

Sjukvården måste bygga egen evidens med tidig teamträning

Flygindustrin och hälso- och sjukvården kan lära av varandra och förbättra teamarbete och patientsäkerhet i vården. Men det är viktigt att sjukvården kavlar upp ärmarna och arbetar med egna förutsättningar för innovativa lösningar och tar fram evidens för förbättringsarbetet.

I nom sjukvården tar vi så gärna till oss dramaturgin från säkerhetstänkandet i högriskverksamheter, som flyg-, kärnkrafts- eller oljeindustri. Sjukvården är förvisso en verklig högriskverksamhet, men skillnaden är stor i synen på katastrofernas omfattning. Sällsynta men dramatiska händelser som flygolyckor, härdsmlätor och sjönöd leder till många drabbade och dödade och/eller stor förödelse. Sjukvården skördar långt fler offer, men oftast ett och ett i en osynlig, tyst rad av negativa och förebyggbara händelser, där varken »kapten eller besättning» drabbas själva. Denna väsensskillnad bidrar antagligen till den långsamma förändringsviljan i säkerhetstänkande, liksom i underrapportering.

I Socialstyrelsens översyn av vårdskador 2008 fann man bland 1,2 miljoner slutenvårdstillfällen 105 000 (8,5 procent) undvikbara vårdskador, främst inom kirurgi och internmedicin [1, 2].

Systemfel och kommunikations- problem anges ofta som grundorsak till tillbud och olyckor. Detta har bidragit till att teamträning fått mycket uppmärksamhet när det gäller att höja patientsäkerheten inom vården. Mycket resurser har satsats på kortvariga och sporadiska utbildningar med patientsimulatorer, CRM-kurser (crew resource management), med svag evidens för deras effekt.

Simulerad teamträning i vården är



Varför inte koppla ihop teamträning och HLR-träning?, föreslår artikelförfattarna.

något nytt, som ännu inte etablerat sig som pedagogisk modell, och det finns mycket att bevisa i frågan om hur teamträning i en simulerad miljö överförs till praktiken i vården.

Vi vet att övning ger färdighet. Men hur och vem vi tränar spelar roll. Personal som teamtränat upplever att utbildningen varit lärorik och känner sig tryggare med nya kunskaper direkt efter kursen, så kallad self-efficacy effect [3]. Däremot har forskningen ännu inte visat att man verkligen tillämpar och bibehåller det man har lärt sig under teamträningen i det vardagliga vårdarbetet, och att denna teamträning faktiskt leder till ökad patientsäkerhet. Tvärtom har man visat att effekterna av träningen minskar mycket snart efter träningstillfället [4]. Om man nu ska spendera mycket pengar på att träna personalen och skapa dyra träningscentra vore det vettigt att satsa på något som verkligen kan ge resultat.

All forskning inom »performance», dvs hur man presterar inom t ex musik, kirurgi, sport, spel etc, visar att man måste träna ca 10 000 timmar eller ungefär tio år för att bli en duktig utövare. Med en medveten träning, sk deliberat practice, för att bli expert, så kallad »superior performer», krävs en kontinuerlig utveckling av kunskaperna [5].

I dag är det bara en bråkdel av all personal som teamtränar med CRM-principer som modell. I de flesta fall är detta en engångsföreteelse, men i bästa fall sker träningen vid några upprepade tillfällen vartannat till vart tredje år. Utbildningstiden kan också variera mellan 3 och 20 timmar per tillfälle. CRM är en träningsform som effektivt prioriterar kommunikations- och teamstruktur. Om teamträningen sker sporadiskt och inte möts av en organisationskultur som anpassats till en praxis där det går att utöva den, faller alla tillbaka i gamla banor.

Vårdgivarna, dvs huvudsakligen landstingen, vill ha tillgång till duktigt yrkesfolk, som snabbt och säkert fungerar i produktionen, medan universitet och högskola strävar efter att akademiskt forma sjuksköterske- och läkarstudenter med god teoretisk bakgrund och förmåga till kritisk granskning. Traditionen är att varje disciplin ska lära sig grunderna för sin profession var för sig och endast efter utbildningen, dvs i yrkeslivet, samarbeta kring patienter och anhöriga.

