



Universitetet  
i Stavanger

# **En kvalitativ studie av forholdet mellom opplæring og krav til handlingskompetanse ved akutte tilstander i skandinavisk fødselsomsorg**

**Signe Egenberg**

Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukervedvirkning  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger

29.juni 2011

**MASTERSTUDIUM I  
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

Vår 2011

**FORFATTER:**

Signe Egenberg

**VEILEDER:**

Professor Karina Aase

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

En kvalitativ studie av forholdet mellom opplæring og handlingskompetanse ved akutte tilstander i skandinavisk fødselsomsorg

**Problemstilling:**

Hvorfor er handlingskompetanse et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander?

**English title:**

A qualitative study of the relation between training and situational competence in obstetric emergencies in Scandinavia.

**EMNEORD/STIKKORD:**

Obstetrics, emergency, competence, training, patient safety, user involvement

**ANTALL ORD / SIDER: 22 418 ord /62 sider**

**STAVANGER 29.06.11**

# Forord med takk

Til minne om og med takk til min gode venn og kollega Bernt Narve Skurtveit 1957-2009

Jordmorfaget blir for mange av oss en viktig del av identiteten, og fellesskapet jordmødre imellom er sterkt. Bernt Narve ivret for fagutvikling – og nynorsk! - samtidig som han elsket det kliniske arbeidet. Alle aspektene ved denne oppgaven skulle jeg så gjerne ha diskutert med ham. Bernt Narve som inspirator lever uansett videre.

Takket være tidligere kolleger ved Tebellong Hospital, Lesotho og Fødestua i Midt-Troms, samt nåværende kolleger ved Stavanger Universitetssykehus, har jeg fått stor respekt for betydningen av forberedthet på akutt fødselshjelp parallelt med en sterk tro på det normale fødselsforløpet. Det er fundamentet for denne oppgaven.

En stor og varm takk til mine syv informanter i Sverige, Danmark og Norge for at dere delte med meg deres egne og til dels dyrekjøpte erfaringer med akutt fødselshjelp og opplæring.

Takk til Stein Atle, Kristian L og Harald E for troen på mine ideer fra den spede begynnelse, til Michael for inspirerende samtaler, til Anne for dansk korrektur og til Mara for god bibliotekhjelp på SUS. Takk til Peter for samtale om simulering som metode.

Jeg håper å ha lært av Elsa, Helge, Jostein og Sigrunn på SAFER og deres unike delekultur. Jeg er takknemlig for å få oppleve den ustoppelige nysgjerrigheten på utvikling av nye læringsverktøy for fødselshjelp ved Laerdal Medical. Takk Tor Inge.

Takk til Eva og de to kollokviegruppene på helsefag, UiS for fellesskapet, og takk til hver enkelt kollega på Kvinneklinikken som har kommet med heiarop og støttende ord underveis til en mer og mer fraværende undervisningsjordmor.

En stor og varm takk til professor Karina Aase, UiS for din kunnskap, din konstruktive veiledning og eksepsjonelle hukommelse for gjentakelser! En stor takk også til overjordmor Oddrun Hompland, SUS. Du har vært velvilligheten selv og har gitt meg nødvendig rom og fleksibilitet til å gjennomføre masterstudiet ved siden av jobb.

Mest av alt – en veldig stor takk til Lars, Johanne, Ragnhild, Jon, Aart og mor Synnøve for at dere har vært tålmodige og forblitt positive til meg som student. Det kan ikke alltid ha vært like lett!

# Innholdsfortegnelse

## Forord med takk

## Innholdsfortegnelse

**Sammendrag .....s. 6**

### **1.0 Innledning ..... s. 8**

- 1.1 Bakgrunn for problemstillingen.....s.8
- 1.2 Problemstilling .....s.9
- 1.3 Studiens målsetning .....s.9
- 1.4 Forsknings spørsmål .....s.9
- 1.5 Studiens relevans.....s.9
- 1.6 Definisjoner brukt i oppgaven.....s.10
- 1.7 Avgrensning .....s.11

### **2.0 Kontekst..... s.12**

- 2.1 Hva er handlingskompetanse i profesjonsstudier.....s.12
- 2.2 Myndighetskrav.....s.13
- 2.3 Fire ulike akutte tilstander som utgangspunkt for opplæring .....s.15
  - 2.3.1 Alvorlig blødning etter barnets fødsel (postpartumblødning) .....s.15
  - 2.3.2 Eklampsi .....s.15
  - 2.3.3 Skulderdystoci (fastsittende skuldre etter at hodet er født) .....s.15
  - 2.3.4 Asfyksi hos nyfødte (Apgar score <7 etter 5min), vanligvis pga oksygenmangel under fødsel .....s.16
- 2.4 Brukerperspektivet i dagens fødselsomsorg.....s.16
- 2.5 Ansvarsområder i fødselsomsorgen .....s.17
- 2.6 Eksisterende kurstilbud .....s.18

### **3.0 Tidligere forskning .....s.20**

- 3.1 Litteratursøk.....s.20
  - 3.1.1 Hva studiene vektlegger i forhold til praktiske øvelser ..... s.23

### **4.0 Metode .....s.26**

- 4.1 Forforståelse og dens betydning for arbeidet med problemstillingen .....s.26
- 4.2 Litteratursøk .....s.27
- 4.3 Fenomenologisk hermeneutisk forskningsmetode .....s.28
  - 4.3.1 Tematisering .....s.28
  - 4.3.2 Design .....s.29
  - 4.3.3 Forskningsintervju .....s.29
  - 4.3.4 Transkribering .....s.30
  - 4.3.5 Analyse .....s.31
  - 4.3.6 Verifikasjon av studien .....s.34
- 4.4 Ethiske overveielser .....s.35
- 4.5 Forskningens sterke og svake sider .....s.36

### **5.0 Resultater .....s.38**

- 5.1 resultater fra samtalen.....s.38

5.2 Rammer for opplæringen .....	s.39
5.3 Ulike kurskonsept .....	s.41
5.4 Akutte tilstander .....	s.42
5.5 Tverrfaglighet .....	s.43
5.6 Handlingskompetanse .....	s.44
5.7 Er pasientsikkerhet et målbart resultat av opplæringen? .....	s.46
5.8 Å ha brukerfokus i opplæringen er vanskelig .....	s.46
5.9 Helhetsinntrykk .....	s.48

## **6.6 Diskusjon .....**

6.1 Fagkompetanse .....	s.51
6.2 Sosial kompetanse .....	s.51
6.3 Læringskompetanse .....	s.53
6.4 Metodekompetanse .....	s.53
6.5 Ledelseskompetanse .....	s.55
6.6 Hvor er brukeren i opplæringen? .....	s.56
6.7 Pasientsikkerhet .....	s.56

## **7.0 Konklusjon .....**

7.1 Svar på forskningsspørsmål og problemstilling .....	s.58
7.2 Anbefalinger .....	s.61

## **8.0 Referanser .....**

## **9.0 Vedlegg .....**

Vedlegg 1. 26 artikler som resultat av litteratursøk	
Vedlegg 2. Kritisk lesning av 9 artikler	
Vedlegg 3. Intervjuguide	
Vedlegg 4. Formell forespørsel om deltakelse	
Vedlegg 5. Samtykkeskjema	
Vedlegg 6. Forslag til systematisk innsamling av brukererfaringer	
Vedlegg 7. Søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste NSD	
Vedlegg 8. Svar fra NSD	

## **Tabeller**

Tabell 2.1 Vedtaksfordeling og utbetalinger per 31.12.2006
Tabell 3.2 Ni artikler fra litteratursøk
Tabell 5.3 Kurskonsept

# Sammendrag

Fødselshjelpere møter forventninger fra vordende foreldre og deres familier, myndighetskrav om faglig forsvarlig tjeneste og pasientsikkerhet, arbeidsgivers krav til faglig dyktighet og i tillegg egen mestringsforventning. I akutte situasjoner utfordres fødselshjelpere på ivaretagelsen av brukernes involvering i en situasjon med fare for mors og/eller barnets liv og helse, samtidig som de i tverrfaglige team skal kunne vise ulike former for handlingskompetanse.

Hensikten med studien var å besvare hvorfor handlingskompetanse er et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander. I oppgaven ble handlingskompetanse definert som en kombinasjon av fagkompetanse, ledelseskompetanse, lærings- og metodekompetanse og sosial kompetanse.

Konteksten tok blant annet utgangspunkt i de spesifikke kravene som myndighetene stiller til jordmødre og leger tilknyttet norske fødeinstitusjoner, som obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner minimum to ganger per år. Tall fra Norsk Pasientskadeerstatning tilsa at kun 3 % av alle erstatningssøksmål gjaldt fødselshjelp. Likevel utgjorde erstatningsutbetalingene i forbindelse med fødselshjelp nesten 20 % av det totale beløpet. I konteksten beskrev jeg fire akutte tilstander som postpartumblødning, skulderdystoci, eklampsi og nyfødtesuscitering, og i hvilken grad disse tilstandene krever ulik tilnærming i klinisk arbeid og i opplæringsøyemed. Jeg knyttet også aspekter som brukerperspektiv og pasientsikkerhet opp mot de utfordringene de fire tilstandene representerer.

Resultatet av litteratursøket ble presentert som tidligere forskning. Ny forskning på tverrfaglig opplæring på akutte tilstander vektla opplæring på både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Slik regelmessig opplæring gav signifikant effekt på økt kunnskap, signifikant økte ferdigheter som vedvarer inntil et år etter øvelsene, og signifikant effekt på Apgar score og redusert forekomst av hjerneskade hos nyfødte. Opplæringen ble hovedsakelig gitt i tverrfaglige grupper på et læringscenter, men noen av studiene beskrev in situ øvelser med autentiske rammer og ressurser i avdelingene. Bruk av pasientmarkør gav større fokus på pasientrelasjonen enn ved bruk av fødesimulator.

Jeg valgte kvalitativ metode med bruk av forskningssamtaler for å kunne besvare hvorfor handlingskompetanse er et godt resultatmål på denne opplæringen. Samtalene med syv skandinaviske informanter gav delvis svar på hvorfor de hadde valgt sine respektive undervisningsopplegg, og hvordan de vurderte utfordringene knyttet til opplæring på akutt fødselshjelp, brukerinvolvering og målet om pasientsikkerhet. En intervjuguide utviklet for formålet var til stor nytte i bestrebelsen på å beholde fokuset på opplæring. Det syntes som en fordel å ha informanter fra hele Skandinavia, også for å dempe betydningen av min egen forforståelse.

Resultatene fra forskningssamtalene viste at skandinaviske fødselshjelpere fikk tilbud om praktiske øvelser på arbeidsplassen ved ferdighetstrening eller simulering, men at øvelsene var avhengig av

tydelig ledelsesforankring. I tider med omorganisering eller innsparinger ble opplæringstilbudene svekket. Handlingskompetanse som et mål for opplæringen var i liten grad uttalt. Læremål som fagkompetanse, sosial kompetanse og ledelseskompetanse gav økt fokus på kunnskap, samarbeid, kommunikasjon og ledelse i akutte situasjoner. På spørsmål om hvorvidt handlingskompetanse var et betegnende begrep for hva de ønsket å oppnå med den opplæringen de gav, bekreftet mange av informantene dette.

Forskningssamtalene avdekket at brukerinvolvering forblir en utfordring i akutte situasjoner. Dette aspektet ved opplæringen gav mye refleksjon under samtalene, og endte med flere konkrete forslag til tiltak for å fremme brukerinvolvering ved akutte tilstander. Informantene understreket viktigheten av å være ærlige i sin kommunikasjon med foreldrene etter en feil eller uønsket hendelse, uansett hvor vanskelig og krevende det kunne være.

Mange av artiklene understreket viktigheten av å måle pasientutkomme som resultat av praktiske øvelser. Få av informantene viste til resultattall som en følge av ferdighetstrening eller simulering.

Hvorfor skulle jordmødre og leger med så mye kunnskap og erfaring, ha behov for praktiske øvelser på akutte situasjoner? Informantene hadde mange ulike erfaringer med akutte, kompliserte situasjoner, erfaringer som har fulgt dem på godt og vondt siden. De fortalte om nestenhendelser eller fatale hendelser, og understreket særlig behovet for sosial kompetanse, fag- og ledelseskompetanse. Mange hadde erfaring med kaos på fødestuen, der ansvarlig personell ikke klarte å skape trygghet.

Informantene vektla ro på fødestua, god informasjon og tydelig nærvær. Noe av artiklene som beskrev studier på ikke-tekniske ferdigheter, bekreftet inntrykket fra informantene.

Informantenes undervisning på akutte situasjoner ivaretok både trening i forkant av en antatt krevende klinisk situasjon ”just in time”, generell trening på akutte situasjoner for å kunne være forberedt ”just in case” og praktiske øvelser med tanke på bedret pasientsikkerhet ”just for sure”. Noen av informantene uttrykte ønske om i sterkere grad å kunne ivareta brukerfokuset i opplæringen ”just for you”.

Handlingskompetanse er et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander. Artiklene beskrev intervensjon med kurs som fokuserte både på tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Lukket sirkel-kommunikasjon gav signifikant mer effektive team. Regelmessig trening på akutte situasjoner over tid gav signifikant bedret utkomme for nyfødte, og mengdetrening på skulderdystoci resulterte i signifikant økte tekniske ferdigheter som vedvarte minst et år. Informantene bekreftet den samme opplevelsen. Tverrfaglige øvelser styrket samarbeid og kommunikasjon, og ferdighetstrening gav større trygghet og handlekraft i akutte situasjoner. Studien ender opp med noen anbefalinger som ble utledet av artiklene og forskningssamtalene: bruk felles refleksjon etter akutte situasjoner, innarbeid brukernes informasjonsbehov i prosedyrene, samle brukererfaringer og sett kravene til opplæring i Et trygt fødetilbud i system.

# 1.0 Innledning

Fødselshjelp er et fantastisk spennende – og bokstavelig talt givende - fagfelt. Barnefødsler forblir en sterk og fin opplevelse også for jordmødre og leger med over 30 års erfaring i faget. Noen ganger oppleves det for mange vel krevende, og mang en fødselshjelper har spurt seg selv om faren for å gjøre feil blir så truende at det går utover trygghet og trivsel i jobben.

“Looking back over a long clinical lifetime, one tends to forget, or take for granted, one’s successes; it is the failures which stand out like keloid scars, never to be forgotten and, hopefully, a warning to others. I have to recognise that if there is any classic mistake which I have not myself made it is simply because of the lack of time in which to commit it. It makes one wondrously sympathetic towards others in trouble”, s.viii (Donald 1979). Obstetrikeren Ian Donald (1910-1987) var preget av den samme ydmykheten som er så typisk for svært mange erfarne fødselshjelpere. Hvordan klarer vi å stå trygt i spenningsfeltet mellom den urokkelige troen på det normale fødselsforløpet og samtidig forberedthet på de kompliserte og noen ganger uforutsette og dramatiske, akutte hendelsene?

## 1.1 Bakgrunn for problemstillingen

I klinisk hverdag blir vi konfrontert med forventninger som kan synes vanskelige å forene: myndighetenes krav til faglig forsvarlig helsetjeneste, de fødendes forventninger til et ukomplisert forløp og en god fødselsopplevelse, og egen mestringsforventning i forhold til erfaringer og oppnådd kompetanse. Erfaringene veksler mellom opplevelser av å gjøre en god jobb eller sterk følelse av utilstrekkelighet. De gode og ukompliserte situasjonene tar vi med oss som bonus i en spennende og givende jobb. De vanskelige situasjonene som utfordrer oss til det ytterste på faglighet, sosial kompetanse, stressmestring og tverrfaglig samarbeid, følger oss lenge etter arbeidssdagens slutt. Hva er godt nok? Det går et skille mellom hva som er faglig forsvarlig og hva som er ideelt eller ønskelig.

I desember 2010 gav Helsedirektoratet ut veilederen ”Et trygt fødetilbud” som en oppfølger av Stortingsmelding 12 ”En gledelig begivenhet”(HOD 2009). Veilederen (Helsedirektoratet 2010), sier blant annet følgende om arbeidsgivers rolle i forhold til opplæring på akutte situasjoner:

”Helsetilsynet har avdekket at fødeinstitusjonene i ulik grad ivaretar kravet om å sikre at jordmødre og leger får nødvendig opplæring og etter- og videreutdanning. Forholdene synes bedre tilrettelagt for leger enn for jordmødre. Det er ulikt i hvilken grad fødeinstitusjonene sikrer at medarbeidere har tilstrekkelig øvelse i å håndtere vanskelige og akutte situasjoner. Det er ikke tilfredsstillende at så få institusjoner har oversikt over egne resultat og i så liten grad bruker slike opplysninger til analyse og forbedring av tjenestene” (s.11).

”Handlingskompetanse” er et ord som kanskje ikke går igjen i jordmødres og fødselslegers dagligtale. Det europeiske Leonardo da Vinci-programmet for utdanning og kultur, har definert



handlingskompetanse som summen av ferdigheter innen områdene **sosial kompetanse, ledelseskompetanse, læringskompetanse, metodekompetanse og fagkompetanse** (EU 2011).

I skjæringspunktet mellom formelle krav til dyktighet og handlekraft, og egne forventninger til prestasjon i arbeidet som fødselshjelper, er handlingskompetanse et sentralt begrep. Oppgaven vil belyse hvordan denne kombinasjonen av krav og forventninger kan ivaretas.

## 1.2 Problemstilling

Hvorfor er handlingskompetanse et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander?

## 1.3 Studiens målsetning

Hensikten og målet med oppgaven er å besvare problemstillingen med fakta fra nyere studier og med skildring av nøkkelpersoners opplevelse av å stå i den konstante utfordringen som fagfeltet byr på. Økt kunnskap om hvilke opplæringsmetoder som har vist seg å være tjenlige og hvordan det oppleves å stå midt i dette arbeidet med ansvar for kollegers tilgang på hensiktsmessig opplæring, kan bidra til en økt forståelse av hva som er suksessfaktorer og hva som forblir utfordringer. Et gjennomarbeidet og tilgjengelig opplæringsprogram innen fødselsomsorgen vil i mine øyne kunne bidra til økt pasientsikkerhet og trygge arbeidsforhold for fødselshjelpere.

## 1.4 Forskningsspørsmål

Ved litteratursøk og intervjuer av syv skandinaviske jordmødre og fødselsleger som alle er ansvarlig for opplæring av kolleger, har jeg ønsket å finne svar på følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer kjennetegner opplæring på akutt fødselshjelp?
- I hvilken grad og hvorfor gjennomføres, eller gjennomføres ikke, tverrfaglig opplæring med fokus på ikke-tekniske ferdigheter?
- Hvem definerer kompetansemål for opplæringen, og hvorfor har en valgt disse målene?
- I hvilken grad klarer opplæringen å favne brukererfaringer og la det reflekteres i kursprogrammene?
- Hvordan opplever informantene forholdet mellom opplæring og pasientsikkerhet?

## 1.4 Studiens relevans

Den nødvendige kompetansen for fødselshjelpere er mangfoldig. Begreper som erfaringslæring og refleksiv læring er sentrale i opplæringsammenheng, og blir aktualisert i tverrfaglig teamtrening med personell som skal fungere som en enhet i akutte situasjoner.

Det forutsettes at jordmødre og leger selv tar ansvar for å holde seg oppdatert på sitt eget fagfelt, nedfelt i lovs form, jamfør Helsepersonellovens § 4. Forsvarlighet

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”.(HOD 1999)

Det er ikke bare helsepersonellet som i kraft av sin stilling forpliktes på å holde seg faglig à jour og i stand til å utføre oppgaver som forventet. Det påligger også arbeidsgiver et ansvar for å tilrettelegge for faglig oppdatering, i tråd med

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-10. Opplæring, etterutdanning og videreutdanning

”Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig”.(HOD 2001)

## 1.6 Definisjoner brukt i oppgaven

I oppgaven bruker jeg begreper som trenger en presisering for å sikre felles forståelse:

Akutt fødselshjelp: tilstander som opptrer akutt innenfor fødselsomsorg, og som krever øyeblikkelig hjelp for å sikre mor og/eller barn liv og helse

Ferdighetstrening – bruk av ulike typer fødesimulatorer/fantomer, som egner seg til synliggjøring av og trening på akutte tilstander

Medisinsk simulering - en planlagt læresituasjon/scenario der det gis en gjenkjennelig problemstilling i en situasjon med adekvate rammebetingelser, eksempelvis en gjenkjennelig dukke/fødesimulator, personellressurser, utstyr, tid etc.

In situ simulering: realistiske og troverdige øvelser i autentiske omgivelser (fødestue, operasjonsstue, mottak, asfyksirom etc) med utgangspunkt i gjeldende prosedyrer og retningslinjer (Riley, Davis et al. 2010)

Pasientmarkør – en deltaker/statist som går inn i rollen som pasient under simulering

Ikke-tekniske ferdigheter (non-technical skills NTS) omfatter ledelse, teamarbeid, beslutningstaking og situasjonsbevissthet (Cooper, Endacott et al. 2010)

Tekniske ferdigheter: kunnskap om prosedyrer/retningslinjer, kunne praktiske håndgrep, tilkalling/varsling (Brunstad and Tegnander 2010)

Brukerperspektiv vil i oppgaven bli brukt om fødselshjelpenes evne til å se brukernes behov for informasjon og involvering i akutte situasjoner, altså det faglige brukerperspektiv (Hanssen, Humerfeldt et al. 2010).

Pasientsikkerhet: vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Kunnskapssenteret 2011)

## **1.7 Avgrensning**

Oppgavens fokus vil være å beskrive hvordan opplæringen prøver å ivareta behovet for nødvendig kompetanse på håndtering av akutte tilstander, og ikke bakenforliggende årsaker til at den enkelte informant har gjort sine bestemte valg eller hvorfor studier på kompetanseøkning har vektlagt noen aspekter mer enn andre.

Studien er begrenset til fokus på akutte tilstander. Noe av det viktigste vi gjør for å forebygge komplikasjoner innenfor fødselsomsorgen, er å holde det normale normalt. Dette er en egen kunnskap og en kunst som kreves av alle fødselshjelpere, og et stort tema i seg selv.

Hvert land har sine egne lovverk og faglige føringer å forholde seg til, og det er derfor hensiktsmessig å kunne se det jeg kjenner av norsk fødselshjelp opp mot hva informanter i Skandinavia opplever som viktig. Jeg har hatt samtaler med et fåtall informanter, og påberoper meg ikke en representativ eller dekkende beskrivelse av hvordan skandinaviske fødselshjelpere generelt får opplæring på akutte situasjoner. Det er mange undervisningsopplegg ved store og små fødeinstitusjoner som ikke blir beskrevet i oppgaven. Jeg vil løfte frem de erfaringene som mine informanter har gjort seg, og se disse i lys av nyere studier på opplæring i forhold til akutte tilstander i fødselsomsorgen.

Samtidig er det relevant å se Skandinavia opp mot resten av den vestlige verdens fødselsomsorg og opplæring av personell, fordi vi påvirkes av og lærer av hverandre. Jeg har med vilje ekskludert lignende utfordringer i lavinntektsland, fordi de har stor mangel på kvalifisert personell og begrensede ressurser til opplæring. En sammenligning mellom høy- og lavinntektsland ville i denne sammenheng vært lite hensiktsmessig.

## 2.0 Kontekst

Jeg vil i dette kapitlet beskrive konteksten som oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i. Problemstillingen ” Hvorfor er handlingskompetanse et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander?” blir satt i en jordmorfaglig og en medisinsk-faglig sammenheng, den blir forsøkt besvart i forhold til organisering av virksomheten, i forhold til myndighetskrav og krav til pasientsikkerhet, og i forhold til brukerne av tjenesten.

### 2.1 Hva er handlingskompetanse i profesjonsstudier?

Sykepleierutdanningen og jordmorutdanningen har definert hva slags kompetanse som er nødvendig for nyutdannede sykepleiere og jordmødre. Mekki-utvalget, som ble nedsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) i 1997 for å utarbeide en rammeplan for sykepleierutdanningen, definerte nødvendig kompetanse som en kombinasjon av fagkompetanse, metodekompetanse, læringskompetanse, sosial kompetanse og yrkesetisk kompetanse (KUD 1999).

”Høgskolens oppgave er å gjøre studentene i stand til å fylle en rolle på en arbeidsplass. Da må teoretisk og praktisk kunnskap gå hånd i hånd. Vi må fokusere på yrkesutøvelse, og ikke alene på akademisk kunnskap. Også lærekreftene, de som skal formidle kunnskapen til studentene, må ha incentiver til å etterfylle sin kliniske kompetanse” (HiB 2008). Jordmorutdanningen har spesifisert kompetansekravene ytterligere, og forventer at studentene etter endt utdanning skal ha

- Praktisk handlingskompetanse
- Diagnostisk kompetanse
- Medisinsk teknologisk kompetanse
- Pedagogisk kompetanse
- Relasjonell kompetanse
- Etisk kompetanse
- Forsknings- og utviklingskompetanse (HiB 2011)

Det europeiske Leonardo da Vinci-programmet for utdanning og kultur sin definisjon av handlingskompetanse som; sosial kompetanse, ledelseskompetanse, læringskompetanse, metodekompetanse og fagkompetanse (EU 2011), blir gjeldende for forståelsen av handlingskompetanse i oppgaven. De ulike aspektene av handlingskompetanse defineres som: **Sosial kompetanse** består i evne og dyktighet til å gå inn i mellommenneskelige forhold ved å ha gode kommunikasjonsevner, situasjonsforståelse og selvinnsett. Det innebærer blant annet å vise utholdenhet i mellommenneskelig relasjoner (UiN 2003).

**Ledelseskompetanse** forstår jeg i oppgaven som evnen til å lede andre i akutte situasjoner og med ulike konstellasjoner av mennesker, altså delvis en personlig egnethet. Denne kompetansen er ofte ikke-formalisert.

**Læringskompetanse** er evnen å løse nye og ukjente problemer basert på tidligere erfaringer, som evne og mot til å være nysgjerrig og lærevillig i tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter (UiN 2003).

**Metodekompetanse** velger jeg å forstå som evnen til å kunne bruke ulike metodikk for å nå et læremål, som valg av undervisningsform.

**Fagkompetanse** velger jeg å forstå som faglig kompetanse. Eksempel: den spesielle kompetansen knyttet til profesjonen som jordmor eller lege, formalisert med autorisasjon eller lisens.

## 2.2 Myndighetskrav

Det kreves en fortløpende seleksjon av gravide og fødende til det rette behandlingsnivået på fødselsomsorg, som i Norge utgjør fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker med tilhørende nyfødt intensivavdeling. Differensiert fødselsomsorg skal sikre alle fødende en helsetjeneste basert på egne ønsker og en seleksjon ut fra en risikovurdering i forhold til mors og barnets behov for spesialisert hjelp. Veilederen Et trygt fødetilbud (Helsedirektoratet 2010) har skissert seleksjonskriterier og lagt forpliktende føringer for hvordan fødeinstitusjoner skal kunne være forberedt på akutte tilstander i fødselsomsorgen. Det følgende gjelder for fødeavdelinger og kvinneklinikker:

”Undervisning og praktisk trening (punkt 9.4.2, s.43)

- Ukentlig internundervisning for leger og jordmødre (bør være obligatorisk), det vil si formelle møteplasser
- Kasuistikkgjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler felles for både leger og jordmødre
- Obligatorisk praktisk trening og teoretisk gjennomgang av akutte situasjoner på fødeavdelingen (blødninger, vanskelig skulderforløsning, operative forløsninger, gjenopplivning osv) minimum to ganger per år. Oppmøte loggføres.”

