patient safety, team training, patient simulation

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Patientsäkerhet	1
Teamträning.....	1
Simulering	2
Kunskapsutveckling – en teoretisk utgångspunkt.....	2
Syfte	3
Metod	3
Design.....	3
Urval	4
Tillvägagångssätt	4
Datainsamling	5
Analys	5
Trovärdighet och tillförlitlighet	5
Etiska överväganden	6
Resultat	6
Förutsättningar	6
Resurser	6
Organisation.....	7
Vad gör jag och vad gör andra	7
Rollfördelning	7
Samarbete.....	7
Kommunikation	8
Ett tillfälle att göra fel	8
Upplevelse av teamträning.....	8
Effekt av teamträning.....	8
Förbättringsförslag inför framtiden	9
Diskussion	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
Förutsättningar	10
Vad gör jag och vad gör andra	11
Ett tillfälle att göra fel.....	12
Slutsatser	13
Omnämningen	14
Referenser	15

Bilagor

Ansökan om tillstånd till Verksamhetschef

Bilaga 1

Ansökan om tillstånd till Vårdenhetschef

Bilaga 2

Informationsbrev till fackliga företrädare

Bilaga 3

Informationsbrev deltagare

Bilaga 4

Frågeguide

Bilaga 5

Inledning

I dagens sjukvård ställs det stora krav på att olika professioner arbetar tillsammans för att i högre grad öka patientsäkerheten. Många patienter skadas på grund av misstag i vården. Undersökningar visar på att teamträning kan öka patientsäkerheten. Vi är två verksamma sjuksköterskor på ett sjukhus i södra Sverige, som har valt att undersöka hur personal uppfattar teamträning. På sjukhuset förekommer teamträning i form av bland annat CEPS, Center for Education in Pediatric Simulator. Detta är en form av teamträning i simulerad miljö, där olika professioner tränar akut omhändertagande av ett svårt sjukt nyfött barn, under filminspelning. Traumaträning på akutmottagningen sker med olika professioner och det kallas ATLS, Advanced Trauma Life Support. Hela sjukvårdsområdet har krav på att all personal genomgår HLR-utbildning, Hjärt-Lung-Räddning, en gång per år. Då tränas återupplivning i olika former av team. På sjukhuset planeras ett KTC, Kliniskt Tränings Centrum, för personalen. Förutsättningar att träna team i simulerad miljö kommer att möjliggöras på ett annat sätt än tidigare.

Bakgrund

Patientsäkerhet

Brister i patientsäkerheten har de senaste åren fått stor uppmärksamhet både nationellt och internationellt. I Sverige pågår en nationell satsning där alla landsting och regioner tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, arbetar för att öka patientsäkerheten på många olika områden (SKL, 2008). Socialstyrelsen publicerade nyligen en undersökning som visade att ca 100 000 patienter skadas av vården i Sverige årligen, skador som bedöms möjliga att undvika. Vårdskadorna medförde ca 630 000 extra vårddygn vilket motsvarar 10 % av alla vårddygn under ett år. Omkring 10 000 av patienterna fick bestående men och i ca 3 000 fall bidrog vårdskadorna till dödsfall. Detta leder till stora konsekvenser och det finns stor möjlighet att spara både mänskligt lidande och resurser i vården (Socialstyrelsen, 2008). I USA har det rapporterats att 60-80 % av medicinska fel är orsakade av mänskliga faktorer som ineffektiv kommunikation och dåligt teamarbete (Eppich, Brannen, & Hunt, 2008). Det traditionella sättet att hantera patientsäkerhet har varit att peka ut och skylla på den enskilda sjukvårdspersonalen som arbetat nära patienten, även om orsaken oftast har legat i organisationen (Kyrkjebo, Brattebo, & Smith-Strom, 2006).

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor beskriver några av sjuksköterskans uppgifter, bland annat vikten av att medverka i kvalitets-, säkerhets- och kontinuerligt förbättringsarbete. Möjligheter ska skapas till samundervisning för olika professioner inom hälso- och sjukvård för att ge patienten bästa möjliga vård. Personalgruppen ska utvecklas och förmågan till problemlösning och konflikthantering ska stärkas (Socialstyrelsen, 2005).

Teamträning

Teamträning förklaras som lag eller gruppträning (Malmström, Györki, & Sjögren, 2002). Ett team är en mindre grupp som samarbetar i ett bestämt syfte, det kan utgöras av allt från två till flera tiotal medlemmar (Carlström & Berlin, 2004). Teamträning innebär att en grupp personer arbetar tillsammans och är beroende av varandra för att utföra sitt arbete. Genom

teamträning utvecklas gruppens förmåga att hantera arbetsuppgifter och interna relationer förbättras. Teamträning började inom militären på 50 och 60-talet. De startade oftast på grund av olyckor och fel (Sundar et al., 2007). Inom flyget orsakas 70 % av flygolyckor och tillbud av bristande kommunikation mellan besättningsmedlemmar (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004). Vårdpersonal har länge kännetecknats som individuella experter som får ta ansvar för egna handlingar. Vård av patienter i komplexa miljöer vid akuta och intensiva enheter ställer stora krav på att vården blir säker. När olika yrkesgrupper som är vana att arbeta individuellt ska arbeta tillsammans ställs det stora krav på var och en. Ofta har de olika yrkesgrupperna ingen klar bild av medarbetarnas ansvarsområden och prioriteringar (Leonard et al., 2004; Sundar et al., 2007). I USA rekommenderas teamarbete och kommunikationsträning för all personal i pediatrik akutverksamhet. Teamträning är ett sätt att reducera fel och öka patientsäkerheten (Eppich et al., 2008). Team medlemmar menar att simulerad teamträning är en användbar metod för att öka patientsäkerheten (Shapiro et al., 2004). I teamträning ingår även återkoppling, en kort sammanfattning av situationen, där handlandet diskuteras och rättas till (Carlström & Berlin, 2004; Leonard et al., 2004).

Simulering

Simulering innebär att låtas efterlikna ett förlopp (Malmström et al., 2002). Simulering efterliknar verkligheten på ett sådant sätt att det utifrån iakttagelser gjorda vid en simulering kan dra slutsatser om verkligheten. I en simulerad miljö är det möjligt att återskapa komplexa situationer på många olika sätt. Situationerna ska hanteras korrekt, effektivt och säkert (Kyrkjebo et al., 2006). På många sjukhus, framförallt universitetssjukhus finns kliniska träningscenter, KTC, bland annat i Lund, Göteborg, Linköping och Örebro (KTC, 2008). Ett kliniskt träningscenter är en avdelning för träning i simulerad miljö, all praktisk träning utförs på dockor, attrapper och i datorer. Där ges möjlighet att träna praktiska moment som t.ex. provtagning, sonsättning, katetersättning, lyftteknik, bemötande, handhavande av medicinteknisk utrustning och olika akuta situationer. Där kan träning av basala och specifika moment genomföras i en lugn och trygg miljö. För att öka patientsäkerheten tillvaratas och vidareutvecklas sjukvårdspersonalens kompetens. En möjlighet ges till ett kontinuerligt lärande, både för den enskilde och för olika team. Teorigenomgång och reflektion äger rum i föreläsningssalar. Olika övningar kan genomföras under filminspelning vilket ger möjlighet till ökad insikt i eget handlande och beteende. Interaktionen mellan olika professioner och betydelsen av olika roller i teamarbetet tydliggörs (KTC, 2008). Teamträning är ett sätt att undvika missförstånd mellan olika professioner. Studenter som tränat i team i simulerad miljö var mycket nöjda och de önskade mer teamträning i utbildningen. De lärde sig mycket om sig själva och sina egna reaktioner, samt brister i egen kompetens och i hur teamarbete fungerar (Kyrkjebo et al., 2006).

