

Förbättrar medicinsk simulering teamarbetet på IVA?

FÖRFATTARE	Valentina Gashi Ida Knutsson
PROGRAM/KURS	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård HT '12 - VT '13
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Camilla Eide Sofie Jakobsson
EXAMINATOR	Lasse Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



2013-05-16

Tack!

Ett stort tack till Camilla Eide och Sofie Jakobsson för Ert goda och ödmjuka handledande samt all uppmuntran och positiva kommentarer under arbetet med denna magisteruppsats!

Våra familjer ska också ha ett stort tack för all stöd under denna intensiva och otroliga resa, tack för att Ni har stått ut.



Valentina Gashi & Ida Knutsson

Titel (svensk):	Förbättrar medicinsk simulering teamarbetet på IVA?
Titel (engelsk):	Does medical simulation improve teamwork at the ICU?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 hp
Kursbeteckning:	Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård, OM5320
Arbetets omfattning	15 Högskolepoäng
Sidantal	39 sidor exklusive bilagor
Författare:	Valentina Gashi Ida Knutsson
Handledare:	Camilla Eide Sofie Jakobsson
Examinator:	Lasse Persson

SAMMANFATTNING

Introduktion: Patientsäkerhet är viktig inom intensivvård och vårdpersonal behöver vara uppmärksamma och medvetna om detta. Klar och tydlig kommunikation samt ett välfungerande teamarbete kan motverka misstag och förbättra kvalitén på vården.

Syfte: Syftet var att beskriva hur medicinsk simulering påverkar teamarbete på en intensivvårdsavdelning och därmed patientsäkerheten.

Metod: Fokusgruppsintervjuer med semistrukturerade frågor genomfördes, deltagarna hade genomgått simuleringsövningar. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Deltagarna bestod av 4 sjuksköterskor samt 3 läkare, deltagarna intervjuades i grupper på två och två i varje yrkesgrupp var för sig, en läkare intervjuades enskilt. Analysen bestod av en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre temata framkom under analysen, *Ökad medvetenhet, Kommunikation i teamet* samt *Teamet och dess roller tydliggörs*. I dessa teman framkom att simuleringsövningar ökade medvetenheten hos deltagarna angående teamets betydelse, hur teamet kan arbeta för att uppnå god och säker vård. Kommunikation ansågs vara av största vikt samt kunde främja ett gott teamarbete. Deltagarna reflekterade även över sina egna och andras roller. Det framkom att det var viktigt att finna sin roll för att teamarbetet skulle fungera optimalt. En ledare ansågs vara någon som skapar delaktighet och får med alla i teamet.

Slutsats: Resultatet i denna pilotstudie bidrar till en ökad förståelse över hur simuleringsövningar kan påverka teamarbetet och de interprofessionella relationer som finns på en intensivvårdsavdelning. Simuleringsövningar ger en ökad medvetenhet över vikten av ett fungerande teamarbete samt en rak och tydlig kommunikation.

Nyckelord: *Patient simulation, patient safety, teamwork, communication, inter-professional relations & intensive care.*

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is important in intensive care and medical professionals need to be alert and aware of this. Clear communication, effective teamwork can prevent errors and improve quality of care.

Aim: The aim of this study was to describe how medical simulation affects teamwork in an intensive care unit, and thereby patient safety.

Method: Focus Group interviews were conducted and the participants had completed simulation training. Semi-structured questions were used for the interviews. The interviews were recorded and transcribed word for word. Four intensive care nurses and three doctors participated in the study. The nurses and doctors were interviewed separately in groups of two, one doctor were interviewed separately. The analysis was done with a qualitative content analysis method.

Result: Three themes emerged during the analysis. *Increased awareness, Communication in the team* and *The team and it's roles are clarified*. The themes showed that simulation training increases the awareness about the importance of the team and how the team can work to achieve good and safe patient care. Communication was of significant importance in promoting a good teamwork. For effective teamwork to occur, it was important for participants to find their roles. A leader was considered as being someone who involved everyone in the team.

Conclusion: The result in this pilot study contributes to an increased understanding regarding the impact that simulation straining has on teamwork and inter-professional relations that exist in an intensive care unit. Simulation training gives an increased awareness of the importance of a well-functioning teamwork and clear communication.

Keywords: *Patient simulation, patient safety, teamwork, communication, inter-professional relations & intensive care.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Medicinsk simulering	2
Vad är simulering?	2
Patientsäkerhet.....	3
Vad är säker vård?.....	3
Varför uppstår skador?	3
Undvika skador	4
Teamarbete	5
Vad är ett team?	5
Vad är ett bra team?	5
Interprofessionella relationer	6
Kommunikation.....	7
TIDIGARE FORSKNING	9
Vad tillför simulering för teamet?	9
Simulering och interprofessionella relationer.....	11
Patientsäkerhet.....	12
Tabell 1 Resultat av litteratursökning.....	14
Problemformulering.....	15
METOD	16
DESIGN	16
URVAL	16
DATAINSAMLING	17
DATAANALYS	18
PILOTSTUDIEN	19
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	22
RESULTAT	23
ÖKAD MEDVETENHET	23
KOMMUNIKATION SOM TRYGGHET	25
TEAMET OCH DESS ROLLER TYDLIGGÖRS	26
DISKUSSION	28
METODDISKUSSION	28
RESULTATDISKUSSION	31
REFERENSER	36
BILAGOR	1
1 Intervjuguide till fokusgruppsintervjuer	1
2 Information till informanter	2
3 Brev till vårdenhetschef	4

INTRODUKTION

INLEDNING

Socialstyrelsen rapporterar om vårdskademätningar som sker inom hälso- och sjukvård i landet. Var tionde patient som drabbas av vårdskador får bestående men eller någon annan form av funktionsnedsättning. Av alla fall som undersökts avled tre procent till följd av vårdskadan. Varje vårdskada innebär att en patient påverkas. Om vårdskadeundersökningen jämförs med antalet vårdtillfällen i Sverige skulle de motsvara cirka 105000 vårdskador under ett år (Socialstyrelsen, 2008).

Patientsäkerhet är en viktig aspekt inom intensivvård som vårdpersonal behöver vara uppmärksamma och medvetna om dagligen. Misstag och fel sker dagligen inom sjukvården som kan beror på otillräcklig kommunikation bland teamets medlemmar. Gaba (2004) och Chaboyer och Hewson-Conroy (2012) beskriver vikten av säker vård på intensivvårdsavdelningar. Patienterna är kritiskt sjuka inom intensivvården och behöver ständig övervakning och vård, därför krävs ett nära samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Enligt Gaba (2004) är medicinska simuleringsövningar något som tillämpas inom sjukvården för att öka kunskap och förbättra kommunikationen i teamet vilket kan bidra till att team medlemmarna utvecklar färdigheter och har god handlingsberedskap inför en verklig akut situation. Genom simulering kan samarbetet mellan yrkesgrupperna förbättras.

Inom intensivvården möts flera olika yrkesgrupper så som anestesiläkare, intensivvårdssjuksköterskor och undersköterskor. Det finns många olika förhållanden mellan yrkesgrupperna som kan påverka samarbetet. Benner, Tanner, Chesla, Rooke och Larsson-Wentz (1999) beskriver att gränserna mellan de olika yrkesgrupperna är hårfina och kanske ibland inte så tydliga. Danermark (2008) anser att genom att tidigt klargöra de olika yrkesgruppernas ansvar inom intensivvården kan de negativa effekterna av odefinierade roller motverkas, detta skulle i sin tur kunna förbättra patientsäkerheten genom att motverka misstag.

Genom en god kommunikation där ett gemensamt mål framgår kan de olika yrkesgrupperna förbättra säkerheten för patienterna. En fungerande kommunikation är viktigt för att med framgång kunna arbeta i team, skapa en gemensam förståelse och därmed en god vård (Danermark, 2008). Alla teammedlemmar måste både kunna lyssna och ifrågasätta när det behövs (Flin, O'Connor, & Crichton, 2008).

Studien syftar till att beskriva den medicinska simuleringens påverkan på teamarbete på intensivvårdsavdelningar och hur kommunikationen i teamet påverkas och även att undersöka om det finns skillnader i uppfattningar vad gäller teamarbete i de olika yrkesgrupperna. Patientsäkerheten är en viktig aspekt inom detta område då teamarbetet kan ha betydelse för patientens hälsa och välbefinnande, därför anser författarna att studien är viktig att genomföra.

BAKGRUND

Medicinsk simulering

Vad är simulering?

I denna studie kommer medicinsk simulering att förkortas och skrivas som simulering. Simulering är en teknik, som används för att ersätta eller förstärka verkliga erfarenheter med guidade upplevelser för att väcka eller återskapa viktiga delar av den verkliga världen för att träna olika akuta situationer. Medicinsk simulering används för att förbättra kompetensen hos vårdpersonal. Deltagarna får kunskap och utvecklar färdigheter som de sedan kan använda i verkliga arbetet. Det ges även utrymme för teamet att samarbeta och förbereda för faktiska händelser (Gaba, 2004). Detta överensstämmer med det Lake (2005) skriver om användning av simuleringsövningar för inläring. Simulering skapar en aktiv inlärningsprocess och det har visat sig att vuxna har lättare att lära sig med aktiva tekniker. Inläringen sker i en riskfri miljö och deltagarna kan upprepa de olika övningarna och på så sätt lära av sina misstag. Simulering används bland annat till för att träna beslutstagande, utreda medicinska misstag och testa nya produkter eller utrustning. Träning av beslutstagande samt utreda medicinska misstag är de två användningsområden inom simulering som utvecklar och förfinar läkares interpersonliga kompetens. Enligt *Centrum för avancerad medicinsk simulering och träning (CAMST)* innebär en avancerad medicinsk stimulering att med hjälp av avancerad apparatur och programmering tränar avancerad metodik och instruktion. Detta förenas med en kontinuerlig utvärdering (Simulatorcentrum, 2007).

Hammond (2004) skriver om "The human patient simulator" (HPS) som innebär simulering av den mänskliga patienten. En människoliknande fullskalig datoriserad docka används i en realistiskt klinisk miljö. Dockan kan programmeras för att simulera fysiologiska förhållanden av medicinska scenarier, som sedan kan övas på för intensivvården. Simulering med mänsklig docka tillåter utvärdering, ger vårdlaget en övning i kommunikation och interaktion till framtida utmanande situationer.

Hammond (2004) skriver vidare i sin artikel att undervisning och simuleringsövning ger bättre prestanda, minskar svarstid hos vårdpersonal samt att mindre avvikelser och fel uppstår jämfört med den normala utbildningen utan simulering med den mänskliga dockan. Medicinsk simulering har visat sig vara ett bra komplement till andra utbildningar så som Advanced trauma life support (ATLS).

Enligt Flin et al. (2008) finns det olika modeller för hur simuleringsövningar skall gå till. Dessa går ut på att först identifiera träningens behov, att det område som skall tränas bestäms t.ex. akutsituationer som kan uppkomma. Detta innebär att deltagarna har möjlighet att lära sig nya strategier eller förbättra de tidigare strategierna som används vid en akutsituation där patientens hälsa och säkerhet står på spel. Den mest effektiva strategin för simuleringsträning skall syfta till själva anledningen till

simuleringen, att kombinera de olika strategierna kan enligt Flin et al. (2008) vara den mest uppskattade och mest effektiva sättet. För att simuleringsövningarna skall ha effekt måste deltagarna ha en önskan att lära, ta del av nya kunskapar och sedan kunna ändra gamla tillvägagångssätt.

Enligt Socialstyrelsens *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* (SOSFS 2005:12) skall ledningssystem säkerställa att det finns rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Det finns simulatorcentrum i Sverige som hjälper verksamheter att uppfylla dessa krav med medicinsk simulering.

Lake (2005) skriver att medicinsk simulering kan användas i teammiljöer där flertal specialiteter arbetar tillsammans bland annat på intensivvårdsavdelningar, akutmottagningar och operationsrum. Att träna på att hantera akuta händelser kan säkerställa ett gott utförande på den levande patienten. Medicinsk simulering kan också användas för att uppmärksamma mänskliga misstag tidigt samt erbjuder en utökad intensivvårdsutbildning i en riskfri miljö där patienter inte tar skada (Hammond, 2004).

Patientsäkerhet

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) fokuserar på kvalitén på hälso- och sjukvården, målet är att upprätthålla en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen och bedrivs så att den uppfyller kraven på god vård. Vården ska vara säker, men exakt hur det ska gå till anges inte i denna lag.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär att det finns skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, vårdpersonalen ska kunna utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Personalen är skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.

Vad är säker vård?

Säker vård innebär att åtgärder genomförs som är avsedda att bota och lindra patienters symtom. Vården ska vara säker för alla patienter under alla dygnets timmar och i alla processer. Risker ska förutses och hanteras. Personal har ansvar att vara insatta i patientens tillstånd och behov. Vården ska inte påverkas vid överflyttningar mellan vårdgivare. Om en risk uppstår ska skadeverkningar begränsas och om en vårdskada ändå uppstår ska åtgärder vidtas för att förhindra att detta sker igen. Patienter och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet att göra vården säkrare. Detta är utvecklat ur rapporten: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century* (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Varför uppstår skador?