Uheldige hendelser opptrer hyppigst i avdelinger med høy og komplisert aktivitet og stort tidspress. Utsatte avdelinger er fødeavdelinger, intensiv-, kirurgi- og anesthesiavdelinger. I norsk sammenheng er 70 % av de skadene som meldes fra fagfeltet gynekologi/fødselshjelp til Norsk Pasientskadeerstatning NPE, skader på barn. I tillegg til den enorme belastningen på de aktuelle familiene, er involvert helsepersonell ”the second victim” (Hjort 2007).

De siste tiår har det blitt økende oppmerksomhet på resultattall for tjenesten og de store erstatningssummene som utbetales til familier som (beviselig) ikke har fått optimal fødselshjelp, og derav opplevd sykdom eller dødsfall hos mor eller barn som resultat.

”I perioden 1988 - 2008 har 450 pasienter eller pårørende fått erstatning etter behandlingssvikt under fødselshjelp. Svært mange understreker viktigheten av at helsevesenet lærer av feil som er begått, og at samme skade ikke skal skje andre” (NPE 2009). Skader i forbindelse med fødselshjelp utgjør 3 % av alle erstatningssøksmål til NPE, men nesten 20 % av utbetalingene (Jørstad, Thomsen et al. 2007).

**Tabell 2.1 Vedtaksfordeling og utbetalinger per 31.12. 2006**

	Medhold	Avslag	Totalt	Medholdsprosent	Utbetalt
Fødselshjelp – barn skadet	266	540	806	33 %	646 mill
Fødselshjelp – mor skadet	108	255	363	30 %	37 mill

Statistikker som produseres av Medisinsk Fødselsregister MFR, blir brukt som en pekepinn på kvaliteten av fødselshjelpen, der fødeinstitusjonene kan sammenlignes ut fra sammenlignbare rammer og ressurser. Som et eksempel vises til handlingsplan for reduksjon av antall sfinkterrupturer grad 3-4. Handlingsplanen utarbeidet av Nasjonalt råd for fødselsomsorg, la føringer for at fødeinstitusjoner med et høyt antall slike fødselsskader, må forbedre sin praksis (Helsedirektoratet 2009).

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter (HOD 1984). Denne lovbestemmelsen ble begynnelsen på tilsynet med tjenesteytende virksomheter og ikke bare helsepersonells yrkesutøvelse. God kvalitet betyr i denne sammenheng at tjenesten er trygg og sikker. For å oppnå en sikker og trygg tjeneste, rettes fokus blant annet mot brukermedvirkning, ledelsesforankring og en fortløpende evaluering av egne tjenester (Braut and Holmboe 2010).

I Veilederen (Helsedirektoratet 2010) beskrives Helsetilsynets gjennomgang på saker de har behandlet innen fødselsomsorgen, der de påpeker svikt særlig på noen hovedområder:

- **Kommunikasjon og samarbeid:** uklare beskjeder, uklare ansvarsforhold, ufullstendig kommunikasjon ved overflytting
- **Kompetanse:** manglende opplæring/kunnskap i fosterovervåking, manglende innsikt i og etterlevelse av retningslinjer ved komplikasjoner
- **Organisering:** manglende instruks for ansvarshavende jordmor, manglende informasjon til legevikarer

Med utgangspunkt i akutte tilstander som postpartumblødning, skulderdystoci, eklampsi og asfyktisk barn, vil jeg gi en beskrivelse av hva slags undervisningsopplegg skandinaviske fødselshjelpere kan

nyte godt av for å tilegne seg nødvendig kompetanse på livreddende førstehjelp, og hvorfor en har valgt denne formen for opplæring.

## **2.3 Fire ulike akutte tilstander som utgangspunkt for opplæring**

De akutte tilstandene krever ulike tekniske ferdigheter, og alle akutte tilstander krever gode ikke-tekniske ferdigheter. Det følgende er en beskrivelse av utfordringene ved fire ulike akutte situasjoner.

### **2.3.1 Alvorlig blødning etter barnets fødsel (postpartumblødning)**

Etter barnets fødsel oppstår en blødning mellom morkaken og livmorveggen som gjør at morkaken løsner og kan kvitteres ut. En dårlig kontrahert livmormuskel gjør at sårstedet der morkaken stod festet, forblir et stort, blødende sårrområde. Patologisk postpartumblødning er per definisjon en vaginalblødning > 500ml innen 24 timer etter fødsel. Symptomer på blodtap opptrer i varierende grad ved blødningsmengde > 1000ml. Det viktigste tiltaket for å begrense store blødninger, er å massere livmoren hyppig i løpet av de to første timene postpartum for å få en godt kontrahert livmormuskel. Kunsten for fødselshjelpere er å identifisere risikofaktorer for patologisk blødning, forebygge og erkjenne en pågående blødning ut over 500ml. 16 % av fødende i Norge blør mer enn 500ml etter fødsel (Folkehelseinstituttet 2011). Patologisk postpartumblødning forårsaker 25 % av maternell død på verdensbasis (WHO 2011).

### **2.3.2 Eklampsi**

Eklampsi er generelle kramper i løpet av svangerskap, fødsel eller den første uka etter fødselen, der det samtidig foreligger preeklampsi (svangerskapsforgiftning) (DNLF 2008). Det ble registrert 36 eklampsi-tilfeller i Norge i 2008 (Folkehelseinstituttet 2011). Mange har symptomer på truende eklampsi før krampeanfallet, men anfallet kan også komme helt overraskende. Eklampsi er en livstruende tilstand for mor og barn, der det kreves kompetanse på førstehjelp, stabiliserende tiltak, transport hvis kvinnen ikke allerede er ved en fødeavdeling med mulighet for keisersnitt, og gode samarbeidsevner for å sikre nødvendig behandling. Hos gravide/fødende stabiliseres tilstanden med infusjon av Magnesiumsulfat intravenøst og behandling av forhøyet blodtrykk, men tilstanden bedres først etter at barnet er forløst.

### **2.3.3 Skulderdystoci (fastsittende skuldre etter at hodet er født)**

En barnefødsel innebærer normalt at hodet som ledende del (i motsetning til setefødsel) fødes spontant. Barnets skuldre roterer normalt enten umiddelbart eller på neste ri. Skulderdystoci defineres som manglende rotasjon av skuldre en ri etter at barnets hode er født, der den fremre skulderen har kilt seg fast under symfysebeinet. Det foreligger ikke gode tall på hyppighet, men anslås å ramme 0,1-1,5 % av fødslene i Norge (DNLF 2008). Fødselshjelp tilstreber å forebygge skulderdystoci hos fødende

med disponerende faktorer som antatt stort barn, tidligere skulderdystoci og behov for operativ vaginal forløsning. Halvparten av tilfellene med skulderdystoci inntreer uten identifiserte risikofaktorer. Det kreves at fødselshjelper kan identifisere tilstanden og handle umiddelbart, fordi dette er en akutt situasjon som setter barnets liv og helse i fare. Jo større inngripen en må gjøre for å rotere barnets skuldre eller jo lengre tid det går fra barnehodets fødsel til kroppen er født, desto større er risikoen for skade på barnet. Et friskt barn angis å tåle inntil fem minutter før det oppstår risiko for hjerneskade. Skulderdystoci er en akutt situasjon som krever stor grad av tekniske ferdigheter for korrekt håndtering. I forbindelse med skulderdystoci, er det like viktig å vite hva en skal unngå som hvilke manøvre en skal gjennomføre.

#### **2.3.4 Asfyksi hos nyfødte (Apgar score <7 etter 5min), vanligvis pga oksygenmangel under fødsel**

Asfyksi hos nyfødte er noen ganger en forventet komplikasjon pga patologisk mønster i fosterets hjertefrekvens under fødselen. Andre ganger kommer det overraskende på fødselshjelper at barnet er påfallende preget av fødselen med dårlig eller manglende respirasjon, dårlig hudfarge og muskeltonus innen det første minuttet etter fødsel. På større institusjoner med forventet dårlig barn vil barnelege vanligvis være varslet og overta behandlingen av barnet umiddelbart etter fødsel. Fødselshjelper må uavhengig av situasjon kunne iverksette nødvendig hjertelungeredning, og utføre dette til mer kvalifisert personell kan overta ansvaret for behandlingen av barnet. Det angis i internasjonale studier at 5 % av nyfødte trenger noen grad av resusciteringstiltak pga asfyksi under fødsel (DNLF 2008).

## **2.4 Brukerperspektivet i dagens fødselsomsorg**

Vi beskriver brukerne våre som gravide, fødende, kvinner, mødre, nyfødte med familier, og bruker langt sjeldnere betegnelsen pasient, pårørende eller for den saks skyld; bruker. Innen akutt fødselsomsorg blir den gravide, fødende eller det nyfødte barnet plutselig ”pasient” og familien blir i samme stund ”pårørende”, uten at denne overgangen er tydelig uttalt.

Pasientrettighetsloven utdyper den enkelte brukers rettigheter i paragraf 3 med rett til medvirkning og rett til informasjon (HOD 1999). I Et trygt fødetilbud (2010) presiseres hvordan dette skal tolkes: ”Informasjonen må være god nok til at kvinnen har et tilstrekkelig grunnlag for å medvirke og ta valg om egen helse. Informasjonen skal tilpasses den gravides forutsetninger. Det betyr at informasjon skal tilpasses hennes alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Kvinnen skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig medvirkning når valg av behandlingsmåte skal treffes, herunder for eksempel valg av smertelindring, igangsettelse av fødsel og forløsningsmetode” (Helsedirektoratet 2010) s.8.



I forarbeidet til ny stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten bedt om å gjøre en ”Vurdering av muligheten for en nasjonal brukererfaringsundersøkelse om fødselsomsorgen i Norge” (Kunnskapssenteret 2008). Hasteoppdraget konkluderte med at det er mulig å gjøre gode brukererfaringsundersøkelser innen fødselsomsorgen.

Stortingsmeldingen En gledelig begivenhet (2009) har definert brukergruppen innen fødselsomsorg som følgende:

”Det finnes ingen klar definisjon av hvem som er bruker innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I snever forstand er brukeren den gravide/fødende og hennes barn. På dette området vil imidlertid også partner, familien og befolkningen for øvrig, herunder lokalsamfunnet, ha sterke interesser. Skillet mellom bruker- og borgerbegrepet blir på mange måter utfordret da så å si hele befolkningen vil innta brukerståstedet gjennom faser i livet” (HOD 2009), s. 63. Stortingsmeldingen fulgte opp hasteoppdraget fra Kunnskapssenteret med denne anbefalingen:

”Regjeringen foreslår at brukererfaringer om svangerskaps-, og fødsels- og barselomsorgen skal innhentes gjennom en nasjonal temaundersøkelse. Undersøkelsen skal omfatte både kvinners og partnernes erfaringer, herunder kvinner og partnere med innvandrerbakgrunn”, s.64.

Kunnskapssenteret startet forberedelsene til brukerundersøkelsen i 2009 (Kjøllesdal 2009).

## **2.5 Ansvarsområder i fødselsomsorgen**

Differensiert fødetilbud har ulikt beredskapsnivå. I Norge innebærer dette jordmorstyrte fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker. Differensiering forutsetter god seleksjon i løpet av svangerskap, fødsel og barselid, slik at brukerne får den grad av overvåking og tilgjengelig behandlingstilbud som situasjonen til enhver tid krever. Det er i Norge sentralisering av forventede kompliserte fødsler til et høyere beredskapsnivå. I Sverige og Danmark er det en sterk sentraliseringstendens av fødeinstitusjoner med fusjoner av geografisk nærliggende fødeinstitusjoner.

Jordmødre er spesialutdannet til å gi svangerskapsomsorg, ha ansvar for den normale fødsel og gi barselomsorg til mor og barn frem til to måneder etter fødsel. Jordmor har det jordmorfaglige ansvaret for fødekvinnen fra hun melder seg med spørsmål om fødsel og til kvinnen og hennes friske nyfødte kan reise hjem timer eller dager etter fødselen. Gynekolog/fødselslege på fødeavdeling/kvinneklinikk har medisinsk-faglig ansvar og blir tilkalt ved mistanke om komplikasjoner eller ved oppfølging av fødende som er i risiko for komplikasjoner. Syke nyfødte overflyttes som regel til en spesialisert nyfødtavdeling. Barnepleiere, som har hjelpepleierutdanning med spesialisering i spedbarns- og barselstell, har en assistentfunksjon i forhold til jordmor.

Rollefordeling og ansvarsområder for den enkelte profesjon varierer fra land til land.

Ulike utdanningsløp har konsekvenser for arbeidsdeling, ansvarsområder og opplæringsbehov. I oppgaven tar jeg utgangspunkt i situasjoner som krever jordmorkompetanse eller

fødselslegekompetanse, og ser tilbud om opplæring i forhold til de krav som stilles til tjenesten i akutte situasjoner i fødselsomsorgen inohospitalt (på fødeinstitusjon) i Skandinavia.

## 2.6 Eksisterende kurstilbud

Det arrangeres ulike kurs i Skandinavia, i resten av Europa og den vestlige verden. I Norge arrangeres det interne kurs på den enkelte fødeinstitusjon. Disse kursene er en variasjon av ferdighetstrening og simulering for enkelte ansatte eller tverrfaglige grupper, på læringscenter eller i egen avdeling.

Hyppigheten av slik trening er varierende.

I tillegg finnes enkelte kurs som utlyses eksternt, som **Nordisk kurs i praktisk obstetrikk**. Kurset har fokus på operative forløsninger i fødselshjelp, og har gynekologer som målgruppe.

Noen store internasjonale kurs avholdes i alle skandinaviske land:

**ALSO Advanced Life Support in Obstetrics** er et 20 år gammelt amerikansk kurskonsept med fokus på akutte og livstruende tilstander i svangerskapet, under og etter fødsel. American Academy of Family Physicians AAFP innehar rettighetene til kurset, som er solgt til mange vestlige land, inkludert Sverige og Danmark. Det danske ALSO-konseptet er videreført i Norge. Kurset består av teori, forelesninger og hands-on øvelser. Kursets intensjon er ikke å presentere den eneste eller nødvendigvis beste måten å håndtere akutte tilstander på, men vise til hensiktsmessige tiltak. (AAFP 2011).

**CEPS Center for Education in Pediatric Simulation** er et amerikansk kurs utviklet ved Stanford University og brukt blant annet i Sverige. Kurset har fokus på omsorgen for nyfødte med asfyksi, med vekt på simuleringstrening i virkelighetsnære omgivelser. Det legges opp til mye hands-on trening og fokus på blant annet kommunikasjon og lederskap, med påfølgende feedback og diskusjon (MAS 2011).

Det engelske kurset **MOET Managing Obstetric Emergencies and Trauma** er et kurs med fokus på livreddende obstetrisk behandling, utviklet i 1997. Målgruppen er gynekologer og anestesileger.

Kurset er interaktivt og har som målsetning at kursdeltakere primært lærer av hverandre og i mindre grad av kursholderne. Det gjør bruk av ”skills & drills”, med stort fokus på ferdighetstrening. MOET-kurset er svært populært i Nederland.

I en samtale om bruk av simulering i opplæring av fødselshjelpere og hvorvidt trivsel ved simulering er et godt mål på effekt, svarte Peter Dieckmann, organisasjonspsykolog og tidligere SESAM-president (Society in Europe for Simulation Applied to Medicine) (2010):

*If you really want to achieve changes, that is probably something that is not really fun in itself, where people would discover that “I might have to change something in my practice”, or we as a profession actually might have challenges that we need to tackle... Sometimes a debriefing hurts, but it’s important that it hurts for the right reasons. Not that the instructor humiliates the other person, but in*

*the intent of helping the other person, and be honest in the feedback ... I think potentially one of the nicest, most promising learning outcomes from simulation could be that people actually learn the methodology: of thinking about cases, of discussing cases, taking the idea of debriefing to clinical practice. .. If simulation could contribute that people in clinical practice actually say “let’s try for five minutes, or whatever, to have a quick look to how did we do this as a team, or maybe even integrate the parents, I think that can be one of the really high potential outcomes of simulations(Dieckmann 2010).*

## 3.0 Tidligere forskning

Dette kapitlet beskriver den tidligere forskningen som kan belyse jordmødres og fødselsleger kompetanse, hvilke myndighetskrav de må forholde seg til og hvordan de opprettholder og utvikler nødvendig tverrfaglig kompetanse på situasjoner de gjør mye for å forebygge eller unngå. Det belyser også fødselsomsorgen som ytes målt opp mot pasientsikkerhet og brukerinvolvering.

Opplæring av voksne krever ifølge Hultgren (2001) særlige læringsbetingelser. Voksne er rigide i sine arbeids- og læringsformer, og har funnet sin egen læringsmåte eller læringsstil (Hultgren 2001). Klarer vi å ta høyde for dette i opplæring på tekniske og ikke-tekniske ferdigheter i akutt fødselshjelp?

Nyere studier har svært få henvisninger til læringsteoretisk ståsted. Birch et al henviser i sin artikkel om praktiske øvelser (Birch, Jones et al. 2007) til psykologene Hergenhahn & Olson (1997), Tennant (1997) og Watson (1913). De har et behavioristisk ståsted som hevder at omgivelsene preger oppførselen vår, og at det vi lærer er avhengig av ulike elementer i miljøet, og ikke av en deltaker alene.

Jeg vil bruke resultatene fra litteratursøket til å belyse forholdet mellom opplæring og tilegnelse av nødvendig handlingskompetanse.

### 3.1 Litteratursøk

Med de inklusjonskriteriene jeg hadde satt opp, fikk jeg treff på 26 artikler (vedlegg 1). Jeg vil vise til ni artikler som på ulike måter beskriver styrken ved praktiske øvelser, særlig i form av simuleringstrening, og noen utfordringer ved denne formen for opplæring, se tabell 2:

**Tabell 3.2 Ni artikler fra litteratursøk**

IKKE-TEKNISKE FERDIGHETER				
Land/år	Forfattere	Studie & design	Hensikt	Konklusjon
England april 2011	Siassakos D, Bristowe K, Draycott T et al	Kvantitativ, tverrsnittsanalyse av videoopptak ved simulering på eklampsianfall. 114 deltakere på 19 team. Bruk av pasientmarkør	Identifisere faktorer som gir større effektivitet ved teamarbeid og derved økt pasientsikkerhet, ved å sammenligne gruppenes prestasjon i forhold til lederskap, kommunikasjon, oppførsel	De mest effektive teamene satte tydelig diagnose tidlig i forløpet, brukte ”closed-loop communication”, hadde tydelig arbeidsdeling og ”handover”. Ingen eksplisitt ledelse i noen av gruppene. Resultatene ikke basert på opplevelse av mestring men ut fra observasjoner.
Michigan juli-sept 2010	Hamman WR, Beaudin- Seiler BM, Beaubien	Observasjonsstudie av 26 simuleringer fra 2006-2007. N=264	Intervensjon med in situ øvelser for å observere nestenhendelser og uønskede hendelser.	Gjennom in situ øvelser ble det avdekket potensielle trusler mot pasientens sikkerhet. Nye tiltak - økt fokus på rolleforståelse, helhetstenkning, kommunikasjon

Land/år	Forfattere	Studie & design	Hensikt	Konklusjon
England Våren 2009	Freeth D, Ayida G, Berridge EJ et al	Kvalitativt, intervju. Erfarne jordmødre (57), gynekologer (21) anestesi(15)	Simuleringstrening i tråd med MOSES-kurs for erfarne helsearbeidere, for å øke fokus på ikke- tekniske ferdigheter og pasientsikkerhet	Dyktig fasilitering viktig for læringsutbytte, med en støttende atmosfære. Positivt med observatører som vektla andre ting enn deltakerne i simuleringen. Viktig med tværfaglig deltakelse.
England Februar 2008	Crofts JF, Bartlett C, Ellis D et al	Kvantitativ, prospektiv randomisert SaFE- studie, n=140 fødselshjelpere	Sammenligne utbytte av simulering med pasientmarkører og bruk av fødesimulator	Større oppmerksomhet for og forståelse av kommunikasjon og pasientsikkerhet ved bruk av pasientmarkører enn ved bruk av fødesimulator.
<b>TEKNISKE FERDIGHETER</b>				
Land/år	Forfattere	Studie & design	Hensikt	Konklusjon
England november 2010	Gundry R, Siassakos D, Crofts JF, Draycott TJ	Litteraturstudie av studier på simulering og effekt på pasient- utkomme	Kritisk vurdering av intervensjon med simulering og målbar effekt på morbiditet og mortalitet.	Regelmessig simulering på akutte tilstander i førselsomsorgen gir bedret utkomme for mor og barn, og reduerte forsikringspremier for gjeldende klinikker. Ikke mye fokus på pasientperspektivet.
New York august 2010	Fisher N, Bernstein PS, Satin A et al	Randomisert intervensjons-studie for leger, n=38 fordelt på 3 grupper. Tema: eklamsi, overdose Magnesium	Sammenligne ferdigheter på behandling av eklamsi etter simulering og forelesning, bare simulering eller bare forelesning	Simulering alene gav bedre ferdigheter enn forelesninger. Forelesninger i tillegg til simulering gav ingen økt, signifikant effekt. 75 % reduksjon i feilbehandling etter simulering. Simulering bør brukes i utdanning av leger.
Danmark sommer 2009	Sørensen JL, Løkkegaard E, Johansen M et al	Deskriptiv studie, intervensjon med simulering. N=147 skulderdystoci/ blødning, n= 192 eklamsi og nyfødte- resuscitering	Ved hjelp av Kirkpatrick's 4 evalueringsnivåer å måle resultater av opplæring: tilfredshet, kunnskap, overføringsverdi til praksis, utkomme på organisasjonsnivå og pasientutkomme	Etter trening: Økt kunnskap, trygghet, mindre stressopplevelse forbundet med skulderdystoci, nyfødtesuscitering, eklamsi. Ingen effekt mht blødning, økt antall blødninger registrert etterpå, tegn på økt fokus? Redusert sykefravær blant jordmødre, endringer i organisasjonen
England Oktober 2008	Crofts JF, Fox R, Ellis D et al	Kvantitativt, observasjon/video av 450 simuleringsøvelser, n=95 jordmødre, 45 gynekologer	Forbedre ferdigheter på forløsning av skulderdystoci som en del av SaFE-studie	Signifikant forbedrede ferdigheter på skulderdystoci hos jordmødre og leger inntil et år etter simulering. Like viktig å vite hva en skal unngå som anbefalte manøvre.
England februar 2006	Draycott T, Sibanda T, Owen L et al	Fokus på Apgar score ≤ 6 etter fem minutter, og hypoksisk-iskemisk encefalopati HIE	Å kartlegge hvorvidt systematisk organisert simulering kunne resultere i færre tilfeller av alvorlig asfyksi hos nyfødte	Opplæringen gav signifikant reduksjon i antall nyfødte med lav Apgar under 7 etter 5 minutter og hjerneskadet etter fødsel (HIE)

Beskrivelse av de ni studiene, først fire studier med fokus på ikke-tekniske ferdigheter i kronologisk rekkefølge med den nyeste først:

- Siassakos et al viste ved en kvantitativt studie en signifikant økt effekt hos team som brukte “lukket sirkel-kommunikasjon”. De mest effektive teamene forlot sjeldnere enn andre team fødestuen i løpet av en akutt situasjon. Resultatene baserer seg på en observasjonsstudie på simuleringstrening der tidsbruken ble målt fra riktig eklampsi-diagnose ble stilt til riktig behandling var iverksatt inkludert medikamentbehandling. Forfatterne anbefaler at det gjøres videre studier på interaksjonen mellom team og pasient (Siassakos, Bristowe et al. 2011).
- Hamman et al gjorde en observasjonsstudie på 264 leger, sykepleiere, teknisk personell, farmasøyter og andre under in situ simulering. De fant at simulering under autentiske forhold avdekket utfordringer på systemnivå, som organisasjonskultur, dårlig utformede prosedyrer og ineffektiv utstyrsutforming. Disse faktorene resulterte i sviktende teamarbeid, og var potensielle trusler mot pasientsikkerheten (Hamman, Beaudin-Seiler et al. 2010).
- Freeth et al har forsket på ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon, ledelse og samarbeid i et kvalitativt studie, og påpeker viktigheten av dyktig fasilitering for å oppnå en støttende atmosfære. Den tverrfaglige deltakelsen representert med 93 jordmødre, fødselsleger og anestesileger ble opplevd som viktig. Det viste seg imidlertid vanskelig å implementere ny kunnskap på arbeidsplassen (Freeth, Ayida et al. 2009).
- Crofts et al sammenlignet bruken av pasientmarkør og voksen dukke målt i forhold til kommunikasjon og sikkerhet i scenarietrening på postpartumblødning. Den kvantitative studien viser signifikant effekt ved bruk av pasientmarkør. Et av argumentene i diskusjonen er at bruk av pasientmarkør øker realismen i øvelsen, og gjør det lettere å knytte den nye kunnskapen til vanlig praksis, sammenlignet med bruk av dukke (Crofts, Bartlett et al. 2008).

De neste fem studiene viser effekt av praktiske øvelser med økte tekniske ferdigheter som resultat, i kronologisk rekkefølge:

- Gundry et al har gjennomgått nyere studier på simuleringstrening, og konkluderer med nytteeffekt i forhold til pasientutkomme. Klinikker som kan vise til forbedrede resultater som resultat av simuleringsovelser, har fått reduserte forsikringspremier. Forfatterne konkluderer med at simuleringstrening i mange tilfeller fokuserer på høyteknologi på bekostning av pasientperspektivet (Gundry, Siassakos et al. 2010).
- Fisher et al tok utgangspunkt i eklampsi og overdose av Magnesium da de sammenlignet effekt av forelesninger, forelesninger i kombinasjon med simulering og kun simulering under intern opplæring av 38 gynekologer i forhold til kunnskap, ferdigheter og kompetanse. Deltakerne som fikk simuleringstrening scoret signifikant høyere enn forelesningsgruppen. Forelesning i tillegg til simulering økte ikke signifikant læringseffekten (Fisher, Bernstein et al. 2010)

- Sørensen et al hadde 2 omganger med simuleringsovelser for jordmødre, leger og barnepleiere i løpet av 3 år, på fire akutte tilstander: postpartumblødning (147 deltakere), skulderdystoci(147), eklampsi (192) og nyfødtresuscitering(192). De fant at øvelsene gav økt kunnskap, opplevelse av økt trygghet og mindre stressopplevelse forbundet med skulderdystoci, nyfødtresuscitering og eklampsi. Ingen målbar effekt mht blødning. Økt antall blødninger registrert etter øvelsene ble tolket som tegn på økt fokus. De så signifikant reduksjon i sykefravær blant jordmødre, og øvelsene avdekket behov for endringer i organisasjonen (Sørensen, Løkkegaard et al. 2009).
- Crofts et al gjennomførte 450 simuleringsovelser på skulderdystoci med 95 jordmødre og 45 gynekologer. De fant at trening på skulderdystoci må ha like stort fokus på hvilke tiltak en skal unngå som hvilke som skal utføres. Viser i detalj hvordan en med godt håndverk kan oppnå effektiv forløsning av bakre arm/skulder ved bruk av hele hånden i stedet for to fingre. Deltakerne viste signifikant forbedrede ferdigheter inntil et år etter treningen (Crofts, Fox et al. 2008)
- Draycott et al har ved å introdusere årlig (2 dager) trening i akutt fødselshjelp som skulderdystoci, postpartumblødning, eklampsi, tvillingfødsel, setefødsel og gjenoppliving av voksne og nyfødte, klart å vise til bedret utkomme for nyfødte målt i Apgar score og hjerneskode pga redusert oksygentilførsel under fødsel. Effekten har vedvart med vedvarende trening (Draycott, Sibanda et al. 2006).

### 3.1.1 Hva studiene vektlegger i forhold til praktiske øvelser

Jeg søkte ikke direkte på **simulation**, men på **training** og **competence**. Av de 26 artiklene som litteratursøket resulterte i, fremgår det at simulering oppleves som en svært nyttig form for øvelse på akutt fødselshjelp.