Kunskapsutveckling – teoretisk utgångspunkt

I början av 1900-talet grundade filosofen och pedagogen John Dewey den progressiva pedagogiken, en teori om den lärande människan (Dewey, 1936). Han myntade uttrycket "learning by doing", lärande genom praktiskt arbete. Han menade att lärandet sker genom interaktion med omvärlden och att individen lär mer av misslyckanden än av framgång (Stensmo, 1994). Deweys människosyn var att människan är en social varelse, alltid i utveckling. Pedagogiken inriktades på praktiska problemlösningar och arbetsuppgifter. Med begreppet "intelligent action" menade han att människan ska reflektera över sina handlingar och leva som hon lär. Han ansåg att praktik och teori var varandras förutsättningar och inte

varandras motsats, inget kunde värderas högre än det andra (Dewey, Hartman, & Hartman, 2004).

Ett program med instruktioner för att stödja teamarbete i cockpiten inom flyget kallas Crew Resource Management training, CRM. Träningsmetoder som simulering, lektioner och videoinspelning tillsammans med feedback används. Kunskaper om teamarbete, praktiska färdigheter och olika attityder tränas (Eppich et al., 2008). Detta program gjordes om för att passa anestesin och kallades då Anesthesiology Crisis Resource Management, ACRM (Howard, Gaba, Fish, Yang, & Sarnquist, 1992). Eftersom Crew Resource Management effektivt har reducerat fel i cockpiten kan det mycket väl överföras till sjukvården (Sundar et al., 2007). Nu används Crisis Resource Management, CRM, som ett program för träning av multidisciplinära sjukvårdsteam (Eppich et al., 2008; Rall & Dieckmann, 2005).

Inom vården finns många omvårdnadsteorier, olika teoretiker har utvecklat olika teorier. Patricia Benner har utgått från sjuksköterskans praktiska omvårdnadsarbete i sin teoriutveckling (Benner, 1984). Hon beskriver sjuksköterskans utveckling i fem olika stadier, från novisen som är nybörjare och saknar erfarenhet till experten som förlitar sig på sina egna erfarenheter. Benner menar att kunskapsutveckling inom ett område består av att utvidga den praktiska kunskapen. Teori grundas på vetenskapliga undersökningar och kartläggning av kliniska erfarenheter inom den praktiska verksamheten. Ökat kunnande och inläring beror inte endast på erfarenhet och tjänsteår utan teori och erfarenhet tillsammans med reflektion ger expertkunskaper. För att kunna uppfatta en händelse eller situation måste sjuksköterskan ha en förförståelse, detta erhålls genom tidigare erfarenheter eller från teorin. Expertsjuksköterskan utgår från sina tidigare erfarenheter i nya situationer och får därför en snabb förståelse av situationen. För att få mer klinisk erfarenhet kan realistiska övningar under ledning vara en möjlighet, individens tidigare personliga kunskaper ligger då till grund för den nya erfarenheten. Benner belyser vikten av klinisk kunskap och att utveckla förmågan att göra kliniska bedömningar och inte enbart ha kontroll på nya tekniker och metoder (Benner et al., 1993). Hon anser också att det är personligt intresse och personliga inlärningsstilar som leder till expertkunnande, men även organisationen och arbetsplatsens miljö har stor betydelse för hur sjuksköterskan utvecklas (Benner & Benner, 1991).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjukvårdspersonals uppfattning om teamträning i simulerad miljö.

Metod

Design

Undersökningen utgjordes av en empirisk studie med kvalitativ ansats där datainsamlingsmetoden var fokusgruppsintervjuer med induktiv analys. Undersökningens syfte var att beskriva personalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Fokusgruppsintervjuer var lämpligt att använda för att få förståelse för hur en viss grupp tänker kring en gemensam företeelse (Wibeck, 2000).

Urval

Det genomfördes fyra intervjuer, tre på en neonatalavdelning och en på en kirurgavdelning. Intervjudagar utsågs i samråd med vårdenhetschef och de som arbetade dessa dagar tillfrågades. Slumpmässigt urval var inte nödvändigt eftersom grupperna inte jämfördes med varandra (Krueger, 1998). Till varje intervju inbjöds sex deltagare, möjligheten fanns då att en eller ett par deltagare kunde utebli utan att det hade betydelse för intervjun. Minsta antal är fyra deltagare i en fokusgruppsintervju, vid tre deltagare kan det bli två mot en och detta kan påverka resultatet (Wibeck, 2000). Sammanlagt inbjöds 24 deltagare och 17 av dessa deltog. Två inbjudna avböjde, fem kunde inte delta på grund av arbetssituationen. I en grupp deltog sex sjuksköterskor, i en fyra barnsjuksköterskor, i en annan grupp deltog fyra barnsköterskor och i en grupp deltog tre läkare. Deltagarantalet i en fokusgruppsintervju rekommenderas att vara minst fyra, men även gruppen med tre deltagare inkluderades. Lämpliga dagar och tider för intervjuer bestämdes och personal som arbetade dessa dagar tillfrågades. Grupperna var homogena avseende yrke och avdelning. Varje yrkeskategori intervjuades var för sig på respektive avdelning, läkare, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor och barnsköterskor. Alla intervjudeltagare hade deltagit i någon form av teamträning i simulerad miljö. Exempel på utbildningar som deltagarna angav var, HLR, CEPS, APLS (Advanced Pediatric Life Support), traumautbildning, katastrof- och brandövning.

Tillvägagångssätt

Ansökan om tillstånd söktes hos verksamhetschefen och vårdenhetschefen på respektive klinik/avdelning (Bilaga 1 & 2). Samverkansgruppen med fackliga representanter informerades skriftligt på de båda klinikerna (Bilaga 3). Speciella intervjutillfällen med avdelningspersonal bestämdes i samråd med vårdenhetschefen. Intervjuerna genomfördes på arbetstid och under pågående verksamhet. Deltagarna blev avlösta från arbetet för att kunna delta. Sjuksköterskor, barnsjuksköterskor och barnsköterskor som arbetade dessa dagar frigjordes en timme för att kunna delta. Läkarnas deltagande möjliggjordes med hjälp av schemaansvarig läkare och tillfrågades via e-post. Skriftlig information angående syftet med intervjun och tillvägagångssättet lämnades tillsammans med en frågeguide (Bilaga 4 & 5). Deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan att något skäl behövde anges. Anonymitet var svår att utlova eftersom det var flera deltagare samtidigt, men konfidentialitet kunde uppnås (Holloway & Wheeler, 2002; Wibeck, 2000). Intervjuerna gjordes vid fyra tillfällen på två olika avdelningar. Varje yrkesgrupp intervjuades var för sig på respektive avdelning, läkare, sjuksköterskor, barnsjuksköterskor och barnsköterskor. I varje fokusgrupp var det tre till sex deltagare. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas respektive avdelning i ett ostört och avskilt rum. För att få ökad trovärdighet genomfördes intervjuerna på en för deltagarna känd plats. Deltagarna kunde annars känna sig bortkomna i en främmande miljö (Wibeck, 2000). I samband med intervjuerna bjöds deltagarna på kaffe, för att få en avslappnad stämning. Det planerades sex intervjuer, tre intervjuer på varje avdelning. Sammanlagt genomfördes fyra intervjuer varav tre på den ena avdelningen och en på den andra. En moderator och en observatör deltog vid varje intervju, moderatören ledde intervjun och observatören satt vid sidan om och dokumenterade (Wibeck, 2000). Observatör och moderator bytte roller vid de olika intervjuerna, rollen var observatör när intervjudeltagarna var kända (Krueger, 1994). För att fördela intervjuerna jämt, gjordes två intervjuer var, vilket innebär att vid en intervju var deltagarna kända för moderatören. Inspelning skedde med videokamera och en bandspelare användes för att garantera ljudupptagning. Filmer och band förvarades på säker plats. Varje intervjutillfälle avslutades med att observatören

sammanfattade diskussionen med hjälp av det som dokumenterats under intervjun. Alla fyra intervjuerna nedtecknades i nära anslutning till intervjutillfället.