Det finns faktorer som påverkar säkerheten och dessa ingår i ett system med olika nivåer. Individer/personal är ansvariga för sina handlingar på alla nivåer i

vårdssystemet men personal ska även stödjas av hela systemet. Detta leder till att risker och skador kan minimeras. Systemfaktorer av betydelse för säker vård som är relevanta för studien är individrelaterade, så som kompetens och teamrelaterade, så som teamledning och kommunikation (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Arbetar man i direkt patientkontakt i vård och omsorg blir man förr eller senare involverad i en vårdskada, då man arbetar nära patienten. Misstag i direkt patientkontakt leder till direkta allvarliga följder. Dock kan faktorer som har sitt ursprung i systemet ha bidragit till att den slutliga handlingen fick en allvarlig utgång (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Vad är det då som sker när en patient råkar ut för en skada? Schweizerostmodellen är en väl använd modell som förklarar hur skador uppstår. Den bygger på att det hela tiden finns en mängd latent risker som bidrar till vårdskador. Dessa kan beskrivas som hål i barriärerna, till exempel att personalen inte har tillräcklig kunskap och då resurserna inte räcker till. Närmast patienten, där själva skadan uppstår, befinner sig vårdpersonalen och deras direkta handlingar. Genom att förstärka barriärerna med hjälp av utbildning och information så blir hålen i ostsquivorna färre och det blir svårare att göra fel. Barriärerna kan till exempel vara avdelningens struktur, arbetsförhållanden, utrustning eller vara personbundet, så som att vara påläst. Barriärerna i modellen är viktiga, de både förhindrar förutsägbara händelser men även sådana som inte går att förutse. Personalen behöver med jämna mellanrum träna sin förmåga att upptäcka signaler på att något allvarligt är på väg att hända samt de behöver kunna bedöma allvarlighetsgraden i en händelse. Sammanfattningsvis visar denna modell att mänskliga misstag inom vården är ett symptom på gemensamma problem som berör många olika nivåer (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Benner et al. (1999) skriver att det är viktigt att det finns en kollektiv uppmärksamhet bland vårdpersonal i akuta situationer, på så sätt skapas det ett överflöd av expertkunskande som är mycket viktigt för patientens överlevnad och patientens säkerhet. I och med ett överflöd av expertkunskande så ökar även säkerheten och risken för vårdskador minskar.

Undvika skador

Gaba (2004) skriver om simulering och om simuleringsövningar kan förbättra patientsäkerheten. Det finns en vision om att erbjuda personal kontinuerlig systematisk utbildning, repetition och övning, detta skulle kunna bidra till en mer säker klinisk vård och på så sätt även indirekt öka patientsäkerheten.

Chaboyer och Hewson-Conroy (2012b) beskriver olika sätt att öka säkerheten på, bland annat genom monitorering och förståelse av de riskerna som patienten står inför under intensivvården. Det som är av stor vikt är att förbättra patienters vård och minimera risken för ytterligare skada, detta kan göras genom att använda ett vanligt

tillvägagångsätt för snabba beslut ”Plan-Do-Study-Act (PDSA)”. De fyra viktiga stegen utförs kontinuerligt:

- Plan - först planeras och identifieras mål,
- Do – föra planen i verkan genom att samla relevant information,
- Study – studera resultaten av interventionen och om den var lyckad, notera styrkor eller begränsningar med interventionen,
- Act – besluta om interventionen skall användas, överges eller anpassas för vidare planer.

Intensivvårdsorganisationer över hela världen förpliktigade till patientsäkerhet genom att skriva på deklARATIONEN i Wien år 2009. Patientsäkerheten ses som en viktig komponent för vården som ges. Att förbättra säkerheten inom vården innebär att kunna uppfatta situationer som påverkar de patienter som är i riskzonen och kan skadas (Chaboyer & Hewson-Conroy, 2012).

Teamarbete

Vad är ett team?

Flin et al. (2008) beskriver en definition av ett team. Det är en grupp med två eller fler medlemmar som arbetar dynamiskt mot ett gemensamt mål. Medlemmarna har alla varsin specifik roll eller funktion att utföra. Teamarbetet innebär att alla stöttar varandra, konflikter löses, information utbyts och aktiviteter koordineras. Teamet måste fungera effektivt redan när det skapas och därför måste teammedlemmarna ha klart för sig hur de kommer förväntas arbeta tillsammans.

Teammedlemmarna skapar med sin kunskap, färdigheter, attityder och personligheter en process, som innefattar kommunikation, beslutstagande eller koordinering. Processen påverkas även av teamets struktur, som styrs av storlek, normer, roller, status och sammanhållning. Processen leder sedan fram till att teamet presterar något gemensamt. Teamets prestation kan mätas i produktivitet, kvalitet samt i relation till säkerhet genom mätning av olyckor och fel (Flin et al., 2008).

Team förekommer frekvent i organisationer och är en del av ett större socialt system. Problem inom teamarbete har visat sig vara att rollerna inte är definierade, brist på tydlig kommunikation, misslyckande med att lösa konflikter och bristfällig kommunikation (Flin et al., 2008).

Vad är ett bra team?

För att ett team ska prestera bra krävs det att medlemmarna både har den skicklighet som krävs för deras individuella uppgifter samt har färdighet att arbeta i team. Tydlig kommunikation och gemensamma mål skapar en förutsättning för en bra prestation. Teammedlemmarna behöver även vara motiverade och känna sig som en del av teamet. För att ytterligare förbättra teamets prestation krävs en förståelse för uppgiften och de andra teammedlemmarnas roller och ansvar. Detta leder till att medlemmarna får lättare att förstå varandras behov. Genom att teammedlemmarna är

medvetna om varandras behov utvecklas en effektiv, outtalad kommunikation. Det krävs även ett teamledarskap där en ledare ser till att teamet upprätthåller sammanhållning och arbetar mot ett gemensamt mål. Utvecklande av en färdighet som att kunna förutse händelser ökar teamets prestation ytterligare (Flin et al., 2008).

Benner et al. (1999) beskriver att ett bra teamarbete i en akutsituation är då alla vet vad de ska göra och behöver få eller inga instruktioner. Alla medlemmar i ett team behöver förstå vad som behöver göras och gör det. Det leder till att akuta situationer kan hanteras på ett bra sätt. Denna kunskap måste läras in i teamsituationer och grundas av patientens kliniska reaktioner. Att inneha en praktisk kompetens innebär att man kan kombinera god samordning och organisationsförmåga. De enskilda parametrarna används för att skapa en helhetsbild av patientens reaktioner.

En effektiv och avancerad teamprestation kan utvecklas genom träning. Ett team är mer än en samling individer och ett högpresterande team föds inte, utan skapas. Detta belyser vikten av teamträning. Träning av individer som arbetar i team bygger på att utveckla kompetens, kunskaper, färdigheter och attityder hos individer samt att träna metoder och tekniker. För att minimera risken för problem vid teamarbete behöver teamet utveckla en identitet där teammedlemmarna lär sig sina enskilda roller och uppgifter samt förstår de andra medlemmarnas roller. Detta sker genom träning, att dela upplevelser eller genom att reflektera över hur teamet fungerar. Team behöver utveckla mer automatiska sätt att koordinera effektivt och teammedlemmarna behöver vara på det klara med hur åtgärder utförs i deras team (Flin et al., 2008).

Interprofessionella relationer

De vanligaste problemen i samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna kan vara samarbetsaspekt, statuskillnader, könsrollfördomar och ojämlig maktfördelning. De professionella gränserna mellan medicin och omvårdnad har börjat suddas ut och omvårdnaden får ett större medicinskt ansvar utan att detta ansvar erkänns (Benner et al., 1999).

Vanligtvis ifrågasätter sjuksköterskan inte läkarens beslut och ansvar för de medicinska aspekterna, men sjuksköterskans ansvar består i att fatta kliniska beslut timme för timme. Läkarnas ordinationer har förändrats från exakta instruktioner till riktlinjer eller parametrar. Ordinationerna består ofta i instruktioner till sjuksköterskan att patienten ska hålls inom vissa fysiologiska parametrar eller inom vissa terapeutiska parametrar gällande läkemedelsdoser. Detta döljer det stora ansvar som sjuksköterskor har i det medicinska beslutsfattandet (Benner et al., 1999). Danermark (2008) skriver vidare att det ibland handlar om status och ställning inom hierarkin, den som har större status har också större makt. För att motverka dessa negativa effekter borde ansvaret tidigt klargöras hos de olika yrkesgrupperna.

Stål (2008) belyser det dynamiska samspelet mellan olika personalgrupper och vikten av att ha ett professionellt förhållningssätt, detta kan sedan leda till framgång och motverkar misstag av olika insatser. Danermark (2008) skriver att det alltid

måste finnas en ömsesidig medvetenhet av makt i de olika yrkesgrupperna för att få en fungerande och framgångsrik interprofessionell kommunikation inom vården. Inom vården finns det en tendens till att det inte är kompetensen som avgör vilket inflytande en person har i ett sammanhang och i en viss sakfråga utan det är personens status. Den specialistutbildade läkarens ord väger tyngre än t.ex. undersköterskans. Det leder till att det då blir extra viktigt att eftersträva en respekt mellan yrkesgrupperna, för att den interprofessionella kommunikationen skall fungera korrekt.

Aitken, Chaboyer och Elliott (2012) beskriver i sin sammanfattning klinisk beslutsfattning som en essentiell aspekt inom intensivvård och detta formar den kliniska processen. Kliniskt beslutsfattande är en kognitiv process och strategi som sjuksköterskor använder för att förstå vikten av information, identifiera och diagnostisera aktuella eller potentiella patientproblem samt att fatta kliniska beslut för att nå positiva resultat för patienten. Information och tidigare kunskap leder fram till ett säkrare beslut inom vården.

Benner et al. (1999) skriver om att en oerfaren sjuksköterska förlitar sig på läkaren, men det är inte rätt att anta att alla läkare är lika kompetenta och kunniga. Läkaren ska inte heller förlita sig på att alla sjuksköterska är lika skickliga och kan identifiera relevanta aspekter på en situation. Idealrelationen skulle kunna vara att både läkare och sjuksköterskor är lika kompetenta och har lika goda kunskaper, men så är det inte i verkligheten.

Kommunikation

Kommunikation mellan vårdpersonalen kan förbättra kvalitén på vården som ges (Chaboyer & Hewson-Conroy, 2012). Kommunikation är utbytet av information, respons, idéer och känslor. Det tillhandahåller kunskap, skapar relationer, bildar förutsägbara beteendemönster och upprätthåller uppmärksamheten på uppgiften. Kommunikation är grundläggande för arbetsplatsens effektivitet och säkerhet (Flin et al., 2008).

Aitken et al. (2012) skriver att det är viktigt att eftersträva ett bra ledarskap inom intensivvård. Effektivt ledarskap handlar om att skapa en klar kommunikation, motivera teamet till att nå ett gemensamt mål och kommunicera effektivt inom gruppen. Flin et al. (2008) beskriver att i ett team är kommunikation ett medel genom vilket uppgifter uppnås. Handlingar är koordinerade genom instruktioner, ange avsikter samt att motta och ge information. Kommunikation spelar därför en viktig roll i att framgångsrikt utföra en uppgift. Dålig kommunikation har frekvent setts som en bidragande orsak till olika arbetsplatsolyckor. Misstag i kommunikationen kan ske när individer inte skickar vidare information, kommunicerar fel information samt dröjer med att fatta beslut.

På en social nivå skapar den muntliga kommunikationen relationer samt hjälper ett team att utföra sina uppgifter. Informationen, språket och timingen är även viktigt.

Dock är det inte bara innehållet som är viktigt för effektiv kommunikation. HUR det sägs kan vara minst lika viktigt. Icke-verbal kommunikation är hur individer kommunicerar utan att använda ord. Detta kan vara antingen avsiktligt eller oavsiktligt. Icke-verbal kommunikation avser ofta kroppsspråk. Det finns fyra klasser av icke-verbal kommunikation som är viktig på en arbetsplats; ansiktsuttryck och ögon, kroppsrörelser och gester, beröringsbeteende samt röstkaraktäristiska (Flin et al., 2008).

Kommunikationsproblem som har visat sig kunna påverka säkerhet och orsaka skador, är att de nödvändiga kanalerna för kommunikation inte finns eller fungerar, den nödvändiga informationen inte förs vidare och att informationen kommer fram men misstolkas eller kommer fram för sent. Barriärer för kommunikation kan uppstå både på grund av interna eller externa faktorer. Interna barriärer beror på individen medan externa barriärer kan finnas i omgivningen. Interna barriärer är till exempel språkskillnader, motivation, tidigare erfarenheter, förväntningar, fördomar, status, känslor och röstnivå. Externa barriärer kan vara ljud, distraktioner och brist på visuell stimuli så som kroppsspråk, gester, ansiktsuttryck (Flin et al., 2008).

Interprofessionell kommunikation handlar om att kommunicera om något, att skapa en gemensam förståelse mellan professioner, detta är en samhandling som kan bidra till en god kommunikation (Danermark, 2008). Definitionerna av en tillfredställande relation skiljer sig åt mellan läkare och sjuksköterskor. Det har i studier visat sig att sjuksköterskor lägger vikt på respekt och förtroende i den interprofessionella relationen medan läkarna anser att det som är av vikt är sjuksköterskans förmåga att kommunicera med läkaren, hennes vilja att hjälpa till och hennes kompetens. Vid konflikter har det visat sig att det ofta löses med hjälp av maktkamp eller anpassning istället för samarbete och gemensam problemlösning. Sjuksköterskor och läkare har visat sig ha samma uppfattning om vad gemensam problemlösning är, nämligen en process där sjuksköterskan bidrar med information till läkaren som sedan fattar besluten (Benner et al., 1999).

Flin et al. (2008) beskriver även rekommendationer för att förbättra kommunikation i team. Tydlighet, samordning, bestämdhet och att aktivt lyssna är faktorer som påverkar kommunikationen på ett positivt sätt. Tydlighet i kommunikationen innebär att en adekvat mängd information inkluderas för att minska risken för fel. Meddelandet ska vara så kort som möjligt, ge den nödvändiga informationen men inte överlasta mottagaren. Team som arbetar efter standardiserade kommuniceringsmönster är bättre på att koordinera sina uppgifter.