Publikasjonene vektlegger generelt faktorer som at:

- Akutte tilstander opptrer sjelden og hver enkelt fødselshjelper bygger derfor opp begrenset med volum og erfaring på hver enkelt tilstand
- Tilstandene kan gi fatale følger for mor og/eller barn, og krever derfor gode ferdigheter umiddelbart
- Som oftest er pasientene våkne i de akutte situasjonene, og situasjonene er derfor lite egnet som uttalt læresituasjon
- Praktiske øvelser gir rom for mengdetrening uten fare for pasienten liv og helse

Artiklene beskriver ulike former for opplæring, som forelesninger, forelesninger i kombinasjon med simulering, simulering alene. Simulering kan skje på et læringscenter eller i avdelingen. I den grad

simuleringen skjer i autentiske lokaler i avdelingen, med vanlig personell til stede og med bruk av de ressurser som finnes i avdelingen til vanlig, kalles denne form for simulering in situ øvelser.

- In situ øvelser gir viktige korreksjoner til etablert praksis i avdelingen som mht organisering, utstyr og kommunikasjon, og hvordan nestenhendelser og uønskede hendelser kan forebygges (Hamman, Beaudin-Seiler et al. 2010) (Sørensen, Løkkegaard et al. 2009)
- In situ øvelser er nyttige mht pasientsikkerhetsarbeid (Riley, Davis et al. 2010) (Hamman, Beaudin-Seiler et al. 2010) (Gosman, Baldisseri et al. 2008)
- Studier viser ikke større utbytte av simulering på treningssenter enn i egen avdeling (Crofts, Ellis et al. 2007) (Cooper, Cant et al. 2011)
- Tverrfaglige øvelser på akutt fødselshjelp har gitt signifikant økt kunnskap (Crofts, Ellis et al. 2007)
- Ved sammenligning av læringsutbytte ved forelesninger eller simulering, gav simulering størst læringsutbytte. Læringsutbytte ved simulering ble ikke større ved at det ble kombinert med forelesning (Fisher, Bernstein et al. 2010) (Birch, Jones et al. 2007)
- Pasientmarkører gir større fokus på kommunikasjon med pasienten enn bruk av fødesimulator (Crofts, Bartlett et al. 2008)
- Simulering på akutt fødselshjelp gir anledning til å øve både på tekniske og ikke-tekniske ferdigheter (Daniels, Arafeh et al. 2010) (Goffman, Heo et al. 2008)
- Simulering gir rom for tverrfaglig trening og økt rolleforståelse (Hamman, Beaudin-Seiler et al. 2010) (Siassakos, Draycott et al. 2009) (Robertson, Schumacher et al. 2009)
- Deltakerne gir tilbakemelding på opplevd nytte av simuleringstrening (Pliego, Wehbe-Janek et al. 2008) (Dauphin-McKenzie, Celestin et al. 2007)
- Gir den gruppen som scorer høyest på kunnskap, ferdigheter og holdninger, det mest effektive teamet under simulering? Nei, ikke uten videre. (Siassakos, Draycott et al. 2010)
- Simulering med fokus på "lukket sirkel"-kommunikasjon og "hand-over"/ systematisk rapport i en akuttsituasjon, gir effektive team (Siassakos, Bristowe et al. 2011) (Miller, Riley et al. 2008)
- Simulering gir opplevelse av økt mestringsforventning, mer realistisk vurdering både av egne og teamets prestasjoner (Sørensen, Løkkegaard et al. 2009) (Robertson, Schumacher et al. 2009)
- Simulering gir signifikant forbedrede ferdigheter på skulderdystoci (Crofts, Fox et al. 2008) (Goffman, Heo et al. 2008)
- Systematisk simulering over tid gir signifikant bedret utkomme for nyfødte mht Apgar score og redusert antall og grad av hjerneskade pga oksygenmangel under fødselen (Draycott, Sibanda et al. 2006) (Gundry, Siassakos et al. 2010)



- Debrief som en viktig del av simuleringen, avdekker forhold som kan forbedres og gi økt pasientsikkerhet (Andreatta, Frankel et al. 2011) (Riley, Davis et al. 2010) (Merien, Ven et al. 2010)
- Sterk korrelasjon mellom grad av engstelse hos lege i bakvakt(tertiærvakt) med antall akutte keisersnitt (Allcock, Griffiths et al. 2008)

Noen av artiklene setter også ord på utfordringene ved opplæringen som igangsettes:

- Det måles ikke systematisk utkomme hos mor og barn etter gitt opplæring som et ledd i forbedringsarbeidet (Merien, Ven et al. 2010)
- Simulering er en ressurskrevende form for opplæring (Merien, Ven et al. 2010)
- Vanskelig å implementere ny kunnskap etter simulering på noen arbeidsplasser (Freeth, Ayida et al. 2009)

Av de totalt 26 artiklene, er 11 (42%) publisert i England, 11 (42%) i USA, 2 (8%) i Nederland, 1(4%) i Danmark og 1(4%) i Australia, se tabell 2 (vedlegg 1). Jeg har ikke funnet andre originalartikler fra opplæring innen akutt fødselshjelp i Skandinavia siste 5 år.

Den tidligere forskningen viser til signifikante resultater som har konsekvenser for hvordan opplæring av fødselshjelpere kan tilrettelegge for økt handlingskompetanse.

## 4.0 Metode

I det følgende vil jeg skissere hvordan jeg har gått frem for å kunne besvare oppgavens problemstilling: Hvorfor er handlingskompetanse et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander? Jeg vil beskrive min forforståelse som et bakgrunnstepp for valg av tema, og så systematisk beskrive alle trinn i forskningsprosessen. I det ligger også en erkjennelse av forforståelsens innvirkning på fortolkningen av informantenes historier og derved arbeidet med analysen av resultatene.

### 4.1 Forforståelse og dens betydning for arbeidet med problemstillingen

Mange års erfaring som jordmor i fødselsomsorgen, som mellomleder med ansvar for kompetansebygging og senere undervisningsjordmor, er utgangspunktet for arbeidet med problemstilling og forskningsspørsmålene. Noen opplevelser og erfaringer har satt dype spor. Jeg vil i det følgende beskrive min erkjennelse av forforståelse før jeg møtte informantene:

Kvalitetssikring ble maktpåliggende for meg etter et 8-måneders opphold som katastrofearbeider i Libanon. Sårskift etter tredjegrads forbrenning uten smertelindrende behandling ville vært uakseptabelt i en norsk sykehushverdag, og ble et etisk dilemma for meg som gjestende helsearbeider. Som jordmorstudent hadde jeg i likhet med mange av mine medstudenter en bratt læringskurve. Alt vi så og erfarte var relevant for jordmorrollen. Våre fremtidige jordmorkolleger var viktige rollemodeller på utdanningsinstitusjonene. Noen av dem overrasket oss da de dokumenterte spontan vannavgang i stedet for den hinnerivningen de nettopp hadde utført, med begrunnelsen at fagprosedyrene ikke tillot hinnerivning på jordmors initiativ. Jeg opplevde denne dokumentasjonen som feilaktig og en undergraving av jordmors kompetanse.

På et distriktssykehus i Lesotho, Sørlige Afrika diagnostiseres tilstander med enkle diagnostiske hjelpemidler, og ikke tekniske hjelpemidler som for eksempel ultralyd. De menneskelige ressursene er avgjørende for tiltak og behandling i Sørlige Afrika. Jordmødre og leger må stole på egne funn, en klinisk kunnskap som jeg fikk erfare var av uvurderlig verdi i diagnostisering. Kliniske funn er en viktig del av fødselshjelperes kompetanse, og vi risikerer i nærvær av høyteknologi å miste noe av håndlaget ved i mindre grad å stole på våre egne, kliniske funn. Dette er en bekymring for meg som undervisningsjordmor.

Fokus på faglig forsvarlighet er sentralt i arbeidet for å sikre fødende i distrikts-Norge et tilfredsstillende fødetilbud. Det utelukker ikke at små fødestuer likevel får fødende inn dørene med kompliserende tilstander. Som fødeinstitusjon må jordmødre yte øyeblikkelig hjelp, og må derfor alltid være forberedt på ikke-planlagte situasjoner. For å takle disse uventede hendelsene samt å være forberedt på eventuelle komplikasjoner som kan oppstå under forventede normale fødsler, har fødestuejordmødre hyppige (evt. tverrfaglige) øvelser på akutte situasjoner. Som ansvarlig jordmor for

Fødestua i Midt-Troms i mange år, var forberedthet på akutte tilstander en forutsetning for å kunne ta det jordmorfaglige ansvaret.

Det er ikke gitt at store, veldrevne kvinneklinikker regelmessig har hatt praktiske øvelser på akutte situasjoner. Jordmødre og fødselsleger har kanskje erfaring for at hjelpen er nær, og at den store organisasjonen tar av litt av presset på den enkelte fødselshjelper i forhold til selv å besitte nødvendig kompetanse på forskjellige akutte tilstander. Forsommeren 2010 deltok 180 jordmødre, barnepleiere og fødselsleger på SUS i tverrfaglig simulering på akutte tilstander ved Stavanger Acute Medicine Foundation for Education and Research (SAFER). Det store flertallet gav uttrykk for at teamtrening med refleksiv læring som en sentral del av simuleringen, var og forble til stor nytte i det kliniske arbeidet, og gav meg økt tro på simulering som læringsmetode.

Som mor har jeg hatt fire ukompliserte polikliniske fødsler med hjemreise innen 6 timer etter fødselen, og tror at jeg primært har et profesjonelt forhold til utfordringene ved akutte tilstander i fødselsomsorgen.

## 4.2 Litteratursøk

På bakgrunn av oppgavens problemstilling gjorde jeg litteratursøk med utgangspunkt i begrepene **obstetric, emergency, training, competence, user involvement** og **patient safety**. Jeg brukte databasene PubMed, OVID Nursing, Medline, Joanna Briggs/ProQuest, British Nursing Index, EMBASE, CINAHL og SveMed.

På databasene Medline og OVID Nursing fikk jeg ved søk på **obstetric and emergency and competence** 13776 treff. Ved å bruke søkeordene **obstetrics and patient and safety** i de samme databasene, fikk jeg 12113 treff. På grunn av mange treff, snevret jeg inn søket ved å inkludere artikler med abstracts, publisert siste 5 år og med engelskspråklig tekst. Jeg endte totalt opp med 26 artikler som delvis overlapper hverandre tematisk. Søkene er gjort til og med 18.april 2011. Resultat av søk med antall treff, inklusjons- og eksklusjonskriterier, se vedlegg 1.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Sjekklistene er spesifisert i forhold til randomisert kontrollert studie, oversiktsartikkel, kvalitativ forskning, kohort-studie, kasus-kontrollstudie, faglig retningslinje, prevalensstudie og diagnostikk. (Kunnskapssenteret 2011). Jeg har fulgt sjekklistene for kritisk vurdering av de ni studiene som er listet opp i tabell 3.2 for å kunne vurdere gyldigheten av informasjonen i studiene (vedlegg 2).

Resultatene av litteratursøket danner en teoretisk ramme i besvarelsen av hvorfor handlingskompetanse er et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander, og er presentert under kapittel 3.0 Tidligere forskning.

### **4.3 Fenomenologisk hermeneutisk forskningsmetode**

Å gjøre fenomenologisk forskning, er å gjøre rede for seg selv eller å frigjøre seg fra sin egen forforståelse eller motivasjon (Mellin-Olsen 1996). Han siterer Husserl som bruker uttrykket ”å sette forforståelsen i parentes”. Hermeneutikk er læren om tolkninger, og forskeren må i hermeneutisk tradisjon argumentere for egne fortolkninger. Mellin-Olsen påpeker at formålet med forskningssamtalen er å løfte frem hvilken forståelse et enkelt individ har av et fenomen. I kvalitativ forskning er alle oppfatninger om et fenomen like viktige. Sagt på en annen måte; et interaktivt intervju er en samtale om et fenomen som tolkes systematisk av begge for å bringe frem ny forståelse av fenomenet. Mellin-Olsen argumenterer for at forskningssamtalen er det viktigste forskningsredskapet for å oppnå kunnskap om menneskets opplevelse av sin livsverden. I arbeidet med oppgaven har jeg fulgt disse stegene i kvalitativ forskning: tematisering, design, intervju, transkribering, analyse og verifikasjon.

#### **4.3.1 Tematisering**

I erkjennelsen av at forskeren er instrumentet i en kvalitativ studie, avklarte jeg i forberedelsen av arbeidet med oppgaven min egen forforståelse for å bli klar over hva slags instrument jeg er i møtet med informantene, i tolkningen av hva de beskriver og i den videre tolkningen av samtalen. Fog (2004) vektlegger som forforståelse den alminnelige viten, teoretiske forutsetninger, rasjonelle og irrasjonelle følelser. Kvale og Brinkmann (2009) legger vekt på intervjuerens kvalifikasjoner for å kunne oppnå en forståelse av og skape ny kunnskap sammen med informanten. De spesifiserer disse kvalifikasjonene i kvaliteter som kunnskapsrikdom, en empatisk og samtidig styrende og kritisk holdning. Hva slags evne til å stille spørsmål og lytte etter svar ville jeg være i stand til å legge for dagen?

Et godt intervju skal bidra tematisk til produksjon av kunnskap. Det skal være dynamisk med lett forståelige spørsmål (Kvale and Brinkmann 2009). Jeg ønsket å standardisere intervjuet til en viss grad og å få den enkeltes synspunkter på de samme temaene, som:

- ulike former for opplæring
- utfordringer ved opplæringen i forhold til postpartumblødning, skulderdystoci, eklampsi og asfyksi hos barnet
- utfordringer mht rammer som tidsbruk, kostnader, teknisk og medisinsk utstyr, egnede lokaler og prioritering
- fødselshjelpers grad av handlingskompetanse
- brukerperspektivet i akutte situasjoner
- pasientsikkerhet sett i forhold til handlingskompetanse
- fremtidige behov for opplæring og kompetanse

### 4.3.2 Design

Mellin-Olsen (1996) beskriver samtalen som en forskningsmetode der forskeren legger til rette for at et utvalg personer kan komme frem med sine opplevelser og meninger, altså hva som er viktig for dem i forhold til de temaene som kommer frem eller blir presentert under samtalerne. Fog (2004) sier at menings- og erfaringsutveksling er en nødvendighet for å frembringe ny kunnskap, og at vi i fellesskap utvikler nye perspektiver. Ved å bruke en intervjuguide (vedlegg 3), la jeg opp til et semistrukturert forskningsintervju. Det innebar at jeg brakte på bane temaer med relevans til handlingskompetanse, og ønsket å høre deres historier.

”Uansett hvordan det velges ut, velges det galt”(Mellin-Olsen 1996), s.27. Jeg ønsker å besvare problemstillingen ved bruk av kvalitativ metode, der jeg vil beskrive fenomenene så dyptgående og presise som mulig, og ikke med mål om å skulle få representativitet og generaliserbarhet.

Jeg ønsket å gjøre intervju med 6-10 nøkkelinformanter, som eksperter/svært erfarne klinikere og undervisere. Intervjuobjektene skulle være informanter kjent i det obstetriske miljøet for over tid å ha jobbet med kompetansebygging, hovedsakelig i akutt fødselshjelp. Jeg valgte bevisst å rekruttere informanter også utenfor Norges grenser. Det obstetriske miljøet i Norge er relativt lite og oversiktlig. Ved å møte informanter fra ulike og ukjente miljøer i Skandinavia, antok jeg at min egen forforståelse i mindre grad ville bli en hindring for de gode samtalerne.

Jeg rettet en uformell henvendelse på mail til aktuell informanter kjent via kurs, publikasjoner eller via omtale. Noen informanter ble rekruttert via anbefalinger fra andre eksperter i miljøet, som en snøballmetode for utvelgelse. Jeg kjente ingen av informantene personlig.

Alle aktuell informanter som jeg rettet en uformell henvendelse til, sa ja til å delta. De fikk da tilsendt både formell forespørsel om deltakelse (vedlegg 4) og skjema om informert samtykke (vedlegg 5).

Ved å gjøre et annet utvalg, ville jeg ha fått andre svar. Jeg påberoper meg ikke noen statistisk representativitet eller ”metning” i utvalget. Informantene har sine narrativer, sine historier som belyser utfordringer jordmødre og fødselsleger møter både i klinisk arbeid og i opplæringsøyemed. Jeg har bestrebet meg på å formidle deres tanker og opplevelser uten at min egen forforståelse og tolkning har gjort dem urett.

### 4.3.3 Forskningsintervju

Jeg la i utgangspunktet opp til at intervjuene primært ville foregå via telefon, eventuelt ved personlig fremmøte, og at samtalerne ville bli tatt opp på bånd. Det viste seg fort at alle aktuelle informanter i både Danmark, Sverige og Norge kunne sette av tid i samme periode, og det ble derfor mest hensiktsmessig å legge opp til en rundreise der jeg kunne oppsøke dem på deres arbeidsplass for å kunne gjennomføre samtalerne ansikt til ansikt. Den ene samtalen som var planlagt slik, ble gjennomført på Skype i stedet.

Kvaliteter som spontanitet, mellommenneskelig kontakt og empati som avgjørende for hvordan intervjuet blir som empirisk materiale. Liker informanten og forskeren hverandre? Løgstrup uttalte ifølge Fog (2004), at åpenheten ved en samtale kan forføre. Hvordan påvirker de hverandre, og hva slags forhold har den enkelte til temaet? Hun spør hvor langt en kan trenge seg inn på informanten og i hvilken utstrekning en som forsker kan tillate seg å stille spørsmål til det informanten sier om seg selv og sin livsverden. Hun siterer Gadamer som sa om samtalen at en gir fra seg en grad av kontroll og overgir seg til den felleslogikk som samtalen baserer seg på (Fog 2004).

Samtalene foregikk på svensk, dansk og norsk. Alle informanter hadde satt av tid, og de som bar calling hadde gitt denne videre til andre. Vi ble derfor i liten grad forstyrret. Det var ved alle samtalene en åpen og uformell tone der det ble gitt rom for at jeg kunne stille kontrollspørsmål for å forsikre meg om at jeg forstod de danske og svenske uttrykkene. I tillegg til å ta opp alle samtaler på bånd, noterte jeg underveis, som en slags støtte for meg under samtalen og i tolkningen etterpå.

Samtalene på gjennomsnittlig 60 minutter ble transkribert til tre skandinaviske språk. Alle sitater jeg ønsket å formidle i rapporten, ble oversatt til norsk.

### **Utvikling av intervjuguide**

Jeg ønsket å forstå og beskrive prosessen fra læring til handlingskompetanse. Men jeg ble i arbeidet med intervjuguiden klar over at jeg la opp til kartlegging av både undervisning og læring/effekt av undervisningen. Jeg måtte velge mellom fokus på selve opplæringen eller effekt av opplæringen. Jeg omarbeidet derfor guiden til å ha fokus på opplæringen med blant annet læremål og ulike undervisningsformer, for å kunne besvare problemstillingen: Hvorfor er handlingskompetanse et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander? Jeg har arbeidet ut fra følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer kjennetegner opplæring på akutt fødselshjelp?
- I hvilken grad og hvorfor gjennomføres, eller gjennomføres ikke, tverrfaglig opplæring med fokus på ikke-tekniske ferdigheter?
- Hvem definerer kompetansemål for opplæringen, og hvorfor har en valgt disse målene?
- I hvilken grad klarer opplæringen å favne brukererfaringer og la det reflekteres i kursprogrammene?
- Hvordan opplever informantene forholdet mellom opplæring og pasientsikkerhet?

#### **4.3.4 Transkribering**

Intervjuene som varte fra 38-73 minutter, ble transkribert etter at alle intervjuene var gjennomført. Det sies at det kan være en fordel å transkribere fortløpende fordi en da kan justere intervjuguiden underveis. I og med at jeg gjennomførte alle syv samtalene i Skandinavia på få dager inkludert reise, ble det ikke rom for å begynne transkriberingen før etter at intervjuene var avsluttet. Jeg transkriberte til muntlig tale på originalspråket. Jeg anga lange pauser som mellomrom i den transkriberte teksten.

Under transkriberingen av intervjuene ble det tydelig at jeg under samtalene deltok i økende grad med egne utsagn, og ikke bare nye spørsmål med utgangspunkt i intervjuguiden. Jeg sammenlignet derfor to av intervjuene der jeg oppfatter informantene som å ha sammenlignbar bakgrunn, samme kjønn, samme profesjon og begge med et stort engasjement. Jeg ville sjekke om min opplevelse av større deltakelse med egne utsagn i den siste av disse to samtalene, stemte kvantitativt. I løpet av det 2.intervjuet (av totalt syv) som varte 68 minutter, brukte informanten 12 870 ord, men jeg som intervjuer brukte 1373 ord, altså 10 % av den totale samtalen regnet i antall ord. I det 6.intervjuet som varte 56 minutter, brukte informanten 9727 ord og jeg som intervjuer 3051 ord, altså 30 % av det totale antall ord. Min opplevelse av økende deltakelse i form av egne utsagn, stemte altså. Etter å ha transkribert de danske intervjuene, fikk jeg hjelp av en norsk kollega som også prater dansk, til å sjekke at transkriberingene var korrekte. De svenske transkriberingene trengte ikke korrekturlesing. De norske intervjuene ble også transkribert direkte og dermed på dialekt.

#### **4.3.5 Analyse**

Informantene snakker delvis på vegne av seg selv som fødselshjelpere, og delvis som undervisere. Jeg kaller dem i fortsettelsen både fødselshjelpere og informanter, og skiller ikke mellom informantene i rollen som klinikere eller undervisere.

Ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer med bruk av intervjuguide, har jeg allerede delvis kategorisert intervjuene. Men før jeg begynte systematisk analyse av materialet, leste jeg gjennom alle transkripsjonene, og oppsummerte for meg selv førsteinntrykket ved gjennomlesning av samtalene. Hva preget dataene, hva følte ekstra viktig, hva er det som overrasker eller virker vanskelig? Jeg så også på hvordan den enkelte informant presenterte seg og hvordan atmosfæren under samtalene kom til uttrykk.

Jeg tok deretter utgangspunkt i hvert enkelt tema skissert i intervjuguiden, og leste gjennom hvert intervju med ett tema for øyet. De utsagnene som omhandlet samme tema og som jeg oppfattet som meningsbærende enheter, ble samlet i egne dokumenter etter tema.

#### **Kategorisering av meningsbærende enheter**

Både Malterud (2003) og Kvale/Brinkmann (2009) beskriver analyseprosessen som meningskoding og meningsfortetting. Malterud viser til Giorgi sine fire trinn i sin fenomenologiske analyse:

1. skaffe seg et helhetsinntrykk
2. identifisere meningsbærende enheter
3. abstrahere innholdet til kunstige sitater
4. sammenfatte betydningen av de kunstige sitatene

Giorgi sin analyseprosess ble sammen med Malterud sin forklarende tekst, en nyttig veiviser til analysen av disse syv samtalene (Malterud 2003).

De meningsbærende enhetene ble abstrahert og omgjort til kunstige sitater. For å kunne rapportere resultatene på en meningsfull måte, ble betydningen av de kunstige sitatene sammenfattet til generelle erfaringer. Jeg har tatt med et eksempel på meningskoding og meningsfortetting, for å vise hvordan jeg har jobbet med analysen, se trinn 1-4.

### **Sitater fra 7 informanter på temaet læremål (trinn 1)**

Det følgende er et eksempel på meningskondensering. Jeg har gitt hver enkelt informant et nummer, der numrene er tilfeldig valgt og ikke reflekterer rekkefølgen av samtalene.

Spørsmålet som ble stilt alle informantene (med litt ulik ordlyd):

Hva slags opplæring jobber du meg? Kan du si noe om læremål, gruppesammensetning, tverrfaglighet, hva som er ditt fokus?

**Jordmor 1** *Vi hadde 2 tilfeller med skulderdystoci på kort tid. Det blir sånn at når du kommer ut for noe, at en ser hva som trengs.*

**Jordmor 2** *Da vi startet med opplæringen på akutte situasjoner, var det for å forbedre kvaliteten på arbeidet vårt. Et annet mål var å trene kommunikasjonsevnen i akutte situasjoner, og gjøre det på en optimal måte, så vi forstår hverandre. Et tredje mål som kommer ut av dette, er å styrke det tverrfaglige samarbeidet.*

**Jordmor 3** *Det er slik vi trener i grupper for å gi best mulig behandling til de nyfødte. Vi tar en gjennomgang på utstyr i tillegg til en teoretisk gjennomgang av flytskjemaet.*

**Lege 1** *Jeg har ofte fått signaler fra jordmødrene på at legene ikke er trygge nok på operative forløsningsprosedyrer. Jeg har tenkt å formidle videre til min overordnede at jeg mener vi har et opplæringsbehov for legene. Hun kommer sikkert til å svare positivt på dette, og be meg legge opp 1-2 timers undervisning på et møte for legene.*

**Lege 2** *Det er ikke et mål at alle fødselshjelpere skal ha gått ALSO-kurs. Men det er et mål at noen fra de forskjellige sykehus kommer hjem med glød og entusiasme og starter ferdighetstrening på hjemmesykehuset. Og da har de ikke lov å kalle det ALSO, for det er et eget konsept, men de kan bruke alt undervisningsmateriale og alt det de har lært.*

*Nå har vi fått gjenoppliving av voksne ned på avdelingsnivå. Sist var det undervisningsjordmor som underviste oss, så da var det leger og jordmødre som gjenopplivet dukke.*

**Lege 3** *Start med mål! Det å sette seg mål tror jeg er svært viktig. En kan kanskje ta et steg tilbake og analysere behovene. Jeg startet først med en behovsvurdering, en "needs assessment".*

*Vi laget kompetansetreningsskjemaer for alle aktuelle temaer som vi trener på. Det eneste området hvor vi så at alle skulle kunne det samme, var basal nyfødttresuscitering. For alle andre situasjoner som vi trener på, har vi differensierte læremål, alt etter hvilken profesjon en tilhører. Vi har fått synliggjort hva vi forventet av hverandre, og det ble tydeligere for alle hva en skulle kunne.*



*Vi har felles mål, og det er at det går så bra som mulig for pasienten. Men våre bidrag til det tverrfaglige samarbeidet er forskjellig. Og da handler det jo om å få alle til å forstå at alle er nødvendig i teamet, men alle kan ikke det samme. Man har et team av eksperter, men man har ikke et ekspertteam. Vi trener team gjennom å trene på faglige emner. Vi har aldri trent team bare for å trene team. Vi har alltid hatt fokus på faglighet.*

**Lege 4** *Det er gjennomgang av tingene knyttet til akutsituasjoner.*

### **Meningskoding (trinn 2)**

Etter å ha skaffet meg et helhetsinntrykk av informantenes svar på spørsmålet om opplæring, identifiserte jeg meningsbærende enheter:

- definere mål etter å ha gjort en behovsvurdering
- differensierte læremål avhengig av profesjonstilhørighet
- mål synliggjør hvilke forventninger vi har til hverandre
- nye læremål på bakgrunn av praksis som ikke vurderes som tilfredsstillende, uønskede hendelser
- som et ledd i kvalitetssikringsarbeidet
- kommunikasjon i akutte situasjoner gir styrket tverrfaglighet
- dominoeffekt, kaskade; ALSO-opplæring tas med hjem til lokal avdeling der ferdighetstreningen fortsetter

### **Kunstig sitater (trinn 3)**

For å kunne abstrahere innholdet av de meningsbærende enhetene, har jeg laget kunstige sitater med de meningsbærende enhetene som utgangspunkt:

Vi definerer nye læremål for å følge opp uønskede hendelser, og på bakgrunn av den enkelte helsearbeiders behov for opplæring. Læremålene for opplæring er ulike, avhengig av profesjonstilhørighet. God kommunikasjon i akutte situasjoner er et veldig viktig opplæringsmål. Ikke alle skal på ALSO-kurs. Men det er en viktig inspirasjon for å kunne fortsette ferdighetstrening der en jobber til daglig.