Datainsamling

Genom artikel- och litteraturgenomgång formulerades frågeställningar till en ostrukturerad frågeguide som stöd inför fokusgruppsintervjuerna (Bilaga 5). Frågor angående uppfattningen om och effekter av simulerad teamträning ställdes. Deltagarna fick redogöra för vad som var bra och dåligt med detta sätt att träna. En ostrukturerad frågeguide innebar att frågorna inte alltid ställdes exakt som de var skrivna eller i en viss ordning (DePoy & Gitlin, 1999). Intervjuerna genomfördes med öppna frågor och med frågeguiden som stöd. Moderatoren behövde inte ställa så många frågor, det var diskussionen i sig som var viktig (Wibeck, 2000). Varje intervjutillfälle började med att deltagarna hälsades välkomna och information gavs om syftet med intervjun. Varje intervju pågick under cirka 60 minuter och alla deltagare upplevdes aktiva under intervjuerna. Varje tillfälle avslutades med att observatören sammanfattade intervjun och möjlighet gavs då till deltagarna att lämna ytterligare synpunkter. Enligt Krueger (1998), kunde fynd i tidigare intervjuer föra diskussionen framåt, moderatoren kunde använda det som kommit fram tidigare t.ex. "In our earlier groups, we've been hearing about..., What do you think about it?" (Krueger, 1998, s 24.) Tillvägagångssättet användes vid två intervjutillfällen där moderatoren framförde en synpunkt som nämnts vid tidigare intervjuer och där de nya deltagarna fick diskutera detta.

Analys

De två först inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av moderator och observatör. Meningsbärande enheter identifierades och texten gjordes kortare, kondenserades, för att bli smidigare att hantera utan att innehållet gick förlorat. Därefter skapades koder som stämde överens med innehållet i de meningsbärande enheterna och hela texten. Koder med liknande innehåll samlades till underkategorier som sedan blev kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). I de efterföljande intervjuerna transkriberades inte alla frågor ordagrant men intervjudeltagarnas svar transkriberades. Enligt Krueger (1998) behövde alla fokusgruppsintervjuer inte transkriberas ordagrant. Meningsbärande enheter från de fyra intervjuerna sammanställdes och nedtecknades på olikfärgade papper i storlek A2 efter kodning, detta för att göra arbetet mer lätthanterligt. Alla meningsbärande enheter fördelades i underkategorier och kategorier efter innehåll och betydelse. En sammanställning av intervjuerna finns i resultatdelen där direktcitat redovisas med kursiv stil i texten.

Trovärdighet och tillförlitlighet

När det gäller kvalitativa studier är trovärdigheten i resultatet viktigt, det finns alltid en viss grad av tolkning och det kan finnas flera betydelser (Graneheim & Lundman, 2004). Moderators förståelse kan påverka analysen och deltagarna vid intervjuerna. För att minska risken att moderatoren påverkar deltagarna vid intervjutillfället bytte moderator och observatör roll vid de olika intervjuerna. När moderatoren kände deltagarna var rollen observatör (Krueger, 1994). Deltagarna i fokusgruppsintervjuer kunde påverka varandra i diskussionen, det var inte säkert att alla synpunkter kom fram och de språksamma kunde dominera hela gruppen (Trost, 1993). Stora krav ställdes därför på moderatoren, syftet var att försöka få fram allas åsikter och lyssna till vad deltagarna tyckte var viktigt angående ämnet (Wibeck, 2000). Alla deltagare upplevdes aktiva och alla gavs möjlighet att framföra sina

synpunkter. Intervjuerna spelades in på film och band för att alla synpunkter skulle registreras. Två inspelningskällor garanterade ökad säkerhet, om någon av källorna inte skulle fungera. Risk att deltagarna påverkades av videoinspelningen fanns men risken är ofta överdriven (Wibeck, 2000). För att minska risken att inspelningen påverkade deltagarna, bjöds det på kaffe och kaka som inledning vid varje intervjutillfälle. För att stärka resultatets tillförlitlighet beskrevs analysarbetet noggrant och representativa citat från den transkriberade texten redovisades (Graneheim & Lundman, 2008). Bearbetningen av det transkriberade materialet gjordes av moderator och observatör var för sig efter varje intervjutillfälle. Det analyserades och sammanställdes därefter gemensamt för att öka tillförlitligheten.

Etiska överväganden

Deltagarna hade enligt autonomiprincipen rätt till respekt, självbestämmande och integritet (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagandet var frivilligt och information gavs skriftligt om möjlighet att avbryta deltagandet utan att behöva ange skäl för detta. Godhetsprincipen innebar att undersökningen skulle ge ny kunskap som ledde till förbättringar i omvårdnadsarbetet (Vetenskapsrådet, 2002). Resultatet förmodades leda till ökad kunskap om personalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Det skulle kunna användas till att förändra och ge ökade möjligheter till kompetensutveckling för personalen. Deltagarna fick inte utsättas för några risker eller obehag enligt icke skada principen (Vetenskapsrådet, 2002). Fullständig anonymitet gick inte att utlova, men däremot kunde konfidentialitet uppnås, dvs. varje enskild individs synpunkter skulle inte kunna identifieras (Holloway & Wheeler, 2002; Wibeck, 2000). Vid varje intervju gavs information om att konfidentialitet garanterades. Inspelat och utskrivet material förvarades på säker plats oåtkomlig för andra. Principen om rättvisa innebar att alla deltagare skulle behandlas lika (Vetenskapsrådet, 2002). Moderators uppgift var att ge alla deltagare samma möjlighet att uttrycka sig. Alla deltagare gavs tillfälle att framföra sina åsikter. Etisk egengranskning enligt Hälsohögskolans anvisningar har genomförts (Hälsohögskolan, 2008).

Resultat

Resultatet bygger på vårdpersonalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö vilket framkommit i fokusgruppsintervjuer. Intervjudeltagarnas olika uppfattningar redovisas under tre kategorier: *Förutsättningar, Vad gör jag och vad gör andra, Ett tillfälle att göra fel.*

Förutsättningar

Under kategorin *Förutsättningar* formulerades två underkategorier: *Resurser och Organisation.*

Resurser

Det framkom i flera intervjuer att teamträning tar mycket tid. Det avsätts en hel dag för några få personer vid varje tillfälle. Att organisera teamträningen kan vara svårt. Tiden är en förutsättning för att träna men tiden tas från vården av patienterna. *"Det tar väldigt mycket tid...många försvinner från vårdarbetet"*. Flera deltagare uttryckte att de önskade träning i liten grupp och att även få möjlighet att träna i sjukhuslik miljö. Ett metodrum efterfrågades och datorstyrda dockor att träna på önskades. Intervjudeltagarna upplevde att det alltid finns ett behov av att träna *"Känslan är att vi haft simulerad träning väldigt lite"*.