Man borde i mycket högre utsträckning än i dag praktisera interprofessionell teamträning redan under grundutbildningen och då använda fler träningsmodeller. Videoexempel kan användas under hela grundutbildningen för att visa effektivt teamarbete, men också att ha som grund för resonemang kring olika strategier för teamarbete

»Man borde i mycket högre utsträckning ... praktisera interprofessionell teamträning redan under grundutbildningen.»

tillsammans med erfarna handledare [6]. CRM-metoder borde införas från och med dag ett i ett interprofessionellt program och sedan upprepas genom hela grundutbildningen flera gånger per år. Tappra men glesa försök till samverkan mellan grundutbildningarna görs – men inte med fokus på patientsäkerhet.

Om teamträning genomfördes regelbundet skulle de färdigutbildade studenterna lätt kunna fortsätta att träna sina färdigheter tillsammans med övriga anställda. AT- och ST-läkare kan då tillsammans med övrig personal snabbare komma att utöva »deliberate practi-



ITALO MASIELLO

fil dr, docent, sektionschef Klinikum, Södersjukhuset; Karolinska Institutet, Stockholm, Italo.Masiello@ki.se



GUNILLA BOLINDER

med dr, docent, överläkare, FoUU-ledningen, Kliniskt träningscentrum, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

ce« för att kunna utvecklas och förbättras och nå »superior performance«. Detta skulle vara i enlighet med den evidens som tagits fram inom performance-forskningen, dvs träna ofta och i upptrappning. Med ett sådant upplägg skulle en specialistläkare ha 12–13 år av expert-teamfärdigheter och en specialistsjuksköterska 4–5 år. Inte illa!

Man kan fråga sig hur ofta och när vårdpersonal och studenter kan teamträna, men här kan man inspireras av Svenska rådet för hjärt- och lungräddning. Riktlinjerna från HLR-rådet säger att repetitionsträning ska ske minst en gång per år och att utbildningsmålen ska följas upp, redovisas centralt och utvärderas årligen. Det sker på de flesta vårdenheter i dag. Varför inte koppla ihop teamträning och HLR-träning? Återkommande interprofessionell träning av både team-färdigheter och HLR-färdigheter vid samma tillfälle ger nya doser av årlig träning, som maximerar lärande och retention [7]. HLR-rådet och den nystartade Svensk förening för klinisk träning och medicinsk simulering (KlinSim.se) bör samarbeta för att strukturera en sådan utveckling.

Patientsäkerhet är en fråga om kun-

skap, organisation och lokal kultur. Slentrian, slarv och okunskap tillåts i verksamheter där man saknar ett tydligt ledarskap, en kontinuerlig uppföljning av den enskilde medarbetarens kunskap och färdigheter och där ingen

»... piloternas krav på halvårsvisa simulatorövning och teamträning fullt applicerbar på sjukvården.«

träning av teamarbetet genomförs. När verksamheter vill införa fler tränings-tillfällen klandras verksamhetschefen för ökade kostnader. När ekonomi spelar en allt större roll blir det ännu viktigare att veta att man inte satsar på dagsländor. Genom att samla uppprepade evidens från olika forskningsfält får man underlag för en långsiktigt lönsam utbildningsstrategi för bättre patientsäkerhet. Dessutom måste vi förstå att flygindustri och hälso- och sjukvård är två komplexa, men väldigt olika organisationer med olika syfte och förutsättningar. Vi kan lära av varandra och förbättra teamarbete och patientsäkerhet i vården, men vi måste börja kavla upp ärmarna och arbeta med sjukvårdens egna förutsättningar för innovativa lös-

ningar och ta fram sjukvårdens egen evidens för förbättringsarbete.