### **Omskrevet og sammenfattet (trinn 4)**

Det siste trinnet i analysen er sammenfatningen av de kunstige sitatene til generelle erfaringer: Fødeavdelingene har ulik tilnærming til hvordan læremål defineres. På avdelinger med et etablert opplæringsprogram på alle de vanligste komplikasjonene innenfor fødselshjelp, er team, læremål og fokus definert, eventuelt ut fra en foregående behovsanalyse. Opplæringen dekker regelmessig de temaene som oppleves mest presserende. På avdelinger med mindre systematisert opplæring, organiseres opplæring i forhold til behov sett i forhold til uønskede hendelser eller der avdelingen ser

et forbedringspotensiale. Et av de læremålene som har blitt aktualisert de senere år, er kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid.

I tillegg til meningskondensering, kunstige sitater og rekontekstualisering, har jeg brukt en del sitater direkte i teksten, markert med kursiv.

#### **4.3.6 Verifikasjon av studien**

Validitet og reliabilitet er viktige parametre på kvalitet av forskningen. For lettere å kunne relatere til disse begrepene i alle faser av forskningsprosjektet, har jeg valgt til en viss grad å erstatte ordet validitet med gyldighet/riktighet.

En del av studien består av et systematisk litteratursøk fra de siste fem år. Jeg har søkt i angitte databaser på søkeord og med inklusjons- og eksklusjonskriterier oppgitt i metodedelene. Deretter har jeg valgt ut ni funn som på ulike måter beskriver mangfoldigheten av studiene, og gjort kritisk vurdering av disse i tråd med Kunnskapsforlagets sjekklister (vedlegg 2) for å sikre troverdighet i presentasjon av materialet (Kunnskapssenteret 2011).

Kvale og Brinkmann (2009) sier at valideringen eller gyldighetskontrollen bør fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier av forskningen. Gyldigheten av forskningen er avhengig av min etterrettelighet som forsker, med tanke på

- den logiske oppbygningen av tematikk og forskningsspørsmål
- metodevalg og forberedelser som produserer fordelaktig kunnskap som ikke er til skade
- min egen troverdighet som intervjuer, der kvaliteten på resultatene fra forskningssamtalene er avhengig av at jeg har møtt informantene med åpenhet og ærlighet, og ved tvil sjekket ut min forståelse av svarene deres for å unngå misforståelser. Dette ble særlig viktig pga ulike skandinaviske språk.
- transkribering av samtalene, som alle ble tatt opp på bånd. Det var et krevende og møysommelig arbeid for å få frem nyansene så ordrett som mulig. For å sikre god forståelse, fikk jeg hjelp av en norsk kollega som behersker det danske språk, til å kontrollere min transkribering av enkelte passasjer av samtalene med de danske informantene. Min kollega kjenner ikke det danske fødselshjelpmiljøet og det var derfor ingen uttalt risiko for fortolkninger fra hennes side.
- Analysen av resultatene. Jeg har vært bevisst på ikke å la min egen forforståelse få prege tolkningen av resultatene. Underveis i skriveprosessen har veileder fulgt alle stadiene av forskningen, og hennes reaksjoner på mine tolkninger kan ses som en form for validering av prosessen.

- Forskningsprosessen ble også validert ved at intervjuguiden var veiledende under alle forskningssamtalene samtidig som jeg ønsket at den enkelte informant skulle fortelle sin historie.
- Det er viktig at det er et samsvar mellom forskning, tolkning og beskrivelse av resultatene. Beskrivelsene valideres ved at informantene, og leserne, kjenner seg igjen i historiene. Jeg har hatt som mål at en kan ”høre” informantenes stemme i de forskjellige beskrivelsene.

Jeg har valgt å erstatte begrepet reliabilitet med pålitelighet/troverdighet. For å sikre troverdig forskning, avtalte jeg med informantene at jeg ville maile dem sitater jeg ønsket å bruke i oppgaven, slik at de kunne gi sin godkjenning eller be meg stryke sitater fra teksten. Sitatsjekk har vært gjennomført, og med enkelte endringer har sitatene blitt godkjent. De er knyttet til informantene som lege 1-4 eller jordmor 1-3. Alle stedsangivelser og spesifikasjoner som kan spores tilbake til en bestemt arbeidsplass, er med vilje strøket slik at anonymiteten er ivaretatt. Alle sitater som er brukt i oppgaven, er omskrevet til min målform for å sikre anonymisering. Den kvalitative forskningen har hatt som mål å få frem den enkeltes historie, og ikke kartlegge opplæring i ett skandinavisk land opp mot et annet. Det har heller ikke vært fokus på å måle profesjonsgrupper opp mot hverandre. Transkriberingens pålitelighet ble ekstra krevende pga dansk og svensk tale i tillegg til de norske intervjuene. I transkriberingen blir det tydelig at jeg gjentatte ganger stilte spørsmål som: *så du mener at ... , tenker du ...*, i tillegg til å sjekke ut selve betydningen av enkelte danske og svenske ord. Alle intervjuene ble planlagt som samtale ansikt til ansikt. Pga uforutsett hendelse måtte det ene intervjuet utsettes, og ble erstattet av en samtale på Skype. Det fungerte teknisk godt, men ble mer preget av spørsmål og svar enn ved de andre samtalene der jeg var til stede som intervjuer. Skype-samtalen kan derfor oppfattes som kvalitetsmessig mindre pålitelig enn de andre samtalene. Valg av møteplass kan påvirke troverdigheten av resultatene. I vårt tilfelle fant informantene et egnet sted på egen arbeidsplass, og jeg møtte dem der.

”Intervjudataene fremkommer som følge av interaksjonen i den spesielle situasjonen som utvikles mellom de to” (Mellin-Olsen 1996), s.37. Under noen av intervjuene brakte jeg på bane temaer som ikke var en del av intervjuguiden og som kunne oppfattes som en avsporing; en presentasjon av en artikkel som informantene ikke hadde fått tilsendt på forhånd og som de derfor neppe kjente til, og en diskusjon om verdien av jordmorstetoskopet i fødselsomsorgen. Slike digresjoner er egnet til å svekke påliteligheten av forskningsintervjuet.

#### **4.4 Ethiske overveielser**

Resultatene i studien har fremkommet gjennom litteratursøk og forskningsintervjuer. Jeg kjente ingen av informantene, og vi hadde derfor ingen tilknytning eller avhengighet som kunne vanskeliggjøre samtalene. I forskningssamtalene fikk jeg del i informantenes egne opplevelser og til tider dyrekjøpte

erfaringer. Jeg opplevde at de viste meg stor tillit ved å fortelle om personlige erfaringer, også med tap av liv. Dette er skjellsettende opplevelser som gjør oss som fødselshjelpere svært sårbare. Det var svært viktig for meg at informantene kunne stole på at jeg kom til å bruke informasjonen jeg samlet, på en trygg måte. Jeg sendte alle de uttalelsene som jeg vurderte å bruke som sitater i oppgaven, til informantene for sitatsjekk. Jeg ønsket å forsikre informantene om at de eier sine egne uttalelser, og at jeg kunne fjerne eventuelle følsomme sitater fra oppgaveteksten.

Alle opplysninger er anonymisert og sitater oversatt til min målform, slik at ingen skulle oppleve at de ble eksponert på en måte som ikke var ønskelig. Jeg lovet informantene en kopi av den ferdige oppgaven, også som en forsikring om at jeg har ønsket å ivareta deres personvern.

Jeg har passord på datamaskinen og papirutgaven av transkripsjonene er låst inne. Alle lydbåndopptak og transkripsjoner i elektronisk eller papirformat blir makulert så snart oppgaven er ferdigsensurert september 2011.

Jeg meldte studien til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste NSD (vedlegg 6+7). Intervjuene berører ikke taushetsbelagt informasjon som pasientopplysninger eller annet følsomt materiale, og har ingen terapeutisk eller diagnostisk hensikt eller effekt. Det ble ikke hentet inn persondata og det var derfor ikke behov for godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK.

## **4.5 Forskningens sterke og svake sider**

Studien har sin styrke og sine svakheter. For å følge metodikken som brukes innen simulering, vil jeg løfte frem de sterke sidene først.

- Jeg har tilstrebet å gjøre et systematisk litteratursøk på engelskspråklige studier med funn på nyere forskning på praktiske øvelser og i særlig grad simulering
- Jeg har gjennomført kritisk lesning av ni studier som besvarer ulike aspekter ved problemstillingen, i tråd med Kunnskapssenterets anbefalinger
- Mitt engasjement i forhold til tematikken ser jeg primært som en styrke
- Arbeidet med studien har vært lærerikt for egen del. Noen av informantene uttalte også - uoppfordret - at samtalene hadde vært nyttige for dem
- Studien peker på behov for videre forskning

Svake sider ved denne studien:

- Jeg har funnet svært lite om læringsteorier og læringsmodeller knyttet til kompetanseøkning ved akutte tilstander. Simulering som læringsmetode er det nærmeste jeg har kommet en læringsmodell.

- Egen forforståelse av fagfeltet og dets utfordringer kan forstyrre tolkningen av informantenes utsagn
- Jeg har hatt syv informanter. Flere informanter kunne ha gitt større bredde.
- I analysearbeidet så jeg at samtaler dreide seg mer om kartlegging av opplæringen som gir en forståelse av hvorfor de legger opp undervisningen på den ene eller andre måten
- Samtalen på Skype gav mindre rom for dialog enn samtaler ansikt til ansikt
- De syv samtaler ble avviklet på mindre enn 2 uker pga geografisk nærhet for noen av informantene og når de hadde ledig tid. Samtaler gjennomført over et større tidsrom, kunne ha ført til nyttige endringer av intervjuguiden
- Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å bruke dataprogrammet Nvivo som en ekstra analysemetode for kvantifisering av ord, men dette lot seg ikke gjøre av tekniske og økonomiske årsaker. Bruk av Nvivo-programmet kunne ha gitt en ekstra kvalitetskontroll av påliteligheten i mitt transkriberingsarbeid.

Jeg har spurt meg selv hva jeg kunne ha gjort annerledes dersom jeg skulle gjøre denne studien på ny:

- Jeg ville i sterkere grad ønsket å få frem den enkelte informant sin kjennskap til læringsteorier og læringsmodeller, og hvordan denne kunnskapen har formet deres valg av undervisning gjennom forelesninger, praktiske øvelser, simulering eller annet
- Jeg ville ha vurdert nøye om jeg skulle ha endret fokus til opplæring på akutt fødselshjelp i Norge i stedet for Skandinavia. Transkribering av de svenske og danske intervjuene ble en svært krevende oppgave, fordi jeg var redd for å gå glipp av noe pga mulige språklige misforståelser. Men et snevrere fokus ville også ha gitt et mindre nyansert resultat.
- Underveis i intervjuene introduserte jeg en for meg spennende og kanskje relevant, men for en del av informantene ukjent, engelskspråklig artikkel om hva som gir det mest effektive team, publisert sommeren 2010. Dette ble mest sannsynlig en avsporing.

## 5.0 Resultater

Jeg har hatt samtaler med syv skandinaviske informanter som har årelang erfaring fra klinisk fødselsomsorg i tillegg til undervisningsansvar. Resultatene fra disse samtalene blir presentert både i form av sitater og et resultat av analysearbeidet med en sammenfatning av mine tolkninger av samtaletekstene med utgangspunkt i de ulike kategoriene.

### 5.1 Resultater fra samtalene

Informantene, som er henholdsvis jordmødre (3) og fødselsleger (4), går vakter på sine respektive fødeavdelinger. I tillegg har de påtatt seg ansvar for opplæring av kolleger/tverrfaglige team spesielt på tilstander knyttet til akutt fødselshjelp. De representerer større og mindre fødeavdelinger, og har derfor i varierende grad annet spesialisert personell tilgjengelig på vakt. Deres erfaringer med akutte tilstander preger engasjement og motivasjon for opplæring av kolleger. *Hvis du skulle gjøre en personlighetstest av fødselshjelpere, tror jeg at de har valgt det feltet fordi fødselshjelp har en viss grad av action-preg over seg. Jeg tror vi har å gjøre en med en veldig selektert gruppe (lege 3).* De arbeider under ulike vilkår mht disponering av arbeidstid for å tilrettelegge for opplæring, fra å ha en stilling opprettet med tanke på undervisning til å drive opplæring på nøye avmålt tid i kombinasjon med travel klinisk hverdag, der forberedelsene til undervisningen må skje på egen fritid.

Et lite fåtall av informantene syntes å ha formelle kvalifikasjoner innenfor feltet voksenpedagogikk. Dette ble heller ikke noe stort tema under samtalene. En av informantene viste til solid pedagogisk kompetanse, og en annen hadde noe formell kompetanse innen veiledning. En tredje av informantene uttrykte et ønske om å kunne ta videreutdanning på voksenpedagogikk. Felles for alle informantene, er at de har ansvar for veiledning av studenter. Dette gir en felles erfaringsbakgrunn i forhold til opplæring.

Informantene gir uttrykk for at opplæringstilbudet har ulik grad av ledelsesforankring. Dårlig ledelsesforankring har direkte negativ konsekvens for gjennomførbarhet av opplæring. Det er knyttet store utgifter til praktiske øvelser/trening der personell tas ut av vakt for å kunne delta, og lav/manglende budsjettering av opplæringstimer vanskeliggjør opplæring. Der personalressursene er knappe og ledelsesforankringen varierende, viser det seg vanskelig å ha et langtidsperspektiv på opplæring.

For å bygge opp håndlag og vurderingsevne uten å basere det alene på pasientsituasjoner, er det avgjørende at arbeidsgiver legger til rette for undervisning med praktiske øvelser på vanlig forløsningssteknikker og på krevende akutte tilstander. Det kreves både teoretisk kunnskap, gode kliniske ferdigheter og gode samarbeidsevner for å gi fødselshjelp med optimalt resultat for mor og barn. Vil det trykke de fødende å vite om at jordmødre, leger og barnepleiere øver på akutte situasjoner for å være nest mulig forberedt? Eller er de lykkelig uvitende om komplikasjoner som kan oppstå? *Noen jordmødre sa: "Dersom vi har retningslinjene for gjenoppliving av nyfødte hengende*

*synlig på fødestuene, kan foreldrene se at noe kan gå galt med barna". Men da kan vi jo fjerne brannslukkingsapparatene også! Vi jobber med et fag der det meste går bra, men det er små marginer til det som ikke går normalt.(lege 3)*

Intervjuguiden som ble brukt, ble en nyttig rettesnor under samtalene. Fellesskapet og engasjementet rundt det samme fagfeltet kunne ha styrt samtalene i helt ulike retninger og inn på andre spennende temaer felles for fødselshjelpere. Ved hjelp av intervjuguiden forble fokuset på kompetanse. En av informantene konstaterte i samtalen at *det er noen erfarne leger og jordmødre som gjør og sier noe som i situasjonen virker beroligende, og som resulterer i at selve situasjonen blir mer rolig og harmonisk selv om det er en akutt situasjon. Hvordan lærer man det? Kan man lære det?* (jordmor 2). Disse spørsmålene vil jeg komme tilbake til.

Som et bakgrunnsteppe var det nyttig å få vite mer om selve opplegget rundt opplæringen, hvem som bestemmer læremål, grad av tverrfaglighet og gjennomføring av treningen. Jeg vil presentere en kategorisering av de temaene som ble sentrale elementer i samtalene.

Jeg definerte verken tverrfaglighet eller handlingskompetanse i løpet av samtalene. Men de skandinaviske språkene svensk, dansk og norsk ligger så nær og er likevel så forskjellig at det ble naturlig å presisere og kontrollspørre for å sikre at vi forstod begrepene likt. Mellin-Olsen kaller det on-line tolkning; tolkning av informantenes forståelse i selve intervjusituasjonen. Han refererte sannsynligvis mer til tolkning av innhold enn direkte språklig tolkning, men det kom inn som en ekstra utfordring i tillegg til hva den enkelte informant delte av erfaringer og hva jeg oppfattet/tolket.

## **5.2 Rammer for opplæringen**

Jeg ba informantene beskrive hva slags opplæring de har ansvar for, hvordan de setter sammen gruppene og hvem som velger læremål. En del informanter beskriver lokale kurs på praktiske øvelser utviklet ved det enkelte sykehus. Her arrangeres det til dels tverrfaglige kurs på akutte situasjoner der både jordmødre, leger og barnepleiere er inkludert, eller egne kurs for jordmødre og barnepleiere. De lokale kursene er lagt opp som praktiske øvelser med ferdighetstrening, og i noen grad som simulering. Det er stort fokus på skulderdystoci, blødning og asfyktisk barn. I tillegg er det opplæring på vakuumbforløsning, seteforløsning og truende eklampsi. Noen lokale kurs holdes regelmessig og inkluderer hele eller deler av personalgruppen hver gang, mens andre kurs organiseres sporadisk eller etter behov. Etter min oppfatning og tolkning er alle informantene svært opptatt av resultatene for mor og barn i forbindelse med opplæringen, uten kanskje å knytte det direkte til pasientsikkerhet. *Vi har gjennom et prosjekt evaluert outcome etter praktiske øvelser, men ikke klart å tallfeste nytten av øvelsene. Men mange av personalet uttalte at dette ble verdsatt. Det ble rapportert mange situasjoner som tidligere ble opplevd kaotiske, hvor det nå var en annen ro.*

I løpet av samtalene med informantene, kom det tydelig frem at det er stor variasjon mellom institusjonene i forhold til hvem som definerer læremål eller hovedfokus ved opplæringen, og hvordan de prioriteres. Noen lokalt tilpassede kurs har en fast mal, der en regelmessig tar en gjennomgang på akutte tilstander som blødning, skulderdystoci, dårlig barn og eklampsi. Noen avdelinger etablerer et opplæringsprogram ut fra en behovsanalyse for den enkelte profesjonsgruppe. Andre fødeinstitusjoner setter opp kurs etter behov enten der avdelingen ser et forbedringspotensiale eller der nestenhendelser eller resultattall på sykelighet/dødelighet over tid utløser et behov for opplæring. *Vi hadde to hendelser med skulderdystoci på kort tid. Det blir sånn, når en kommer ut for noe at man, at det blir oppdaget og vi ser hva vi trenger (jordmor 1).*

Mange informanter beskriver mangel på tid både til planlegging og gjennomføring av kurs. Informantene beskriver klinikkledelsens innstilling til opplæring med praktiske øvelser som avgjørende for hvorvidt det settes av nok tid til kursing av personell. For noen har en dramatisk hendelse motivert for drilling av ferdigheter for egen del og for opplæring av kolleger. *Grunnen til at jeg ble så interessert i ALSO var blant annet at jeg opplevde en gang å miste en unge i skulderdystoci, og det var jo ganske følt, og jeg stod og prøvde alle ting jeg hadde lært, men barnet døde mellom hendene mine. Når jeg gjennomgikk ALSO-kurset og lærte meg en metode å gå frem på, så vet jeg at hvis det kommer en slik situasjon, og jeg mister et barn, så vet du med deg selv at du har gjort alt og du har gjort det slik det anbefales, og ikke den følelsen; kunne jeg gjort det og hvorfor tenkte jeg ikke på det, du går og bebreider deg selv i årevis at du ikke gjorde det korrekt. Så bare det å ha det i fingrene og ha gjort det, når det likevel går galt, så kan en slå seg til ro med at jeg gjorde det jeg kunne og en kunne ikke gjort noe annet (lege 2).*

Det er varierende tilgang på avansert utstyr til opplæring, fra et enkelt gammelt fantom til en avansert dukke. De fleste beskriver bruk av fantom/fødesimulator der en kvinnelig, halv underkropp med fødselskanal og en nyfødtdukke i tilpasset størrelse gir mulighet for øvelse på blant annet hodefødsel, seteforløsning, vakuump- og tangforløsning samt skulderdystoci.

En avdeling har funnet en annen løsning: *Nei, vi har en sånn helt alminnelig mannekeng, en dame, som bare er overkropp, og så bruker vi vårt gamle fantom som underkropp. Vi setter dem sammen (jordmor2).* De tradisjonelle øvelsesdukkene er ikke laget spesielt for blødningsscenarioer, i og med at de ikke har noe form for kammer med blodlignende væske som kan sive ut vaginalt etter barnets fødsel og før/etter forløsning av morkaken. Få dukker har så langt hatt mulighet for å simulere kramper. *Noen ganger har vi lagt en markør med kramper i sengen i stedet for å ha brukt en dukke, jeg har for eksempel selv spilt kramper. Det skjer noe annet i scenarier hvor du velger å ligge i sengen og krampe. Du kan høyne stresset i situasjonen (lege 3).*

En av fødeavdelingene arrangerer iblant øvelser uten å ha varslet deltakerne på forhånd. Ikke-varslede øvelser innebærer at en starter en scenarietrening med noen som er på vakt, der en ved å gjennomføre en realistisk øvelse i avdelingen, får testet både ferdigheter, tilkallingsrutiner, utstyr og tverrfaglig samarbeid. Informanten understreker forutsetningen om at alle som skal delta, har gjort praktiske



øvelser tidligere og derved til en viss grad har fått repetert og fornyet tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. De ikke-varslede øvelsene gir en nyttig gjennomgang på krav til humane ressurser og utstyr i en akutt situasjon, og har resultert i nødvendige endringer i avdelingen. Men øvelsene krever at personell tas ut av arbeidet så lenge øvelsen pågår, og ekstra personell må settes inn for å erstatte dem. Det beskrives derfor som dyr og ressurskrevende opplæring, men nyttig for avdelingen.

Noen har stor tro på simulering der en ved hjelp av filmopptak i etterkant kan se seg selv og diskutere valg av løsninger. En fødeavdeling bruker film om kommunikasjon i opplæringen: *Vi har en film om god kommunikasjon. Den tar ni minutter, og den fokuserer på noen viktige sider av kommunikasjon. Vi kjører et lite simuleringsopplegg parallelt, og bruker deler av filmen inn i scenariet* (jordmor 2).

En informant lærer opp yngre kolleger i avdelingen ved å ta dem med inn på ukompliserte fødsler for å observere. En annen av informantene frykter at legene vil dominere tverrfaglige øvelser, og dermed være de som har best utbytte. En av informantene er kritisk til bruken av ordet ”debrief” som en beskrivelse av den systematiske gjennomgangen av scenariet i forbindelse med simuleringsøvelser, fordi debrief i denne sammenhengen ikke har den tyngde som mange forbinder med dette ordet. Informanten foreslår i stedet, med støtte fra noen andre kolleger, ordet ”feedback” som et mye mer nøytralt ord, og ønsker at debrief blir forbeholdt samtaler etter dødsfall eller andre svært alvorlige hendelser i avdelingen.

### **5.3 Ulike kurskonsept**

I hele Skandinavia er ALSO-kurset tatt i bruk, og fire av informantene i studien viste seg å være ALSO-instruktører. ALSO-kursenes målsetning er å hjelpe leger og jordmødre til å utvikle og vedlikeholde nødvendig kunnskap og ferdigheter for å kunne håndtere akutte tilstander hos gravide og fødende. ALSO-instruktørene gav uttrykk for stor nytte av kurset for egen del og antatt nytte for deltakerne, mens en av informantene gav uttrykk for skepsis til den store vektleggingen på ferdighetstrening på ALSO-kurs. Informanten mente at det ville være tjenlig med mer fokus på refleksiv læring.

I tillegg har noen fødeavdelinger tatt i bruk CEPS-kurset. Det kjøres tverrfaglig simulering på akutte situasjoner med bruk av videoopptak og påfølgende debrief. En av informantene er CEPS-instruktør, og flere av informantene uttrykte stor tilfredshet med kurset.

Instruktørene er bundet til å følge det gitte kurskonseptet for ALSO og CEPS. Det medfører at begge kursene involverer jordmor- og legegruppen, mens barnepleiergruppen ikke deltar. Det fremgår at tverrfaglige kurs gjennomføres til en viss grad. Dette er lokalt utviklede kurs som favner både jordmødre, barnepleiere og fødselsleger i samme kurskonsept. De lokale kursene består både av ferdighetstrening og simulering, forelesninger og kasuistikk, øvelser både på treningssenter og internt i avdelingen, enten på et spesielt øvelsesrom eller in situ i avdelingen, se tabell 5.3.

**Tabell 5.3 Kurskonsept**

<b>Kurs i Skandinavia</b>	<b>Jordmødre, leger og barnepleiere</b>	<b>Jordmødre og leger</b>	<b>Jordmødre og barnepleiere</b>	<b>Leger</b>
Lokalt utviklede kurs: ferdighetstrening på blødning, skulderdystoci, nyfødtresuscitering mm	X	X	X	X
Lokalt utviklede kurs: simulering på blødning, skulderdystoci, nyfødtresuscitering med mer	X			
Lokalt utviklede kurs: Ferdighetstrening på operative inngrep				X
ALSO		X		
ALSO light med samme kursmateriale, men ikke samme konsept			X	
CEPS		X		

I motsetning til en del kurs med praktiske øvelser eller simulering på akutt fødselshjelp, har ALSO-konseptet inkludert fem C'er om helhetlig ivaretagelse av pasienten: compassion (medfølelse), communication (kommunikasjon), competence (kompetanse), charting (dokumentasjon) og confession/extreme honesty (ærlighet/innrømmelse).

Samtalene avdekket ikke hvorvidt noen hadde innarbeidet ivaretagelse av brukerne i sine lokale prosedyrer.

Handlingskompetanse er et begrep som kan favne den kunnskapsteoretiske delen av en fødselshjelpers jobb, praktiske/tekniske ferdigheter og ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon og samhandling. *Før vi går inn og har setefødsel, så trener vi på fantomet. Ja, og er det forventet et stort barn, så trener vi på forløsning av fastsittende skuldre på fantomet sammen med assistentlegen. Obstetrik er et håndverk (lege 4).*

## 5.4 Akutte tilstander

I intervjuene ble informantene spurt om hva slags utfordringer de så i opplærings situasjoner mht skulderdystoci, asfyktisk barn, postpartumblødning og eklampsi. *Jeg synes du har valgt gode situasjoner, men alt begynner jo ofte med en uventet, kaotisk akuttsituasjon. (lege 2).*

Opplæring på skulderdystoci fokuserer på rask diagnostisering, mye håndlagstrening og i tillegg fokus på ikke-tekniske ferdigheter som tverrfaglig samarbeid og kommunikasjonsevner i forhold til mors og barnefars behov for informasjon og støtte.

I enkelte tilfeller kan postpartumblødning bli livstruende, der det kreves et samarbeid på tvers av klinikker, med mulighet for blodtransfusjon og operativt inngrep. *Kvinner som har opplevd fastsittende morkake og pågående blødning, beskriver det som om "livet renner ut", det gir en stor grad av angst. Det er veldig viktig hvordan man oppfører seg! (jordmor 1)*

Å simulere alvorlig blødning oppleves vanskelig av flere grunner. Fødesimulatorene er primært laget for forløsning av barnet, ikke tilstøtende komplikasjoner hos mor. Situasjonen krever et utvidet team. Det er en klinisk situasjon som krever et tett samarbeid, og det kan være vanskelig å reflektere dette i øvelsessituasjonen. *Jeg synes blødningen er den vanskeligste, både i praksis og i opplæringen. For situasjonene er så forskjellige, og de er så dramatiske, og det er så mange som må samarbeide på en gang. Det er nok den som er mest dramatisk for oss fødselsleger. Skulderdystoci, eklampsi og uventet dårlig barn, da har du andre som kan hjelpe deg. Men i blødningssituasjoner er du mye alene. Det er det vi er aller mest redd for.* (lege 4).