Organisation

Tillfälle till att träna ger en signal om att det är betydelsefullt. *”Att få träna ger ett budskap till oss att den som ger oss tiden tycker att det är viktigt”*. Deltagarna framförde att det känns viktigt att tidigt försöka fånga nyanställda och ta med dem i teamträningen. Att försöka få alla engagerade och att planera in teamträning. *”... man skulle vilja schemalägga allt sådant här... nattpersonalen får ju gå in på sin lediga tid”*. Ett behov av att ha teamträning kontinuerligt och återkommande varje eller vart annat år framkom. Stödet från chefen är viktigt och även chefens syn på utbildning. *”... är det för att det ska bli gjort eller efter önskemål eller är det för att här ska jag höja kompetensen”*. Teamträning och andra former av utbildning kompletterar varandra, allt hör ihop, det är svårt att utesluta något. Uppfattningen är att det är av stor vikt att alla får samma utbildning och det är bra att stimulera till teamträning.

Vad gör jag och vad gör andra

Under denna kategori framkom tre underkategorier: *Rollfördelning, Samarbete och Kommunikation*.

Rollfördelning

När flera yrkeskategorier arbetar ihop är det bra att träna i team för att tydliggöra olika yrkesrollers funktion och arbetsuppgifter. *”... jag för min del hade inte riktigt klart för mig vilka som gör vad... vissa rutiner gäller ju för alla och vissa rutiner gäller ju bara för en”*. I intervjuerna framkom att det är bra att få träna sin egen roll, att inte spela någon annan. Teamträning är ett bra sätt att hitta sin roll och plats i teamet. Det är viktigt att alla vet vad som ska göras och hittar uppgifter, ibland är det bra att bara finnas tillhands. *”Man känner sig lite säkrare och tuffare i den situationen mot vad man gjorde innan, jag kan nog inte göra något, men det känner man efter detta att man kan”*. Intervjudeltagarna menar att något finns det alltid att göra och att få en uppgift stärker. Efter utbildningen har det blivit tydligare att alla vet vad som ska göras. Att utse någon som dokumenterar i den akuta situationen har blivit viktigare. *”... har vi någon som skriver? Det är sånt som jag kan tänka på när det kommer riktiga situationer... någon avsätts för att skriva upp vad som händer”*. Under ett par intervjuer framkom det att på videoinspelningen under utbildningen syntes det att vissa saker togs för givet. Det var viktigt att någon ledde arbetet och var tydlig. I akuta situationer arbetar många olika yrkeskategorier ihop, personer som i vanliga fall inte arbetar tillsammans. *”Varje gång en ny doktor dyker upp så blir det mycket dynamik att hantera... vem delegerar och vem tar över?”* Deltagarna upplevde att vid akuta situationer där personalen var osäker blev alla stressade och ingenting fungerade.

Samarbete

Teamträning gjorde att personalen lärde känna varandra på ett annat sätt, det ledde till ökad sammanhållning och trygghet. Att samarbeta kunde vara svårt om personalen inte fungerade ihop. Intervjudeltagarna påtalade att samarbetet mellan olika yrkesgrupper har blivit bättre efter teamträning. *”Det blir en otrolig sammanhållning i den gruppen, man tänker tillbaka och man kan fnissa lite... det är ju också bra, man lär känna varandra”*. Detta sätt att träna var relationsskapande och gav större gemenskap, enligt intervjudeltagarna. *”... vi är nog duktiga på att hjälpas åt, det tror jag... över lag, det känns så”*. När sjukvårdspersonalen hela tiden arbetar med olika arbetskamrater upplevs det viktigt att få ett bra samarbete och träning kan underlätta detta. Det ska inte ha någon betydelse vem som arbetar, genom teamträning kan vården bli mer likriktad.

Kommunikation

Kommunikationen var viktig och en förutsättning för teamträning, det upplevdes som grunden för att jobba tillsammans. Deltagarna upplevde att kommunikationen i teamet blev bättre och tydligare efter träning. Att få träna kommunikation i stressade situationer upplevdes av några som den största behållningen. *”Jag har nog lärt mig och försökt lära mig, vad måste jag fråga, vad måste jag säga och vad är självklart... så att det inte blir kaka på kaka som tar onödig tid”*. Det märktes, enligt deltagarna, att de gånger när ingen var riktigt tydlig då fungerade samarbetet inte lika bra. *”Det blir så uppenbart när man tittar och lyssnar på sig själv hur oklar man är, hur otydlig man är i budskapen dom gånger när man verkligen behövde vara tydlig”*.

Ett tillfälle att göra fel

Under kategorin *Ett tillfälle att göra fel* framkom tre underkategorier: *Upplevelse av teamträning, Effekt av teamträning och Förbättringsförslag inför framtiden*.

Upplevelse av teamträning

Teamträning i simulerad miljö gav en riktig kick, en adrenalinkick, deltagarna blev laddade och fick pulsökning. *”Första gången var det en riktig kick tycker jag liksom, man gick in för det man glömde kameran och allt...”*. Det var också lärorikt, givande, jätteviktigt, väldigt bra, positivt och kul enligt deltagarna. Några av deltagarna tyckte att situationen som simulerades kändes naturtrogen, verklig och stressande. Andra tyckte att det var jobbigt men värdefullt och de blev besvärade av kameran. Inlevelsen blev inte lika naturlig när det var en docka istället för en riktig patient. *”det kan vara svårt... eftersom det är en docka, det är svårt det här med färg och huden man ser inte färgen”*. Flera deltagare upplevde det annorlunda när det inte var på riktigt.

Effekt av teamträning

Intervjudeltagarna tyckte att de haft nytta av teamträningen och arbetet fungerade bättre efter träningen. Uppfattningen av flera, var att de har blivit duktigare i den akuta situationen. *”Man lär sig mycket annat runt omkring det här, att man hela tiden är steget före... vad man behöver göra som man kanske inte alls tänkte på förut”*. Det framkom att det var viktigt att få träna på en docka för att få chans att göra fel på film istället för i verkligheten. Några blev besvärade av kameran men de flesta upplevde det som värdefullt. *”Jag tycker att det är jättebra och det är nog säkert det mest värdefulla steget att man blir filmad, utan filmning hade det nog inte alls gett lika mycket, det är ju just på filmen som man märker alla grejer som man gör fel, eller kunde gjort på något annat sätt, så även om det är jobbigt så är det nog den mest värdefulla delen ändå i det hela”*. Att få tid till eftertanke under utbildningen upplevdes positivt, det hinner personalen oftast inte med i vardagen. Teamträningen leder till att det blir ett sug på avdelningen att hela tiden få lära sig mer. När all personal kan gå igenom samma utbildning är det ett sätt att kvalitetssäkra vården. *”... annars blir det ju beroende på vilken inskolning jag som ny syrre eller barnsköterska fick och det är ju ett rätt skört system, att det ska hänga på den jag gick bredvid... det är patientsäkerhet verkligen”*. Teamträning under filmning kändes som en körkortsutbildning, uttryckte några deltagare. Om träning skedde med enbart en yrkeskategori och deltagarna spelade andra yrkesroller, missades träning av teamet och mycket av vinsterna med detta sätt att träna försvann. Deltagarna menade att felen som gjordes under träning aldrig glöms bort. *”Man lär sig ju av att göra fel”*. Det var viktigt att få träna på saker som inte förkom så ofta och denna form av utbildning satt i längre än en föreläsning var ytterligare några synpunkter som kom fram.

