

Stöd finns för att fortbildning kan förbättra patientrelaterade utfall

BÄST EVIDENS NÄR RUTINER, RIKTLINJER OCH FÄRDIGHETER LÄRS UT OCH SEDAN TRÄNAS I TEAM

Cecilia Escher, med dr, överläkare, perioperativ medicin och intensivvård, instruktör vid CAMST (Centrum för avancerad medicinsk simulering och träning), Karolinska universitetssjukhuset Huddinge
 ● cecilia.escher@sl.se

Li Felländer-Tsai, professor, överläkare, trauma och reparativ medicin, föreståndare vid CAMST, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge; båda institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknologi, CLINTEC, Karolinska institutet, Stockholm

Läkarförbundets enkät har återigen påvisat minskad tid för läkares fortbildning. Men vilken evidens finns det för att fortbildning har betydelse för våra patienter? Att sprida kunskap om nya behandlingsmetoder och evidensbaserade riktlinjer är kärnan i fortbildning, men att vårdgivare har kunskap om riktlinjer är inte tillräckligt för att patienter ska få evidensbaserad vård – riktlinjer måste implementeras. Denna artikel fokuserar på färdighetsträning, samarbetsträning och implementering av evidensbaserade rutiner och ger exempel på forskningsansatser och evidens samt ett framtidsperspektiv.

Att träna eller att bara spela match?

För en spelare inom lagidrott eller en musiker i en symfoniorkester ter sig tanken på att komma till match eller konsert utan träning helt orimlig. Ingen lagledare eller dirigent skulle komma på tanken att sätta ihop ett lag av spelare eller en orkester enbart baserat på individuell skicklighet utan att man tränat/repeterat tillsammans. Inte heller skulle en spelare med färdigheter som var ett par år gamla och med erfarenhet bara av äldre utrustning vara den som togs ut till att spela i skarpt läge. Jämförelsen med idrott och musik haltar förstås något, mycket av sjukvårdsarbetet innebär rutin och att »toppa laget» är inte alltid nödvändigt för ett gott och förutsägbart utfall. Men från den enskilda patientens perspektiv är en intervention alltid ett skarpt läge. Alla patienter har rätt att förvänta sig att vi som vårdgivare följer reglerna, det vill säga arbetar enligt evidensbaserade riktlinjer samt optimal prestation även vid förlopp som avviker från det förväntade.

Evidens för färdighetsträning

Vi vet att tekniskt avancerade interventioner varje år läggs till behandlingsarsenalen. Många tekniker såsom minimalinvasiv kirurgi och interventionell radiologi har medfört stora fördelar för patienter i form av mindre trauma och kortare återhämtning. De tekniska utmaningarna för personal och risken för tillbud, misstag och vårdskador ökar dock med ökande komplexitet. Teknikutveckling i sig får inte driva utvecklingen utan rättmätiga krav på bättre och säkrare sjukvård, som måste vara den primära drivkraften för utveckling.

Samband mellan samarbetsfärdigheter och utfall

Vad gäller samarbetsfärdigheter och patientrelaterade utfall finns flera forskningsansatser. Då patientut-



Bild: Colourbox

»I en svensk intensivvårdsstudie kunde förbättrad kvalitet på samarbete och kommunikation påvisas efter en simulatorbaserad utbildningsintervention av en hel avdelning ... «

fall påverkas av så många faktorer är det svårt att hitta riktigt bra metoder för att säkerställa hur samarbetssträning kan bidra till bättre utfall. Liksom inom många andra områden av medicinsk forskning är man ofta hänvisad till surrogatmått. Förutom direkta studier med patientrelaterade utfall finns även studier där man analyserat orsaker till vårdskador.

Vid ett stort traumacentrum i USA skattades 7 procent av dödsfallen som undvikbara; de vanligaste påverkbara orsakerna var kliniska, till exempel fel dia-

HUVUDBUDSKAP

- Det finns stöd för att fortbildningsaktiviteter kan förbättra vårdutfall.
- Bäst evidens har samlade interventioner där rutiner/riktlinjer/färdigheter lärs ut och sedan tränas i de team där de ska användas.
- Oroande ökning av ohälsotal bland sjukvårdspersonal kan påverka patientsäkerheten.
- Forskning för att ta fram interventioner som främjar patientsäkerhet och personalhälsa bör prioriteras.
- Fortbildning bör kopplas till kvalitets- och patientsäkerhetsorganisation för att optimera effekten på organisationsnivå.

gnos eller försenad åtgärd. Den vanligaste föreslagna förbättringen var att korrigera ineffektiv kommunikation [1]. Flera studier som analyserat misstag och vårdskador anger kommunikationsbrister som starkt bidragande [2,3].