Asfyksi hos nyfødte krever både teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og evne til samarbeid med barneavdeling og barnets foreldre. *Vi har hatt noen episoder hvor vi hadde trengt å kunne resuscitering av nyfødte, og der oppsummeringen etterpå konkluderte med at det ikke gikk bra. Mange faggrupper syntes det var vanskelig. Vi kjørte undervisning på gjenoppliving og kompetansen økte, men den forsvinner fort fordi de ikke får praktisert* (lege 3).

Informantene beskriver at nyfødtresuscitering er en situasjon mange fødselshjelpere er ubekvemme med. Det ble i studien forklart med at der en nyfødtavdeling ligger vegg i vegg med en fødeavdeling, kommer hjelpen raskt når alarmen går og personalet på fødeavdelingen får ikke praktisert gjenoppliving på nyfødte. Det uttrykkes derfor fra mange fødselshjelpere et sterkt ønske om å trene ofte på nyfødtresuscitering. Informantene angir at jordmødre og leger på store fødeinstitusjoner opplever å ha samme rolle i forhold til oppstart av nyfødtresuscitering, men der spesialisert personell fra nyfødtavdeling ofte overtar ansvaret for det asfyktiske barnet umiddelbart etter fødselen.

## **5.5 Tverrfaglighet**

Desto mer spesialisert en fødeinstitusjon er, desto mer forskjellig fagpersonell vil være tilgjengelig. Det innebærer likevel ikke uten videre at en er sammen i opplæringen på felles utfordrende situasjoner. Jordmødre, barnepleiere og fødselsleger utgjør mange steder et selvfølkelig team og trener på akutte tilstander sammen.

Alle informantene uttrykker en felles forståelse av hvem som har ansvar for hva i akutte situasjoner, og at erfaring eller mangel på erfaring gjør at arbeidsoppgavene, ikke ansvaret, fordeles på ulike måter i forhold til hvem som har nødvendig kompetanse.

*Vi er jo tverrfaglige i en akuttsituasjon, vi er jo et team. Derfor er det veldig viktig å fokusere på at vi kjenner hverandres roller og kan trene på reelle situasjoner. Vi må bruke de vi har. I den akutte situasjonen er det jordmor, barnepleier og lege, og de må trene sammen på akuttsituasjoner*(lege 4).

Likevel er det i Skandinavia tatt i bruk ulike kurskonsept som legger andre føringer. Det er kurs for gjenoppliving på nyfødte og kurs på akutte situasjoner i fødselshjelpen der hjelpepleiergruppen er utelatt fra felles teamtrening. Flere uttrykker at legene inviteres til de lokaltilpassede kursene, men

ikke møter opp. *Jeg vet ikke hvor godt legene her hos oss kjenner flytskjemaet vi bruker ved skulderdystoci. Jeg tror likevel at alle vet hva en skal gjøre. Alle jordmødre vet det, og vi har alltid erfarne kolleger som kan hjelpe til* (jordmor 1). Desto mindre avdeling, jo mer kommer det til uttrykk et behov for felles teamtrening med alle personellgrupper involvert.

Et av de læremålene som informantene sier har blitt aktualisert de senere år, er kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. Med økt kunnskap om pasientsikkerhet og hva som gir god tjeneste til brukerne, er fokus flyttet fra terping på tekniske ferdigheter til å kurse personell også i tverrfaglig kommunikasjon, samhandling og ledelse.

Informantene har ulike erfaringer med hvordan gode kommunikasjonsevner og god ledelse best kan øves opp. En av jordmødrene er kritisk til den kvinneverdenen hun selv er en del av, og opptatt av at kvinner må bli bevisste på det å ta lederskap: *Du kan også oppleve det i en akuttsituasjon der det kommer en mannlig lege inn på fødestua i stedet for en kvinnelig lege. Det er en forskjell. En mannlig lege blir autoritet med det samme, og det har noe med stemmebruk å gjøre. Og det har noe å gjøre med oss kvinner* (jordmor 2).

Kommunikasjon og ledelse ble et sentralt element i samtalen, men vinklet mer mot erfaringer i klinikken enn mot hvordan erfaringene kan danne basis for målrettet opplæring: *Om en på skulderdystoci har forsøkt å forløse barnet og blir virkelig stresset, så er det ikke feil at den andre som blir tilkalt overtar ledelsen, og at en ikke har prestisje på å måtte gjøre det selv, men med fordel kan overlate til andre* (jordmor 1).

## 5.6 Handlingskompetanse

*Nye leger fortalte at de merket at noe var annerledes hos oss sammenlignet med andre steder, at handlingskompetansen umiddelbart kom til syne i akuttsituasjoner* (jordmor 2).

I oppgaven har jeg definert handlingskompetanse som sosial kompetanse, ledelseskompetanse, læringskompetanse, metodekompetanse og fagkompetanse.

Informantene ble spurt om ”hva er handlingskompetanse for deg?” og ”hva er ditt mål når du underviser helsepersonell, hva ønsker du at de skal ende opp med?” Det ble en diskusjon rundt begrepet, der det ble gitt uttrykk for at handlingskompetanse – eller samhandlingskompetanse – er en god beskrivelse av hva en som underviser ønsker at den enkelte fødselshjelper skal oppnå gjennom opplæring og erfaring. *Vi bruker ikke begrepet handlingskompetanse, men jeg synes det er et godt begrep. Det rommer hva en skal gjøre i en uventet situasjon, når du knytter ferdigheter til håndverk. Det er noe konkret å henge det på, ting de skal gjøre, praktisk.* (lege 4).

De skandinaviske fødselshjelperne synes det sier noe både om kunnskapsnivå og formell utdanning, erfaring, kommunikasjon, samhandling og refleksjon i teamarbeid. En av informantene er klar på at handlingskompetanse ikke kan forventes av nyutdannede kolleger, men at det utvikles gjennom erfaring. *Handlingskompetanse; fra novise til ekspert. Jeg tror en oppnår handlingskompetanse med*

årene og gjennom erfaring. En kan ikke kreve at en ny kollega skal ha handlingskompetanse (jordmor 1).

Selve profesjonsutdanningen vektlegger ikke ledelseskompetanse. Denne kompetansen utvikles kanskje best gjennom års erfaring, men i tillegg er det noen som synes å ha en spesiell egnethet til å kunne lede andre. Å lede under dramatiske forhold krever ekstra ro og oversikt. Alle informantene var naturlig nok opptatt av dette aspektet. *Det viktigste av alt er, at selv om det koker i hodet på oss, så må vi klare å formidle ro og ikke begynne å rope. Det blir veldig utrygt hvis pasientene føler at vi er usikre i situasjonen. Så det er noe av det viktigste, å fokusere på å bevare ro i situasjonen selv om det er alvorlig, at vi prøver å inngi trygghet og at vi har kontroll over situasjonen* (lege 4).

Følgende er de andre informantenes spontane reaksjon på spørsmålet om ”handlingskompetanse” som læremål for opplæringen på akutt fødselshjelp: *å kjenne sin begrensning, og det samme gjelder forskjellen mellom leger og jordmødre, at det er ulik handlingskompetanse... man utvikler handlingskompetanse samtidig som man får erfaring* (jordmor 2).

Ordet handlingskompetanse ser ut til å gi mening: *Nei vi bruker ikke begrepet handlingskompetanse... men det er jo som du sier, handlingskompetanse, visst er det bra med teoretisk kompetanse, men det vil oppnå er jo at omsorgen skal være effektiv og sikker, og derfor er det jo handlingskompetanse. Så når det kreves, at de skal kunne handle, de skal være kompetente, reagere raskt og sikkert, det stemmer* (lege 1).

Jeg fikk forslag på et annet ord; samhandlingskompetanse: *Sånn som jeg oppfatter ordet handlingskompetanse synes jeg det handler om begge deler, både det at man kan samhandle og at man kan handle, kanskje du skulle ha samhandlingskompetanse og handlingskompetanse... de rent tekniske håndgrepene er bare en del av det, samhandlingen og kommunikasjonen er minst like viktig eller kanskje ennå viktigere...* (lege 2)

Denne jordmoren kjenner seg igjen i begrepet handlingskompetanse: *Du skal trene med jevne mellomrom... det øker forberedtheten at jeg kjenner utstyret og er fortrolig med situasjonen, hva jeg må huske på. Ja, man får handlekraft, man blir heller ikke så redd.* (jordmor 3)

For denne informanten er handlingskompetanse relatert til refleksiv læring: *Alle team må romme noe grad av refleksjon. Men jeg ser det kanskje mer som en måte, som en metode for å oppnå et resultat. Refleksjon er en måte å kunne oppnå en gitt handlingskompetanse.* (lege 3)

Informantene uttrykker at praktiske øvelser i form av ferdighetstrening eller simulering er en måte å forberede seg på det uventede. Ved å sikre at en har rutine og strategi klar for de ulike komplikasjonene, tar det noe av presset vekk fra den enkelte fødselshjelper. For dem er det veldig viktig å kunne si med seg selv at en var godt forberedt og fulgte anbefalingene. Da blir også et dårlig resultat til å leve med.

En informant beskriver ferdighetstrening i kombinasjon med en kjent risiko, som antatt stort barn og økt fare for skulderdystoci. Da går overlege og assistentlege gjennom håndgrep på fødefantom like før

en slik potensiell situasjon, for å være godt forberedt. Å gjennomføre slike føre-var øvelser, krever tydelig lederskap der klinisk håndverk blir prioritert høyt.

Noen uttrykker at de klarer seg godt uten avansert utstyr til ferdighetstrening eller simulering. De mener det muligens kan være lettere å kompensere for dårlig øvelsesutstyr hvis en har tilstrekkelig erfaring med opplæring, god organisering og tydelig målsetning.

## **5.7 Er pasientsikkerhet et målbart resultat av opplæringen?**

Informantene ble spurt om de har definert læremål for opplæring knyttet til pasientsikkerhet. De gav uttrykk for stor avstand mellom det å gjennomføre praktiske øvelser og det å se resultater i form av redusert bruk av blodtransfusjoner eller færre innleggelses på nyfødtafdelingen. Enkelte påpeker at trivsel og mestringsfølelse er det nærmeste en kommer målt effekt av praktiske øvelser på akutte situasjoner i fødselsomsorgen.

Fødselshjelperne beskriver de kompliserte situasjonene som til dels kaotiske, der kravet til informasjon og brukermedvirkning er vanskelig å imøtekomme. Situasjonen vanskeliggjøres ved at kvinnen og hennes partner er uforberedt på komplikasjonene som oppstår, samtidig som de har en nærhet til situasjonen. En av informantene sier det slik: *Så ulykken skjer, den utvikler seg innenfor sykehusets rammer. Det innebærer at vi har et annet ansvar for ulykken. Det er samtidig påførende involvering på en måte som ikke ligner andre akutsituasjoner på sykehuset* (lege 3).

Noen beskriver en svært systematisk gjennomgang av hendelsesforløpet i etterkant av en akutt situasjon, der berørte foreldre får all tilgjengelig informasjon og der en ikke holder noe skjult for dem. Denne arbeidsformen oppleves som svært hensiktsmessig og god. *Det er helt greit å gjøre feil. Det er helt umulig å ikke gjøre feil av og til. Før eller senere faller du ned, det har alle gjort og det har jeg gjort. Det som jeg ikke vil akseptere, det er at en prøver å skjule det. Det er noe som skal opp i dagen sånn at andre kan lære av det. Og vi skal lære at vi ikke gjør det samme neste gang. Derfor er en nødt til å komme frem med nestenulykkene* (lege 4).

## **5.8 Å ha brukerfokus i opplæringen er vanskelig**

*Senest i dag: jeg blir tilkalt til en fødestue og barnet sitter, det er ingen skulderdystoci, men hodet er født og ungen er blå og har stått over noen rier, pasienten holder beina sammen og vil ikke samarbeide. Da legger jeg bare et symfysetrykk. Og barnet kommer, men der sviktet jeg virkelig på akkurat dette. Ingen av personalet på fødestuen hadde noe kommunikasjon med henne, det hjelper jo ikke....nei, det er viktig å tenke på* (jordmor 3).

Intervjuer: Hvordan tar en det da et hakk videre i forhold til yngre kolleger, i forhold til studenter?

Informant: *jeg tror en skal ha det som et delmoment i teamtreningen, og alltid nevne det som et punkt.*

Lurt. *Der fikk jeg meg virkelig en tankevekker* (jordmor 3). Vår informant peker på en stor utfordring ved akutte hendelser. Vår fremste oppgave er å gi en trygg fødselshjelp, og forebygge skade på mor og

barn. I opplæringen har vi fokus på god kommunikasjon mellom personalet. Det synes vanskelig å ta det et steg videre, og ivareta brukeren – og partneren – med deres opplevelser av dramatikk på fødestua.

I samtalen med en annen informant om hvordan vi kan bruke og å lære av brukernes opplevelse, reflekterte hun på følgende måte: *Vi har ikke hatt tradisjon for det, men det vi kunne gjøre når vi har hatt en komplisert akutt situasjon, er at en av de personene som var til stede, kommer dagen etter for en samtale med paret, der en har noen helt klare spørsmål en vil ha svar på; hvordan opplevde dere gårsdagens situasjon, var det noe dere opplevde som skremmende, er det noe vi kan gjøre bedre, var det noe med kommunikasjonen? ... det kunne være at vi kunne få belyst dette fra den andre kanten, fra brukeren, eller faren som også er bruker (jordmor 2).*

Informasjon til brukerne er en viktig del av omsorgen. En informant sa det slik: *Å fortelle om badekar men ikke om vakuuum, det er en glorifisering av normalitetsbegrepet. Det gir falske forhåpninger om at det ikke er ubehagelig eller slitsomt å føde barn (lege 3).*

Alle informantene gav uttrykk for en vilje og et ønske om å kunne ivareta brukerne best mulig i akutte situasjoner, og beskriver at det å opptre rolig og behersket inngir trygghet. Flere av informantene beskriver kolleger som ikke har klart å opparbeide denne roen men som i stedet opptrer skremmende på fødestuen. *Jeg hadde for en del år siden, da hadde jeg også fastsittende skuldre, det er altså det....åååå som man husker, der jeg hadde forsøkt, der jeg hadde forsøkt å få armen ut. Så kom det en lege inn på fødestuen, og så prøvde hun. Og så sier hun høyt ut i rommet: "ja, jeg kan ikke få den ut". Så prøvde jeg en gang til og fikk en arm ut. Når jeg ser tilbake på det nå: "det må du bare aldri si, aldri noen gang! Det kan godt være du tenker det for deg selv, men du må aldri si det høyt på fødestuen (jordmor 2).*

Informantene gir uttrykk for stor bevissthet rundt eget kroppsspråk, men hvordan bevisstgjøre egne kolleger? *Jeg har sett så mange kolleger som blir så nervøse at de viser det med kroppsspråket sitt, med gestikulering og stemmeleie, de går opp i falsett og begynner å rope, det blir en veldig anspent situasjon. Hvis doktor Olsen som skal hjelpe til, er kjempenervøs og springer omkring inne på stuen, da er det jo kritisk, "nå kommer jeg til å dø". Da har paret fått en erfaring for livet, en nær døden-opplevelse og det tror jeg blir veldig negativt (lege 1).*

Den samme informanten har erfart at rolig informasjon, øyenkontakt og kroppskontakt virker beroligende også i dramatiske situasjoner. *Dersom jeg blir tilkalt til en fødestue med en fulminant skulderdystoci, da bruker jeg kun 2-3 sekunder på å få øyenkontakt med moren og faren, og kanskje presenterer jeg meg. Deretter har jeg ikke direkte kommunikasjon med dem, men jeg er helt fokusert på å løse problemet... Jeg snakker alltid rolig og fint med dem, jeg endrer ikke stemmeleie og bruker vanlige ord, uten å banne. Og så er det ekstra viktig med øyenkontakt og hudkontakt (lege 1).*

Alle informantene beskriver at det gjennomføres ettersamtale etter kompliserte situasjoner sammen med en som var tilstede, og at det kommer frem reaksjoner på om hvorvidt helsepersonellet som var tilstede inngav trygghet eller ei. *Når jeg treffer igjen pasienter noen dager eller uker etter en veldig akutt situasjon, er det veldig ofte at jeg får en type reaksjon som jeg har tenkt på. De sier: vi har forstått i etterkant hvor dramatisk situasjonen var og at det kunne ha gått galt. Men vi ble aldri urolige fordi du var så rolig* (lege 1). En informant foreslår en systematisk innsamling av data på slike samtaler, der brukernes opplevelser tas med videre i intern opplæring på akutte situasjoner. På den måten vil brukerinvolvering styrkes indirekte – ”just for you”.

En annen av informantene vektlegger god dialog som brukerinvolvering. *Spesielt det at en er ærlig altså. Foreldre tåler å høre hva som helst hvis de bare ikke føler at vi holder noe skjult for dem. Og da er vi veldig nøye på at vi skal være helt ærlige.* (lege 4)

Fødselshjelperne i studien erkjenner at det er krevende å utøve brukermedvirkning i akutte situasjoner, og at dette i for liten grad er en del av de praktiske øvelsene. På spørsmålet om hvordan de ivaretar brukermedvirkning i opplæringen, svarer en av informantene: *Nei, vi gjør ikke det bevisst. Vi har ikke kommet så langt. Til nå i år har vi fokusert på praktiske ferdigheter*(jordmor 2). I simulering er det mange ting som skjer samtidig, og informantene sier at det kan være forstyrrende med fokus på ivaretagelse av pårørende i tillegg til andre læremål.

## 5.9 Helhetsinntrykk

Intervjuguiden la føringer som resulterte i at fokuset forble på opplæringsaspektet. Etter å ha hatt samtale med syv skandinaviske, erfarne fødselshjelpere/undervisere, sitter jeg igjen med mange inntrykk.

- Det er sterkt hvordan alle uttrykker ydmykhet i forhold til sitt kliniske fag. Jeg får referert mange vanskelige situasjoner, med godt eller dårlig utfall. Erkjennelsen av at en som fødselshjelper har små marginer, er veldig tydelig hos alle informantene.
- De gir et sterkt og veldig tillitvekkende inntrykk. Det krever stor styrke å ikke bortforklare, men i stedet å kunne sette ord på feil som er gjort.
- Det at alle jobber klinisk, gjør gruppen homogen. Nærvær til klinikken gir legitimitet. Det setter informantene i akkurat de samme krevende situasjonene som andre kolleger, og gir dem en spesiell innsikt i opplæringsbehov.
- Brukerbegrepet er lite innarbeidet i fødselshjelpen. Informantene snakker om mottakeren av tjenesten som fødende og mor, men mest som pasient. Etter avklaringer av brukerbegrepet, fikk vi mye refleksjon på brukeraspektet i opplæringssituasjoner.



- Informantene er gitt ulike premisser av sine arbeidsgivere mht tilrettelegging for opplæring. Noen må forberede undervisning av kolleger på sin fritid, mens andre har det som en hovedoppgave i jobben.
- En av informantene har satt øvelse i tilknytning til en potensiell utfordring nært i tid, i system. Der kan leger under utdanning gjennomføre ferdighetstrening like før de kanskje kommer til å trenge det, som ved en kjent situasjon som setefødsel eller ved økt risiko for skulderdystoci.
- Mange klarer seg godt uten avansert utstyr til ferdighetstrening eller simulering.

Skal jeg bruke en felles beskrivelse på informantene, må det bli den ydmykheten de signaliserer. Alle erkjenner utfordringene ved kliniske situasjoner der en har små sikkerhetsmarginer. En av informantene uttrykker seg slik: *Så bare det å ha det i fingrene og ha gjort det, når det likevel går galt, så kan en slå seg til ro med at jeg gjorde det jeg kunne og en kunne ikke gjort noe annet* (lege 2).

## 6.0 Diskusjon

Det er noe selvmotsigende i å fokusere på opplæring og undervisning av helsepersonell som har stor faglig kompetanse i utgangspunktet. Studiene som beskriver opplæring av jordmødre, fødselsleger, anestesileger og sykepleiere, sår ikke tvil om verken kunnskapene, ferdighetene eller holdningene i form av kommunikasjonsevne eller samarbeid. Og likevel. Det har kommet et økende antall studier på hvordan praktiske øvelser kan gi bedre utkomme. Studiene bekreftes av samtaler med informantene. Ingen av mine informanter er tvilende til behovet for regelmessig opplæring. Hva er det med fødselshjelpere som krever slik intensiv intern opplæring? Eller er spørsmålet snudd på hodet? Forklaringen er kanskje heller at vi har med en helt spesiell brukergruppe å gjøre. Gravide som gruppe er kvinner i sin beste alder, med lav grad av kroniske plager, stor fysisk kapasitet og de fleste med god mental helse. Fordi det er en så frisk gruppe kvinner med i de fleste tilfeller forventet friske barn, er det desto mer skremmende at marginene fra det normale og ukompliserte til det livstruende kan være så små enkelte ganger.

Presiseringene i veilederen Et trygt fødetilbud (2010) levner ingen tvil om fødselshjelperes kompetansekrav for å kunne møte forberedt i en akutt situasjon.

Både tidligere forskning og informantene beskriver fødselslege eller jordmor med lang klinisk erfaring som ansvarlige for teoretisk og praktisk opplæring/undervisning. En benytter en seg altså ikke av pedagoger eller psykologer som har formidling og gruppedynamikk som sitt spesialfelt, men av egne kolleger som i tillegg til lang klinisk erfaring, har spesiell interesse og motivasjon for undervisning. Det har ikke fremkommet holdepunkter fra artiklene på at underviserne på akutt fødselshjelp har spesielle kvalifikasjoner på voksenpedagogikk og hvorfor voksne trenger særlige læringsbetingelser. Kan vi regne med at Hultgren (2001) sine påstander om rigiditet i læringsformer og ønske om å lære på "sin" måte, er noe opplæringsansvarlige kjenner til (Hultgren 2001), eller trenger å ha kunnskap om? Voksenpedagogikk ble aldri noe tema under forskningssamtalene. Etter hva jeg forstod av samtalerne våre, hadde et lite fåtall av informantene formell pedagogisk kompetanse.

De forskjellige artiklene i litteraturstudien viser bare unntaksvis til læringsteorier. Hovedtanken om at læring skjer kontinuerlig gjennom erfaring og refleksjon, har simuleringsmiljøene gjort til sitt. Refleksjon kan synes som den viktigste delen av hele simuleringstreningen, forutsatt at en har en felles erfaring med et scenarie først som utgangspunkt for refleksjon.

I diskusjonen vil jeg reflektere over de resultatene som jeg har funnet i tidligere forskning og gjennom forskningssamtaler, og svare på hvorfor handlingskompetanse kan være et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander.

Jeg vil ta utgangspunkt i de ulike faktorene som totalt sett utgjør den enkeltes handlingskompetanse. Disse kompetanseområdene går til en viss grad over i hverandre.

## 6.1 Fagkompetanse

I arbeidet med oppgaven tolker jeg fagkompetanse som faglig kompetanse knyttet til autorisasjon eller lisens. Grunnutdanningen tar likevel ikke høyde for alle de krav og forventninger som stilles til den samlede kompetansen i klinisk hverdag.

Studiene som ble funnet mest relevante i forhold til søkene på trening og kompetanse, vektlegger både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Jeg forstår tekniske ferdigheter som håndlag og evne til å kunne gjøre bruk av tilgjengelig utstyr for å løse utfordringer i fødselshjelpen. Et av studiene beskriver mengdetrening på forløsning av barn med skulderdystoci (Crofts, Fox et al. 2008). Dette er en faglig kompetanse som erverves etter trening både i klinikk og på fødesimulator, og som i tillegg forutsetter kunnskap om fødselens dynamikk. Riktig håndtering av en skulderdystoci der barnet forløses innen fem minutter og uten bruk av stor fysisk kraft, reduserer risikoen for skader på barnet. Draycott og hans forskergruppe (2006) viste til signifikant effekt av simulering på akutte situasjoner og redusert sykkelighet hos nyfødte. Studien hevder å være den første som viser at opplæring som intervensjon gir et bedret utkomme for nyfødte. Denne studien har vært etterfulgt av mange forsøk med opplæring ved akutte tilstander, men så langt har ingen på samme måte kunnet vise til at økte tekniske ferdigheter som et resultat av trening, gir et bedret utkomme for brukerne våre. Draycotts studie gir likevel en retning, og viser vei i en hverdag der forventninger og krav til resultater i fødselsomsorgen er høye, samtidig som dynamikken i et fødselsforløp kan gi de samme uventede komplikasjoner hos dagens fødekvinne som hos generasjoner før oss.

Forskningssamtalene bekrefter inntrykket fra studiene. Alle informantene tror på nytten av praktiske øvelser, selv om ingen kan vise til bedret pasientutkomme som et direkte resultat av øvelsene. En av informantene forteller om bruk av ferdighetstrening i forkant av en mulig komplisert situasjon, som setefødsel eller stort barn med økt risiko for skulderdystoci. Her tar en erfaren lege ansvar for å lære videre tekniske kunnskaper i umiddelbar tilslutning til en klinisk situasjon, der læringseffekten beskrives som høy. ”Just in time” er beskrivende for denne spesifikke opplæringen knyttet til en høyst reell klinisk situasjon.

Øvelser på praktiske situasjoner kan være en snarvei til både teknisk og ikke-teknisk kompetanse, som uten fare for pasientene vil kunne øke den spesifikke fagkompetansen.

## 6.2 Sosial kompetanse

Jeg forstår sosial kompetanse som evne og dyktighet til å gå inn i mellommenneskelige forhold ved å ha gode kommunikasjonsevner, situasjonsforståelse og selvinnsikt. Det innebærer blant annet å vise utholdenhet i mellommenneskelig relasjoner (UiN 2003).

Det fremgår av både studiene og samtalene at den sosiale kompetansen er av stor betydning, og kanskje av større betydning enn en har vært klar over tidligere. Flere av studiene begrunner økt fokus på ikke-tekniske ferdigheter med tallmateriale fra nasjonale statistikker på pasientskader og

pasientklager, der 70 % av klagenes skyldes dårlig kommunikasjon. Det er med andre ord gode grunner for å ha fokus på kommunikasjon, samarbeid og ledelse.

Deltakerne beskriver viktigheten av dyktig fasilitering. Å lede en gruppe gjennom simulering er et ”farlig” redskap i feil hender. Simulering forutsetter at deltakerne har tillit til fasilitator som skal lede dem gjennom briefing, scenarietrening og debriefing der den enkeltes erfaringer kommer opp i dagen. Simulering skal primært være positivt med opplevelse av mestring. Men som Dieckmann påpekte, kan debrief etter simuleringen ”gjøre vondt”. Det er ubehagelig å innse, i et fellesskap med kolleger, at en må endre sin praksis. Det kreves i slike situasjoner god sosial kompetanse både å kunne legge til rette for læring/avlæring, og som deltaker og fasilitator å være tilgjengelig for innspill.

Det koster å være helt ærlig når ting går galt, eller nesten galt, med risiko for beskyldninger, klagesak og i verste fall politianmeldelse. En av informantene som har mange års erfaring med å samtale med brukere etter nestenhendelser, feilbehandling eller fatale hendelser, hevder at ærlighet er den eneste måten å kunne forholde seg til brukerne på. Denne fødselshjelperen/underviseren viser stor integritet og er en rollemodell for yngre kolleger i det minefeltet som fødselshjelp kan være på sitt verste og vanskeligste. Dette aspektet er svært viktig å ta med inn både i klinisk hverdag og i opplæringsøyemed. En annen informant vektlegger også ærligheten skissert som en av fem C’er i ALSO-kurssets ”risk management”. I tillegg til medfølelse, kommunikasjon, kompetanse og dokumentasjon, er ærlighet/innrømmelse hvis noe har gått galt, en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet. De fem C’ene er noe den enkelte fødselshjelper sannsynligvis trenger årelang erfaring på å gjøre til sitt.