Förbättringsförslag inför framtiden

För att fördjupa kunskapen, önskades teamträning i simulerad miljö med samma situation och samma personal, efter någon månad. Vid detta tillfälle ville jämförelse göras av de olika träningstillfällena för att eventuellt kunna se förbättringar. Deltagarna uttryckte önskemål om att det borde ordnas teamträning kring flera sjukdomstillstånd. För att förbättra samarbetet med fler yrkeskategorier skulle till exempel narkosläkare och narkosköterskor kunna bjudas in till utbildningen. Önskan fanns att hela teamet, alla yrkeskategorier utvärderar efter verkliga fall på samma sätt som i utbildningen. *"... och som nästa steg att man filmar i verkligheten också"*.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva vårdpersonals uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Ordet uppfattning innebar att få fram åsikter och att få en inblick i deltagarnas tolkning av en speciell företeelse (Malmström et al., 2002). Fokusgruppsintervjuer var en lämplig metod för detta. Det var ett effektivt sätt att samla in relevant data (Kyrkjebo et al., 2006). När det är fler deltagare vid samma tillfälle genererar det nya synpunkter och deltagarna stimulerar varandra. Metoden var praktisk att genomföra men tidskrävande i analysfasen. Det var mycket material att bearbeta. Att använda enkät kunde varit en annan möjlig metod men inget validerat mätinstrument hittades. Konstruktion av en egen enkät inom ramen för denna undersökning var inte möjlig.

Fyra intervjuer genomfördes och var enligt litteraturen ett lämpligt antal (DePoy & Gitlin, 1999; Wibeck, 2000). Målsättningen från början var att genomföra sex intervjuer. Tidsmässigt var detta inte möjligt eftersom undersökningen var tidsbegränsad och mycket annan verksamhet som utbildningar och olika möten, tog personal från vården. Intervjuresultatet kändes också mättat efter dessa fyra intervjuer (DePoy & Gitlin, 1999; Wibeck, 2000). Ungefär samma synpunkter framkom och troligtvis skulle inte fler intervjuer tillföra så mycket mer. Nu gjordes intervjuerna på en barnavdelning och en kirurgavdelning. Utbildning bedrivs olika på de båda avdelningarna men det upplevdes ändå som om deltagarna hade liknande synpunkter. Eftersom det bedrivs mer teamträning i simulerad miljö på barnavdelningen, utfördes tre intervjuer där och endast en på kirurgavdelningen. Önskvärt vore att ha intervjuat fler yrkesgrupper på kirurgavdelningen, nu blev det endast en intervju med sjuksköterskor. Varje avdelning kunde ha redovisats var för sig om fler intervjuer hunnits med, men det är osäkert om detta hade gjort någon skillnad i resultatet. Intervjuerna genomfördes under pågående verksamhet. Tillfälle att gå ifrån arbetet försökte möjliggöras, men var inte genomförbart för fem deltagare. Att 22 av 24 av de tillfrågade tackade ja, tolkas som om det kändes aktuellt och viktigt att få lämna sina synpunkter om denna form av utbildning. I den ena gruppen blev det endast tre deltagare och även om minsta antal skulle vara fyra upplevdes det inte som om detta påverkade resultatet, eftersom alla var lika aktiva i diskussionen (Wibeck, 2000). Enda gången när alla tillfrågade deltog var vid intervjun på kirurgavdelningen. Intervjudagarna valdes ut efter när det var praktiskt genomförbart. Att göra på något annat sätt var inte möjligt. Bortfall på grund av arbetsbelastning kunde kanske ha undvikits om andra dagar valts, men tidsbegränsningen gjorde att det inte fanns så många dagar att välja på. Att få personal att komma in på ledig tid mot ersättning, tid mot tid, erbjöds men ingen hade möjlighet till detta. I alla grupper flöt diskussionen bra och det kändes som

om allas åsikter kom fram. Verksamhets- och vårdenhetschefernas stöd gjorde att det var möjligt att genomföra intervjuerna.

Det var bra att börja intervjuerna med kaffe och kaka, det gjorde att stämningen blev avspänd. Intervjuerna ägde rum på avskilda rum där deltagarna kände sig hemma (Wibeck, 2000). De förlades till ett samtalsrum och till ett litet konferensrum. Bandspelaren stod på bordet och kameran var placerad i ett hörn. Deltagarna påpekade efter intervjuerna att de glömde bort dessa efter ett tag. Fikastunden ihop med intervjun tog ungefär en timma och det upplevdes som om deltagarna hann med att få fram det de ville vid alla fyra tillfällena. De inspelade filmerna behövde aldrig användas och raderades, den inspelade ljudupptagningen fördes över till datorn i MP3 format. Denna form av inspelning fungerade mycket bra och var lätt att arbeta med vid transkriberingen. Vid varje intervjutillfälle deltog en observatör och en moderator, när intervjudeltagarna var kända var rollen observatör (Krueger, 1994). Det rekommenderas att rollen som intervjuare ska vara samma vid alla intervjuer, detta för att öka tillförlitligheten (Wibeck, 2000). För att fördela uppgifterna jämt gjordes två intervjuer var, vilket innebar att vid ett intervjutillfälle kände deltagarna och moderatören varandra. Det uppfattades inte som om det påverkade resultatet, vilket det kunde gjort. Moderatorns roll hade undersökarna inte så stor erfarenhet av tidigare, men det var inget som kändes besvärande. Frågeguiden användes vid alla intervjuer och deltagarna hade läst och funderat på frågorna innan de kom. Alla frågor från frågeguiden ställdes vid de fyra tillfällena och deltagarna skötte mycket av diskussionen utan inblandning av moderatören. Vid två tillfällen påtalades synpunkter från tidigare intervjuer, det var ett bra sätt att föra diskussionen framåt (Krueger, 1998). Som avslutning på intervjuerna gjordes en muntlig sammanfattning av vad som sagts och deltagarna hade då möjlighet att komma med synpunkter och tillägg. Vid alla intervjuer framkom nya synpunkter efter sammanfattningen. Att alla pratade och vågade framföra sina åsikter kunde bero på att intervjuerna kändes angelägna och att ämnet inte var känsligt för deltagarna eller berörde något etiskt dilemma.

Att analysera alla intervjuer var svårt. De utskrivna intervjuerna lästes flera gånger för att få en uppfattning om innehållet. Bearbetning av texterna gjordes var för sig och det överensstämde väldigt väl med varandra. Att använda olikfärgade pappersark i storlek A2 var bra och gjorde bearbetningen enklare. Meningar med liknande innebörd skrevs tillsammans, de fördelades i underkategorier, en underkategori per papper. Till slut formulerades tre kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). En av intervjudeltagarna fick läsa och lämna synpunkter på det utskrivna resultatet, detta stärkte tillförlitligheten. I det färdiga resultatet går det inte att utläsa vad varje enskild deltagare har sagt, därmed är konfidentialiteten uppnådd. Vid intervjuer med flera deltagare går det inte att utlova anonymitet (Holloway & Wheeler, 2002; Vetenskapsrådet, 2002).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom tre kategorier som belyser vårdpersonalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Dessa kategorier diskuteras var för sig för att det ska bli tydligt.

