

# **Interprofessionellt samarbete under oplanerade prehospitala förlossningar**

En kvalitativ fokusgruppintervjustudie

Daniela Juolahti  
Pernilla Lindberg

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård
Identifikationsnummer:	22467 & 21813
Författare:	Daniela Juolahti & Pernilla Lindberg
Arbetets namn:	Interprofessionellt samarbete under oplanerade prehospitala förlossningar – en kvalitativ fokusgruppintervjustudie
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Lojo sjukhus förlossningsenhet 2S - HUS
<p>I studien har det interprofessionella samarbetet mellan barnmorskor och förstavårdare under oplanerade prehospitala förlossningar granskats ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Inom Lojo sjukvårdsområde togs i augusti år 2018 i bruk en verksamhetsmodell där en barnmorska från förlossningsenheten kan åka med ut på uppdrag tillsammans med förstavården vid hotande oplanerade prehospitala förlossningar. Studien var ett beställningsarbete av Lojo sjukhus förlossningsenhet (HUS, Helsingfors och Nylands sjukvårdsområde) och syftet med studien var att främja ett patientsäkert interprofessionellt samarbete inom verksamhetsmodellen. Den teoretiska referensramen i studien bestod av interprofessionellt samarbete, Tjosvolds modell om samarbete och patientsäkerhet. Frågeställningarna i studien baserade sig på SWOT-modellens fyrfält (styrkor, svagheter, möjligheter och hot) samt utvecklingsbehov inom verksamhetsmodellen. I studien deltog som informanter: barnmorskor (5 st.), förstavårdare (3 st.), fältchefer (2 st.) samt en gynekolog. Datainsamlingen genomfördes som fokusgruppsintervjuer, där informanterna grupperades enligt profession. Studien var en kvalitativ innehållsanalys med en deduktiv ansats. I studien framkom att det interprofessionella samarbetet var uppskattat och ansågs vara välfungerande. Barnmorskornas specialkunskap och erfarenhet av förlossningsvård ansågs vara viktiga faktorer för att öka på patientsäkerheten. Det interprofessionella samarbetet har fungerat som en bra möjlighet till inläring och handledning. Interaktionen mellan professionerna upplevdes som givande och lärorik. En ökad känsla av trygghet och säkerhet kunde identifieras hos föderskan, men även hos förstavårdsteamet då barnmorskeassistans fanns tillgänglig. Tydligare struktur kring arbetsfördelningen under uppdragen och gemensamma protokoll ansågs ytterligare kunna främja patientsäkerheten. Utbildningstillfällen tillsammans gällande förlossningar och den nyföddas första hjälp var efterfrågat. Alla professioner förhöll sig positiva till att förstavårdarna och fältcheferna skulle besöka förlossningsenheten för inläringssyften. Resultatet i studien stödjer ett fortsatt samarbete och en vidareutveckling av verksamhetsmodellen. Det interprofessionella samarbetet stärker patientsäkerheten och är viktigt för kunskapsutbytet mellan professionerna.</p>	
Nyckelord:	Fältförlossning, prehospital förlossning, interprofessionellt samarbete, barnmorska, förstavårdare, fältchef, patientsäkerhet, HUS.
Sidantal:	88
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	28.1.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical nurse
Identification number:	22467 & 21813
Author:	Daniela Juolahti & Pernilla Lindberg
Title:	Interprofessional cooperation during unplanned out-of-hospital birth – a qualitative focus group interview study
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Labor Ward 2S in the Maternity Unit of Lohja Hospital, HUS
<p>In this study, interprofessional collaboration between midwives and paramedics during unplanned out-of-hospital births was investigated from a patient safety perspective. A collaboration between midwives at the maternity unit of Lohja hospital and the emergency medical services (EMS) in the same hospital district started in august 2018, and included a midwife assisting the EMS in unplanned prehospital labor. The study was ordered by the maternity unit in Lohja hospital (HUS, the hospital district of Helsinki and Uusimaa) and the aim of the study was to promote patient safety during the interprofessional collaboration between midwives and EMS during unplanned out-of-hospital births. The theoretical framework of the study consisted of interprofessional collaboration, Tjosvold's model of collaboration, and patient safety. The research questions in this study were based on the SWOT-model (strengths, weaknesses, opportunities and threats) and development needs regarding the collaboration model. Informants in the study consisted of midwives (5), paramedics (3), field managers (2) and a gynecologist. The data was collected through focus group interviews and the informants were sorted by profession. This study was a qualitative content analysis with a deductive approach. The study showed that the interprofessional collaboration was appreciated and worked well among the participants. The midwives' specialist knowledge and experience of midwifery were considered important factors for improving patient safety. Guidance and learning was made possible through interprofessional collaboration. The interaction between the professions was considered to be rewarding and educative. An increased feeling of safety could be identified among the women in labor, but also among the EMS personnel when a midwife was available to assist. A clearer structure regarding the division of labor during assignments and common protocols were considered to be factors that could improve patient safety further. The informants requested training opportunities together regarding out-of-hospital births and first aid of newborns. All informants had a positive attitude towards paramedics and field managers visiting the maternity ward for educational purposes. The result of the study supports continued collaboration and a further development of the collaboration model. The interprofessional collaboration improves patient safety and is important for the exchange of knowledge between the professions.</p>	
Keywords:	Out-of-hospital birth, prehospital birth, interprofessional, midwife, paramedic, field manager, patient safety, HUS.
Number of pages:	88
Language:	Swedish
Date of acceptance:	28.1.2021