Ved et normalt fødselsforløp er det vanligvis god anledning for fødselshjelper til å bygge opp en relasjon til den fødende og hennes partner, der informasjonsbehov, valgfrihet og dialog er sentrale deler av omsorgen. Men hvordan ivaretar fødselshjelperne brukeren i en akutt situasjon, der trygghet og tillit er minst like avgjørende for en god opplevelse? Brukeren skal oppleve seg ivaretatt med tilstrekkelig rett til medvirkning.

Den sosiale kompetansen som evne og dyktighet til å gå inn i mellommenneskelige forhold, bekreftes av både studier og informanter som en kompetanse avgjørende for både utfallet og opplevelsen av mange akutte situasjoner. Bruken av pasientmarkør gir opplevelse av økt realisme i scenariet (Crofts, Bartlett et al. 2008). En pasientmarkør kan i sterkere grad enn en avansert dukke løfte frem brukernes perspektiv, og også i en akutt situasjon få fokus på sosial kompetanse og deltakernes evne til å ivareta det psykososiale aspektet i helhetlig tenkning, inkludert trygghet og tillit.

Det synes som om tverrfaglig opplæring som vektlegger kommunikasjon og ledelse, kan ivareta fokuset på sosial kompetanse på en tjenlig måte.

### 6.3 Læringskompetanse

En forutsetning for å kunne være i stadig utvikling som helsearbeider, er viljen til å forholde seg til ny kunnskap, både teoretisk og i et kollegafelleskap. Det er nærliggende å anta at de mest erfarne fødselshjelperne som ikke ser behovet for felles, tverrfaglige øvelser der en har fokus både på kunnskaper, ferdigheter og holdninger, kanskje blir de mest usikre kortene i en akuttsituasjon der kommunikasjon og samhandling viser seg å være av avgjørende betydning for pasientutkomme. Læringskompetanse kan også være å bruke de læresituasjonene som dukker opp i hverdagen, og reflektere over hvorfor det går godt når det kunne gått så galt, og motsatt – hvorfor det ikke gikk optimalt på tross av tiltak som ble iverksatt.

Informantene sier at det kreves regelmessig trening over tid for å opprettholde kompetanse.

Ferdigheter som kreves en sjelden gang, må vedlikeholdes med trening for å kunne være av nytte.

Alle informantene uttrykker stor grad av motivasjon for å gi opplæring til annet personell, delvis med bakgrunn i situasjoner der de selv har opplevd å komme til kort.

En av informantene viste til gjenoppliving på nyfødte som den mest krevende utfordringen, både fordi hendelsen oppstår relativt sjelden og det kreves spesifikke ferdigheter for å klare å ventilere et barn uten egenrespirasjon. På store klinikker er hjelpen nær, og jordmødre, barnepleiere og fødselsleger får lite mengdetrening på reell nyfødtresuscitering.

Det er en godt etablert praksis å gjennomføre debrief-samlinger etter fatale hendelser, der alt berørt personell får presentere sin del av hendelsesforløpet og i felleskap sette ord på opplevelsen av det som skjedde, og hva en kan lære av hendelsen. Dette er et viktig tiltak med tanke på pasientsikkerhet, ivaretagelse av personalet som ”the second victim” og det å lære av feil.

Læringskompetanse inkluderer etter mitt syn også det å jobbe kunnskapsbasert, der en som helsearbeider søker ny kunnskap for å kunne tilby en optimal tjeneste. Artikkelen inkludert i denne studien synes av god kvalitet, i tråd med det Kunnskapssenteret har presentert i forhold til kritisk lesning av artikler (vedlegg 2). De beskriver blant annet prosjekter som kan vise til signifikans på pasientutkomme og effektivitet av team, begge deler av stor betydning for opplæring på akutte tilstander.

Erfarne fødselshjelpere som kan sitt fag, jobber i en sammenheng med andre og for andre. Vi blir aldri utlært, fordi hver situasjon er individuell og forskjellig fra andresituasjoner på tross av samme diagnosegruppe. Det synes som om simuleringstrening løfter frem disse aspektene på en hensiktsmessig måte, noe både informantene uttrykker og studiene bekrefter.

### 6.4 Metodekompetanse

Fødselshjelpere kreves å være faglig på høyde og samtidig kunne veilede andre under opplæring. Metodekompetanse er evne til å kunne bruke ulike metodikk for å nå et læremål. Studiene viser til

metodekompetanse gjennom trening der organisasjonen sikrer at alle ansatte er forberedt på akutte tilstander.

Veilederen Et trygt fødetilbud (2010) skisserer tiltak som formelle, regelmessige møteplasser med internundervisning for leger og jordmødre, og kasuistikkgjennomgang etter avvik og kompliserte fødsler som metodiske grep for å kvalitetssikre tilstrekkelig kompetanse.

Informantene beskriver i varierende grad systematisk opplæring. Et tydelig eksempel på metodisk tilnærming er kanskje beskrivelsen av ferdighetstrening ”just in time”, altså i direkte tilslutning til en klinisk utfordring. Et annet eksempel er de ikke-varslede øvelsene, der personell plutselig og uten varsel blir utfordret på scenarietrening i avdelingen. Slike øvelser avdekker både styrke og svakheter ved avdelingens organisering, menneskelige og materielle ressurser og rammevilkår, og har vist seg nyttige for bedret pasientsikkerhet.

Fødselshjelp tar utgangspunkt i en individuell tilnærming til den enkelte fødekvinn og hennes nærmeste. Å være i fødsel er en personlig og sterk opplevelse, der kvinnen kan og skal ha regien så sant det er faglig forsvarlig. Men i situasjoner der det tilstøter komplikasjoner, snus plutselig situasjonen på hodet, kvinnen får pasientstatus og den profesjonelle helsetjenesten som organisasjon tar regien. Da er det krevd raske og kunnskapsbaserte beslutninger for å sikre mors og barnets helse. I dette skjæringspunktet mellom det normale fødselsforløpet og hendelser som er truende for mor og/eller barnet, er det avgjørende at helsepersonell har en metodisk og systematisk arbeidsform. Metodekompetansen er avhengig av en ledelse som legger til rette for gode internkontrollsystemer med fokus på forsvarlig helsehjelp og pasientsikkerhet.

Få fødeinstitusjoner har tilgang til en fødesimulator som kan brukes til realistisk simulering på patologisk blødning. Konsekvensen kan være at helsepersonell forbereder seg på blødningsproblematikk gjennom tavlecase og diskusjon, og i mindre grad gjennom realistiske øvelser. Hva slags metode for innlæring som velges, er avhengig av blant annet ledelsesforankring, rammene som er gitt for å drive med opplæring og hvilke læremål en har satt seg. Både artiklene og informantene beskriver simulering på læringssenter eller in situ-øvelser på de autentiske fødestuer/behandlingsrom. Det beskrives klare fordeler av simulering i avdelingen, med muligheten det gir til blant annet å teste ut varslingsrutiner, utstyr og samarbeid på tvers av klinikkene. En annen mulighet ved in situ øvelser kan være at en som team overtar en reell pasient ved behov. Da går en fra øvelse til en virkelig situasjon, men kan tilstrebe gjennomføring av debriefing i etterkant og derigjennom ivareta tilretteleggingen for refleksiv læring. En klar ulempe med in situ øvelser i en travel avdeling kan være manglende skjerming av deltakerne, slik at noen deltakere i teamet blir forstyrret av telefoner eller må forlate pga andre presserende arbeidsoppgaver.

## 6.5 Ledelseskompetanse

Hvor kvalifisert er erfarne leger og jordmødre til å lede andre i ulike situasjoner og med ulike konstellasjoner av mennesker? Hvem har den nødvendige egnetheten, eller kan den læres?

Freeth et al (2009) gjorde en studie med fokus på kommunikasjon, ledelse og samarbeid der deltakerne satte stor pris på simuleringstrening, men ikke klarte å overføre ny kunnskap tilbake til klinisk hverdag. Dette tror jeg er en klassisk utfordring med alle øvelser i en annen kontekst enn kanskje in situ øvelse, der den kliniske hverdagen er så nært en kan komme i et øvelseskonsept.

Ledelseskompetanse utfordres både i hverdagssituasjoner og under øvelse. Det er ikke gitt at det er den mest ledelseskompetente som tar ledelsen, men en som i kraft av antall års erfaring, tittel eller rolleforståelse går i bresjen.

Siassakos et al (2011) sin studie om hva som gir effektive team under simulering av eklampsi, kan legge føringer for valg av læremål i simulering på akutt fødselshjelp. I motsetning til traumeteam som bruker closed-loop communication<sup>1</sup> og SBAR-prinsippene ved hand-over<sup>2</sup> av pasienter, er fødselsomsorgen ikke organisert på samme måte. Vi har vanligvis en ukomplisert tilstand og fredelige omgivelser for den fødende og hennes nærmeste, en situasjon som i spesielle situasjoner og på svært kort tid kan forvandles til noe som ligner et skadested. En stor postpartumblødning kan i verste fall bli livstruende for mor, og et eklampsianfall hos en gravid kvinne truer både morens og barnets helse. På store klinikker vil slike situasjoner føre til varsling av mye, og ofte tverrfaglig, personell som i mange tilfeller ikke kjenner hverandre. Bruk av closed-loop communication og SBAR i slike sammenhenger er ifølge Siassakos et al en vei å gå.

Informantene kom inn på ledelsesaspektet i flere sammenhenger. Ledelseskompetansen er viktig ved en kritisk situasjon som skulderdystoci der det står om få minutter før barnet tar skade. Noen fremstår som gode ledere pga den ro og trygghet de skaper i situasjonen, evnen til å kommunisere tydelig og evnen til å beholde overblikket. Men den dyktige lederen må også være faglig på høyde med situasjonen. I valget mellom en leder med stor medisinsk-faglig kompetanse eller en leder med stor ledelseskompetanse, vil et team nok ofte forholde seg til den med størst faglig tyngde. I de tilfeller der den med størst faglig tyngde ikke signaliserer trygghet i situasjonen, kan det synes som et bedre valg å la den som beholder roen og kommuniserer godt med resten av teamet og med den fødende, være den som leder arbeidsdelingen og beholder overblikket. Slike vurderinger er velegnet for drøfting i en simulering, men vanskeligere å ta opp etter en reell, vanskelig situasjon fordi en slik diskusjon fort kan oppleves truende.

---

<sup>1</sup> ”closed-loop communication” består av 4 steg: beskjed gitt, beskjed mottatt/bekreftet, oppgave utført, bekreftelse å utført oppgave gitt/mottatt

<sup>2</sup> ”hand-over” - en overlevering av ansvar for en pasient etter en rapport, bestående av informasjon om pasientens aktuelle problemstilling (situation), sykehistorie (background), assessment (vurdering av kliniske funn) og anbefaling om tiltak (recommendation), kalt ”SBAR statement”

## 6.6 Hvor er brukeren i opplæringen?

En av Crofts' studier (2008) viste at en ved å bruke pasientmarkører får en større oppmerksomhet for og forståelse av kommunikasjon og pasientsikkerhet enn ved bruk av fødesimulator. Krisehåndtering i fødselshjelp gjelder vanligvis våkne pasienter og deres pårørende. Det forblir vanskelig å bruke akutte situasjoner i opplæringsøyemed. Bruk av pasientmarkør i opplæringen understreket viktigheten av kommunikasjon med pasienten (Crofts, Bartlett et al. 2008). Gundry et al (2010) viste i sin studie at regelmessig simulering på akutte tilstander i fødselsomsorgen gir bedret utkomme for mor og barn, og reduserte forsikringspremier for gjeldende klinikker. Det er mest fokus på høyteknologi, på bekostning av pasientperspektivet (Gundry, Siassakos et al. 2010).

Brukerperspektivet fikk mye fokus under intervjuene. Begrepet "bruker" viste seg å ikke være et selvfølgelig begrep i denne sammenheng, flere stilte spørsmål til selve ordet. Forskningsamtalene gav mange nye tanker i forhold til brukerinvolvering i akutt fødselshjelp. Det har ifølge informantene ikke systematisk vært innarbeidet fokus på brukerinvolvering i opplæring på akutte situasjoner.

Hovedfokuset ifølge mine informanter er på tilegnelse av tekniske og ikke-tekniske ferdigheter, der kommunikasjon helsepersonell imellom er svært sentral. Vi fikk mange spennende refleksjoner rundt brukeraspektet i opplæringen.

Vi forventer ikke av oss selv som fødselshjelpere at vi skal klare å involvere den fødende eller hennes nærmeste i beslutningsprosesser når det står om liv. Når for eksempel avgjørelsen om et katastrofekeisersnitt blir tatt av vakthavende lege, klarer vi etter min erfaring knapt nok å informere bruker og hennes nærmeste om hva som skal skje. Brukermedvirkningen strekker seg da i beste fall til noen grad av informasjon, men neppe noen grad av konsultasjon, partnerskap, delegasjon og brukerstyring. I løpet av forskningsamtalene var det heller ingen som tok til orde for å prioritere på en annen måte. Hvordan kan vi innarbeide ivaretagelse av brukernes behov for å bli sett og hørt når det haster? Informantene har mye erfaring med slike situasjoner, og har synspunkter på hva som gir gode resultater for de berørte familiene i ettertid:

- Ro på fødestuen
- Ikke rop høyt eller gi uttrykk for håpløshet, selv om situasjonen kan oppleves håpløs
- Øyenkontakt og kroppskontakt (hold på armen for å bekrefte tilstedeværelse)

## 6.7 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsfokuset i nyere studier og blant flertallet av informantene er primært på statistisk utkomme av pasientbehandlingen, og den bekymringsfulle tendensen til stadig flere klagesaker og erstatningssøksmål. Det er et mål for tjenesten å få ned antall feilbehandlinger, nestenhendelser og pasientskader.



Flere av studiene vektlegger nytten av simulering eller ferdighetstrening i arbeidet for økt pasientsikkerhet. De fleste av informantene bruker resultatall aktivt som grunnlag for forbedringspotensiale og opplæring, mens noen informanter gav uttrykk for at pasientsikkerhet er et begrep som oppleves fjernt fra det kliniske arbeidet. Skade på mor eller barn er en fryktet situasjon for enhver fødselshjelper, og motivasjonen for å drive med praktiske øvelser i den hensikt å øke sin handlingskompetanse og forebygge pasientskader, er vanligvis stor. ”Just for sure” er et beskrivende uttrykk for alle øvelser som avholdes med tanke på å forhindre skade.

Målet om å drive forsvarlig og å unngå skader var for noen av informantene den sterkeste motivasjonsfaktor for å legge til rette for opplæring av kolleger. I tillegg var flere av informantene opptatt av dialogen med foreldrene når noe går galt. En av legene er veldig tydelig på at ærlighet varer lengst. Uansett. Hun sier at vi ikke har noe annet alternativ enn å være grunnleggende ærlige i våre samtaler med foreldre, og at foreldre tåler det meste av informasjon dersom de opplever at helsepersonell ikke skjuler noe for dem. God kommunikasjonsevne og evne til å forbli ærlig også når det er begått feil du aller helst ville sett ugjort, krever tillitskapende fødselshjelpere med stor integritet. Det er ikke gitt alle fødselshjelpere å takle slike samtaler. Men det kreves av oss i jobben at vi har både sosial kompetanse, fagkompetanse og ledelseskompetanse til å kunne stå i slike situasjoner. Her blir også kravet om brukerinvolvering synlig. Det kan synes som om ingen fødeinstitusjon kan drive forsvarlig uten respekt for brukerne og deres rett til informasjon, konsultasjon, partnerskap, delegasjon og brukerstyring. Aspekter som partnerskap, delegasjon og brukerstyring er vanskelig oppnåelig i en akutt situasjon, men desto viktigere i forhold til å bygge opp tillit i tiden etter en uheldig hendelse.

Jeg har diskutert alle fasetter ved handlingskompetanse, også i relasjon til brukerperspektivet. Jeg vil konkludere med å svare på forskningsspørsmålene og problemstillingen, og avslutte med noen anbefalinger som i særlig grad berører brukerinvolvering i akutt fødselshjelp.

## 7.0 Konklusjon

Akutte tilstander i fødselsomsorgen har vært fokus for mange nyere forskningsprosjekter de siste årene. Ved intervensjon med praktiske øvelser, særlig i form av simulering, har studier kunnet vise til både større læringseffekt, større effektivitet i team og direkte effekt på pasientutkomme.

Studier om opplæring på akutt fødselshjelp og informantenes historier har bekreftet at det jobbes systematisk med opplæring på akutte situasjoner. Forskningssamtalene har gitt en liten smakebit på hvordan opplæring organiseres. I mine øyne har skandinaviske fødeinstitusjoner stort fokus på fagkompetanse, sosialkompetanse og ledelseskompetanse. Samtalene gav meg ny kunnskap om viktigheten av ledelsesforankret opplæring. Erfarne fødselshjelpere sterke uttrykk for ydmykhet og anstrengelsen for å møte krav om faglig forsvarlig tjeneste og god samhandling ved akutte tilstander i et tverrfaglig miljø, gjorde sterkt inntrykk. Samtalene utløste refleksjon om ivaretagelse av brukernes behov for informasjon og involvering også i akutte situasjoner, og gav både intervjuer og flere av informantene noe å tenke på. Lærings- og metodekompetanse ble ikke på samme måte tydeliggjort.

Jeg vil i konklusjonen vise til hvordan nyere studier samt forskningssamtalene besvarer forskningsspørsmålene og problemstillingen i denne studien.

### 7.1 Svar på forskningsspørsmål og problemstilling

Forskningsspørsmålene kunne best besvares ut fra samtalene med informantene. Artikkelen beskriver i hovedsak intervensjon med opplæringstiltak og målt nytteeffekt. Noen av studiene har pågått over mange år, og reflekterer derfor i større grad en vanlig rytme i opplæringen på en fødeinstitusjon.

#### **Hvilke utfordringer kjennetegner opplæring på akutt fødselshjelp?**

Det synes som en gjengs oppfatning at fødselshjelp gir spesielle utfordringer i forhold til opplæring, fordi

- brukerne er våkne og ønsker medbestemmelse, noe som vanskeliggjør en uttalt læresituasjon når det haster
- vi har som oftest både mor og barn å ta hensyn til, og kan plutselig få to pasienter med helt ulike behov samtidig
- akutte situasjoner kommer ofte uten forvarsel og krever umiddelbar handling, der tidsfaktoren er avgjørende. Læringseffekten kommer som erfaringslæring eller som refleksiv læring
- Det hersker en utbredt oppfatning om at praktiske øvelser på akutte tilstander, og helst simulering, gir mest utbytte i forhold til økt læringsutbytte både umiddelbart og over tid
- Kostnadene ved simulering i avdelingen eller på et læringssenter er en erkjent utfordring, men alternativene ved ikke å øve, er dårligere – og dyrere

- Situasjonene som truer mor og barn, krever vanligvis et tverrfaglig team. På en del skandinaviske fødeinstitusjoner har det vist seg vanskelig å samle tverrfaglige team til praktiske øvelser

Konklusjonen må bli at opplæring på akutt fødselshjelp synes å utfordre både organisatorisk, økonomisk og ressursmessig, faglig og tverrfaglig.

### **I hvilken grad og hvorfor gjennomføres, eller gjennomføres ikke, tverrfaglig opplæring med fokus på ikke-tekniske ferdigheter?**

- Det er på noen fødeinstitusjoner vanskelig å gjennomføre tverrfaglige øvelser, fordi en definerer ulike læremål for ulike profesjoner
- Dersom opplæringen ikke har ledelsesforankring, viser det seg vanskelig å gjennomføre (tverrfaglige) øvelser/simulering som planlagt pga travelhet i avdelingen eller marginal bemanning
- Ikke-tekniske ferdigheter har ifølge studier og informanter ikke vært en selvsagt del av læremål ved de praktiske øvelsene
- Ikke-tekniske ferdigheter er i liten grad reflektert i prosedyrene, og synes derved å få mindre fokus i opplæringen
- Ikke-tekniske ferdigheter som closed-loop communication og SBAR ved hand-over, er ferdigheter som traumeteam har terpet på i lang tid og har et selvfølgelig forhold til, men som virker relativt ukjente i fødselsomsorgen

Det gjennomføres altså til en viss grad tverrfaglige øvelser i Skandinavia, men i liten grad på ikke-tekniske ferdigheter. Studiene bekrefter viktigheten av ikke-tekniske ferdigheter på linje med tekniske ferdigheter.

### **Hvem definerer kompetansemål for opplæringen, og hvorfor har en valgt disse målene?**

- Informantene beskriver ulik ledelsesforankring av opplæringen, noe som har konsekvenser for hvem som avgjør hvilke læremål og kompetansemål de praktiske øvelsene skal fokusere på
- Ingen studier eller informanter bruker aktivt begrepet handlingskompetanse
- En har mål om økt kunnskap, økte tekniske ferdigheter og holdninger/ikke-tekniske ferdigheter
- Noen læremål blir aktualisert av nestenhendelser eller feil
- Noen fødeinstitusjoner har regelmessige øvelser der læremål er definert som en del av en større opplæringsplan

Læremålene blir til en viss grad definert tilfeldig ut fra hendelser i avdelingene, dels med utgangspunkt i et fast kurskonsept eller ut fra fødselshjelperes meldte behov. Med svak ledelsesforankring blir hele opplæringen mer tilfeldig. Studiene beskriver både tekniske læremål i

forhold til blant annet postpartumblødning, skulderdystoci, eklampsi og nyfødteresuscitering, og læremål i forhold til ikke-tekniske ferdigheter.

### **I hvilken grad klarer opplæringen å favne brukererfaringer og la det reflekteres i kursprogrammene?**

Dette spørsmålet fikk mest fokus i løpet av samtalene.

- Kommunikasjon med brukerne blir bedre ved bruk av pasientmarkør
- Brukerne er i liten grad synlig i prosedyrene, og like lite synlig i opplæringsprogrammene
- Informantene uttrykte generelt et ønske om større brukerfokus i akutte situasjoner og i opplæring på akutte tilstander
- ALSO-kursene har tatt med ikke-tekniske ferdigheter som medfølelse, kommunikasjon, kompetanse, dokumentasjon og ærlighet inn i opplæringen

Opplæringen klarer i liten grad å favne brukerinvolvering. Dette aspektet berørte de fleste informantene kanskje mer enn noe annet i løpet av samtalene. Av studiene var bruken av pasientmarkør det tydeligste bidraget til brukerinvolvering.

### **Hvordan opplever informantene forholdet mellom opplæring og pasientsikkerhet?**

- De fleste informantene uttrykker ingen opplagt kobling mellom opplæringen og grad av pasientsikkerhet
- Noen informanter legger til rette for opplæring basert på innspill fra kolleger om nødvendige fokusområder
- Noen uttrykker usikkerhet om hvordan deres opplæring kan gi målbare resultater mht pasientutkomme, og ønsker en synliggjøring av nyttegevinst av opplæring

Det synes som om pasientsikkerhet er mest knyttet til resultattall og prosedyrer, og i mindre grad til opplæring og læringsmål. Studien viser i noen grad til pasientutkomme, og anbefaler særlig in situ øvelser som tjenlig for økt fokus på pasientsikkerhet.

Det følgende oppsummerer en besvarelse av oppgavens problemstilling:

### **Hvorfor er handlingskompetanse et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander?**

Ingen av artiklene eller informantene bekrefter direkte min hypotese i problemstillingen om at handlingskompetanse er et godt mål på resultatene av opplæringen. En av artiklene beskriver mål om økt kompetanse, ellers er hovedfokus på begreper som kunnskap, ferdigheter og holdninger.

Ingen av informantene bruker begrepet handlingskompetanse i opplæringsøyemed. Likevel gav de fleste informantene uttrykk for at handlingskompetanse er et begrep som er beskrivende for den samlede kompetansen som kreves hos fødselshjelpere ved akutte situasjoner. Handlingskompetanse synes å være et godt mål på resultatet av opplæringen, fordi de ulike aspektene som fagkompetanse,

sosial kompetanse, lærings-, metode- og ledelseskompetanse til sammen synes å utgjøre den kompetansen fødselshjelpere trenger for å møte en akutt situasjon forberedt og klar til handling.

Læring av feil er en vanskelig vei å gå, med tap på alle sider. Både artiklene og informantene bekrefter viktigheten av praktiske øvelser og simulering for å redusere feil og nestenhendelser i fødselsomsorgen der marginene er små fra det normale forløp til dramatiske fødselsforløp.

Ingen av informantene betvilte viktigheten av opplæring. Alle studier vektlegger nytten av praktiske øvelser, og det gis anbefalinger om økt bruk av simulering, mer fokus på ikke-tekniske ferdigheter og større krav til mål på pasientutkomme som resultat av opplæringen.

Diskusjonen har synliggjort og begrunnet hvorfor handlingskompetanse er et godt mål på resultatet av opplæringen ved akutte tilstander. Handlingskompetanse inkluderer både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter, og gir retning i forhold til opplæring på situasjoner som krever det ytterste av et helt team. Det har i løpet av studien ikke kommet opp noe annet begrep som er mer beskrivende eller dekkende enn handlingskompetanse for den samlede kompetansen som kreves av fødselshjelpere ved akutte tilstander.

Jeg vil på bakgrunn av kunnskap fra nyere studier og narrativer fra informantene, skissere noen anbefalinger knyttet til opplæring på akutt fødselshjelp med den hensikt å oppnå økt handlingskompetanse og bedret pasientsikkerhet.

## 7.2 Anbefalinger

1. Som fødselshjelpere har vi stadig læresituasjoner i klinisk arbeid. Dette er læresituasjoner som til dels kan virke små og ubetydelige, men som kan gi viktig læring forutsatt at en reflekterer over hva som skjedde. I en travel hverdag er det ikke gitt at en stopper opp etter en akutt situasjon og reflekterer sammen over det som hendte – på godt og vondt.  
ANBEFALING: å bruke kunnskapen fra simuleringstrening med debrief og refleksjon inn i klinikken (i tillegg til debriefing ved svært alvorlige hendelser). Bruk noen minutter på å prate sammen om det som hendte, og hva en kan lære av hendelsen. Dette er refleksiv læring i praksis.
2. Etter samtaler med informantene, fikk jeg inntrykk av at de faglige prosedyrene ikke nødvendigvis spesifiserer ivaretagelsen av pasientens(brukerens) behov for informasjon og trygghet.  
ANBEFALING: å fastslå brukernes informasjonsbehov i jordmorfaglige og medisinsk-faglige prosedyrer for å fremtvinge fokus på dette.
3. Som informantene har beskrevet, gjennomføres det ettersamtaler etter akutte hendelser med mål om å hjelpe brukerne i bearbeidelsen av opplevelsen. Under ettersamtalene med lege eller

jordmor, kan en systematisk samle beskrivelser fra brukerne på hva som ble opplevd vanskelig, og hva som gjorde en forskjell slik at de likevel følte seg trygge.

ANBEFALING: ta i bruk et kortfattet skjema for samling av brukererfaringer etter akutte tilstander i fødselsomsorgen (forslag i vedlegg 6).

4. Ta lærdom av det som informantene formidlet i forskningssamtalene om hva som skaper trygghet, og det som vil komme frem ved systematisk samling av brukererfaringer.

ANBEFALING: læremål i opplæringen kan være brukererfaringer systematisk samlet inn, kanskje som ”ivaretagelse av pasientens trygghetsbehov”; ro på fødestuen, ingen rop, øyeblikkelig kontakt, bevisst kroppskontakt for å tydeliggjøre nærvær.