Förutsättningar

I undersökningen framkom det att träning tar mycket tid från vården. Att tid avsätts är en förutsättning för att teamträning ska kunna genomföras, klinisk simulering är praktiskt att genomföra, det kan göras återkommande och det är säkert (Fox-Robichaud & Nimmo, 2007). Intervjudeltagarna påtalade att träning i liten grupp är önskvärd. Det har framkommit i andra studier att det fungerar bäst i små grupper vilket gör att det blir dyrt och tar mycket tid (Fox-Robichaud & Nimmo, 2007). Enligt Gaba (2004) är kostnaden beroende på vilken

målgruppen är, syftet med simuleringen, vilken teknologi som används och hur det organiseras. För kliniskt verksam personal måste tid tas från patientarbetet för att möjliggöra träning, vården är organiserad på ett sätt som gör det svårt att avsätta tid. Inom andra högteknologiska organisationer är träning en accepterad del av arbetet inte bara ett komplement till arbetet. Industrin hyr in personal för att det ska fungera (Gaba, 2004). Många patienter önskar erfaren personal vilket leder till minskad möjlighet att träna. Nya arbetstidslagar ändrar förutsättningarna och gör det svårare att avsätta tid för träning, detta på grund av minskad överlappningstid. Simulerad träning kan ge en möjlighet till praktisk erfarenhet för framtidens personal (Weinstock et al., 2005).

Sjukvården är ett av få högriskområden som först nu insett vikten av återkommande simulering i personalens kompetensutveckling. Några exempel på andra högriskområden är militären och flyget, som tränat i simulering under lång tid. I en simulerad miljö erbjuds möjlighet att integrera teamarbete som liknar den kliniska verkligheten. Detta kan vara ett komplement till traditionell utbildning (Shapiro et al., 2004). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) ska möjlighet ges till samundervisning och stärka förmågan till problemlösning. Resultaten i undersökningen pekade på att denna form av utbildning kunde ge möjlighet till detta. Deltagarna upplevde att teamträning i simulerad form förekommer ganska sällan. Det vore bra att kunna underlätta och möjliggöra denna form av utbildning regelbundet och schemalagt. Ett bra stöd från ledningen och att extra resurser tillförs klinikerna är en förutsättning för att det ska vara genomförbart. Ett kliniskt träningscenter på sjukhuset är under uppbyggnad 2008-2009, när lokalerna är färdiga kommer det att underlätta träning i simulerad miljö.

Vad gör jag och vad gör andra

Deltagarna i undersökningen upplevde det positivt och lärorikt att få en inblick i andra yrkeskategoriers arbetsuppgifter. I undersökningar gjorda av Leonard et al. (2004) och Sundar et al. (2007) framkom samma synpunkter. Centralt i effektivt teamarbete är kommunikationen. Intervjudeltagarna påtalade vikten av att träna kommunikation i stressade lägen. Att teammedlemmar hela tiden är olika, aldrig samma vid akuta situationer komplicerar teamprocessen. Teamarbete är därför en kritisk faktor i dynamiska och komplexa team (Eppich et al., 2008). Nyckelfaktorer för fungerande vård är att lära personal hur de ska kommunicera och skapa möjligheter och acceptans för att uttrycka åsikter. Att även tydliggöra olikheter i kommunikationsstil mellan olika yrkesgrupper är viktigt. Mänskliga faktorer spelar stor roll och möjligheten att få träna sådana aspekter är angeläget. En undersökning visade att när praktiska moment tränades tillsammans med kommunikation, samarbete och feedback, hade det större effekt två månader efter träning. Detta i jämförelse med en kontrollgrupp som tränade praktiska färdigheter utan feedback (St Pierre et al., 2004). Feedback i teamet efter träning var en faktor som gav snabb inläring och bästa kliniska effekt. För att kunna sätta fokus på teamarbete och kommunikation behövdes ett standardiserat verktyg som var lätt att använda i vårdprocessen (Leonard et al., 2004). Intervjudeltagarna i undersökningen poängterade vikten av att någon ledde arbetet och var tydlig i akuta situationer, det var bra att få träna detta under utbildning.

Olika studier har vidareutvecklat utbildning enligt Crisis Resource Management, CRM, med hjälp av nyckelaspekter och checklistor för att göra utbildningen mer effektiv. Ett instrument som kan användas vid teamträning bedömer genomförande, ledarskap, problemlösning, praktiskt kunnande och kommunikation. De olika områdena värderades och bedömdes efter sju olika nivåer (Kim, Neilipovitz, Cardinal, Chiu, & Clinch, 2006). Ett instrument som detta kunde förtydliga och göra teamträningen mer inriktad på dessa aspekter. Detta borde vara

möjligt att använda i svensk sjukvård och det var validerat i studien av Kim et al. (2006). Sundar et al. (2007) utgår från olika komponenter som gjorde teamet effektivt. De poängterade vikten av att involvera rätt personer i beslutsfattandet. Att medlemmar stödjer varandra och har förståelse för varandras olika roller och hur de passar ihop. Att de kommunicerar och har förmåga att involvera nya teammedlemmar. Inställningen ska vara att teamet gemensamt har stora möjligheter att lyckas. Det finns ett observationsformulär som används vid undervisning i neonatal återupplivning av nyfödda. Där observeras följande teambeteenden: Efterfrågas anamnesen? Delar de information med varandra? Återkopplar de till hur hela återupplivningsprocessen fungerar? Utvärderar de om rätt beslut tagits? Används alla team medlemmar? Är deltagarna fokuserade på återupplivningen? Att just dessa beteenden ansågs viktiga var att de framkom i fokusgruppsintervjuer och observationer vid verkliga återupplivningssituationer (Thomas et al., 2007).

Ett tillfälle att göra fel

Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna framförde åsikter om att det var viktigt att få träna på en docka och att få göra alla fel på film istället för i verkligheten. Intervjudeltagarna upplevde det annorlunda när det var en docka istället för en patient. Några upplevde det besvärande med kameran medan några tyckte att det var det mest värdefulla. En studie av multidisciplinära team som tränat simulerad återupplivning vid tre tillfällen under en dag, visade en ökning av överlevnaden med 0-90% från det första till det tredje övningstillfället. Denna studie stärkte slutsatsen om att teamträning gav positiv effekt både på teamet och på den simulerade patienten (DeVita, Schaefer, Lutz, Wang, & Dongilli, 2005).

John Deweys (1936) hypotes om att lära genom praktisk handling och att lära mer av misslyckanden än av framgång, var något som även deltagarna i undersökningen påtalade. Det känns intressant att tankar från början av 1900-talet stämmer väl överens med åsikter från början av 2000-talet. Studier visade att teamträning gav positiva effekter men det fanns inte mycket som faktiskt visade att det ledde till ökad patientsäkerhet. I miljöer där fel inte förekommer så ofta men orsakar stor skada när de väl inträffar är det angeläget att ta tillvara alla tillfällen till träning. Det är nödvändigt att få ett lärande klimat där personalen är villig att berätta om misslyckanden och fel. Det är betydelsefullt för patientsäkerheten att miljön är trygg och att personalen kan lita på att det de säger eller gör inte sätts mot dem (Burke, Salas, Wilson-Donnelly, & Priest, 2004). Att använda simulering som en strategi för att lära ut säkerhetsprinciper var en positiv erfarenhet menade sjuksköterskor och studenter i en studie från USA. Deras upplevelse var att lärande om säkerhet blev roligt med hjälp av simulering (Paparella, Mariani, Layton, & Carpenter, 2004).

För patientsäkerheten är dokumentationen i samband med akuta situationer viktig. Intervjudeltagarna påtalade att de under teamutbildningen insett vikten av att avsätta en person som dokumenterade. De tänkte nu på detta med dokumentation under verkliga händelser på ett annat sätt än tidigare. På neonatalavdelningen finns en whiteboard i akutrummet där dokumentation kan ske under akuta situationer. Den sattes upp efter start av CEPS-utbildningen 2004, och har varit till stor hjälp. I en studie kommenterades att whiteboard användes i både förberedelserum och i operationsrum som ett dokumentationshjälpmedel under den akuta situationen (France, Leming-Lee, Jackson, Feistritzer, & Higgins, 2008).