Samordning innebär att sändaren tillför informationen när den är som mest relevant, vilket i sig innebär att informationen inte kommer för tidigt eller för sent. Sändaren ska inte prata med mottagaren när denna tydligt är upptagen med viktiga uppgifter om inte informationen är brådskande. Bestämdhet är extra viktigt inom hälso- och sjukvården där statusskillnader kan påverka kommunikationsbeteende, så som att

inte våga ifrågasätta någon annans handlingar. Bestämmdhet betyder att man står upp för sig själv men att samtidigt respektera den andra personens åsikt. Om inte seniormedlemmar i teamet lär sig aktivt lyssna är det ingen idé att lära juniormedlemmar att vara bestämda. Även i ideala sammanhang är det bara en liten del av det som är hört som faktiskt lyssnas på. Genom att ha tålmod, ställa frågor, vara stöttande, upprepa, ha ögonkontakt och använda positivt kroppsspråk kan effektivt lyssnande utvecklas (Flin et al., 2008).

TIDIGARE FORSKNING

Nedan redovisas en genomgång av 16 vetenskapliga artiklar från databaserna Cinahl och PubMed. Sökorden som användes i PubMed var: *patient safety, patient simulation, interprofessional relations, communication, ICU, simulation training, intensive care, simulation, medical simulation* och *team*. Sökorden som författarna använde sig av på databasen Cinhal var: *simulation, team* och *safety*. Samt några artiklar författarna valt från listor som föreslås på PubMed. De enda inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara på engelska och svenska. Under sökningarna på Cinhal exkluderades medline artiklar, för att undvika dubletter från PubMed. Artiklarna valdes utefter syftet med studien, för att kunna ge en sammanställning av den tidigare forskning som gjorts. Se sammanställning av litteratursökning i Tabell 1.

Vad tillför simulering för teamet?

Weaver et al. (2010) skriver om den information som kan vara till nytta för vad som ska göras innan, under och efter ett träningsprogram. Den systematiska litteraturstudien över 27 artiklar visade att simuleringsbaserade teamövningar är effektiva metoder som kan leda till en ökad samarbetsförmåga i akuta situationer. Weaver et al. (2010) skriver vidare att simulationsövningar kan vara av nytta och användas som inlärningsverktyg i vården.

Genom en systematisk litteraturstudie över 48 artiklar framkommer vilka interventioner som förbättrar teameffektiviteten och hur evidensbaserade dessa interventioner är. De flesta av studierna hade låg kvalitet. Tre kategorier av interventioner identifierades och träning var en av dessa. I kategorin för träning visade sig simulering vara en intervention som var frekvent. De flesta simuleringarna riktade sig mot teamfunktion i kritiska situationer. De flesta studierna fann ett positivt samband mellan simuleringsträning och icke-tekniska teamfärdigheter. Tre studier visade att interprofessionell träning resulterade i förbättring av teamfärdigheter, teamklimat, medvetenhet om professionella roller, attityder, inläring och inhämtning av information (Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden, & van Wijk, 2010).

I en studie av Stevens et al. (2012) där operationspersonal, så som hjärtkirurg, anestesiläkare, operationssjuksköterska och anesthesisjuksköterska identifierade två områden som de ansåg hade hög prioritet. De områdena var att uppmuntra att tillföra

kritisk information samt att dela information mellan yrkesgrupperna. Deltagarna ansåg även att genomgångar, tidig kommunikation, känna teammedlemmarna och kontinuerlig träning med simulering var av vikt.

I en annan studie gjord av Kenaszchuk, MacMillan, van Soeren och Reeves (2011) beskrivs variationer i interprofessionellt samarbete samt attityder hos de olika yrkesgrupperna, som var sjuksköterskor, läkare och allierad vårdpersonal. Läkare ansåg att sjuksköterskor hade en god kommunikation medan de i sin tur erhöll dåliga omdömen angående kommunikation från sjuksköterskorna. Sammanfattningsvis gav läkarna bättre omdömen inom de olika områdena än de själva erhöll från sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. Läkarna värderade även team, teameffektivitet och gemensamt teamledarskap lågt. Eftersom läkarna har en sådan central roll inom hälso- och sjukvård borde detta strävas efter att förändra när interprofessionella vårdmodeller ska användas. Weaver et al. (2010) påpekar vikten av att välja ut de bland personalen som behöver träning, viktigt att även ta med andra i personalgruppen förutom sjuksköterskor och läkare till dessa träningsmöjligheter. Att sedan anpassa simuleringsträning till olika yrkesinriktningar inom vården är viktigt.

Pascual et al. (2011) studie undersöker om en HPS (Human Patient Simulation) baserad simuleringsträning förbättrar intensivvårdspersonals förmåga att hantera medicinska kriser. De som deltog i studien var sjuksköterskor och läkarassistenter som arbetade inom intensivvård. Akuta medicinska nödsituationer är associerade med höga patientrisker. Studiens resultat visar att det skedde en signifikant förbättring hos alla deltagarna gällande teamarbete, beslutsfattning och situationsmedvetenhet. Simuleringsövningarna gav dock ingen signifikant ökning i färdigheter i akutsjukvård. HPS simulering visade sig kunna förbättra ledarskap, teamarbete samt självförtroende att hantera medicinska nödsituationer hos intensivvårdspersonal.

Stocker et al. (2012) tvååriga studie visade att samtliga personalgrupper på en pediatrik intensivvårdsavdelning upplevde att utbildningsprogrammet de hade fått genomgå var effektivt vad gäller icke-tekniska färdigheter så som teamarbete och kommunikation. Simuleringsövningarna fokuserade på teamövningar som ökade deltagarnas icke-tekniska färdigheter. 2/3 av deltagarna kände sig säkrare i att delta i kommande framtida kritiska händelser. Figueroa, Sepanski, Goldberg och Shah (2012) visar i sin studie att simuleringsbaserad utbildning är effektiv när det gäller att öka samarbetsförmågan bland deltagare. Studiens deltagare var multidisciplinär pediatrik hjärtintensivvårdspersonal, så som sjuksköterskor, läkare, respiratoriska terapeuter samt övrig personal. Man fann även att deltagarna förtroende och skicklighet ökade signifikant direkt efter simuleringsövningar vad gäller roller i lagledare och avancerad hantering av luftvägar/defibrillering. Studien visar att simulering är ett effektivt sätt att förbättra kommunikation framför allt användandet av "close loop kommunikationen" och därmed ökar förtroendet bland medlemmar i

ett multidisciplinärt team under krisscenarier, detta gör så att simuleringsbaserad träning blir ett utmärkt verktyg för undervisning, men kan också användas för att genomföra nya processer.

Deltagare i simuleringsövningar ansåg att undervisningen var ett effektivt träningsredskap. Genom simuleringen kunde deltagarna träna på de akuta händelserna i en virtuell, stressig miljö utan risk för patienterna. Med hjälp av simuleringen kunde deltagarnas kliniska färdigheter, ledarskap och förmåga att arbeta i team bedömas (Pascual et al., 2011). Stevens et al. (2012) beskriver att teamarbetet förbättrades av interventionen och det framkom att en förbättring skedde gällande en gemensam förståelse för planen innan en procedur. Konflikter löstes även bättre och deltagarna upplevde att simuleringen hade en positiv effekt på deras personliga beteenden samt patientvården. Det personliga beteendet förbättrades med hänsyn till att deltagarna i större utsträckning tillförde kritisk information samt utvecklade en bättre kommunikation.

Stocker et al. (2012) beskriver även en stegvis ökning av självförtroendet bland deltagarna, som ökade med allt fler sessioner man deltog i. Således hade en upprepad exponering för simuleringsövningar visat sig vara mest fördelaktigt för kriser, resursförvaltning och utbildning. En enda utbildning är för lite för att utveckla dessa färdigheter enligt denna studie. Stocker et al. (2012) skriver vidare att simuleringsprogram som fokuserar på teamträning tar tid att etablera och effekten på deltagarnas färdigheter ökar med ökande antal exponering för simuleringsprogram eller övningar. Figueroa et al. (2012) fann i sin studie att 79 % av deltagarna tyckte programmet var mycket användbart. Teammedlemmarna upplevde sig själva som att de var bättre förberedda inför kommande händelser och vad de skulle göra då. Det framkom en statistisk signifikant förändring vad gäller självförtroendet, skickligheten och medvetenheten bland deltagare. De flesta av deltagarna upplevde en statistisk signifikant ökning i slutna kommunikationer, perception av ömsesidig respekt till teammedlemmar.

Simulering och interprofessionella relationer

Kyrkjebo, Brattebo och Smith-Strom (2006) testade i sin studie de interprofessionella relationerna under simuleringsträning mellan läkarstudenter, sjuksköterskestudenter och intensivvårdssjuksköterskestudenter. Resultatet visade att studenterna i allmänhet tyckte om träningen, men hade velat att den varit en aning mer realistisk. Deltagarna upplevde att simuleringsträningen verkade kunna öka deras inlärningsförmåga och på så sätt bidra till ett bättre teamsamarbete och därmed öka patientsäkerheten i deras kommande yrke. Aboumatar et al. (2012) menar att simuleringsövningar ger en ökad kunskap om kommunikationsmetoder som kunde lösa konflikter med andra medlemmar av vårdteamet.

Flertalet av deltagarna, som var uppgav i Vyas, McCulloh, Dyer, Gregory och Higbee (2012) studie att simulering ökat deras förståelse för yrkesroller, vikten av

interprofessionell kommunikation och teamsamarbetets betydelse. Kyrkjebo et al. (2006) studie visade att deltagarna påpekade att detta kunde vara ett sätt att undvika fördomar mellan de olika yrkesprofessionerna, klargöra de olika rollerna som finns, lagets färdigheter och på så sätt förbättra uppfattningar som man har om varandra.

Resultatet i Marshall et al. (2001) studie visade att deltagarna, som var kirurgstudenter samt erfarna kirurger inom traumaomhändertagande, uppfattade att deras traumaomhändertagande och skicklighet ökade vad gällde viktiga behandlingsbeslut efter användningen av HPS. Deltagarna upplevde att deras självförtroende ökade samt teamarbetet förbättrades efter simuleringsövningar. Simulering ansågs vara viktigt när det gäller att utveckla traumaomhändertagande och att det hjälpte deltagarna förstå lite bättre hur det kan vara i det verkliga omhändertagande, hur viktigt det var för alla teammedlemmar att finna en aktiv roll och detta hjälpte dem att göra viktiga beslut i trauma.

Undre et al. (2007) pilotstudie beskriver hur simulering kan användas för att utvärdera teamsamarbete, tekniska färdigheter och ledarskap. Icke-tekniska färdigheter så som ledarskap, beslutstagande, teamarbete och kommunikation bedömdes. Deltagarna bestod av kirurgläkare, anestesiläkare, operationsassistent samt operationssjuksköterskor. Det framkom att de flesta hade acceptabla teamfärdigheter. Sjuksköterskor fick högre poäng i den statistiska analysen än läkare inom icke-tekniska områden. Läkare visade sig vara sämre på kommunikation och teamarbete. De lägsta poängen inom ledarskap och beslutsfattning fanns överraskande nog också hos läkargrupperna. Detta är ett relevant resultat då läkare har en ledande roll inom olika delar av arbetet.

Genom observation under simulering har nyckelbeteende hos sjuksköterskor, så som barnmorskor, neonatalsjuksköterskor och anestesijunksköterskor, för interdisciplinära interaktioner uppmärksammas och beskrivits (Miller, Riley, & Davis, 2009). De nyckelbeteenden som framkom var situationsmedvetenhet, användande av situationen, bakgrund, bedömning, gensvar till rekommendationer och återkopplingskommunikation. Sjuksköterskor var koncista när det gällde att prioritera uppgifter och kunde minimera distraktioner vid kritiska uppgifter. Sjuksköterskor var dåliga på att upprepa ordinationer men bättre på att svara på frågor och förfrågningar. Studien visar att sjuksköterskor inte har uppnått en nivå av prestation som krävs för att skapa en hög tillförlitlighet. Bristen på hög tillförlitlighet hos sjuksköterskorna inom de områden som observerades kan vara ett resultat av komplexiteten hos teamet vid en kritisk händelse, men även att roller inte är klara, hierarki eller oförmåga att använda sig av kommunikationsfärdigheter och teambeteende (Miller et al., 2009).

Patientsäkerhet

Vyas, McCulloh, Dyer, Gregory och Higbee (2012) visar i sin studie att kunskaper, färdigheter och attityder förbättrades efter simuleringsövningar bland

apotekarstudenter, även en ökning i teamsamarbetet och förbättrad kommunikation framkom. Deltagarnas förmåga att känna igen och snabbt reagera till patientsäkerhetsaspekter ökade. Studien påpekar att simuleringsutbildning ger vårdpersonal en möjlighet till att förbättra förmågan att själva känna igen och snabbt reagera vid olika akuta situationer, på så sätt ökar kommunikationen, de interprofessionella relationerna och på detta sätt kan deltagarna då vara mer uppmärksamma och sedan agera för patientsäkerheten. Detta styrker även Kyrkjebo et al. (2006) som påpekar att ett ökat teamsamarbete kan öka patientsäkerheten.

Kiersma, Plake och Darbshire (2011) har genom en systematisk litteraturstudie av 23 artiklar beskrivit hur patientsäkerhet lärs ut inom hälso- och sjukvårdsutbildning. Det som var mest frekvent var föreläsningar, fallövningar och diskussioner. Det framkom att simulering var en vanlig övning där patientsäkerhet lärs ut. Genom tydligt ledarskap, tidigt engagemang hos studenter, användande av läkare vid simuleringsövningar om patientsäkerhet och att främja teamarbete mellan professionerna skapas en säkerhetskultur inom hälso- och sjukvården.