5. Norske helsemyndigheter har lagt føringer for hvordan fødselshjelpere skal oppnå og øke kompetansen på akutte tilstander ved å spesifisere krav til praktiske øvelser i Et trygt fødetilbud (2010). Ingen norsk fødeinstitusjon kan vel heretter drive faglig forsvarlig uten å gjennomføre regelmessige, praktiske øvelser.

ANBEFALING: nedsett en hurtigarbeidende, liten komite på den enkelte fødeinstitusjon, som i samarbeid med opplæringsansvarlig(e) lager forslag på hvordan kravene i Et trygt fødetilbud skal implementeres. Det endelige utkastet må vedtas av avdelings- eller klinikkledelsen, slik at opplæringen har ledelsesforankring og blir en obligatorisk del av arbeidsplanen for det tverrfaglige teamet.

### **Behov for ny forskning**

Denne studien har sine begrensninger, både i form av antall informanter som har fortalt sine historier, artiklenes manglende fokus på motivasjon og mestringsforventninger hos fødselshjelpere som deltar i opplæring på akutt fødselshjelp, og det ensidige fokuset på høyinntektsland i denne studien.

Fremtidig forskning som med kvalitative og kvantitative metoder kartlegger motivasjon og mestringsforventning hos et stort og representativt utvalg av fødselshjelpere i både høy- og lavinntektsland, vil kunne tilføre fødselsomsorgen viktige aspekter med tanke på hvordan en kan sikre handlingskompetanse og brukerinvolvering ved akutte tilstander, med økt pasientsikkerhet som resultat.

## 8.0 Referanser

AAFP (2011). Advanced Life Support in Obstetrics.

Allcock, C., A. Griffiths, et al. (2008). "The effect of the attending obstetrician's anxiety trait and the corresponding obstetric intervention rates." Journal Of Obstetrics And Gynaecology: The Journal Of The Institute Of Obstetrics And Gynaecology **28**(4): 390-393.

Andreatta, P., J. Frankel, et al. (2011). "Interdisciplinary team training identifies discrepancies in institutional policies and practices." American Journal Of Obstetrics And Gynecology: 1-4.

Birch, L., N. Jones, et al. (2007). "Obstetric skills drills: evaluation of teaching methods." Nurse education Today **27**: 915-922.

Braut, G. and J. Holmboe (2010). Den norske helsetjenesten. Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet. K. Aase, Universitetsforlaget: 30-43.

Brunstad, A. and E. Tegnander (2010). Jordmorboka. Otta, Akribe.

Cooper, S., R. Cant, et al. (2011). "Simulation based learning in midwifery education: a systematic review." Women and Birth **186**: 1-15.

Cooper, S., R. Endacott, et al. (2010). "Measuring non-technical skills in medical emergency care; a review of a peer-reviewed article." Open Access Emergency Medicine **2**: 7-16.

Crofts, J., C. Bartlett, et al. (2008). "Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors." Qual Saf Health Care **17**: 20-24.

Crofts, J., D. Ellis, et al. (2007). "Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training." BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology **114**: 1534-1541.

Crofts, J. F., R. Fox, et al. (2008). "Observations from 450 shoulder dystocia simulations: lessons for skills training." Obstetrics And Gynecology **112**(4): 906-912.

Daniels, K., J. Arafteh, et al. (2010). "Prospective Randomized Trial of Simulation Versus Didactic Teaching for Obstetrical Emergencies." Simulation In Healthcare: Journal Of The Society For Simulation In Healthcare **5**(1): 40-45.

Dauphin-McKenzie, N., M. Celestin, et al. (2007). "The advanced life support in obstetrics course as an orientation tool for obstetrics and gynecology residents." american Journal Of Obstetrics And Gynecology: e27-e28.

Dieckmann, P. (2010). Hvorvidt trivsel ved simulering er et godt mål på effekt. P. meddelelse. København.

DNLF, Ed. (2008). Veileder i fødselshjelp, Den norske legeforening.

- Donald, I. (1979). Practical obstetric problems. London, LLOYD-Luke ltd.
- Draycott, T., T. Sibanda, et al. (2006). "Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome?" BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology **113**: 177-182.
- EU (2011). "Accumulated knowledge and skills." Retrieved 25.05.11.
- Fisher, N., P. Bernstein, et al. (2010). "Resident training for eclampsia and magnesium toxicity management: simulation or traditional lecture?" American Journal Of Obstetrics And Gynecology **203**: 379.e371-375.
- Fog, J., Ed. (2004). Det kvalitative forskningsintervju. Med samtalen som utgangspunkt, Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet (2011). Medisinsk Fødselregister, <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>.
- Freeth, D., G. Ayida, et al. (2009). "Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios (MOSES): Promoting Patient Safety in Obstetrics with Teamwork-Focused Interprofessional Simulations." Journal of Continuing Education in the Health Professions **29** (2): 98-104.
- Goffman, D., H. Heo, et al. (2008). "Improving shoulder dystocia management among resident and attending physicians using simulations." American Journal Of Obstetrics And Gynecology **199**(3): 294.e291-295.
- Gosman, G., M. Baldisseri, et al. (2008). "Introduction of an obstetric-specific medical emergency team for obstetric crisis: implementation and experience." American Journal Of Obstetrics And Gynecology **198**: 367.e361-367e367.
- Gundry, R., D. Siassakos, et al. (2010). "Simulation training for obstetric procedures and emergencies." Fetal and Maternal Medicine Review **21**(4): 323-345.
- Hamman, W., B. Beaudin-Seiler, et al. (2010). "Understanding Interdisciplinary Health Care Teams: Using Simulation Design Processes From the Air Carrier Advanced Qualification Program to Identify and Train Critical Teamwork Skills." Journal Patient Safety **6**(3): 137-146.
- Hanssen, H., k. Humerfeldt, et al., Eds. (2010). Faglig skjønn og brukermedvirkning, Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2009). Sfinkterskader ved fødsel bør reduseres i Norge, Nasjonalt Råd for Fødselsomsorg.
- Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud. IS-1877.
- HiB (2008). "Aktuelt: modell for andre høgskoler." Retrieved 14.06.11.
- HiB (2011). "Fagplaner jordmorutdanning 2011-2012." Retrieved 25.05.11.



Hjort, P. F. (2007). Uheldige hendelser i helsetjenesten - en lære-, tenke- og faktabok, Gyldendal Akademisk.

HOD (1984). Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. H.-o. omsorgsdepartementet. **LOV 1984-03-30 nr 15**.

HOD (1999). Helsepersonelloven. LOV-1999-07-02-64. H.-o. omsorgsdepartementet, Lovdata. **LOV-2010-04-09-14**.

HOD (1999). Pasientrettighetsloven. LOV-1999-07-02-63. H.-o. omsorgsdepartementet.

HOD (2001). Spesialisthelsetjenesteloven. LOV 1999-07-02 nr 61. H.-o. omsorgsdepartementet, Lovdata. **LOV-2009-06-19-72 fra 2011-01-01**.

HOD (2009). En gledelig begivenhet. H.-o. omsorgsdepartementet.

Hultgren, Å., Ed. (2001). Å undervise voksne. Arbeidsplassen som læringsarena., Compendius forlag.

Jørstad, R., M. Thomsen, et al. (2007). "Norsk Pasientskadeerstatning – en kilde til læring." Tidsskrift for den norske legeforening **2007**(127): 760-762.

Kjøllestad, J. (2009). Brukerundersøkelse fødselsomsorg. S. Egenberg, Kunnskapssenteret.

KUD (1999). Tiltak for å styrke sykepleierutdanningen v/ Mekki-utvalget. Kunnskapssenteret.

Kunnskapssenteret (2008). Vurdering av muligheten for en nasjonal brukererfaringsundersøkelse om fødselsomsorgen i Norge, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. **juni 2008**.

Kunnskapssenteret (2011). "Kunnskapsbasert praksis. Kritisk vurdering." Retrieved 23.05.11.

Kunnskapssenteret (2011, 010511). "[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)."

Kvale, S. and S. Brinkmann, Eds. (2009). Det kvalitative forskningsintervju, Gyldendal Akademisk.

Malterud, K., Ed. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring, Universitetsforlaget.

MAS (2011). Center for Education in Pediatric Simulator. [www.skane.se](http://www.skane.se). Malmø, <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/VERKSAMHETER%20UMAS/Barn%20och%20Ungdomscentrum/Dokument%20BUC/Verksamhet/Bladet/BUC-bladet%20091102.pdf>

Mellin-Olsen, S., Ed. (1996). Samtalen som forskningsmetode. Tekster om kvalitativ forskningsmetode som del av pedagogisk virksomhet, Caspar forlag.

Merien, A., J. v. d. Ven, et al. (2010). "Multidisciplinary Team Training in a Simulation Setting for Acute Obstetric Emergencies." American College of Obstetricians and Gynecologists **115**(5): 1021-1031.

Miller, K. K., W. Riley, et al. (2008). "In situ simulation: a method of experiential learning to promote safety and team behavior." The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing **22**(2): 105-113.

NPE (2009, 02.12.09). "Norsk Pasientskadeerstatning." Retrieved 11.05.11.

Pliego, J., H. Wehbe-Janek, et al. (2008). "OB/Gyn Boot Camp Using High-Fidelity Human Simulators: Enhancing Residents' Perceived Competency, Confidence in Taking a Leadership Role, and Stress Hardiness." Simulation In Healthcare: Journal Of The Society For Simulation In Healthcare **3**(2): 82-89.

Riley, W., S. Davis, et al. (2010). "Detecting breaches in defensive barriers using in situ simulation for obstetric emergencies." Qual Saf Health Care **19**: i53-i56.

Robertson, B., L. Schumacher, et al. (2009). "Simulation-Based Crisis Team Training for Multidisciplinary Obstetric Providers." Simulation In Healthcare: Journal Of The Society For Simulation In Healthcare **4**(2): 77-83.

Siassakos, D., K. Bristowe, et al. (2011). "Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study." BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology **118**: 596-607.

Siassakos, D., T. Draycott, et al. (2009). "Content analysis of team communication in an obstetric emergency scenario." Journal Of Obstetrics And Gynaecology: The Journal Of The Institute Of Obstetrics And Gynaecology **29**(6): 499-503.

Siassakos, D., T. J. Draycott, et al. (2010). "More to teamwork than knowledge, skill and attitude." BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology **117**(10): 1262-1269.

Sørensen, J. L., E. Løkkegaard, et al. (2009). "The implementation and evaluation of a mandatory multi-professional obstetric skills training program." Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica **1-11**: 11.

UiN (2003). "Studiehåndbok for Høgskolen i Bodø." Videreutdanning i operasjonssykepleie. Retrieved 080611.

WHO (2011). Making pregnancy safer, Verdens Helseorganisasjon.

## 9.0 Vedlegg

Vedlegg 1. 26 artikler som resultat av litteratursøk, i kronologisk rekkefølge med de nyste først.

Vedlegg 2. Kritisk lesning av 9 artikler i tråd med Kunnskapssenterets sjekklister

Vedlegg 3. Intervjuguide

Vedlegg 4. Formell forespørsel om deltakelse

Vedlegg 5. Samtykkeskjema

Vedlegg 6. Forslag til systematisk innsamling av brukererfaringer

Vedlegg 7. Søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste NSD

Vedlegg 8. Svar fra NSD

## Vedlegg 1.

### 26 artikler som resultat av litteratursøk, i kronologisk rekkefølge med de nyeste først, side 1-8

	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
1	Australia april 2011	Cooper S, Cant R, Porter J, Bogossian F, NcKenna L, Brady S, Fox-Young S	Systematisk litteratur- gjennomgang (2000- 2010)	Kritisk gjennomgang av bruk av simulering i jordmorutdannelsen	Simulering av ferdigheter i jordmorfag er beviselig nyttig, med pedagogisk og <b>klinisk konsekvens for praksis og didaktiske fortrinn</b> , særlig ved akutte tilstander med lite mengdetrening. Ikke betydning hvor du trener og høy grad av teknologi, men grad av troverdighet i simulering. Ingen studier funnet på blødning før/under barnets fødsel. Kun treff på kvantitative studier.
2	England april 2011	Siassakos D, Bristowe K, Draycott T, Angouri J, Hambly H, Winter C, Crofts JF, Hunt LP, Fox R	Kvantitativ, tverrsnittsanalyse av videoopptak ved simulering på eklampsianfall. 114 deltakere på 19 team. Bruk av pasientmarkør	Identifisere faktorer som gir større effektivitet ved teamarbeid og derved økt <b>pasientsikkerhet</b> , ved å sammenligne gruppenes prestasjon i forhold til <b>lederskap, kommunikasjon, oppførsel</b>	De mest effektive teamene satte tydelig diagnose tidlig i forløpet, brukte ” <b>closed-loop communication</b> ”, hadde tydelig arbeidsdeling og ” <b>handover</b> ”(SBAR). Ingen eksplisitt ledelse i noen av gruppene. Resultatene ikke basert på opplevelse av mestring men ut fra observasjoner.
3	Michigan mars 2011	Andreatta P, Frankel J, Smith SB, Bullough A, Marzano D	Kvalitativt studie, narrativer. Ukentlig intervensjon i 6 mndr, debrief . n=79. Gynekologer, sykepleiere og støttepersonell ved en enkelt institusjon.	Fokus på sprik mellom klinisk praksis og institusjonens retningslinjer for akutte situasjoner	Fant gjennom umiddelbar <b>debrief</b> etter simulering fem områder med diskrepans mellom institusjonenes/avdelingenes retningslinjer og reell klinisk praksis; avdelingsrutiner i konflikt med institusjonsrutiner (eks: varslingsrutiner), ikke- gjennomførbare rutiner, uskrevne regler, ukjente prosedyrer, manglende rutiner. Simulering kan gi systematiske forbedringer som øker <b>pasientsikkerhet</b>

	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
4	California februar 2010	Daniels K, Arafeh J, Clark A, Waller S, Druzin M, Chueh J	Intervensjonsstudie med sammenligning av klasseromsundervisning eller simulering på <b>skulderdystoci</b> og <b>eklampsi</b> , n=32. Ikke-validert spørreskjema	Målt effekt av på kunnskap, ferdigheter og holdninger etter undervisning med enten forelesning/video/hands-on trening eller simulering	Begge gruppene hadde like stor kunnskap etter undervisning. Simuleringsgruppen hadde lettere, mer nøyaktig, mer effektiv utførelse av nødvendige manøvre. Ikke signifikante funn. <b>Basale øyeblikkelig hjelp-tiltak, effektivitet og samarbeid</b> kan ikke bli undervist i klasseromsundervisning. <b>Simulering er den eneste opplæringen som gir denne effekten.</b>
5	England november 2010	Gundry R, Siassakos D, Crofts JF, Draycott TJ	Systematisk litteraturstudie av studier på simulering og effekt på pasientutkomme	Kritisk vurdering av intervensjon med simulering og målbar effekt på morbiditet og mortalitet.	Regelmessig simulering på akutte tilstander i førselsomsorgen gir <b>bedret utkomme for mor og barn</b> , og reduserte forsikringspremier for gjeldende klinikker. Realistiske scenarier for simulering viktig for <b>pasientsikkerhetsarbeidet</b> .
6	Minnesota oktober 2010	Riley W, Davis S, Miller KM et al	2-årig intervensjonsstudie, grounded theory. Bruk av <b>in situ</b> simulering på akutt fødselshjelp. 46 in-situ øvelser, n=823 leger, sykepleiere, støttepersonell	Klassifikasjon av brudd på sikkerhetsbarrierene jmf Reasons <b>pasientsikkerhetsmodell</b>	I løpet av 46 simuleringssituasjoner alle bestående av briefing, scenarie, debrief og oppfølging av registrerte nestenhendelser/feilbehandling, ble det avdekket 965 brudd på sikkerhet, rapportert delvis av deltakerne selv. Omtrent halvparten av bruddene var direkte feil tiltak. Resten var latente situasjoner. Forbedringer kan oppnås med økt fokus på tverrfaglig samarbeid og å lukke erkjente avvik.
7	England september 2010	Siassakos D, Draycott TJ, Crofts JF, Hunt LP, Winter C, Fox R	Kvantitativt, randomisert tverrsnittsanalyse, n=114, fødselshjelpere fordelt på 19 team, blindet. <b>Simulering på eklampsi</b>	Hvorvidt teamarbeid etter simulering er knyttet til den enkeltes <b>kunnskaper</b> (spørreskjema), <b>ferdigheter</b> (simulert skulderdystoci), <b>holdninger</b> (samarbeid, sikkerhet, tilfredshet, stress, mestring)	Ingen direkte sammenheng mellom den enkeltes kompetanse og teamets effektivitet. Kan ikke forutse gruppens effektivitet eller avdekke ineffektivitet. <b>Hva som gjør et team effektivt, blir stående ubesvart.</b>

	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
8	New York august 2010	Fisher N, Bernstein PS, Satin A, Pardanani S, Heo H, Merkatz IR, Goffman D	Randomisert intervensjons-studie for leger, n=38 fordelt på 3 grupper. Tema: <b>eclampsi</b>	Sammenligne ferdigheter på behandling av eklampsi etter simulering og forelesning, bare simulering eller bare forelesning	<b>Simulering alene gav bedre ferdigheter</b> enn forelesninger. Forelesninger i tillegg til simulering gav ingen økt, signifikant effekt. 75 % reduksjon i feilbehandling etter simulering (feil administrasjon av medikament, keisersnitt på ustabil pasient). Bedre håndtering av eklampsi etter 15 minutter m/simulering/debrief enn 45 min med forelesning.
9	Michigan juli-september 2010	Hamman WR, Beaudin-Seiler BM, Beaubien JM	Observasjonsstudie av 26 simuleringer fra 2006-2007. N=264	Intervensjon med in situ øvelser for å observere nestenhendelser og uønskede hendelser. Utvikling av et opplæringsprogram med utgangspunkt i flysimulering, men tilpasset helsetjenesten	Gjennom <b>in situ</b> øvelser ble det avdekket potensielle trusler mot <b>pasientens sikkerhet</b> . Artikkelen beskriver hvilke tiltak disse observasjonene har ført til i organisasjonen, med fokus på rolleforståelse, helhetlig tenkning, kommunikasjon. Bruk av CRM
10	Nederland mai 2010	Merien AE, van der Ven J, Mol BW, Houterman S, Oei SG	Systematisk litteraturgjennomgang, til juni 2009. Funn: 97 studier, hvorav åtte artikler ble funnet relevante	Effekt av tverrfaglig simulering for å redusere uønskede hendelser i akutt fødselshjelp	<b>Tverrfaglig simulering er potensielt effektivt</b> for forebygging av uønskede hendelser, mao økt <b>pasientsikkerhet</b> . Fordeler: økt fokus på pasientsikkerhet, tverrfaglig trening, uendelige muligheter for eksponering til uvanlige hendelser, planlegging, styring av læresituasjon, testing av ny teknologi. Ulemper: kostbart, mangel på dyktige fasilitatorer, mangel på gode opplæringskurs, mangel på studier av kost/nytte. Det er behov for flere studier på kost-nytte og effekt før tverrfaglig simulering kan implementeres i stor skala.

	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
11	Nederland februar 2010	Dijkman A, Huisman CM, Smit M, Schutte JM, Zwart JJ, van Roosmalen JJ, Oepkes D	Retrospektiv kohortstudie 1993-2008, samlet inn ved bruk av mail, på kurs etc. N=55 gravide kvinner hadde hjertestans/HLR, 12 fikk utført perimortem keisersnitt	Økt bruk av perimortem keisersnitt etter introduksjon av MOET-kurs?	Ingen offentlig database på maternell sykелighet i Nederland, derfor usikre tall. Av 12 svangerskap med hjertestans og perimortem keisersnitt, overlevde to mødre og deres barn, samt tre barn til, ingen prehospitalt. Alle barna var forløst innen 30 min etter morens hjertestans. <b>Bekreftet økt bruk av perimortem keisersnitt etter MOET-kurs.</b> Fremdeles høy dødelighet for mor og barn. Tilstrebe forløsning av mor innen 5 minutter etter påbegynt HLR (ingen i studiet ble forløst innen 5 minutter som anbefalt).
12	Danmark sommer/høst 2009	Sørensen JL, Løkkegaard E, Johansen M, Ringsted C, Kreiner S, Mcaleer S	Deskriptiv studie, intervensjon med simulering. N=147 skulderdystoci/blødning, n= 192 eklampsi og nyfødtresuscitering	Ved hjelp av Kirkpatrick's 4 evalueringnivåer å måle resultater av opplæring: tilfredshet, kunnskap, overføringsverdi til praksis, utkomme på organisasjonsnivå og pasientutkomme	Etter trening: Økt kunnskap, trygghet, <b>mindre stressopplevelse forbundet med skulderdystoci, nyfødtresuscitering, eklampsi.</b> Ingen effekt mht blødning, økt antall blødninger registrert etterpå, tegn på økt fokus? <b>Redusert sykefravær</b> blant jordmødre, <b>endringer i organisasjonen</b>
13	England August 2009	Siassakos D, Draycott T, Montaque I, Harris M	Randomisert studie, 58 minutters videoopptak analysert med innholdsanalyse kvantitativt og kvalitativt. 4 team; jordmødre, gynekologer. Simulering på <b>postpartumblødning</b>	Ulike teknikker for å analysere teamenes kommunikasjonsevner før/etter trening på klinikk/kommunikasjon eller bare klinikk (hvem sier hva til hvem, hvorfor, hvordan, hva slags effekt)	Etter trening – mindre kommunikasjon i alle team. Mer direkte kommunikasjon og tydelige beskjeder i gruppene som fikk ekstra kommunikasjonstrening. Mest erfarne leger brukte beskjeder/spørsmål, men yngste jordmødre observerte og svarte på spørsmål (kan reflektere rolleforståelse og hierarki i organisasjonen). <b>Tydelige ordre gav økt sjans for at tiltak ble utført.</b> For lite materiale for statistisk signifikans.

	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
14	Georgia sommer 2009	Robertson B, Schumacher L, Gosman G, Kanfer R, Kelley M, DeVita M	Pre-post studie design, intervensjonsstudie med simulering, n= 22 leger, sykepleiere, jordmødre	Hypotese på positiv effekt av OBCTT (obstetric crisis team training program). Simulering på bradycard fosterlyd, anafylaktisk sjøkk, skulderdystoci, postpartumblødning	Hadde definert type roller på forhånd, der alle skulle bytte rolle for hver ny stasjon. <b>Bekreftet viktigheten av rolleforståelse. Simulering gir økt innsikt om egne og teamets prestasjoner.</b> Få deltakere, usikre funn.
15	England Våren 2009	Freeth D, Ayida G, Berridge EJ et al	Kvalitativt, intervju. Erfarne jordmødre (n=57), gynekologer (n=21), anestesileger (n=15) fra 4 fødevdelinger	Simuleringstrening i tråd med <b>MOSES</b> -kurs for erfarne helsearbeidere, for å øke fokus på <b>ikke- tekniske ferdigheter og pasientsikkerhet</b>	Dyktig fasilitering viktig for læringsutbytte, med en støttende atmosfære. Positivt med observatører som vektla andre ting enn deltakerne i simuleringen. Viktig med tverrfaglig deltakelse. Opplevd økt kompetanse på ikke-tekniske ferdigheter, men <b>vanskelig å implementere ny kunnskap på noen av arbeidsplassene</b>
16	England Oktober 2008	Crofts JF, Fox R, Ellis D, Winter C, Hinshaw K, Draycott TJ	Kvantitativt, observasjon/video av 450 simuleringsøvelser, n=95 jordmødre, 45 gynekologer	Forbedre ferdigheter på forløsning av <b>skulderdystoci</b> som en del av SaFE-studie	<b>Signifikant forbedrede ferdigheter på skulderdystoci hos jordmødre og leger inntil et år etter simulering.</b> Like viktig å vite hva en skal unngå som anbefalte manøvre. Vektlegger viktigheten av å bruke hele hånden vaginalt for å forløse bakre arm/skulder, ikke kun 2 fingre, og bruke minimal kraft under traksjonen.
17	New York september 2008	Goffman D, Heo H, Pardanani S, Merkatz IR, Bernstein P	Kvantitativ observasjonsstudie med bruk av SPSS, n=71 gynekologer.	Vurdere om simulering kunne forbedre legers ferdigheter på <b>skulderdystoci</b>	Studien viste <b>signifikant forbedring på utførelse av anbefalte manøvre og kommunikasjonsferdigheter. Erfarne leger scoret overraskende lavere på kommunikasjonsferdigheter ved første simulering</b>



	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
18	Texas sommer 2008	Pliego JF, Wehbe-Janek H, Rajab MH, Browning J, Fothergill R	Pilotstudie med simulering, n= <b>23 leger</b> under utdanning (føde/gyn, n=14) og allmennpraksis, n=9)	Vurdere nytte av simulering på <b>skulderdystoci, postpartumblødning, nyfødtresuscitering, rupturert ex.u. graviditet</b>	<b>Ikke signifikante funn</b> pga få deltakere. Leger under utdanning på føde/gyn opplevde størst nytte. Ingen rapporterte økt trygghet mht ledelseskompetanse. <b>Paradigmeskifte fra ferdighetstrening til simulering. Simulering nyttig i pasientsikkerhetsarbeid.</b>
19	England mai 2008	Allcock C, Griffiths A, Penketh R	Kvantitativ, validert spørreskjema, retrospektiv studie. Sept 2005 - sept 2006.	Avdekke grad av <b>intervensjon relatert til engstelse hos den enkelte lege i bakvakt</b> (tertiærvakt)	Signifikant forskjell i antall akutte keisersnitt utført på vakt av de ulike leger med like mye erfaring. <b>Sterk korrelasjon mellom grad av engstelse og antall akutte keisersnitt.</b>
20	Pennsylvania april 2008	Gosman GG, Baldisseri MR, Stein KL, Nelson TA, Pedaline SH, Waters JH, Simhan HN	<b>Intervensjon med kriseteam</b> for akutt fødselshjelp 2004-2005 (8782 fødsler i 2006)	Mangler påpekt ved gjennomgang av <b>uønskede hendelser</b> . Kriseteamet Condition O opprettet som ekstra ressurs.	Implementert i organisasjonen gjennom møter, in situ øvelser etc. Liten bruk av kriseteamet første halvår, økende bruk etter gjentatt opplæring i bruken av Condition O (patologisk CTG, skulderdystoci, kramper). <b>Validerte mål på pasientsikkerhet etter intervensjon ikke utviklet, og derfor ikke målt.</b>
21	Minnesota februar 2008	Miller KK, Riley W, Davis S, Hansen HE	Intervensjon med pilotstudie på in situ øvelser, n= 700, 35 simuleringer	Beskrive deltakernes erfaring med <b>in situ pasientsikkerhetsarbeidet</b>	Vektlagt briefing for å fokusere på læremål som kommunikasjon, ledelse, <b>SBAR</b> (situation, background, assessment, recommendation) og ikke tekniske ferdigheter. Fikk belyst risiko ved å miste oversikt, <b>ikke lukket-sirkel</b> kommunikasjon, manglende SBAR. <b>Læringen skjedde i debriefingen.</b>

	land, publisert	forfattere	studie & design	hensikt	konklusjon
22	England Februar 2008	Crofts JF, Bartlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt LP, Draycott TJ	Kvantitativ, prospektiv randomisert SaFE-studie, n=140 fødselshjelpere, 4 grupper	Sammenligne utbytte av simulering med <b>pasientmarkører</b> og bruk av fødesimulator	Krisehåndtering i fødselshjelp gjelder vanligvis våkne pasienter og deres pårørende. Større oppmerksomhet for og forståelse av <b>kommunikasjon og pasientsikkerhet</b> ved bruk av pasientmarkører enn ved bruk av fødesimulator. Viktig i opplæring å understreke viktigheten av kommunikasjon med pasienten.
23	England desember 2007	Crofts JC, Ellis D, Draycott DJ, Winter C, Hunt P, Akande VA	Kvantitativt, prospektivt randomisert, kontrollert studie, n=133 leger og jordmødre. Del av SaFE- studiet 2004-2005	Kunnskap som resultat av ferdighetstrening på akutt fødselshjelp, og hvilke faktorer som avgjør dette.	<b>Intervensjon med tverrfaglig trening på akutt fødselshjelp gav signifikant økt kunnskap. Ingen signifikant forskjell på hvorvidt treningen foregikk på sykehuset eller læringscenteret.</b>
24	England November 2007	Birch L, Jones N, Doyle PM, green P, Mclaughlin A, Champney C, Williams D, Gibbon K, Taylor K	Mixed methods Observasjon og semistrukturert intervju, n=36 jordmødre og leger, delt i 6 grupper.	Sammenligne oppnådd kunnskap og praktiske ferdigheter gjennom <b>forelesninger, simulering og kombinasjon av disse</b>	Viser til læringsteorier om <b>behaviorisme</b> . Alle metoder gav økt innsikt og praktiske ferdigheter, men <b>simulering gav størst effekt på trygghet, kommunikasjonsferdigheter, ledelse, dokumentasjon og kunnskap</b> . For liten gruppe til å kunne få statistisk signifikans.
25	Florida mai 2007	Dauphin- McKenzie N, Celestin M, BrownD Gonzalez- Quintero VH	Kvantitativ pre/posttest, kvalitativ spørre- undersøkelse, n=9	Vurdere nytten av <b>ALSO</b> - kurs for nyutdannede leger	ALSO-kurset ble funnet nyttig som en del av opplæringen. <b>Posttest hadde 31 % høyere score enn pretest</b> . Deltakerne <b>opplevde kurset nyttig</b> , med vanlige problemstillinger.