Även skattad kvalitet på samarbete och kommunikation kan kopplas till utfall för patienter, varför detta också används som mått. I en amerikansk enkätstudie med 6 000 svar såg man en korrelation mellan riskjusterad morbiditet och mortalitet och skattad kvalitet på samarbete och kommunikation mellan ansvariga kirurger och övrig personal [4].

Då säkerhetsklimatet på en enhet (mätt via patient-säkerhetsattityder i enkäter) har kunnat kopplas till utfall för patienter används personalens attityder till patientsäkerhet också som surrogatmått [5,6].

Interventioner för bättre samarbetsfärdigheter

I en svensk intensivvårdsstudie kunde förbättrad kvalitet på samarbete och kommunikation påvisas efter en simulatorbaserad utbildningsintervention på en hel avdelning [7]. Interventionen studerades även med kvalitativ metodik, och bilden av ett förbättrat samarbetsklimat och ökad trygghet vid akuta situationer stärktes [8].

Studier har även visat positiva resultat vid klassrumsbaserad samarbetssträning [9] och ekonomiska vinster i form av färre vårdskador [10].

De studier som tydligast kan påvisa positiva samband mellan samarbetssträning och patientutfall innehåller interventioner bestående av flera olika komponenter [11, 12]. Inom obstetrik har interventioner inkluderande CTG-tolkning och interprofessionell träning av akuta situationer, som vid stor obstetrisk blödning och skulderdystoci, lett till färre komplikationer [13]. Denna typ av interventioner, där teori, träning av tekniker samt praktisk samarbetssträning kombineras, är en metod att bättre överbrygga det besvärande gapet mellan vetenskaplig evidens och klinisk praxis. Det är inte fastställt varför kombinationer av interventioner ter sig mer effektiva än enskilda insatser. Att använda flera lärmeter, befästade av ny kunskap genom träning samt interprofessionella diskussioner kan bidra.

Koppling personalfaktorer-patientsäkerhet

Det finns skäl att tro att trygg personal ger säker vård. Accelererande ohälsotal för alla vårdens professioner samt ökande personalomsättning och svårigheter att rekrytera och behålla kompetent arbetskraft ger detta perspektiv stor aktualitet. I en enkätbaserad intensivvårdsstudie fann man att enheter vars personal hade större självskattad emotionell utmattning hade högre patientmortalitet [14]. Det finns även forskning som kopplar personalskador till vårdskador [15].

Många letar efter metoder att minska ohälsotal och personalomsättning inom sjukvården. I en fransk intensivvårdsstudie ledde en 5-dagarskurs inkluderande träning av akuta situationer till mindre upplevd stress vid en uppföljning efter 6 månader [16].

I en avhandling från Uppsala universitet [17] påvisades posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller partiellt PTSD hos upp till 15 procent av de barnmorskor och obstetrikare som upplevt traumatiska patienthändelser, vilket huvuddelen av dem hade (»second vic-

tims«). Bland dem som var traumatiserade var skuld-känslor en bidragande orsak, och de lämnade sina arbetsplatser och även yrken i högre grad. Fynden väcker frågor om hur träning och systematiska stöd-åtgärder skulle kunna bidra till minskad sjuklighet och personalomsättning.

Sambanden mellan personalens välmående och patientrelaterade utfall är komplicerade och otillräckligt kartlagda. Detta forskningsområde bör få prioritet framöver för att vägleda framtida evidensbaserade interventioner.

Samarbetssträning som interprofessionell fortbildning

Möjligheter. Interprofessionell samarbetssträning ger möjligheter att förbättra kvalitet på samarbete, att upptäcka svagheter/förbättringspotential, att testa ny utrustning, nya lokaler och procedurer och att träna effektivt omhändertagande vid »sällanhändelser« såsom hjärtstopp och anafylaxi. De studier som påvisat de största vinsterna är interventioner på hela avdelningar/enheter, allra helst med en kombination av aktiviteter, till exempel genomgång av evidensbaserade rutiner och samträning av de nya rutinerna [11-13]. Genom träning befästs kunskap på ett bättre sätt än genom att bara ta del av en riktlinje. Interprofessionella diskussioner, som alltid är en del av samarbetssträning, har också potential att ge goda bieffekter såsom ökad trygghet och ömsesidig förståelse för professionernas utmaningar.

Utmaningar. Samverkande professioner har ofta olika organisatorisk tillhörighet, i en så kallad stuprörsorganisation, vilket leder till stora utmaningar vid planering av fortbildning som innefattar mer än en profession. Huvudmännens ofta korta perspektiv och bristande koppling mellan personalthälsa, patientsäkerhets- och utbildningsorganisationer bidrar sannolikt till otillräcklig resursavsättning för och planering av fortbildning. Att vara utbildare är en spetskompetens som belönas skvalt. Många eldsjälare gör stora insatser, men ju mer slimmade verksamheter vi får, desto mer otillräckligt är det för huvudmännen att enbart lita till personligt engagemang.