Trots olikheterna är piloternas krav på halvårsvisa simulatorövningar och teamträning fullt applicerbar på sjukvården. Att börja tidigt under grundutbildning är att impregnera framtidens medarbetare i patientsäkerhet.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Soop M, Fryksmark U, Köster M, et al. Vårdsador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika, visar journalstudie. Läkartidningen. 2008;105(23):1748–52.
2. Socialstyrelsen. Vårdsador inom somatisk slutenvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. Artikel nr 2008-109-16. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/2008-109-16_200810916_rev2.pdf
3. Masiello I. Why simulation-based team training has not been used effectively and what can be done about it. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2012;17(2):279–88.
4. Stross JK. Maintaining competency in advanced cardiac life support skills. JAMA. 1983;249(24):3339–41.
5. Ericsson KA, Krampe R, Tesch-Römer C. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. Psychology Review. 1993; 100:363–406.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se

APROPÅ! Barn som förlorar en förälder

Låt barnen vara delaktiga i sorgen



I Sverige förlorar årligen 3 000–4 000 barn en förälder. Det innebär att varje dag nio barn i vårt land förlorar en förälder. Felix är ett av dem:

Felix, som precis fyllt fem år, kliver in i sjukhuset med tunga steg. Hans mamma ligger i en kall, smal säng. Hon är så sjuk att hon snart inte kan fortsätta andas. Ingen har sagt det, men Felix förstår. Där på sjukhuset jobbar Cecilia, den snälla sköterskan. Felix får hjälpa henne att fördela piller i medicinkoppar och mata akvariefiskarna.

Den kvällen då mamma slutar att andas finns Cecilia där. Hon lyfter upp Felix i sin famn och viskar att »nu åker nog mamas ande ut genom det öppna fönstret«. Det tror inte Felix men han är glad att hon berättar för honom vad hon tror. Han är glad att Cecilia är

där. Hon är den enda som verkligen har sett honom.

För ett barn som lever med en svårt sjuk eller döende förälder omkullkastas all trygghet. Det är anmärkningsvärt hur osynliga barnen är, både under sjukdomstiden och tiden som följer efter dödsfallet. Barnen lämnas ofta utanför och den kvarlevande föräldern får på egen hand och utan stöd från samhället kämpa med sitt föräldraskap, trots att hon eller han befinner sig i svår kris.

2010 kom nya regler i hälso- och sjukvårdslagen som säger att barn med en döende förälder ska erbjudas råd, stöd och information av sjukvården utifrån sina behov. Men tar vården sitt ansvar? Felix fick inte något stöd. Ingen information. Han hade tur som mötte en sköterska som ser sitt arbete i ett stort perspektiv.

Ett sorgearbete påbörjas under sjukdomstiden. Om man som anhörig får vara delaktig, får chans att ställa sina frågor till läkare och får vara nära den sjuke, så finns en förberedelse som blir viktig då döden inträffar. Det gäller för vuxna anhöriga såväl som för barn.

Forskarna Mikael Rostila och Jan Saarela publicerade en studie 2011 [1] som visar på ökad för tidig dödlighet för barn som förlorar en förälder under uppväxten. Det är oroväckande och allvarligt att ett sådant forskningsresultat i så hög grad lämnats i tystnad.

Forskningen visar alltså att sorg är hälsovådligt, och därför måste sjukvården förändras. För att de nio barn om dagen som förlorar en förälder inte ska behöva leva i sin sorg så osynliga som de gör i dag, kräver vi:

- Förändra vårdutbildningarna, förbered studenterna i hur man möter barn.
- Fortbilda sjukvårdspersonal i bemötande av barn.
- Se de anhöriga, både vuxna och barn. Låt barnen få vara delaktiga, låt dem finnas med i sjukrummen, i dödens väntrum och i sorgen.

Monika Nyström

försköllare, föreläsare, mamma och sörjande

Birgitta Gälldin Åberg

leg psykolog, specialist på barn, trauma och sorg

Lena Fagéus

präst, leg psykoterapeut, initiativtagare till FörSorg

REFERENS

1. Rostila M, Saarela JM. Time does not heal all wounds: mortality following the death of a parent. J Marriage Fam. 2011;73:236–49.