	<b>land, publisert</b>	<b>forfattere</b>	<b>studie &amp; design</b>	<b>hensikt</b>	<b>konklusjon</b>
26	England februar 2006	Draycott T, Sibanda T, Owen L, Akande V, Winter C, Reading S, Whitelaw A	Retrospektiv kohort observasjonsstudie 1998- 2003 med fokus på Apgar score $\leq$ 6 etter fem minutter, og hypoksisk- iskemisk encefalopati	Å kartlegge hvorvidt systematisk organisert <b>simulering på</b> <b>skulderdystoci,</b> <b>postpartumblødning,</b> <b>eklampsi,</b> <b>nyfødtresuscitering,</b> <b>voksen HLR, tvilling- og</b> <b>setefødsel i tillegg til</b> <b>CTG-tolkning,</b> kunne resultere i færre tilfeller av alvorlig asfyksi hos nyfødte	<b>Opplæringen gav signifikant reduksjon i antall nyfødte med lav Apgar under 7 etter 5 minutter og hypoksisk-iskemisk encefalopati.</b> Det er første gang en intervensjon med opplæring har vist en klinisk viktig, og vedvarende, forbedring på perinatale resultater. Alle fødselshjelpere ved Southmead Hospital, Bristol, har årlig obligatorisk trening på akutte situasjoner i fødselsomsorgen internt på sykehuset.

## Vedlegg 2 (4 sider)

### Kritisk lesning av 9 artikler i tråd med Kunnskapssenterets sjekklister

(Kunnskapssenteret 2011)

#### 1. Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study (Siassakos, Bristowe et al. 2011). Randomisert kontrollert studie.

1. Er formålet med studiet klart formulert? JA
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet? JA
3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? JA
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? JA
5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmål blindet mht gruppetilhørighet? JA
6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? JA
7. Hva er resultatene? LUKKET SIRKEL-KOMMUNIKASJON OG LITE TRAFIKK UT AV FØDESTUA GAV MEST EFFEKTIVE TEAM
8. Hvor presise er resultatene? SIGNIFIKANTE
9. Kan resultatene overføres til praksis? JA
10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien? JA
11. Bør praksis endres som følge av resultatene av denne studien? JA

#### 2. Understanding Interdisciplinary Health Care Teams: Using Simulation Design Processes From the Air Carrier Advanced Qualification Program to Identify and Train Critical Teamwork Skills (Hamman, Beaudin-Seiler et al. 2010). Kvalitativt studie

1. Er formålet med studien tydelig? JA
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig? JA
3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvorfor og hvordan utvalget ble valgt? JA
4. Var datainnsamling tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet? JA, 264 DELTAKERE
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA
6. Går det klart frem hvorfor analysen ble gjennomført? JA Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)? JA
8. Er etiske forhold vurdert? JA
9. Kommer det klart frem hva er som hovedfunnene i studien? JA
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? NYTTIGE FOR Å KUNNE UTVIKLE OPPLÆRINGSPROGRAM

#### 3. Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios (MOSES): Promoting Patient Safety in Obstetrics with Teamwork-Focused Interprofessional Simulations (Freeth, Ayida et al.

2009). Kvalitativt studie.

1. Er formålet med studien tydelig? JA
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig? JA
3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvorfor og hvordan utvalget ble valgt? JA
4. Var datainnsamling tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet? JA, 93 DELTAKERE
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA

6. Går det klart frem hvorfor analysen ble gjennomført? JA Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)? JA
8. Er etiske forhold vurdert? JA
9. Kommer det klart frem hva er som hovedfunnene i studien? JA
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? NYTTIGE

**4. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors** (Crofts, Bartlett et al. 2008). Randomisert kontrollert studie.

1. Er formålet med studiet klart formulert? JA
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet? JA
3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? JA
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? JA
5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht gruppetilhørighet? JA
6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? JA
7. Hva er resultatene? PASIENTMARKØR BEDRER KOMMUNIKASJON OG SIKKERHETSASPEKTET UNDER SIMULERING
8. Hvor presise er resultatene? SIGNIFIKANTE
9. Kan resultatene overføres til praksis? JA
10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien? JA
11. Bør praksis endres som følge av resultatene av denne studien? JA

**5. Simulation training for obstetric procedures and emergencies** (Gundry, Siassakos et al. 2010).

Oversiktsartikkel.

1. Er formålet med oversikten klart formulert? JA
2. Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltartiklene? JA
3. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet? JA
4. Er risiko for bias på de inkluderte studiene vurdert? JA
5. Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte? JA
6. Hva forteller resultatene? ØKENDE BEVISMENGDE FOR NYTTE AV SIMULERING. HØY TEKNOLOGI PÅ BEKOSTNING AV BRUKERPERSPEKTIV. MYE FOKUS PÅ TRYGGHET HOS DELTAKER, MINDRE PÅ PASIENTUTKOMME.
7. Hvor presise er resultatene? PRESISE PÅ NOEN STUDIER, IKKE MÅLT FOR BREDDEN AV STUDIER
8. Kan resultatene overføres til praksis? JA
9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert? JA
10. Bør praksis endres som følge av funnene i denne oversikten? AVHENGIG AV HVEM EN SPØR. GENERELT - JA

**6. Resident training for eclampsia and magnesium toxicity management: simulation or traditional lecture?** (Fisher, Bernstein et al. 2010) Randomisert kontrollert studie.

1. Er formålet med studiet klart formulert? JA
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet? JA
3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? JA
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? JA
5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht gruppetilhørighet? JA

6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? JA
7. Hva er resultatene? STØRST EFFEKT AV SIMULERING SAMMENLIGNET MED FORELESNING. PÅ EKLAMPSI. FORELESNING I TILLEGG TIL SIMULERING GAV INGEN EKSTRA EFFEKT.
8. Hvor presise er resultatene? SIGNIFIKANTE
9. Kan resultatene overføres til praksis? JA
10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien? JA
11. Bør praksis endres som følge av resultatene av denne studien? JA

**7. The implementation and evaluation of a mandatory multi-professional obstetric skills training program** (Sørensen, Løkkegaard et al 2009) En kohortstudie

1. Er formålet med studien klart formulert? JA.
2. Er en kohortstudie en velegnet design for å besvare problemstillingen/ spørsmålet? JA
3. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte? JA, ALLE SOM VAR TILKNYTTET AVDELINGEN
4. Ble eksposisjonen presist målt? JA
5. Ble utfallet presist målt? JA
6. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer/effektforvekslere i studiens design/analyse? JA
7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? JA, 147/192
8. Ble personene fulgt opp lenge nok? JA
9. Hva er resultatet i denne studien? MINDRE STRESS FORBUNDET MED 3 AV 4 AKUTTE SITUASJONER, REDUSERT SYKEFRAVÆR BLANT JORDMØDRE, ENDRINGER I ORGANISASJONEN
10. Hvor presise er resultatene? SIGNIFIKANT I FORHOLD TIL REDUSERT SYKEFRAVÆR
11. Kan resultatene overføres til praksis? JA
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra andre tilgjengelige studier? JA, DELVIS. IKKE SETT SIGNIFIKANT EFFKT PÅ SYKEFRAVÆR TIDLIGERE

**8. Observations from 450 shoulder dystocia simulations: lessons for skills training** (Crofts, Fox et al. 2008). Kohortstudie, del av SaFE Study.

1. Er formålet med studien klart formulert? JA.
2. Er en kohortstudie en velegnet design for å besvare problemstillingen/ spørsmålet? JA
3. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte? JA. Retrospektivt.
4. Ble eksposisjonen presist målt? JA
5. Ble utfallet presist målt? JA
6. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer/effektforvekslere i studiens design/analyse? JA
7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? JA
8. Ble personene fulgt opp lenge nok? JA
9. Hva er resultatet i denne studien? BEDRE TEKNISKE FERDIGHETER PÅ FORLØSNING AV SKULDERDYSTOCI ETTER SIMULERING
10. Hvor presise er resultatene? SIGNIFIKANTE
11. Kan resultatene overføres til praksis? JA
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra andre tilgjengelige studier? JA, DELVIS. OPPRETTHOLDER FERDIGHETER LENGRE ENN VED ANDRE STUDIER

## 9. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome?

(Draycott, Sibanda et al. 2006) En kohortstudie

1. Er formålet med studien klart formulert? JA.
2. Er en kohortstudie en velegnet design for å besvare problemstillingen/ spørsmålet? JA
3. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte? JA. Retrospektivt.
4. Ble eksposisjonen presist målt? JA
5. Ble utfallet presist målt? JA
6. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer/effektforvekslere i studiens design/analyse? JA
7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? JA
8. Ble personene fulgt opp lenge nok? JA
9. Hva er resultatet i denne studien? VIST TIL BEDRET UTKOMME FOR NYFØDTE ETTER SIMULERINGSTRENING
10. Hvor presise er resultatene? SIGNIFIKANTE
11. Kan resultatene overføres til praksis? JA
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra andre tilgjengelige studier? NEI, INGEN HAR TIDLIGERE KUNNET VISE SIGNIFIKANT EFFEKT PÅ PASIENTUTKOMME

## Vedlegg 3 (2 sider)

### Intervjuguide

Jeg vil bruke denne intervjuguiden som redskap ved intervjuene. Samtalene vil foregå på informantenes arbeidsplass eller via telefon. Jeg kommer til å ta samtalene opp på bånd, samt notere underveis. Jeg vil komme inn på følgende sider ved opplæringen:

1. Hva slags opplæring rettet mot fødselsomsorg jobber du med?  
(Læremål. Gruppesammensetning. Tverrfaglighet. Tidsbruk. Ressurser/rammer.)
2. Hvorfor har du valgt ut disse læremålene? Begrunn.
3. Ser du spesielle utfordringer i forhold til opplæring av fødselshjelpere? Hvis ja, hvorfor?
4. Hva slags undervisningsformer har du erfart mest hensiktsmessig i opplæringen av fødselshjelpere? Gi eksempler.
5. Hvorfor mener du disse formene for opplæring er mest tjenelige?
6. Hvordan legger du opp undervisningen der målet for opplæringen er evne til ledelse og god kommunikasjon fødselshjelpere imellom?
7. Hvorfor har du valgt denne tilnærmingen?
8. Jeg tar i oppgaven utgangspunkt i 4 akutte situasjoner i fødselsomsorgen; postpartumblødning, eklampsi, skulderdystoci og asfyktisk barn. I hvor stor grad har du erfaring med opplæring knyttet til disse situasjonene?
9. Hva slags utfordringer ser du i opplæringssituasjoner mht postpartumblødning, eklampsi, skulderdystoci og asfyktisk barn?  
Gi eksempler, og si noe om hvorfor det er spesielle utfordringer ved slike opplæringssituasjoner.
10. Hvordan definerer du ”handlingskompetanse”?
11. Hvordan legger du til rette for læring av handlingskompetanse i kliniske situasjoner som nevnt ovenfor? Fortell.
12. Hvorfor velger du å legge opp undervisningen på denne måten?
13. Hvor viktig er den enkelte fødselshjelpers grad av handlingskompetanse? Har du eksempler på dette fra egen praksis, evt litteraturhenvisninger?
14. Hvordan ser du på forholdet mellom handlingskompetanse og pasientsikkerhet?
15. Hva slags sammenheng er det mellom handlingskompetanse og redusert sykelighet/dødelighet for brukerne av fødselsomsorgen? Gi eksempler.
16. Er pasientsikkerhet tema under opplæring? Hvorfor ja/nei? Hvis ja, hvordan?



17. Har myndighetene lagt formelle føringer for krav til opplæring for fødselshjelpere? Hvordan ser du på dette? Begrunn.
18. I akutte situasjoner kan informasjonsflyten fra behandler til pasient/pårørende og dialogen pasient/Behandler imellom være svært begrenset. Er det mulig å beholde fokus på brukerperspektivet under opplæringen på akutte tilstander som postpartumblødning, skulderdystoci, eklampsi og asfyksi? Hvis ja, hvordan?
19. I den grad du anser dette som en viktig del av opplæringen, hvorfor ser du det slik?
20. Hva ser du som fremtidige behov for opplæring/kompetanse i akutt fødselshjelp?
21. Hvorfor mener du dette er viktig?

## Vedlegg 4



Universitetet  
i Stavanger

Universitetet i Stavanger, 18.11.10

### Forespørsel om deltakelse som informant i prosjektet "Pasientsikkerhet og handlingskompetanse innen fødselsomsorg".

Ved Universitetet i Stavanger (UiS) vil det høsten 2010/våren 2011 gjennomføres en masteroppgave med følgende arbeidstitel: Pasientsikkerhet innen fødselsomsorgen. En studie av fødselshjelpenes handlingskompetanse ved akutte tilstander. Oppgavens problemstilling er: Hvilke opplæringstiltak iverksettes for fødselshjelpere når målsetningen er økt handlingskompetanse på akutte tilstander i fødselsomsorgen?

Prosjektet gjennomføres av masterstudent Signe Egenberg ved UiS, masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukermedvirkning.

Jeg har 25 års erfaring som jordmor og er ansatt som undervisningsjordmor ved Stavanger Universitetssykehus (ca 4900 fødsler/år).

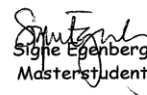
Som del av masterprosjektet vil jeg intervju informanter som er kjent i det obstetriske miljøet for over tid å ha jobbet med kompetansebygging, og som har sitt virke i Skandinavia. Det er frivillig å delta. Informantene kan når som helst trekke seg, og få allerede innsamlede opplysninger om seg anonymisert. Det vil bli benyttet lydbåndopptaker. Materialet fra intervjuene vil bli behandlet konfidensielt, og slettet så snart prosjektperioden er slutt, senest 31.12.11. I den grad informantene blir sitert, vil dette være anonymisert, og etter at informantene har fått anledning til å korrigere sitatene. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

Masteroppgaven vil i tillegg inneholde en litteraturstudie i skandinaviske og engelskspråklige databaser knyttet til tiltak for økt handlingskompetanse innen fødselsomsorg, og effekten av disse.

Vi ber deg herved om å bekrefte deltakelse som informant i masterprosjektet ved å fylle ut vedlagte skjema for informert samtykke. Intervjuene vil så langt mulig bli gjennomført i november/desember 2010, ved mitt oppmøte på den enkeltes arbeidsplass eller per telefon.

Vennlig hilsen

Karina Aase  
Professor,  
Universitetet i Stavanger  
[karina.aase@uis.no](mailto:karina.aase@uis.no)

  
Signe Egenberg  
Masterstudent

## Vedlegg 5



### Samtykke til deltakelse

Jeg er villig til å delta som informant i studien  
"Pasientsikkerhet og handlingskompetanse innen fødselsomsorg".

-----  
(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
Signe Egenberg, masterstudent UiS, Stavanger 01.11.10

## Vedlegg 6

### Forslag til systematisk innsamling av brukererfaringer ved ettersamtale etter akutte situasjoner under svangerskap/fødsel/barsel

Klistrelapp med mors ID

Hensikten er å samle brukererfaringer som i neste omgang kan påvirke fødselshjelpen ved avdelingen og opplæring på akutte situasjoner.

**Mor** (ring rundt diagnose): AKUTT SECTIO, ATONIBLØDNING, SKULDERDYSTOCI, EKLAMPSI, NAVLESNORSFREM FALL, PLACENTALØSNING, SETEFØDSEL (kompl) VAKUUM, TANG, ANNET (forklar):

**Barn:** ASFYKSI, ANNET (forklar):

1. Følte du/dere at dere ble godt ivaretatt?

JA NEI

Kommentar:

2. Fikk dere god informasjon underveis?

JA NEI

Kommentar:

3. Fikk dere god informasjon etterpå?

JA NEI

Kommentar:

4. Var det ting dere reagerte spesielt på – positivt eller negativt?

JA NEI

Kommentar:

5. Forslag til endret informasjon/oppfølging?

.....

Dato og signatur lege eller jordmor som har samtalen

**Scannes til journal.**

## Vedlegg 7 Søknad til NSD (side 1-6)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



### MELDESKJEMA

Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

<b>1. Prosjekttittel</b>	
Tittel:	Pasientsikkerhet innen fødselsomsorgen. En studie av fødselshjelpernes handlingskompetanse ved akutte tilstander med behov for livreddende førstehjelp
<b>2. Behandlingsansvarlig institusjon</b>	
Institusjon:	Universitetet i Stavanger
Avdeling/Fakultet:	Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt:	Institutt for helsefag
Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom din institusjon ikke finnes på listen, ta kontakt med personvernombudet.	
<b>3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder)</b>	
Fornavn:	Karina
Etternavn:	Aase
Akademisk grad:	Doktorgrad
Stilling:	Professor
Arbeidssted:	Universitetet i Stavanger
Adresse (arb.sted):	Kjell Arholms Hus
Postnr/sted (arb.sted):	4036 Stavanger
Telefon/mobil (arb.sted):	51831534 /
E-post:	karina.aase@uis.no
Før opp navn på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. For studentprosjekt er daglig ansvarlig vanligvis veileder.	
Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig stå som daglig ansvarlig.	
Arbeidssted må være i tilknytning til behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.	
NBI All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir korrekt e-postadresse. Det bør være en adresse som du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.	
<b>4. Student</b>	
Studentprosjekt:	Ja • Nei ○
Fornavn:	Signe
Etternavn:	Egenberg
Akademisk grad:	Lavere grad
Privatadresse:	Overlege Cappelensgt. 19
Postnr/sted (privatadresse):	4011 Stavanger
Telefon/mobil:	51529119 / 90767639
E-post:	signe.egenberg@lyse.net
NBI All korrespondanse går via e-post. Det er derfor viktig at du oppgir en korrekt e-postadresse. Det bør videre være en adresse du bruker aktivt over tid. Husk å gi beskjed dersom den endres.	
<b>5. Formålet med prosjektet</b>	

Prosjektets formål	Målet med oppgaven er å kunne kartlegge og beskrive hvordan fødselshjelpere kan øke sin handlingskompetanse ved akutte tilstander med behov for livreddende førstehjelp. Kartleggingen vil skje ved systematisk litteratursøk i skandinaviske og engelskspråklige databaser, samt ved intervju av et ekspertutvalg, bestående av erfarne fødselshjelpere og undervisere i Skandinavia. Erfaringer fra Skandinavia vil kunne støtte opp om funnene i litteraturstudien. Problemstilling for oppgaven er: Hvordan oppnås handlingskompetanse på akutte tilstander i fødselsomsorgen? Jeg vil ta utgangspunkt i 4 ulike akutte tilstander innen fødselsomsorg: postpartumbldning, skulderdystoci, eklampsi og asfyktisk barn, og se tilegnelsen av handlingskompetanse i forhold til disse tilstandene spesielt. Følgende forskningsspørsmål ønsker jeg å besvare gjennom litteraturstudie og intervjuer: Hva er spesielle utfordringer i opplæringssituasjoner mht postpartumbldning, skulderdystoci, eklampsi og asfyksi hos barn? Hva er handlingskompetanse i slike kliniske situasjoner? Hva er forholdet mellom handlingskompetanse og pasientsikkerhet? Hva er mål på økt kompetanse? Hvordan kan en beholde fokus på brukerperspektivet under opplæringen på akutte tilstander som postpartumbldning, skulderdystoci, eklampsi og asfyksi? Hva er fremtidige behov for opplæring/kompetanse i akutt fødselshjelp?	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 1500 tegn.
<b>6. Prosjektomfang</b>		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkel institusjon</li> <li>○ Nasjonal multisenterstudie</li> <li>○ Internasjonal multisenterstudie</li> </ul>	Med multisenterstudier forstås her forskningsprosjekter som gjennomføres ved flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor det utveksles/deles personopplysninger mellom deltakende institusjoner.
Oppgi øvrige institusjoner		Les mer om hva personopplysninger er
Hvordan foregår samarbeidet mellom institusjonene? Hvem har tilgang til personopplysninger og hvordan reguleres tilgangen?		
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Beskrivelse av utvalget	Har et ekspertutvalg av fødselshjelpere med lang erfaring som undervisere. Jeg kjenner ingen av informantene personlig.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F. eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Har selv tatt kontakt på mail etter at navnene ble foreslått.	Beskriv hvordan utvalget trekkes/rekrutteres. Utvalget kan trekkes fra registre, f. eks. folkeregisteret, NAV, pasientregistre, eller rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk. Oppgi hvem som foretar trekkingen/rekrutteringen.
Førstegangskontakt	Kontakten er etablert ved mailkorrespondanse, etter at informanter er foreslått av eksperter i det obstetriske miljøet i Skandinavia.	Oppgi hvem som oppretter førstegangskontakt med utvalget og beskriv hvordan den opprettes.  Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Jeg har foreløpig 7 informanter.	

Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Redegjør for hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, beskriv		Les mer om inklusjon av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte og/eller fra ulike journaler (NAV, PPT, sykehus, bofellesskap og lignende) eller eksisterende registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, Kreftregisteret).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar til metode for innsamling av personopplysninger	Skal ikke ha personopplysninger.	
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Gjør rede for hvilke opplysninger som samles inn	Intervjuguide vedlagt. Vil kartlegge informantenes erfaringer med tanke på opplæring, erfaringer med fødselshjelperes kompetansebehov i forhold til akutte tilstander i fødselsomsorgen og hvordan dette oppnås, kompetanse sett i forhold til pasientsikkerhet og opplæringens fokus på brukerperspektivet.	Spørreskjema, intervjuguide/temaliste, m.m. legges ved meldeskjemaet til slutt.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om hva personopplysninger er
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> Fødselsdato <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse og/eller e-postadresse og/eller telefonnummer	NB! Selv om resultatene i den endelige publikasjonen vil være anonymisert, må det krysses av her dersom direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger registreres i datamaterialet underveis i prosjektet.
spesifiser hvilke		
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?		
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input type="checkbox"/> Blir ikke informert	
Blir ikke informert, redegjør hvorfor		

10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan informasjon til utvalget gis	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig informasjon <input type="checkbox"/> Muntlig informasjon <input checked="" type="checkbox"/> Ingen informasjon	Som hovedregel skal det gis informasjon og innhentes samtykke fra den registrerte. Dersom informasjon gis skriftlig, legg ved kopi av informasjonsskriv.
Redegjør	Formelt informasjonsskriv fra Universitetet i Stavanger	Dersom det ikke skal gis informasjon, må dette redegjøres for.  Les mer om hvilken informasjon som bør gis til utvalget
Oppgi hvordan samtykke innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig samtykke <input type="checkbox"/> Muntlig samtykke <input type="checkbox"/> Innhentes ikke samtykke	Dersom det benyttes skriftlig samtykke, anbefales det at dette følger i teksten etter informasjonen. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må dette redegjøres for.
Innhentes ikke samtykke, redegjør		Les mer om krav til gyldig samtykke

11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Direkte personidentifiserende opplysninger bør ikke registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan lagres listen/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		
Direkte personidentifiserende opplysninger lagres sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor er det nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Lagres direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> PC i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat PC <input checked="" type="checkbox"/> Privat PC tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Manuelt/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv nærmere		
Behandles og/eller lagres lyd- og videoopptak og/eller fotografi på PC?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn i opplysningene?	PC er passordbeskyttet, og oppbevares i låsbar rom.	Er f.eks. PC-tilgangen beskyttet med brukernavn og passord, og står PC-en i et låsbar rom?
Dersom det benyttes mobil lagringsenhet (bærbar PC, minnepenn, minnekort, cd, eksterne harddisk), oppgi hvilken type, og redegjør for hvorfor det benyttes mobil lagringsenhet	Planlegger å bruke diktafon som kan kobles til bærbar PC, dette vil være tidsbesparende.	



Skal prosjektet ha medarbeidere som vil få tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Innhentes eller overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, oppgi hvilke opplysninger		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Skal opplysningene samles inn/bearbeides av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med databehandler menes en som samler inn og/eller behandler personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige. Eksempler på ofte brukte databehandlere er Questback, Synovate MMI, Norfakta etc.
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. For dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal det for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Skal det innhentes godkjenning/tillatelse fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Det kan f. eks. være aktuelt å søke tillatelse fra registreier for tilgang til data, ledelsen for tilgang til forskning i firma, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01/09/2010 Prosjektslutt:01/06/2011	Prosjektstart Tidspunkt for når førstegangskontakt opprettes og/eller datainnsamlingen starter.  Prosjektslutt Tidspunkt for når datamaterialet skal anonymiseres, slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier. Dette sammenfaller gjerne med publisering og ferdigstilling av oppgave, avhandling eller rapport.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner i datamaterialet.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Datamaterialet skal makuleres etter at masteroppgaven er levert.	Hovedregel for lagring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være konkrete

Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.  Datamaterialet kan lagres ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Har ingen eksternt finansiering. Evt innkjøp av diktafon og evt reise ifm intervjuer i Norge, Sverige og Danmark dekkes av studenten.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	1	

## Vedlegg 8 Svar fra NSD (2 sider)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Karina Aase  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 16.11.2010

Vår ref: 25444 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PA MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25444

*Pasientsikkerhet innen fødselsomsorgen. En studie av fødselshjelpernes  
handlingskompetanse ved akutte tilstander*

*Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student*

*Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder  
Karina Aase  
Signe Egenberg*

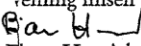
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

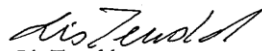
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Eivør Henrichsen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Signe Egenberg, Overlege Cappelensgt. 19, 4011 STAVANGER

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25444

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrevet tilfredsstillende men forutsetter at følgende tilføyes/endres:

- setningen "Studien vil bli meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste NSD av Universitetet i Stavanger." endres til "Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS".
- at det fremgår at det er frivillig å delta og at en når som helst kan trekke seg og få allerede innsamlede opplysninger om seg anonymisert.
- at det vil bli benyttet lydbåndopptak

Personvernombudet ber om at kopi av endelig revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Det anbefales forøvrig at brevet skrives i en mer direkte form, ved å bruke jeg i stedet for navn.

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Stavanger sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 31.12.2011. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbåndopptak makuleres.