Läkarstudenters säkerhetskunskaper och systembaserade tänkande förbättras genom simuleringsövningar samt gruppövningar. Även en ökning gällande kommunikation och säkerhetsfärdigheter sågs i denna studie som Aboumatar et al. (2012) skrivit. Genom dessa simuleringsövningar ökade studenternas förmåga att analysera och åtgärda misstag och fel.

I en annan studie utvärderades medicin- och kirurgisjuksköterskors förmåga att uppfatta den kliniska praxisen efter simuleringsträning, resultatet visade en förbättring i deras prestanda både vad gällde icke tekniska och tekniska färdigheter. Även deras förmåga att uppfatta olika situationer då patientens hälsa sviktar och att sedan lämna över patienter till akutteamen hade förbättras. Deltagarna uppfattade att de mest användbara aspekterna av simulering var en ökning av identifieringen vid akutsituationer och deras egen självsäkerhet. 64 % av deltagarna uppfattade att simuleringsworkshopen förbättrade deras förmåga att uppfatta en ostabil patient (Buckley & Gordon, 2011).

Tabell 1 Resultat av litteratursökning

<i>Sökmotor Datum</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar</i>	<i>Antalet träffar</i>	<i>Relevanta abstract</i>	<i>Granskade artiklar</i>	<i>Använda artiklar</i>
Cinahl 121220	Simulation AND Team	Peer reviewed research article Inga Medline	33	10	3	1
Cinahl 121220	Simulation AND Safety	Peer reviewed research article Inga Medline	39	8	5	0
PubMed 121220	Patient safety (Mesh) and Patient simulation		48	13	8	4
PubMed 121220	((Patient simulation (Mesh) AND interprofes sional relations) AND communica tion		53	10	6	4
PubMed 130108	ICU AND Simulation training		34	8	3	1
PubMed 130108	ICU AND Medical simulation AND communica tion		4	2	2	0
PubMed 130108	Intensive care AND Simulation training AND Communi cation		54	15	8	3
PubMed 130108	Simulation AND Team AND Patient Saftey		206	43	15	1

Problemformulering

Det sker misstag och fel inom vården som drabbar patienten relaterat till bristande kommunikation och teamarbete inom intensivvården. Detta är en stor fara för patientsäkerheten, framförallt när det gäller att agera snabbt i en akutsituation. I akuta situationer bör varje person agera som del av ett team, ha god kommunikation, samarbeta med de andra i teamet och helst utse en ledare som leder laget framåt. På en intensivvårdsavdelning arbetar många olika yrkesgrupper såsom anestesiläkare, intensivvårdssjuksköterskor och undersköterskor. För att uppnå en säker vård krävs det att all personal har kunskap och erfarenhet av hur de bäst kan arbeta i team. Simuleringsövningar används bland annat för att utveckla förmågan att arbeta effektivt i team. Studier inom området har visat sig ha låg evidens. Vidare fann författarna att simulering påverkade teamarbetet positivt, men det fanns inga studier som fokuserade på skillnader mellan de olika professionernas uppfattning och inläring om teamarbete. Författarna har inte kunnat hitta studier gjorda på intensivvårdsavdelningar med teamarbete och simulering som fokus. Därför anser författarna att det behövs mer forskning om simuleringsövningens påverkan på interprofessionella relationer och därmed teamarbetet på intensivvårdsavdelning, för att teamarbetet kan påverka patientsäkerheten.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva hur simulering påverkar teamarbete på en intensivvårdsavdelning och därmed patientsäkerheten.

Forskningsfråga:

- Hur kan simulering påverka teamarbetet på en intensivvårdsavdelning?
- Påverkas kommunikation av simuleringsövningar?
- Finns det skillnader i uppfattningar gällande teamarbete mellan sjuksköterskor, läkare och undersköterskor?

METOD

Författarna har valt en kvalitativ ansats i studien, anledningen till detta är att författarna vill tolka uppfattningar. Genom en induktiv ansats kan uppfattningar om upplevda företeelser tolkas, detta passar till studiens syfte. Enligt Polit och Beck (2012) innebär ett konstruktivt paradig att forskaren fokuserar på det subjektiva och insikterna som framkommer grundar sig i deltagarnas uppfattningar och upplevelser. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver att den induktiva kvalitativa ansatsen innebär en förutsättningslös analys av texter som är baserade på människors berättelser om upplevelser.

DESIGN

Studiens design kommer att vara en beskrivande kvalitativ studie. Resultatet kommer att bestå av en beskrivning av erfarenheter som framkommer under intervjuerna. Polit och Beck (2012) skriver att beskrivande kvalitativa studier presenterar en omfattande sammanfattning av ett fenomen eller en händelse. Författarna kommer att genomföra intervjuerna och analysen. En kvalitativ design kräver att forskaren blir forskningsinstrumentet (Polit & Beck, 2012).

I denna studie kommer författarna undersöka vad deltagarna upplever i och med simuleringsövningen, därför behövs ingen datainsamling innan simuleringen. Det kommer därmed vara en tvärsnittsstudie. Enligt Polit och Beck (2012) är en tvärsnittsstudie en studie där data insamlas under ett tillfälle. Tvärsnittsstudie är passande om man ska skriva status av ett fenomen eller för att beskriva relationen mellan fenomen vid en specifik tidpunkt.

URVAL

Författarna kommer med hjälp av vårdenhetschefer samt verksamhetsöverläkare kontakta deltagare. De som kommer att tillfrågas om deltagande i studien är all intensivvårdspersonal som genomgår simuleringsövningar på simuleringscentra i Västsverige. Deltagarna har i grupper som bestod av intensivvårdssjuksköterskor, anestesiläkare och undersköterskor, genomgått simuleringsträning med hjälp av avancerade simulatorer (dockor) för att träna färdigheter och samarbetsförmåga i team. Simulatorcentrum (2007) skriver att patientsimulatorerna är dockor i naturlig storlek med verklighetstroga funktioner. Med hjälp av dessa kan teamarbete och förberedelse inför framtida situationer tränas.

Författarna planerar att ha med intensivvårdssjuksköterskor, anestesiläkare samt undersköterskor, tanken med detta är att försöka få med hela teamet. Polit och Beck (2012) skriver att genom att inkludera yrkesgrupper med olika bakgrunder och perspektiv skapas forskarna en möjlighet för berikning av datainsamlingen. Urvalet kommer fortsätta tills författarna anser att datamättnad är nådd. Polit och Beck (2012) beskriver att i en kvalitativ studie finns det inga regler för urvalsstorlek utan en grundregel för urvalet är att det fortsätter tills datamättnad är nådd.

DATAINSAMLING

Deltagarna kommer att informeras om studien via en forskningspersonsinformation i förväg, som bifogas i mail till vårdenhetschef samt verksamhetsöverläkare. De delar sedan ut denna till personalkategorier som inkluderas i studien och deltagarna får sedan själva möjlighet att besluta om deltagande. Namn och kontaktuppgifter till författarna kommer att framgå i dokumentet. Muntlig information kommer även ges i samband med intervjuerna där författarna beskriver mer ingående om studien.

Datainsamlingen kommer bestå av fokusgruppsintervjuer, som genomförs efter att deltagarna genomgått simuleringsövningar. Författarna planerar att starta datainsamlingen genom sex fokusgruppsintervjuer, fem till sex deltagare i varje grupp. Det kommer att vara två fokusgruppsintervjuer från varje yrkeskategori, cirka en timme för varje gruppintervju. Anser författarna att fler intervjuer behövs för att nå datamättnad, kommer fler fokusgruppsintervjuer planeras.

Polit och Beck (2012) skriver att i en fokusgruppsintervju samlas fem eller fler deltagare för en diskussion. Enligt Starrin och Renck (1996) är den kvalitativa intervjun ett medel för att upptäcka företeelser, egenskaper eller innebörder. Författarna kommer att leda diskussionen genom frågor som utgår från studiens syfte. Polit och Beck (2012) beskriver fokusgruppsintervjun som en planerad diskussion där gruppodynamiken ses som en fördel. Enligt Wibeck (2000) har samtalen i en fokusgrupp ett argumentativt fokus där deltagarna diskuterar åsikter. I denna studie kommer fokusgrupperna vara relativt homogena med varje yrkesgrupp för sig, för att främja en bekväm gruppdyamik.

Författarna kommer att delta i samtliga gruppintervjuer, ena författaren som moderator och den andra som observatör. Polit och Beck (2012) skriver att moderatorer har en viktig roll för att skapa en lyckad fokusgruppsintervju. De ser till att alla får tillfälle att prata och att inte att en dominerar i gruppdiskussionen. Observatörens roll är att observera och anteckna om varje session. Enligt Morrison-Beedy, Cote-Arsenault och Feinstein (2001) krävs det att moderatören är väl insatt i studiens syfte och intervjufrågorna, för att skapa en bra diskussion. Intervjufrågorna kommer att studeras och revideras av författarna innan datainsamlingen påbörjas.

En typisk två timmars gruppssession borde inkludera cirka 12 frågor. En strategi kan vara att gå från generella till specifika frågor, att frågorna skall vara korta och enkla (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck, 2012). De utarbetade intervjufrågorna för studien (se bilaga 1) går från generella till specifika frågor angående erfarenheter och upplevelser i samband med simuleringsövningar gällande teamarbete och interprofessionella relationer. Frågorna kommer att vara semistrukturerade vilket innebär att författarna ibland kommer få ställa följdfrågor för att gå djupare inom ett ämne. Malterud och Midenstrand (2009) skriver att man ibland får ställa följdfrågor om ämnen som kan vara ett sidospår då det är längs dessa sidospår som ny kunskap kan finnas.

DATAANALYS

Författarna har valt att göra analysen med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, då denna metod identifierar variationer och skillnader i texten. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) fokuserar en kvalitativ innehållsanalys på tolkning och granskning av texter, som t.ex. utskriften ordagrant skrivna texter baserade på inspelade intervjuer.

Data kommer att insamlas i samband med fokusgruppsintervjuerna, data kommer att spelas in och skrivas ned ordagrant för att sedan tolkas. Den insamlade informationen kommer att läsas igenom flera gånger, för att sedan kodas. Detta stämmer överens med Polit och Beck (2012). Skillnader och likheter skrivs i form av olika kategorier och teman med olika tolkningsnivåer. När man skapar kategorier och teman har kontexten en betydelse, tolkning av texten förutsätter kunskap som har betydelse för studiens syfte (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2012).

Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver att varje text innehåller ett manifest och latent budskap. Det manifesta innehållet, det textnära, uppenbara, kommer i studie att presenteras som kategorier. De temata som framkommer kommer att representera det latent innehåll, vilket är en högre tolkning av det som sägs mellan raderna.

Varje fokusgruppsintervju ska ses om en enskild del för analysen, för att finna skillnader och likheter mellan yrkesgrupperna. När varje intragrupp transkript har blivit grundligt undersökt flyttas fokus till intergrupp analys. Frågor ställs angående gruppkillnader och gemensamma upplevelser mellan grupperna (Morrison-Beedy et al., 2001). Enligt Polit och Beck (2012) innebär analys av gruppintervjuer granskande av teman och sekvenser i och mellan grupperna.

Författarna ska först läsa igenom texten om och om igen, därefter *identifieras meningsbärande* delar av texten. Sedan *kondenseras* texterna och görs kortare, för att texten ska bli mer lätthanterlig. Det viktiga i texten bevaras då så att inget väsentligt försvinner. Efter detta *abstraheras* den redan kondenserade texten, dvs. den förses med *koder* som sedan förs samman till *kategorier* och *teman*. Teman kommer i denna studie att vara slutet på analysen och presentera resultatet. Detta stämmer överens med Lundman och Hällgren Graneheim (2012), de beskriver de olika stegen i en kvalitativ innehållsanalys, att abstrahera innebär att lyfta innehållet till en högre logisk nivå. Koderna av de kondenserade meningsbärande enheterna beskriver dess innehåll, dvs. kodningen innebär att den kondenserade meningsenheten abstraheras. Kategorier utgörs av olika koder som har ett liknande innehåll. Benämningen av en kategori svarar på frågan Vad? Skapandet av teman innebär att sammanbinda det underliggande latent budskapet i ett antal kategorier. Polit och Beck (2012) skriver att ett tema ska ha en "röd tråd", det vill säga en mening som återkommer i kategori efter kategori.

PILOTSTUDIEN

För att testa studiens genomförande inför en fullskalig studie har författarna genomfört en pilotstudie som förberedelse (Polit & Beck, 2012). Fyra fokusgruppsintervjuer planerades. Urvalet skedde med hjälp av en vårdenhetschef samt en verksamhetsöverläkare på en intensivvårdsavdelning i Västsverige, dessa valde ut de deltagare som schemamässigt kunde närvara tillsammans utan att störa verksamhetsplaneringen i allt för stor grad. Sammanlagt har sju personer deltagit varav fyra intensivvårdssjuksköterskor samt tre anestesiläkare. Fokusgrupperna bestod av två personer i tre intervjuer, två intervjuer med två sjuksköterskor och en med två läkare. En läkare intervjuades individuellt på grund av ett bortfall. Intervjuerna ägde rum under februari-mars år 2013 och varade mellan 15-30 minuter. En genomgång av intervjuguiden skedde för att testa denna och deltagarna diskuterade intervjufrågorna sinsemellan. Efter intervjun diskuterades även frågornas utformning och deltagarna fick komma med förslag på ändringar.