Framtidsperspektiv

Resurser som läggs på fortbildning kommer våra patienter till del och evidens finns, även om kunskapen ännu är ofullständig. Den utveckling som skett med minskade anslag till fortbildning är oroväckande. För att upprätthålla och uppdatera nödvändiga kompetenser behövs fortbildning gällande specifika kunskaper, färdigheter, generella kunskaper samt interprofessionell fortbildning och träning. I framtiden bör fortbildningsinsatser tydligare kopplas till vårdens kvalitets- och patientsäkerhetssystem, så att vi tydligt kan adressera de brister som finns. Ett fint exempel är LÖF:s satsning på säker förlossningsvård, där minskad prevalens av barn med skador på grund av neonatal asfyxi var målet. Genomlysning av vårdskador och verksamheter ledde till en rad förbättringsförslag, varav interprofessionell träning av neonatal hjärt-lungräddning var ett. Avvikelsehantering och utredning av vårdskador sker hos alla vårdgivare, och information från dessa bör vara vägledande för hur fortbildningsinsatser planeras och prioriteras. Att

adressera brister och minska vårdskador kan även leda till bättre personalthälsa.

Genom tydligare styrning av fortbildningsinsatser med hjälp av kvalitetssystem kan vi också på ett bättre sätt motivera behovet av resurser för fortbildning. Alla vill vi vara kompetenta nog för att bidra till effektiv och säker vård. Vi behöver både spets och bredd under hela vårt arbetsliv som kan sträcka sig 50 år efter examen. Att fortbildning behövs för teoretisk och praktisk uppdatering liksom inhämtande av ny kun-

skap och nya färdigheter är uppenbart. Lika nödvändigt är att vår förmåga att arbeta som lagspelare ingår i vår ut- och fortbildning. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FRHW

Läs mer!

Engelsk sammanfattning på [Läkartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

REFERENSER

1. Vioque M, Kim P, McMaster J, et al. Classifying errors in preventable and potentially preventable trauma deaths: a 9-year review using the Joint Commission's standardized methodology. *Am J Surg*. 2014;208(2):187-94.
2. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, et al. Surgical team behavior and patient outcomes. *Am J Surg*. 2009;197(5):678-85.
3. Greenberg C, Regenbogen S, Studdert D, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injuries to surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2007;204(4):533-40.
4. Davenport D, Henderson W, Mosca C, et al. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *J Am Coll Surg*. 2007;205(6):778-84.
5. Huang D, Clermont G, Kong L, et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(3):151-61.
6. Singer S, Lin S, Falwell A, et al. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*. 2009;44(2 Pt 1):399-421.
7. Meurling L, Hedman L, Sandahl C, et al. Systematic simulation-based team training in a Swedish intensive care unit: a diverse response among critical care professions. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(6):485-94.
8. Sandahl C, Gustafsson H, Wallin CJ, et al. Simulation team training for improved teamwork in an intensive care unit. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013;26(29):174-88.
9. Morey J, Simon R, Jay G, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res*. 2002;37(6):1553-81.
10. Moffatt-Bruce S, Hefner J, Mekhjian H. What is the return on investment for implementation of a crew resource management program at an academic medical center? *Am J Med Qual*. 2017;32(1):5-11.
11. Cook D, Hamstra S, Brydges R, et al. Comparative effectiveness of instructional design features in simulation-based education: systematic review and meta-analysis. *Med Teach*. 2013;35(1):867-98.
12. Salas E, Burke C. Simulation for training is effective when ... *Qual Saf Health Care*. 2002;11(2):119-20.
13. Riley W, Begun J, Meredith L, et al. Integrated approach to reduce perinatal adverse events. *Health Serv Res*. 2016;51(Suppl 3):2431-52.
14. Welp A, Meier L, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol*. 2015;5:1573.
15. Taylor JA, Dominici F, Agnew J, et al. Do nurse and patient injuries share common antecedents? *BMJ Qual Saf*. 2012;21(2):101-11.
16. El Khamali R, Mouaci A, Valera S, et al. SISTRESSREA Study Group. Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(19):1988-97.
17. Wahlberg Å. Second victims in Swedish obstetrics [avhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2018.

SUMMARY

Continuous medical education and patient safety

There is evidence that continuous medical education (CME) can improve patient outcomes. Interventions involving bundles of activities, such as evidence based routines, new skills and team training of the skills and routines seem to be effective. There is some evidence that healthy staff delivers better care, and that burn-out can be a risk to patients as well as staff. To increase quality and better enforce the need for CME we suggest that education should be part of quality and patient safety organizations.