Det är svårt att göra studier som visar effekt på patientsäkerhet efter simulerad eller klassrumsbaserad teamträning (Sundar et al., 2007). I en studie menade 22 deltagare av 25 att simulerade fall visade realistiska problem, 25 deltagare tyckte att simulerad träning ökade

deras kunskap. Videobaserad feedback var väldigt bra tyckte 23 av 25. Alla 25 deltagarna tyckte att simulerad träning var bättre än traditionell träning (Berkenstadt et al., 2003). I en pilotstudie av Kyrkjebø et al. (2006) framkom att det var bra att involvera studenter i interprofessionell teamträning under simulering. Det underlättade inlärningsprocessen och gav möjlighet till reflektion över den egna rollen och gav ökad insyn i andra professioners arbete. Simulerad teamträning gjorde det möjligt att även involvera patientsäkerhetsaspekter.

Patricia Benners teori (1984) från novis till expert är ett exempel på hur en omvårdnadsteori kan tillämpas i detta sammanhang. När sjukvårdspersonal och studenter får träna i team i simulerad miljö utvidgas deras kunskap och det ger möjlighet att snabbare tillägna sig expertkunskaper. Benner pratar om vikten av att få mer klinisk erfarenhet och att realistiska övningar kan vara en möjlighet till detta. Hennes synpunkter överensstämmer med resultatet i denna undersökning, att praktisk erfarenhet är viktig. När träning i team i simulerade miljöer kan erbjudas, är uppfattningen att det ger ytterligare en möjlighet att få praktisk träning. Det stärker även deltagarna i deras egen rolluppfattning. Intervjudeltagarna menade att om teamträning sker med endast en yrkeskategori och deltagarna spelar andra roller än sin egen, missas mycket av vinsterna med teamträning. För att träningen ska vara meningsfull, visar en studie att simulerad träning ska bedrivas av kliniskt aktiva som är experter i sitt eget område (Fox-Robichaud & Nimmo, 2007).

Många fel i sjukvården beror inte på dålig kunskap men det handlar om svårigheter att omvandla teoretisk kunskap till meningsfull praktisk handling i klinisk verksamhet. Det är viktigt att vara medveten om att fel förekommer och att alla kan göra fel. Träning av samarbete och kommunikation i team med olika yrkeskategorier är svårt i skolan. Att träna detta är mer lämpligt i klinisk verksamhet. En möjlighet att minska mänskliga fel är att använda CRM konceptet. Säkerhet kommer inte automatiskt i en organisation, dagligen måste säkerhetsaspekter beaktas och utvecklas (Rall & Dieckmann, 2005).

I resultatet är tre kategorier beskrivna: Om förutsättningar ges till träning, om jag vet vad jag ska göra och vad andra gör och om det ges tillfälle att göra fel i en simulerad miljö, borde det i förlängningen leda till ökad patientsäkerhet.

Slutsatser

En samlad bild av intervjuerna var att deltagarnas uppfattning var väldigt lika oavsett yrkeskategori. I alla grupper framkom att det var roligt och givande att träna i team i simulerad miljö. De poängterade att det är bättre att göra fel under träning än i verkligheten. Deltagarna upplevde det annorlunda att träna på en docka än på en patient, det var inte naturtroget. Några blev besvärade av kameran men de flesta tyckte att det var värdefullt. Deltagarna upplevde att de lärt sig mycket, att teamet är viktigt och att alla har en uppgift. De har fått större inblick i olika yrkesrollers funktion. Uppfattningen var att de tagit med sig kunskapen ut i den kliniska verksamheten. Deltagarna önskade teamträning regelbundet och gärna schemalagt. De påtalade vikten av att ledningen var positivt inställd till teamträning och att organisationen fungerade på ett bra sätt. Intervjudeltagarna påpekade, när de fick tid att träna var det ett budskap om att den som gav tiden tyckte att det var viktigt. Det tog mycket tid från patientvården men det var viktigt för att öka patientsäkerheten och för att få en likriktad vård menade deltagarna. Förhoppningen är att denna undersökning kan leda till att resurser avsätts till denna form av träning.

Omnämmanden

Vi vill gärna tacka arbetsgivaren för att vi fått avsatt tid för detta arbete. Att våra chefer har underlättat och möjliggjort genomförandet av intervjuer med personalen. Vi vill också tacka all personal som deltagit i fokusgruppsintervjuer och gjort vår undersökning möjlig.

Referenser

- Benner, B. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.
- Benner, R. & Benner, P. (1991). Stories from the front lines. *Healthcare Forum Journal*, 34(4), 68-74.
- Benner, P., Rooke, L., & Grundberg, T. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Berkenstadt, H., Ziv, A., Barsuk, D., Levine, I., Cohen, A., & Vardi, A. (2003). The use of advanced simulation in the training of anesthesiologists to treat chemical warfare casualties. *Anesthesia & Analgesia*, 96(6), 1739-1742.
- Burke, C. S., Salas, E., Wilson-Donnelly, K., & Priest, H. (2004). How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation and military communities. *Quality and Safety in Health Care*, 13 Suppl 1, 96-104.
- Carlström, E., & Berlin, J. (2004). *Boken om team: en kunskapsöversikt om team och teamarbete inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- DeVita, M. A., Schaefer, J., Lutz, J., Wang, H., & Dongilli, T. (2005). Improving medical emergency team (MET) performance using a novel curriculum and a computerized human patient simulator. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 326-331.
- 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.
- Fox-Robichaud, A. E., & Nimmo, G. R. (2007). Education and simulation techniques for improving reliability of care. *Current Opinion in Critical Care*, 13(6), 737-741.
- France, D. J., Leming-Lee, S., Jackson, T., Feistritz, N. R., & Higgins, M. S. (2008). An observational analysis of surgical team compliance with perioperative safety practices after crew resource management training. *The American Journal of Surgery*, 195(4), 546-553.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 13 Suppl 1, 2-10.

- 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.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell.
- 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 & Environmental Medicine*, 63(9), 763-770.
- Hälsö högskolan. (2008). Etisk egengranskning. Hämtad 25 september, 2008, från <http://www.hhj.hj.se/doc/3871>
- Kim, J., Neilipovitz, D., Cardinal, P., Chiu, M., & Clinch, J. (2006). A pilot study using high-fidelity simulation to formally evaluate performance in the resuscitation of critically ill patients: The University of Ottawa Critical Care Medicine, High-Fidelity Simulation, and Crisis Resource Management I Study. *Critical Care Medicine*, 34(8), 2167-2174.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Krueger, R. A. (1998). *Focus group kit. Vol. 6, Analyzing & reporting focus group results*. Thousand Oaks, California: Sage.
- KTC. (2008). KTC, Kliniskt Tränings Centrum. Hämtad 31 oktober, 2008, från http://www.karolinska.se/templates/Page_73532.aspx?epslanguage=SV
- Kyrkjæbo, J. M., Brattebo, G., & Smith-Strom, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 507-516.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13 Suppl 1, 85-90.
- Malmström, S., Györki, I., & Sjögren, P. A. (2002). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bonnier.
- Paparella, S. F., Mariani, B. A., Layton, K., & Carpenter, A. M. (2004). Patient safety simulation: learning about safety never seemed more fun. *Journal for Nurses in Staff Development* 20(6), 247-252.
- Rall, M., & Dieckmann, P. (2005). Safety culture and crisis resource management in airway management: general principles to enhance patient safety in critical airway situations. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 19(4), 539-557.