Valet av kvalitativ innehållsanalys testades genom en analys av insamlad data. Dataanalysen startade med en noggrann genomläsning av data som samlats in. Detta skedde ett flertal gånger för att få en bild av innehållet i den transkriberade texten. Författarna läste igenom texten enskilt och diskuterade sedan dess innehåll. Därefter identifierades meningsbärande enheter, som författarna ansåg belyste studiens syfte. Dessa meningsbärande enheter kondenserades därefter, detta för att göra texten lätthanterlig. De kondenserade meningsbärande enheterna kodades sedan för att finna beskrivningar över textens innehåll. Slutligen bildades kategorier som utgjordes av olika koder med liknande innehåll. Författarna skapade kategorierna så att dessa svarar på *vad* simuleringsövningarna har för påverkan på teamarbetet och interprofessionella relationer. Teman framkom slutligen som kopplade samman olika kategorier i relation till varandra. En tabell med exempel på analysen skapades för att visa hur analysen gick från kondenserade meningsbärande enheter till teman (se tabell 2).

Tabell 2 Exempeltabell över innehållsanalys

Kondenserade meningsbärande enheter	Kod	Kategori	Tema
Under simuleringen blir man snabbt en grupp som jobbar ihop. Och detta stärker gruppen när det väl händer något.	Simulering stärker teamet inför framtiden	Ökad medvetenhet om teamets betydelse	Ökad medvetenhet
Man lärde sig att arbeta i team i akuta situationer.	Simulering ger teamträning.		
Man är sin egen kritiker och blir uppmärksammad på vad man ska tänka på. Sedan uppmärksammades färdigheter också. Det var flera situationer då man tänkte att detta måste man tänka mer på.	Färdigheter och misstag uppmärksammas.	Kunskapsbehov synliggörs	
Simulering medvetandegör ens egna reaktioner.	Simulering ökar medvetandet.	Interaktioner i teamet uppmärksammas	
Genom simulering lär man sig hur man själv samt teamet reagerar i olika situationer.	Simulering ger reflektion över interaktioner.		
Det är ett teamarbete vid problemlösning och de olika yrkesgrupperna har olika kompetens.	Teamarbete innebär problemlösning mellan yrkesgrupperna.		
För patientens bästa är det sjuksköterskans skyldighet att ifrågasätta om något känns fel	Ifrågasätta för patientens bästa.	Målet i fokus	
Gott samarbete innebär att det mynnar ut i bättre vård för patienten.	Gott samarbete leder till bättre vård.		
Closed loops kommunikation är viktigt vad gäller feedback.	Closed loop kommunikation är viktig.	Vikten av att öva kommunikation	Kommunikation som trygghet
Att träna på teamarbete gör kommunikationen bättre.	Kommunikation förbättras av träning.		
Rak och tydlig kommunikation är en trygghetsstople som gör att alla tänker klarare. Det leder till bättre problemlösning.	Rak och tydlig kommunikation leder till bättre problemlösning.	Rak och tydlig kommunikation	
Gott samarbete är när lugn och god kommunikation upprätthålls.	Gott samarbete innebär lugn och god kommunikation.		

Anledningen till att man har simulering är för att man ska veta hur man hanterar olika professioner och vem som gör vad.	Simulering ger klarhet i professioner och roller.	Vikten av att finna sin roll	Teamet och dess roller tydliggörs
Folk ska falla in i sina roller snabbt.	Finna sin roll snabbt.		
Patientansvariga sjuksköterskan som är på salen känner oftast patienten bättre än läkaren.	Patientansvariga sjuksköterskan känner patienten bäst.	Sjuksköterskans roll	
Sjuksköterskan är den samordnande funktionen. Sjuksköterskan delegerar ut till resten av teamet.	Sjuksköterskan samordnar		
Läkarna ska se situationen med färska ögon och bedöma situationen utifrån sin profession.	Ser situationen med färska ögon.	Läkarens roll	
Läkaren är den medicinska ledaren i en akut situation	Medicinsk ledare.		

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) beskriver hur etikprövning av forskning ska utföras. Enligt denna lag ska samtycke till forskning erhållas för att skydda den enskilda människan. Denna lag ska tillämpas vid all forskning som sker i Sverige. Helgesson (2006) skriver om Helsingforsdeklaration som ska tillämpas när medicinsk forskning rör människor, då syftet är att skydda deltagare som är med i studier. Det är forskarens plikt att främja och värna människors hälsa och att de deltagarnas välfärd ska ha företräde framför de forskningsintressen som finns. Vidare betonar Helsingforsdeklarationen att kravet informerat samtycke och att forskningen skall etikgranskas innan den bedrivs. Bestämmelserna ovan ligger till grund för genomförande av denna studie.

Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet

I denna studie kommer respondenterna vara anonyma. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) ska tillämpas vid forskning där känsliga personuppgifter behandlas. Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) styr hur forskaren får behandla personuppgifter i forskningsändamål. All information som inhämtas kommer att lagras och avrapporteras så respondenterna inte kan identifieras av utomstående. Detta beskriver Nyberg (2000) som konfidentialitetskravet. Den information som inhämtas kommer att endast användas i forskningsändamål och inte lämnas ut. Enligt Nyberg (2000) så ska information som inhämtas behandlas strikt konfidentiellt som lovat i forskningspersonsinformation.

Informationskravet och samtyckeskravet

I denna studie ska respondenterna erhålla information skriftligt samt muntligt. En forskningspersonsinformation (FPI) kommer att utformas för att ge forskningspersonen information om forskningsplan, syfte, metod och att deltagande är frivilligt samt att forskningspersonen när som helst under studien kan avbryta sin medverkan. Detta överensstämmer med § 16 i Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) och Nyberg (2000).

Enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460) skall integriteten skyddas när forskningen innefattar människor. Lagen beskriver att forskaren ska ansöka om etisk prövning hos etiska prövningsnämnden, EPN. Då denna studie ingår i vetenskapligt arbete på avancerad nivå på högskoleutbildning krävs inget etiskt godkännande. Ansökan om tillstånd hos verksamhetschef att utföra intervjuer ska ske till varje verksamhetschef på intensivvårdsavdelningar i Västsverige.

Aktuella etiska problem

De risker som identifieras med denna studie anses vara att deltagande kan uppleva frågor och svar som besvärande samt att relationen mellan kollegor skulle kunna påverkas då deltagarna arbetar på samma avdelning. Studien bedöms kunna ge en ökad förståelse för hur simulering kan öka kommunikationen och samarbetet i de interprofessionella relationerna. Nyttan i studiens resultat anses överväga riskerna för eventuella skador bland personalen som intervjuas, ingen risk föreligger som kan röja deltagandes personliga integritet.

RESULTAT

Tre teman framkom som slutresultat. Dessa kommer att beskrivas utifrån kategorier och styrkas med hjälp av citat från deltagarna. De olika yrkesgruppernas uppfattningar och beskrivningar kommer att presenteras var för sig under varje kategori, sjuksköterskor först och sedan läkare. De tre temata är: *Ökad medvetenhet, Kommunikation i teamet* samt *Teamet och dess roller tydliggörs*.

ÖKAD MEDVETENHET

Kategorier som presenteras i detta tema är: *Ökad medvetenhet för teamets betydelse, Kunskapsbehov synliggörs, Interaktioner i teamet uppmärksammas* samt *Målet i fokus*.

Ökad medvetenhet för teamets betydelse

Simuleringsövningarna gjorde att deltagarna blev mer uppmärksamma på samarbetet och dess betydelse. Sjuksköterskorna ansåg att simuleringsövningarna stärkte teamet och teamarbetet inför framtiden. De fick en ökad medvetenhet om vad teamarbete innebar, de kom även till insikt i att nya team bildas varje dag under arbetet på intensivvårdsavdelningen. Överlag tyckte sjuksköterskorna att samarbetet under simuleringsövningen fungerade bra mellan läkare och sjuksköterskor.

”Och där ser man ju lite att det ganska fort så blir det så, att det blir vi liksom. Så på så sätt stärker det gruppen när det väl händer någonting. Ja, och om man ska dra en relation så blir det att en verklighet här inne, blir att alla som jobbar ihop blir ju en grupp”.

Även läkarna upplevde att samarbetet i teamet fungerade bra, de påpekade även att samarbetet kräver ordning och reda på rummet och att alla vet vad som ska göras. De ansåg att akuta situationer kräver teamarbete och att simuleringsövningen gav denna viktiga teamträning. Läkarna upplevde att de fick lära sig att arbeta i team i olika situationer.

”Ja, alltså man lärde sig att arbeta i team. Att arbeta med sina arbetskamrater i akuta situationer”.

Kunskapsbehov synliggörs

Sjuksköterskorna berörde ämnet erfarenhet och kunskapsbehov. Simuleringsövningar gav färdigheter i hur olika situationer kan hanteras. Sjuksköterskorna ansåg även att erfarenhet kan ha påverkan på samarbetet och simuleringsövningen gav en bra inblick i ens egna färdigheter och brister. Sjuksköterskorna påpekade att de på så sätt blev sin egen kritiker men att simuleringsövningar var bra på det sättet att även färdigheter uppmärksammades. Simuleringsövningarna gav en möjlighet att uppmärksamma sina egna reaktioner och gav en bra tankeställare hur man själv är och vad alla gör. Sjuksköterskorna hade uppfattningen att läkare oftast hanterar akuta situationer bättre och de relaterade detta till att läkare tränas mer för akuta situationer och därmed vet vad han/hon ska göra. Något som kan innebära ett hinder för samarbetet är att en person inte vill lyssna eller är oengagerad.

”En del gör vissa saker och andra gör andra saker. Så man vet det ganska väl. Men när man simulerar så är det en bra övning för man kanske får lite tankeställare och så... hur man själv är”.

”Medvetandegör ju ens egna reaktioner...” (simuleringsövning).

Interaktioner i teamet uppmärksammas

Gällande interaktioner i teamet så reflekterade sjuksköterskorna över att simuleringsövningarna uppmärksammade gruppdynamiken och det gav en reflektion över interaktion med andra i teamet. Diskussionerna ledde fram till slutsatser om att alla yrkesgrupper är viktiga för samspelet samt att det är en fördel att ha kunskap om hur personerna i teamet brukar reagera i sådana situationer.

”Man får känna hur man själv reagerar och så samtidigt som man lär känna ens kompisar och hur de reagerar i olika situationer”.

Enligt läkarna innebar teamarbete att lösa problem mellan yrkesgrupperna och för att hantera situationen väl var samspelet i teamet viktigt. De olika yrkesgrupperna har olika kompetens som behövs i en akut situation.

”Jag ser det bara som ett teamarbete om det uppstår ett problem. Att man ska försöka lösa det tillsammans. Och sen, läkare har ju en viss kompetens som sköterskan inte har och vice versa. Det är olika yrkeskategorier”.

Målet i fokus

Under simuleringsövningarna uppmärksammade sjuksköterskorna att det var lätt att tappa fokus i en akut situation. Genom diskussioner under intervjuerna framkom strategier för att bibehålla fokus, att utföra en ordination kan innebära att tappa fokus, därför var det viktigt att som patientansvarig sjuksköterska delegerar uppgifter och stannar kvar hos patienten för att fokusera på patientsituationen. Sjuksköterskorna beskrev även att teamarbete bygger på delaktighet för alla i teamet. De insåg att en person kunde vara delaktig även utan en arbetsuppgift, det viktiga var att denne fanns där hela tiden och var beredd att göra någonting om det behövdes, detta upplevdes vara en trygghet för resten av teamet. Att sedan diskutera i teamet är bra för att få med alla på banan under en viss situation. Graden av diskussionen beror på läkaren, sjuksköterskorna påpekar att det går att diskutera med vissa läkare och inte med andra. För patientens bästa är det sjuksköterskans skyldighet att ifrågasätta om något är oklart.

”Om jag behöver dig så vet jag att du finns där så kan jag be dig göra någonting... vad som helst... så det gör ju ingenting att man bara står där. Man är beredd...”

”Det ska man göra om man tycker själv att det här känns konstigt. Så ska man ifrågasätta. Det ska man alltid göra. Det är vår skyldighet att göra det som sjuksköterskor. För det är patientens bästa”.

Simuleringsövningarna gav lärdom om delaktighet, att alla i teamet får uppleva att de är en del av teamet. Läkarna beskrev att i en akut situation är det naturligt att vilja känna sig delaktig och om någon nu tar över ens roll kan känslan av delaktighet försvinna. Det är viktigt att alla får känna sig delaktiga för ett bra och fungerande teamarbete. Skapas det ett gott teamarbete kan det mynna ut i bättre vård för patienter, menade läkarna. Läkarna fokuserade även på vikten av att behålla lugnet, de påpekade att fast det är bråttom ska ett lugn råda i hela teamet. Ett hinder för samarbetet kan vara att läkaren inte behåller lugnet.

”Att det sprider sig ett lugn bland personalen även fast alla vet att det är bråttom”.

”Det är nog... jag vet inte... att båda känner att det är ett gott samarbete och att det liksom mynnar ut i bättre vård för patienten”.

KOMMUNIKATION SOM TRYGGHET

Under temat framgår kategorierna: *Vikten av att öva kommunikation* och *Tydlig kommunikation som ger trygghet*.

Vikten av att öva kommunikation

I diskussioner under intervjuerna framkom det att sjuksköterskorna insett att simuleringsövningarna påverkat kommunikationen i teamet. De upplevde att simuleringsövningarna framför allt medvetandegjorde hur viktig kommunikationen är. Ett bra verktyg för god kommunikation ansågs vara ”closed loop communication”, där personen återberättar vad denne just gjort så att sändaren i dialogen förstår att det som är ordinerat har uppfattats av mottagaren.

”Och sedan ge tillbaka informationen naturligtvis, sedan kan man tänka sig ”closed loops” kommunikation vad gäller feedback... Så det är oerhört bra faktiskt...”.

Läkarna kom även fram till att kommunikationen i teamet har förbättrats efter simuleringsövningen. De ansåg även att god kommunikation medvetandegör hur andra tänker under akuta situationer.

”Jag tror att ju mer man tränar på sådant här, desto bättre blir man på det”(Kommunikation i teamet).

Rak och tydlig kommunikation

Kommunikationen i teamet ansågs vara väldigt viktigt samt en klar och tydlig kommunikation främjade gott teamarbete. Sjuksköterskorna ansåg inte att kommunikation ändrades efter simuleringsövningarna men det framkom att tydlighet var viktigt för teamarbetet, att förklara vad som utförs så att den andra vet vad som händer och vad som förväntas av en. Sjuksköterskorna ville helst ha klara och tydliga ordinationer av läkarna. Även lyhördhet ansåg sjuksköterskorna var väsentligt för gott teamarbete. Rak och tydlig kommunikation är en form av trygghetsstolpe som gör att deltagarna tänker klarare både enskilt och som ett team. Detta leder sedan till en bättre problemlösning.

”En rak och tydlig kommunikation är ju den stora grundstenen i det här... då måste man känna trygghet i dessa trygghetsstolpar som är viktiga. För då tänker man själv lite klarare, hela gruppen tänker lite klarare och löser problemen bättre så det tror jag”.

Läkarna ansåg att ett gott teamarbete och kommunikation gynnas då alla i teamet bevarar ett lugn och kan arbeta lugnt och sakligt. Vidare ansåg de att god kommunikation handlar om att i efterhand gå tillbaka och fråga vad andra tycker för att kunna utvärdera sina egna handlingar.

”Då att man bevarar lugnet. Att inte börja skrika och domdera utan att man jobbar lugnt och sakligt, ger en lugn och god kommunikation”.

TEAMET OCH DESS ROLLER TYDLIGGÖRS

Det sista temat innehåller följande kategorier: *Vikten av att finna sin roll, sjuksköterskans roll samt läkarens roll.*

Viktigt att finna sin roll

Simuleringsövningarna gav sjuksköterskorna klarhet i hur olika professioner kan hanteras och vem som gör vad. De insåg att de olika yrkesgrupperna faller in i sina vanliga roller snabbt. Simuleringsövningarna gav även en insikt i hur de flesta gör i olika situationer och att alla följer sina egna roller.

”det är ju därför man gör det här simulering, för att man ska veta hur man hanterar olika professioner och vem som gör vad. Och det faller sig ganska snabbt för att vi har ju våra olika arbetsuppgifter på salarna också vanligtvis”.

I en akut situation ska alla falla in i sina roller snabbt. Ett hinder för samarbetet enligt läkarna kan vara att det inte tydligt framkommer vem som är ordinerande läkaren och patientansvarig sjuksköterska. Om detta framkommer tidigt i en situation blir det lättare för hela teamet att veta vilka de ska vända sig till.

”Och att det finns en organisation där folk faller in i sina roller rätts snabbt, och att man snabbt ser detta mönster”.

Sjuksköterskorna berörde ämnet ledare och vem som ska vara ledare. Läkarna diskuterade inte detta utan ansåg att det ingick i läkarens roll att vara ledare. Det blir lätt att läkaren blir ledaren men en patientansvarig sjuksköterska kan lika gärna vara ledaren och den som ser till att alla gör det de ska. En erfaren sjuksköterska kunde få stötta en oerfaren läkare. En bra ledare skapar delaktighet och får med alla i teamet på banan. Dock ansåg sjuksköterskorna att det underlättade när läkaren tog ledarrollen. Det var även viktigt för tryggheten i teamet att ledaren gav klara ordinationer och direktiv på vad som skulle göras.

”Så jag (sjuksköterska) kan vara en ledare, en indirekt ledare. Och det beror ju helt på hur situationen är. Så det är inte så att läkaren alltid är ledaren”.

Sjuksköterskans roll

Under diskussioner om simuleringsövningarna framkom det att sjuksköterskan är den som gör första bedömningen och får en överblick över situationen. Sjuksköterskan ska vara lyhörd och följa ordinationer. Dock ansåg sjuksköterskorna inte att en ordination är en order och en sjuksköterska kan ibland få leda en osäker läkare genom situationen. Den patientansvariga sjuksköterskan är den som känner patienten bäst och läkaren kommer in när medicinsk kunskap behövs.

"... läkaren har omöjligt kontroll på vad som hänt med patienten innan, eller kanske vilka läkemedel som är givna eller inte givna eller vad som har hänt runt omkring... Och det vet sjuksköterskan som är på salen som känner patienten bäst".

Läkarna påpekade att sjuksköterskan är den samordnande funktionen som läkaren riktar sig till. Sjuksköterskan i sin tur delegerar ut arbetsuppgifter till resten av teamet. De ansåg att sjuksköterskans uppgifter var att se till att allt som behövs finns tillgängligt samt att ge ordinerade läkemedel. Vidare ansåg läkarna att sjuksköterskan är den som känner patienten bäst då de har mer kontinuitet med patienten då läkarna har många arbetsuppgifter. Det som framkom under reflektion över simuleringsövningen var hur viktigt det är att den patientansvariga sjuksköterskan kliver fram så att läkaren vet vem de ska knyta an till, detta är speciellt viktigt när personalen inte känner varandra sedan tidigare.

"... att vara den samordnande funktionen för resten av personalen, så att vi som doktorer kan rikta sig till en sjuksköterska, som i sin tur sedan kan delegera ut till de andra".

Läkarens roll

Enligt sjuksköterskorna var läkaren viktig då denne ser situationen med färska ögon och bedömer situationen utifrån sin profession. Läkaren kommer in till salen efter kontakt med sjuksköterskan, ser då över situationen och kan sedan komma med beslut samt ordinationer. Sjuksköterskorna påpekade vikten av att läkaren inte utför sjuksköterskeuppgifter och visar respekt för sjuksköterskans profession.

"Så vill man ju att läkaren ska se på situationen med sina färska ögon på något sätt. Alltså greppa situationen från deras profession".

Läkarna ansåg att den medicinska ledaren är läkaren, då de bedömer sviktande vitalfunktioner utifrån de omständigheter som råder och sedan beslutar om någon typ av åtgärd. Som läkare var det även viktigt att få återkoppling på att en ordination var uppfattad och given.

"Ja, vi är ju ledare i en akutsituation".

"Vi är ju den medicinska ledaren".

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att uppnå reliabilitet i studien har författarna studerat materialet från pilotstudien var för sig och valt ut meningsbärande enheter samt sedan diskuterat dessa och skapat analysen tillsammans. Wibeck (2000) skriver att när data analyseras oberoende och detta sedan jämförs och diskuteras skapas en reliabilitet i resultatet. För att ytterligare öka reliabiliteten kan så kallad inter-kodarreliabilitet användas då två eller flera bedömare kodar materialet oberoende av varandra och sedan jämförs denna kodning för att se i vilken grad kodningen överensstämmer. Detta skulle i en fullskalig studie kunna tillämpas, för att ytterligare försäkra reliabiliteten.

Lundman och Hällgren Graneheim (2012) skriver att trovärdigheten handlar om hur forskarens förförståelse har satt sin prägel på analysen. Det finns risker med att använda sig av sin förförståelse då detta kan påverka resultatet. Dock finns det även en positiv sida med att använda sin förförståelse då författarna kan vara öppna för ny kunskap och nå en djupare förståelse i ämnet. Författarna anser att i denna studie har förförståelsen bidragit till en djupare tolkning av de nya kunskaperna.

Författarna valde en fokusgruppsintervju för att försöka få igång en diskussion under intervjun och på så sätt kunde även deltagarna reflektera över varandras åsikter och kanske komma med nya argument. Ytterligare en fördel med fokusgrupper var att det blev effektivt och att flera deltagares åsikter kunde samlas in under en kort tid. Författarna anser dock att en nackdel kan ha varit att en del deltagare var obekväma med att prata om sina åsikter inför en grupp och kanske höll inne med information. Detta kan även enligt Wibeck (2000) innebära en fara för trovärdigheten. Nyckeln till en effektiv fokusgrupp är forskarens frågeordning, vilket enligt Polit och Beck (2012) innebär serien av frågor som används för att guida intervjun. Författarna försökte i pilotstudien öka trovärdigheten genom att rangordna frågorna från generella till specifika frågor. De generella frågorna som var övergripande skapade en större möjlighet för diskussion bland deltagarna.

En nackdel med fokusgruppsintervjuer kan vara att deltagarna håller med varandra eller inte vågar yttra sig. Detta försökte författarna motverka genom att ställa en direkt fråga till just den enskilda deltagaren, så att även denna kom till tals. Enligt Wibeck (2000) kan detta bli problematiskt i en fokusgrupp när önskan om gruppssamhörighet blir för stor. Detta innebär att endast ett sätt att tänka bli acceptabelt och det kan äventyra resultatet. Dock upplever ofta medlemmar i en fokusgrupp att det är positivt att delta i den. En livlig, intressant diskussion tenderar att bygga en känsla av samhörighet (Wibeck, 2000). Eventuellt skulle det genom att skapa denna samhörighet blir lättare för deltagarna att vara mer aktiva och öppna med sina egna åsikter då de känner sig bekväma i situationen. Författarna anser att denna samhörighet kan främjas genom att börja intervjuerna med en avslappnad introduktionsstund, där deltagarna får presentera sig. Författarna försökte skapa detta

genom att börja intervjuerna med att förklara studiens syfte och upplägget av intervjuguiden. I slutet av intervjun fick deltagarna möjlighet att tillägga om det var något ytterligare de upplevt under simuleringsövningarna, som de tyckte var viktigt gällande interprofessionellt teamarbete. Detta för att skapa en öppen och acceptabel miljö. Här fick även observatören möjlighet att påpeka eller ta upp områden som inte berörts tillräckligt. Observatören kan enligt Morrison-Beedy et al. (2001) bidra till en bättre analys genom att se till att deltagarna är bekväma i situationen. Författarna tror att observatören haft en viktig roll, då denne antecknade och även uppmärksammade deltagare som inte pratade så mycket samt hjälpte till att rikta direkta frågor till just den deltagaren. Detta kan ha förbättrat datainsamlingen och dataanalysen.

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes med varje yrkesgrupp var för sig. Detta för att författarna bättre skulle kunna se simuleringens påverkan på teamarbetet mellan yrkeskategorierna och om det utmärkte sig några skillnader. Enligt Polit och Beck (2012) känner sig personer ofta mer bekväma med att uttrycka sin mening när de delar liknande bakgrund med de andra deltagarna. Detta försökte författarna eftersträva då pilotstudien utfördes på endast en intensivvårdsavdelning där deltagarna kände varandra. Wibeck (2000) beskriver även att gruppdeltagarna kan känna samhörighet, framförallt när de delar liknande bakgrund och attityder. Om man blandar människor med olika yrken och från samma arbetsplats så kan det uppstå något som kallas social makt. Då kan vissa gruppmedlemmar av de andra upplevas ha expertmakt genom sin utbildning eller erfarenheter och detta kan hämma diskussionen (Wibeck, 2000). Författarna anser därför att det kan vara en fördel med valet att intervjua varje yrkeskategori för sig, då risken att denna sociala makt skapas minimerades.

Urvalet i pilotstudien hade vissa brister då vårdenhetschefen samt verksamhetsöverläkaren var de som valde ut vilka som skulle delta i studien. Detta kan ses som en nackdel, att deltagarna upplevde sig pressade över att delta i studien och kan leda till att de visar en form av brist på motivation att svara på de frågor som ställs. En fördel i urvalsmetoden kan dock ha varit att de som egentligen inte ville delta fick nu delta och detta kan ge en bättre helhetsbild av det interprofessionella teamet.

Det finns brister med utförandet av denna pilotstudie och detta var det låga antalet deltagare i varje fokusgrupp. På grund av organisation och tidsbrist blev antalet lågt, detta kan ha påverkat studiens resultat. Det optimala antalet ska enligt Polit och Beck (2012) fokusgruppsintervju vara mellan 6 – 12 deltagare, men om det är känsliga områden som ska beröras kan det vara bättre med mindre grupper på fem deltagare. Fyra eller färre deltagare kan innebära att inte tillräcklig information genereras. Författarna anser dock att de diskussioner som uppstod under intervjuerna gav olika infallsvinklar på teamarbete som inte hade uppstått vid enskilda intervjuer.

Under diskussion med deltagarna angående intervjuguiden framkom förslag på ändringar. Vissa av frågorna upplevdes svåra att diskutera då svaren ansågs för självklara. De förslag på ändringar som framkom var bland annat nya frågor, såsom ”Har simuleringsövningen ändrat på ditt arbetssätt?”, ”Har simuleringsövningen givit en eftertanke på en kommande akutsituation?”, ”Hur ofta inträffar en sådan situation i ditt arbete?” och ”Har ni kunnat använda de kunskaper ni inhämtat under simuleringsövningarna?”. Dessa skulle kunna tas hänsyn till under utformningen av intervjuguiden till en framtida fullskalig studie.

En fundering som har dykt upp under studiens gång är vad det är som verkligen påverkar deltagarna att samarbeta? Det skulle kunna vara simuleringsövningen i sig, där deltagarna mer eller mindre tvingas samarbeta i grupp för att uppnå resultat eller skulle även kunna vara de förberedelserna innan själva simuleringsövningen som påverkade deras teamarbete. Det fokuserades på teamarbete både innan och under simuleringsövningarna, så det är i slutändan svårt att veta vilket som hade störst betydelse.