- Shapiro, M. J., Morey, J. C., Small, S. D., Langford, V., Kaylor, C. J., Jagminas, L., et al. (2004). Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum? *Quality and Safety in Health Care*, 13(6), 417-421.
- SKL. (2008). Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Hämtad 16 oktober 2008, från <http://www.skl.se/artikel.asp?C=6656&A=48354>
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 9 september, 2008, från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen. (2008). Vårdskador inom somatisk slutenvård. Hämtad 9 september, 2008, från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10038/2008-109-16.htm>
- St Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C., Grapengeter, M., Harms, H., Breuer, G., et al. (2004). Simulator-based modular human factor training in anesthesiology. Concept and results of the module "Communication and Team Cooperation". *Anaesthetist*, 53(2), 144-152.
- Stensmo, C. (1994). *Pedagogisk filosofi: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Thomas, E. J., Taggart, B., Crandell, S., Lasky, R. E., Williams, A. L., Love, L. J., et al. (2007). Teaching teamwork during the Neonatal Resuscitation Program: a randomized trial. *Journal of Perinatology*, 27(7), 409-414.
- Trost, J. (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Weinstock, P. H., Kappus, L. J., Kleinman, M. E., Grenier, B., Hickey, P., & Burns, J. P. (2005). Toward a new paradigm in hospital-based pediatric education: the development of an onsite simulator program. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(6), 635-641.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 25 september, 2008, från http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Ansökan om tillstånd att få genomföra fokusgruppsintervjuer.

Vi är två sjuksköterskor som heter Maria Edstrand och Karina Wahl, verksamma på kirurg- och neonatalavdelning. Vi ska skriva en C-uppsats på Hälsohögskolan i Jönköping. Syftet är att beskriva vårdpersonals uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Vår förhoppning är att kunna belysa teamträningens betydelse och effekter.

Vi kommer att genomföra en intervjustudie med fokusgrupper. Varje grupp kommer att bestå av 4-6 deltagare, intervjuerna kommer genomföras med varje yrkesgrupp för sig, läkare, sjuksköterskor/barnsjuksköterskor och undersköterskor/barnsköterskor. Vi planerar att hålla tre intervjuer på respektive avdelning. Varje intervjutillfälle beräknas ta ca 1 timma och förläggs på lämplig tid och plats som anpassas efter verksamheten och planeras ihop med vårdenhetschefen.

Vi ansöker om tillstånd att få genomföra dessa intervjuer under hösten 2008.

Skriftligt medgivande skickas så snart som möjligt i medföljande svarskuvert.

Vid eventuella frågor och ytterligare information är du välkommen att kontakta oss via telefon eller E-post.

Tack på förhand!

XXXXXXX

Verksamhetschef

XXXXXXX

Karina Wahl
XXXXXXX

Maria Edstrand
XXXXXXX

XXXXXXX

Ansökan om tillstånd att få genomföra fokusgruppsintervjuer.

Vi är två sjuksköterskor som heter Maria Edstrand och Karina Wahl, verksamma på kirurg- och neonatalavdelning. Vi ska skriva en C-uppsats på Hälsohögskolan i Jönköping. Syftet är att beskriva vårdpersonals uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Vår förhoppning är att kunna belysa teamträningens betydelse och effekter. Vi kommer att genomföra en intervjustudie med fokusgrupper. Varje grupp kommer att bestå av 4-6 deltagare, intervjuerna kommer genomföras med varje yrkesgrupp för sig, läkare, sjuksköterskor/barnsjuksköterskor och undersköterskor/barnsköterskor. Vi planerar att hålla tre intervjuer på respektive avdelning. Varje intervjutillfälle beräknas ta ca 1 timma och förläggs på lämplig tid och plats som anpassas efter verksamheten och planeras ihop med vårdenhetschefen.

Vi ansöker om tillstånd att få genomföra dessa intervjuer under hösten 2008.

Skriftligt medgivande har inhämtats från verksamhetschefen på respektive klinik.

Vid eventuella frågor och ytterligare information är du/ni välkomna att kontakta oss via telefon eller E-post.

Tack på förhand!

XXXXXXX

Vårdenhetschef

XXXXXXX

Karina Wahl
XXXXXXX

Maria Edstrand
XXXXXXX

XXXXXXX

För kännedom

Vi är två sjuksköterskor som heter Maria Edstrand och Karina Wahl, verksamma på kirurg- och neonatalavdelning. Vi ska skriva en C-uppsats på Hälsohögskolan i Jönköping. Syftet är att beskriva vårdpersonals uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Vår förhoppning är att kunna belysa teamträningens betydelse och effekter. Vi kommer att genomföra en intervjustudie med fokusgrupper. Varje grupp kommer att bestå av 4-6 deltagare, intervjuerna kommer genomföras med varje yrkesgrupp för sig, läkare, sjuksköterskor/barnsjuksköterskor och undersköterskor/barnsköterskor. Vi planerar att hålla tre intervjuer på respektive avdelning. Varje intervjutillfälle beräknas ta ca 1 timma och förläggs på lämplig tid och plats som anpassas efter verksamheten och planeras ihop med vårdenhetschefen.

Intervjuerna kommer att ske under hösten 2008.

Skriftligt medgivande har inhämtats från verksamhetschefen och vårdenhetschefen på respektive klinik/avdelning.

Vid eventuella frågor och ytterligare information är du/ni välkomna att kontakta oss via telefon eller E-post.

Tack på förhand!

Karina Wahl
XXXXXXX

Maria Edstrand
XXXXXXX

XXXXXXX

En studie om vårdpersonalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö.

Vi är två sjuksköterskor som heter Maria Edstrand och Karina Wahl, verksamma på kirurg- och neonatalavdelning. Vi ska skriva en C-uppsats på Hälsohögskolan i Jönköping. Syftet är att beskriva vårdpersonalens uppfattning om teamträning i simulerad miljö. Vår förhoppning är att kunna belysa teamträningens betydelse och effekter.

Vi kommer att genomföra en intervjustudie med fokusgrupper. Varje grupp kommer att bestå av 4-6 deltagare, intervjuerna kommer genomföras med varje yrkesgrupp för sig, läkare, sjuksköterskor/barnsjuksköterskor och undersköterskor/barnsköterskor. Vi planerar att hålla tre intervjuer på respektive avdelning. Varje intervjutillfälle beräknas ta ca 1 timma och förläggs på lämplig tid och plats som anpassas efter verksamheten och planeras ihop med vårdenhetschefen. Intervjuerna kommer spelas in med hjälp av kamera och bandspelare för att sedan kunna analyseras. De kommer äga rum under hösten 2008 och vi vore mycket tacksamma om du ville delta.

Skriftligt medgivande har inhämtats från verksamhetschef och vårdenhetschef. Samverkansgruppen på respektive klinik har informerats.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta deltagandet, utan att ange något skäl. Vi garanterar konfidentialitet, dvs varje enskild individs synpunkter kommer inte kunna identifieras. Filmer och band kommer förvaras på säker plats. Resultatet kommer finnas tillgängligt på avdelningen när undersökningen är färdigställd.

Vid eventuella frågor och ytterligare information är du/ni välkomna att kontakta oss via telefon eller E-post.

Tack på förhand!

Karina Wahl
XXXXXXX

Maria Edstrand
XXXXXXX

XXXXXXX

Guide till fokusgruppsintervju:

Bilaga 5

- Uppfattning om teamträning i simulerad miljö?
- I vilken form? Vilka yrkeskategorier deltog?
- Upplevelse av träning?
- Effekter av träning? Kortsiktiga och långsiktiga?
- Bra och dåligt?
- Är det någon som vill tillägga något?