På basen av pilotstudien har författarna kommit fram till att en fullskalig studie behöver innefatta ett större urval med flera deltagare från olika intensivvårdsavdelningar. Detta skulle kunna bidra till en viss grad av överförbarhet. Intervjuguiden från pilotstudien kräver en justering utefter både deltagarnas och författarnas synpunkter. Fokusgruppsintervjuer skulle kunna tillämpas men då krävs det större antal deltagare i varje grupp, som diskuteras ovan, för att skapa en så god och öppen diskussion som möjligt. Detta anser författarna skulle kunna skapa en bredare dataanalys och ett annat resultat skulle kunna framkomma.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkom det att simuleringsövningarna stärkte och utvecklade teamarbetet. Deltagarna fick en ökad medvetenhet om vad teamarbete innebar. De ansåg att akuta situationer kräver teamarbete och att simuleringsövningen gav denna viktiga teamträning. Läkarna och sjuksköterskorna delade här en gemensam syn på hur viktigt teamträning var och att simuleringsövningar kunde utveckla denna. Buljac-Samardzic et al. (2010) och Weaver et al. (2010) har funnit liknade resultat där teamarbetet förbättrades och deltagarnas kompetens att arbeta i team ökade. Simuleringsövningar ansågs vara ett användbart inlärningsverktyg (Weaver et al., 2010). Pascual et al. (2011) fann att simuleringsövningar gav deltagarna möjlighet att lära sig att arbeta som ett team. Författarna anser att utbildning inom teamarbete är av största vikt då hälso- och sjukvårdspersonal oftast arbetar i team och att kunna samarbeta i teamet är viktigt för att skapa en god och säker vård för patienterna. Buckley och Gordon (2011) beskriver att simuleringsövningar ökade deltagarnas förmåga att arbeta i team och det deltagarna ansåg vara mest användbart med övningarna var deras förmåga att hantera verkliga patienthändelser ökade.

I studiens resultat framkom det att sjuksköterskorna och läkarna ansåg att simuleringsövningarna klargjorde vikten av att samspelet i teamet och att det var en fördel att skapa sig en uppfattning om de andra i teamet och hur de arbetar. Sjuksköterskor och läkare ansågs lika viktiga för ett fungerande team. Läkarna uppmärksammade även vikten av att det var ordning och reda på rummet. Stevens et al. (2012) fann att simuleringsövningar innebar en möjlighet att lära känna varandra i teamet och att detta ansågs vara av största vikt för deltagarna. I Buljac-Samardzic et al. (2010) studie framkom förbättringar i gruppdynamik och interaktioner mellan yrkesgrupperna med hjälp av simuleringsövningar.

Genom simuleringsövningarna insåg deltagarna sina egna färdigheter och brister, deras tidigare erfarenheter ansågs kunna påverka samarbetsförmågan i teamet. Simuleringsövningarna väckte tankar om deltagarna själva och de uppmärksammade hinder för samarbetet. Detta överensstämmer med Stevens et al. (2012) studie där deltagarna insåg vikten av denna sociala interaktion där det gavs möjlighet att reflektera över inläringen under simuleringsövningen. Kiersma et al. (2011) skriver om simuleringsövningens positiva inverkan på deltagarnas attityder, kunskaper och självförtroende. Marshall et al. (2001) skriver vidare att simuleringsövningar är ett effektivt verktyg när det gäller att utveckla färdigheter, detta påverkar i sin tur teamarbetet.

Resultatet i denna pilotstudie visade att sjuksköterskorna såg simuleringsövningen som en möjlighet att uppmärksamma färdigheter och detta kan tyda på att deras självförtroende som sjuksköterskor påverkades. Marshall et al. (2001) styrker detta påstående i sin studie och påpekar att simuleringsövningar har en positiv inverkan på självförtroendet. Författarna anser att simuleringsövningar både kan användas för att uppmärksamma misstag och utvärdera dessa, men även hjälper deltagarna att

utvecklas till en säkrare teammedlem i en verklig akut situation. Simuleringsmiljön ger möjlighet att göra misstag där patientsäkerheten inte står på spel.

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde att det var lätt att tappa fokus i en stressig och akut situation. Läkarna la fokus på att bibehålla lugn i en akut situation, detta för att kunna hantera situationen på ett adekvat sätt. Stevens et al. (2012) beskriver att med hjälp av simuleringsövningar upplevde deltagarna att stressnivån vid akuta situationer hade minskat. Ett arbetspass med låg stressnivå kan innebära att teammedlemmarna ges möjlighet att tänka klarare samt bibehålla fokus på det essentiella i situationen och då kan ta rätt beslut utefter patientens tillstånd.

Sjuksköterskorna och läkarna diskuterade begreppet delaktighet och vikten av att alla i teamet engagerades. Läkarna beskrev att det var viktigt och även naturligt att alla i teamet var delaktiga i situationen, för då skapades ett bra och fungerande teamarbete. Medan sjuksköterskorna ansåg att en person var delaktig även utan uppgift, det viktigaste var att stå beredd om någon ytterligare uppgift uppkom. Genom att alla i teamet är delaktiga i situationen kan en säker vård skapas för patienten, då alla i teamet kan komma med förslag och ny information. Marshall et al. (2001) betonar vikten av att alla i teamet tar en aktiv roll för att inhämta och identifiera viktig information om patienten i den akuta situationen.

Resultatet visade vidare att diskussioner i teamet var viktigt för att alla i teamet ska känna sig delaktiga. Ett gott samarbete mynnade, enligt läkarna, ut i en bättre vård för patienten. Sjuksköterskorna ansåg att det är deras skyldighet att ifrågasätta beslut om något kunde hota patientens säkerhet. Enligt Aboumatar et al. (2012) kan simuleringsövningar ge deltagarna en ökad medvetenhet om patientsäkerhet och 85 % uppgav att de i fortsättningen kommer att ifrågasätta olika beslut, när det gäller patientens bästa. Stevens et al. (2012) beskriver även att deltagarna ansåg att denna typ av träning skulle fortsätta då de ansåg att det hade en positiv påverkan på patientvården. Vyas et al. (2012) fann dock i sin studie att deltagarna inte kände sig mer säkra gällande patientsäkerhet men deltagarna fick möjlighet att vidkännas och hantera patientsäkerhet annorlunda efter simuleringsövningarna. Författarna kunde i denna studie inte påvisa någon förändring vad gäller patientsäkerhet men det framkom dock att deltagarna var medvetna om att samarbete behövs för att skapa en god och säker vård.

Samtliga deltagare upplevde att simuleringsövningarna påverkade kommunikationen genom att medvetandegöra vikten av kommunikation för ett fungerande teamarbete. God kommunikation medvetandegjorde, enligt läkarna, deltagarnas olika tankesätt och resonemang. De ansåg även att kommunikationen skulle kunna förbättras ytterligare med kontinuerlig träning. Stocker et al. (2012) skriver att teamarbete och kommunikation förbättrades när deltagarna fick genomgå flera simuleringsfall. Sjuksköterskorna i denna pilotstudie lyfte även ”closed loop communication” som ett verktyg för god kommunikation. Stevens et al. (2012) och Figueroa et al. (2012) beskriver att simuleringsövningar ledde till en förbättring i teamkommunikation och

att teammedlemmarna efteråt arbetade mer med hjälp av ”closed loop communication” jämfört med tidigare. Genom att tydliggöra kommunikation genom återkoppling skapar det en säkerhet i vården då mottagaren tydliggör att denne har förstått sändarens budskap. Detta anser författarna ger en säkerhet i kommunikation så att inga missförstånd uppstår och hela teamet är involverade i vad som händer, genom detta arbetssätt kan risken för att patienten drabbas minska.

Figuroa et al. (2012) menar att det krävs både tekniska och praktiska färdigheter hos vårdpersonalen för att förbättra patientvården men för att skapa en så god vård som möjligt behöver personalen även ha färdigheter i kommunikation och samordning. Detta överensstämmer med resultatet i denna studie då sjuksköterskorna ansåg att klar och tydlig kommunikation var av största vikt och främjade ett gott samarbete samt bättre problemlösning. Läkarna diskuterade även begreppet kommunikation och ansåg att ett gott samarbete skapades då alla bevarade ett lugn. I en studie av Vyas et al. (2012) ökade simuleringsövningarna deltagarnas medvetenhet angående vikten av interprofessionell kommunikation.

Deltagarna i studien belyste att medlemmarna i teamet har olika roller och ett hinder för samarbetet var att det inte tydligt framkom vem som hade vilken roll. I Miller et al. (2009) studie framkommer det att sjuksköterskorna inte var konsista i sitt agerande och faktorer som skulle kunna påverka detta var bland annat brist på klarhet i roller. Detta kan även kopplas till denna studies resultat där läkarna beskriver att ett hinder för samarbetet är när det inte finns klarhet i roller. I resultatet beskrevs hur viktigt det var att den patientansvariga sjuksköterskan klev fram så att läkaren vet vem de skulle knyta an till, detta är speciellt viktigt när personalen inte känner varandra sedan tidigare. Sjuksköterskorna berörde även detta och påpekade att simuleringsövningarna gav klarhet i hur olika professioner kan hanteras.

Teamarbete inom hälso- och sjukvård är komplicerat för att det handlar om många olika individer som kanske inte tidigare har arbetat med varandra eller inte har kunskap om hur de andra agerar i olika situation (Lewis, Strachan, & Smith, 2012). Under intervjuerna påpekade deltagarna detta flertal gånger och detta belyser vikten av att utveckla sin förmåga att arbeta i team och kunna hantera olika professioner. I en idealisk akut situation där allt flyter på som det ska och teamarbetet funkar så skulle detta kunna främja en säker vård. Lewis et al. (2012) styrker detta genom att skriva att samarbete inom sjukvården är ett komplex och dynamiskt område, teamarbete gynnar utfallet för patientens hälsa. Även Smith et al. (2012) visar i sin pilotstudie att simulering är en värdefull och relevant inlärningserfarenhet inom utbildning. Genom simulering ansågs patientsäkerhet uppmärksammas och detta skapade en säker miljö.

Kyrkjebo et al. (2006) beskriver även att det ibland kan vara svårt att inta ledarrollen som läkare då sjuksköterskan har större erfarenhet och kunskap om det specifika patientfallet. I denna studie diskuterade sjuksköterskorna vem som var ledaren i en akutsituation. De ansåg att det lätt blir läkaren som tar ledarrollen men

sjuksköterskan känner patienten bäst och blir en indirekt ledare på salen, som ser till att alla gör det de ska. Läkaren ansågs av både sjuksköterskor och läkare ha det medicinska ansvaret, men sjuksköterskorna ansåg att de ibland fick stötta en oerfaren läkare. Författarna finner denna komplexa situation intressant och anser att det ska vara ett öppet klimat i en teamsituation så att den med mest erfarenhet och kunskap om situation kan ta ledarrollen. I denna studie framkom även att en god ledare skapar delaktighet och involverar alla i teamet. Kenaszchuk et al. (2011) fann att de deltagarna med mindre erfarenhet ansåg att ett delat ledarskap var viktigt, jämfört med de med mer erfarenhet. Ju längre tid det gick efter simuleringsövningen ökade självförtroendet och färdigheter för ledarskap (Figuroa et al., 2012). Lewis et al. (2012) beskriver kliniskt ledarskap som en integrerad del i teamträning.

Simuleringsövningarna i denna studie klargjorde hur olika professioner interagerar med varandra och deltagarna insåg att alla har en roll de föll in i snabbt. Kyrkjebo et al. (2006) visade att simuleringsövningarna gav en möjlighet för reflektion över sin egen roll och utmanade deras sätt att se på andra professioners interaktioner gällande patientsäkerhet. Enligt Vyas et al. (2012) gav simuleringsövningarna deltagarna en ökad förståelse för de interprofessionella rollerna i hälso- och sjukvården. Genom att acceptera och ha kunskap om de olika professionerna i ett team kan teamarbetet utvecklas till det bättre.

Sjuksköterskorna i studien ansåg att det är de som oftast gör första bedömningen och får en överblick över situationen. Både läkarna och sjuksköterskorna ansåg att det är sjuksköterskan på salen som känner patienten bäst. En erfaren sjuksköterska borde ha lättare att utföra denna första bedömning och då anser författarna att genom simuleringsövningar kan även de oerfarna sjuksköterskorna skaffa sig kunskap om detta. Genom att snabbt kunna göra den första bedömning och agera efter detta i en verklig akut situation ökar säkerheten för patienten. Scholes et al. (2012) beskriver i sin studie ett tillvägagångssätt för sjuksköterskan att arbeta utifrån när hon/han gör sin bedömning. Deltagarna i studien skulle arbeta utifrån en cykel med deduktivt och induktivt tänk och genom detta kunde deltagarna sedan på ett adekvat sätt bedöma situationen och besluta om vad som behövde göras.

Under en simuleringsövning var läkaren den som tog ett steg tillbaka för att bedöma och koordinera åtgärder genom ordinationer till andra teammedlemmar (Stevens et al., 2012). Enligt författarna överensstämmer detta med studiens resultat då sjuksköterskorna ansåg att läkaren var viktig eftersom de såg situationen med färska ögon och gjorde en bedömning utifrån sin profession.

Vid en fullskalig studie skulle resultatet kunna påverkas. Då deltagarantalet skulle vara större kan detta ge fler infallsvinklar och detta i sin tur kan ge en tydligare och mer innehållsrik data, som sedan skulle kunna ge ett mer utförligt resultat. Andra kategorier och teman kan framkomma med hjälp av den nya datan.

Slutsats

Resultatet i denna pilotstudie bidrar till en ökad förståelse över hur simuleringsövningar kan påverka teamarbetet och de interprofessionella relationer som finns på en intensivvårdsavdelning. Det författarna har funnit är att simuleringsövningar ger en ökad medvetenhet över vikten av ett fungerande teamarbete. Denna studie stärker tidigare forskning gällande vikten av tydlig kommunikation i teamet och att simuleringsövningar ökar deltagarnas förståelse för andra professioner och hur viktiga alla professioner i teamet är.

Fortsatt forskning

Författarna finner det intressant att utveckla området hur medlemmarna i ett team kan förbättra sin förmåga att bibehålla fokus i en akut situation. Ytterligare forskning som skulle kunna vara av vikt är bland annat att finna ytterligare redskap som kan användas för att förbättra förmågan arbeta mer effektivt i en akutsituation. Intensivvårdssjuksköterskans komplexa roll i en akut situation vad gäller ledare och samordnare kan det även forskas mer kring.

REFERENSER

- Aboumatar, H. J., Thompson, D., Wu, A., Dawson, P., Colbert, J., Marsteller, J., . . . Pronovost, P. (2012). Development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. *BMJ Qual Saf*, *21*(5), 416-422. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000463
- Aitken, Leanne, Chaboyer, Wendy, & Elliott, Doug. (2012). Scope of Critical Care Practice. I D. Elliott, L. Aitken & W. Chaboyer (Red.), *ACCCN's critical care nursing* (2 uppl., ss. 3-16). Chatswood, N.S.W.: Elsevier.
- Benner, Patricia, Tanner, Christine A., Chesla, Catherine A., Rooke, Liselotte, & Larsson-Wentz, Karin. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad : omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Buckley, T., & Gordon, C. (2011). The effectiveness of high fidelity simulation on medical-surgical registered nurses' ability to recognise and respond to clinical emergencies. *Nurse Educ Today*, *31*(7), 716-721. doi: 10.1016/j.nedt.2010.04.004
- Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D., & van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy*, *94*(3), 183-195. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.015
- Chaboyer, Wendy, & Hewson-Conroy, Karena. (2012). Quality and safety. I D. Elliott, L. Aitken & W. Chaboyer (Red.), *ACCCN's critical care nursing* (ss. 38-56). Sydney, Australia: Elsevier.
- Danermark, Berth. (2008). Interprofessionell kommunikation, kunskap och makt. I R. Stål (Red.), *Vårdkommunikation i teori och praktik* (ss. 81-101). Lund: Studentlitteratur.
- Figueroa, M. I., Sepanski, R., Goldberg, S. P., & Shah, S. (2012). Improving Teamwork, Confidence, and Collaboration Among Members of a Pediatric Cardiovascular Intensive Care Unit Multidisciplinary Team Using Simulation-Based Team Training. *Pediatr Cardiol*. doi: 10.1007/s00246-012-0506-2
- Flin, Rhona H., O'Connor, Paul, & Crichton, Margaret. (2008). *Safety at the sharp end : a guide to non-technical skills*. Aldershot, England ;: Ashgate.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*, *13 Suppl 1*, i2-10. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i2
- Hammond, J. (2004). Simulation in critical care and trauma education and training. *Curr Opin Crit Care*, *10*(5), 325-329.

- Helgesson, Gert. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Kenaszchuk, C., MacMillan, K., van Soeren, M., & Reeves, S. (2011). Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BMC Med*, 9, 29. doi: 10.1186/1741-7015-9-29
- Kiersma, M. E., Plake, K. S., & Darbishire, P. L. (2011). Patient safety instruction in US health professions education. *Am J Pharm Educ*, 75(8), 162. doi: 10.5688/ajpe758162
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend. (2012). *Den kvalitativa forskningsintervjun [Elektronisk resurs]*. Johanneshov :: TPB.
- Kyrkjebo, J. M., Brattebo, G., & Smith-Strom, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *J Interprof Care*, 20(5), 507-516. doi: 10.1080/13561820600918200
- Lake, C. L. (2005). Simulation in cardiothoracic and vascular anesthesia education: tool or toy? *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*, 9(4), 265-273.
- Lewis, R., Strachan, A., & Smith, M. M. (2012). Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. *Open Nurs J*, 6, 82-89. doi: 10.2174/1874434601206010082
- Lindh, Marion, & Sahlqvist, Lena. (2012). *Säker vård : att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundman, Berit, & Hällgren Graneheim, Ulla. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 uppl., ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, Kirsti, & Midenstrand, Madeleine. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Marshall, R. L., Smith, J. S., Gorman, P. J., Krummel, T. M., Haluck, R. S., & Cooney, R. N. (2001). Use of a human patient simulator in the development of resident trauma management skills. *J Trauma*, 51(1), 17-21.
- Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *J Nurs Manag*, 17(2), 247-255. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x

- Morrison-Beedy, D., Cote-Arsenault, D., & Feinstein, N. F. (2001). Maximizing results with focus groups: moderator and analysis issues. *Appl Nurs Res*, 14(1), 48-53. doi: 10.1053/apnr.2001.21081
- Nyberg, Rainer. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Pascual, J. L., Holena, D. N., Vella, M. A., Palmieri, J., Sicoutris, C., Selvan, B., . . . Schwab, C. W. (2011). Short simulation training improves objective skills in established advanced practitioners managing emergencies on the ward and surgical intensive care unit. *J Trauma*, 71(2), 330-337; discussion 337-338. doi: 10.1097/TA.0b013e31821f4721
- Polit, Denise F., & Beck, Cheryl Tatano. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Scholes, J., Endacott, R., Biro, M., Bulle, B., Cooper, S., Miles, M., . . . Zaidi, F. (2012). Clinical decision-making: midwifery students' recognition of, and response to, post partum haemorrhage in the simulation environment. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 19. doi: 10.1186/1471-2393-12-19
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Simulatorcentrum. (2007). Centrum för avancerad medicinsk simulering och träning. Hämtad 2012-12-15, från <http://www.simulatorcentrum.se/>
- Smith, S. D., Henn, P., Gaffney, R., Hynes, H., McAdoo, J., & Bradley, C. (2012). A study of innovative patient safety education. *Clin Teach*, 9(1), 37-40. doi: 10.1111/j.1743-498X.2011.00484.x
- Socialstyrelsen. (2008). Patientsäkerhet och vårdskademätningar. Hämtad 2013-05-10, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/vardskadematningar>
- SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Starrin, Bengt, & Renck, Barbro. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P.-G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (ss. 52-78). Lund: Studentlitteratur.
- Stevens, L. M., Cooper, J. B., Raemer, D. B., Schneider, R. C., Frankel, A. S., Berry, W. R., & Agnihotri, A. K. (2012). Educational program in crisis management for cardiac surgery teams including high realism simulation. *J Thorac Cardiovasc Surg*, *144*(1), 17-24. doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.03.006
- 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 Med*, *38*(1), 99-104. doi: 10.1007/s00134-011-2371-5
- Stål, Rolf. (2008). Vårdkommunikation och dess fokus. I R. Stål (Red.), *Vårdkommunikation i teori och praktik* (ss. 15-24). Lund: Studentlitteratur.
- Undre, S., Koutantji, M., Sevdalis, N., Gautama, S., Selvapatt, N., Williams, S., . . . Vincent, C. (2007). Multidisciplinary crisis simulations: the way forward for training surgical teams. *World J Surg*, *31*(9), 1843-1853. doi: 10.1007/s00268-007-9128-x
- Weaver, S. J., Salas, E., Lyons, R., Lazzara, E. H., Rosen, M. A., Diazgranados, D., . . . King, H. (2010). Simulation-based team training at the sharp end: A qualitative study of simulation-based team training design, implementation, and evaluation in healthcare. *J Emerg Trauma Shock*, *3*(4), 369-377. doi: 10.4103/0974-2700.70754
- Wibeck, Victoria. (2000). *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Vyas, D., McCulloh, R., Dyer, C., Gregory, G., & Higbee, D. (2012). An interprofessional course using human patient simulation to teach patient safety and teamwork skills. *Am J Pharm Educ*, *76*(4), 71. doi: 10.5688/ajpe76471

BILAGOR

1 Intervjuguide till fokusgruppsintervjuer

Innan intervjun startar klargörs det att syftet inte är att komma till konsensus och deltagarna ska diskutera ett ämne för att försöka få fram olikheter och möjligheter angående simuleringsövningarnas påverkan på teamarbetet. Moderatör och observatören presenterar sig och förklarar sina roller. Samma frågor ställs till alla grupper.

Frågor till intervjun

- Vad lärde ni er för något nytt under simuleringsövningen avseende teamarbete?
- Vad är läkarens uppgifter/sjuksköterskornas uppgifter i en akut situation?
- Hur tycker ni samarbetet fungerade under övningarna?
- Hur tycker ni att simuleringen påverkade teamarbetet?
- Vad kännetecknar ett gott samarbete? På vilket sätt har simuleringen förstärkt/minskat detta?
- Hur tycker du sjuksköterskorna samarbetade med läkarna? Hur tycker du läkarna samarbetade med sjuksköterskorna?
- Tycker ni att kommunikationen i teamet förändrades? I så fall hur?
- Vilka hinder uppdagades som kan hindra ett gott samarbete?
- Vilka faktorer hade en positiv inverkan på ert samarbete?

Intervjun avslutas med att fråga om någon som vill tillägga något. Här släpps också observatören in och får tillfälle att ta upp ämnen som inte berörts tillräckligt.

2 Information till informanter

Till informanter

Undertecknade skriver en magisteruppsats på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Bakgrund

Patientsäkerhet är en viktig aspekt inom intensivvård. Patienterna är kritiskt sjuka och behöver ständig övervakning och vård därför krävs ett nära samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Simulering är något som tillämpas inom sjukvården för att öka kunskap inom ett visst ämne och t.ex. kommunikationen i ett team. Genom simulering kan samarbetet mellan yrkesgrupperna förbättras och personalens handlingsberedskap inför en verklig akutsituation kan öka.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur simulering påverkar teamarbete på intensivvårdsavdelningar och därmed patientsäkerheten.

Förfrågan om deltagande

Vi söker läkare och sjuksköterskor som vill delta i denna studie då vi vill se om det finns variationer mellan yrkesgrupperna i uppfattningar om samarbete och vad de olika yrkesgrupperna erhåller för ny kunskap. Vi har valt att tillfråga Dig eftersom du har varit med och simulerat med andra yrkesgrupper på Simuleringscentrum Väst.

Hur studien går till

Då Ni har genomgått simuleringsträningen som sker v.3-6 kommer Ni tillsammans med 2-3 andra deltagare samlas och genomgå en fokusgruppsintervju. Detta innebär att det kommer ske en diskussion i grupp utifrån frågeställningar med fokus på simuleringsövningen. Det kommer genomföras två fokusgruppsintervjuer uppdelat på läkare och sjuksköterskor. Diskussionerna spelas in samt analyseras och kommer att ingå i resultatet i vår studie. Tiden för intervjuerna är beräknad till ca 30-45 min och kommer att ske på NIVA/SU.

Vilka är riskerna?

Det finns ingen egentlig risk med denna studie i form av intervjuer. Det skulle kunna innebära att relationen i teamet påverkas då Ni diskuterar i grupp. Studien är en pilotstudie vilket innebär att den görs i mindre skala och vi kommer endast ha NIVA-personal som deltagare.

Finns det några fördelar?

Studien bedöms kunna ge kunskap som kan medföra en ökad förståelse för hur simulering kan öka kommunikationen och samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare. Nyttan i studiens resultat anses överväga riskerna. Ingen risk föreligger som kan röja deltagandes personliga integritet.

Hantering av data samt sekretess

Den inspelade data från intervjuerna kommer att avidentifieras så att de intervjuade inte ska kunna identifieras. Personuppgifter kommer inte föras vidare till någon tredje part utan behandlas endast av undertecknad. Personuppgifter kommer inte framkomma i

studiens resultat. Enligt personuppgiftslagen (1998:204) kommer dina svar och dina resultat att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Information om studiens resultat

Du kommer som deltagande i studien kunna ta del av resultatet. En kopia av det sammanställda examensarbetet kommer att lämnas ut till avdelningen efter att detta är godkänt av Göteborgs Universitet.

Ersättning

Godkännande av verksamhetschef har erhållits att få genomföra dessa intervjuer under arbetstid.

Frivillighet

Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst.

Ansvariga

Ida Knutsson leg. Sjuksköterska & Valentina Gashi leg. Sjuksköterska

Idaemmaknutsson@gmail.com

Handledare

Sofie Jakobsson

Camilla Eide

Universitetslektor

Gästlärare

Institution för vårdvetenskap och hälsa

Institution för vårdvetenskap och hälsa

E-post: sofie.jakobsson@fhs.gu.se

E-post: camilla.eide@gu.se

3 Brev till vårdenhetschef

Till Vårdenhetschef/Verksamhetsöverläkare

Undertecknade skriver en magisteruppsats på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Etikprövningslagen (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning om forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experiment eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund eller på avancerad nivå.

Skriver till Er för att ansöka om samtycke att få intervjua den personal som ska genomgå medicinsk simulering under vecka 3-6, 2013. Vi avser att intervjua fyra intensivvårdssjuksköterskor och fyra anestesi/IVA läkare genom fokusgruppintervjuer under ca 30-45 minuter.

Syftet med studien är att beskriva hur simulering påverkar teamarbetet på intensivvårdsavdelningar mellan läkare och sjuksköterskor. Vi kommer att fokusera på variationer mellan sjuksköterskor och läkare gällande uppfattningar om samarbete och vad de olika yrkesgrupperna erhåller för ny kunskap efter simuleringsövningen.

Med vänliga hälsningar

Ida Knutsson & Valentina Gashi, legitimerade sjuksköterskor, under utbildning på specialistprogrammet för intensivvårdssjuksköterskor.

Idaemmaknutsson@gmail.com