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntija
Tunnistenumero:	22467 & 21813
Tekijä:	Daniela Juolahti & Pernilla Lindberg
Työn nimi:	Moniammatillinen yhteistyö suunnittelemissa sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä – Kvalitatiivinen fokusryhmähaastattelu tutkimus
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Lohjan sairaalan synnytysosasto 2S - HUS
<p>Tutkimuksessa on tarkasteltu kätilöiden sekä ensihoitajien moniammatillista yhteistyötä suunnittelemissa sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Lohjan sairaanhoitoalueella otettiin vuonna 2018 käyttöön toimintamalli, jossa kätilö voi tarvittaessa lähteä ensihoidon avuksi kentälle, jos matkasynnytys näyttää todennäköiseltä. Tutkimus oli Lohjan sairaalan synnytysosaston (HUS – Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) tilaama opinnäytetyö ja tutkimuksen tarkoituksena oli edistää potilasturvallista moniammatillista yhteistyötä suunnittelemissa sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä Lohjan sairaanhoitoalueella. Tutkimuksen teoreettisiksi viitekehyksiksi valikoituivat moniammatillinen yhteistyö, Tjosvoldin malli yhteistyöstä ja potilasturvallisuus. Tutkimuskysymykset perustuivat SWOT-analyysiin (vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat) sekä toimintamallin kehitystarpeisiin. Tutkimukseen haastateltiin kätilöitä (5 kpl), ensihoitajia (3 kpl), kenttäjohtajia (2kpl) sekä yhtä gynekologia. Aineistonkeruu toteutettiin fokusryhmähaastatteluilla ja ryhmät jaettiin ammattinimikkeen mukaan. Tutkimus oli kvalitatiivinen ja analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimuksessa selvisi, että moniammatillista yhteistyötä arvostettiin ja se koettiin toimivana. Kätilöiden erikoisosaaminen ja kokemus synnytysten hoidosta katsottiin parantavan potilasturvallisuutta sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä. Moniammatillinen yhteistyö oli tarjonnut erinomaisen oppimisympäristön ja mahdollisuuden kokemusten vaihtamiseen ammattiryhmien välillä. Kätilön osallistuminen tehtävälle lisäsi sekä synnyttäjän että ensihoitohenkilöstön kokemaan turvallisuuden tunnetta. Tehtävälle ehdotettiin kuitenkin selkeämpää ennalta sovittua työnjakoa ja yhteisiä hoito-ohjeita, jotka parantaisivat entisestään potilasturvallisuutta. Kaikki ammattiryhmät peräänkuuluttivat myös yhteisiä koulutuksia liittyen synnytysten hoitoon ja vastasyntyneen virvoitteluun. Osallistujat puolisivat myös ensihoitajien ja kenttäjohtajien tutustumisjaksoa synnytysosastolle osaamisen kehittämiseksi. Tutkimuksesta saadut tulokset tukevat toimintamallin ja yhteistyön jatkamista sekä kehittämistä. Moniammatillinen yhteistyö edistää tutkimuksen mukaan potilasturvallisuutta ja parantaa tiedon jakamista ammattiryhmien välillä.</p>	
Avainsanat:	Matkasynnytys, sairaalan ulkopuolinen synnytys, moniammatillinen yhteistyö, ensihoitaja, kenttäjohtaja, potilasturvallisuus, HUS.
Sivumäärä:	88
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	28.1.2021

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>9</b>
2.1	Hälsa- och sjukvårdslagen .....	10
2.2	Förlossningar och förlossningssjukhus i Finland .....	10
2.3	Beskrivning av verksamhetsmodellen .....	13
2.4	Centrala begrepp .....	14
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning .....</b>	<b>16</b>
3.1	Nationell forskning .....	16
3.2	Internationell forskning .....	17
<b>4</b>	<b>Teoretisk referensram .....</b>	<b>22</b>
4.1	Interprofessionellt samarbete .....	22
4.2	Tjosvolds modell om samarbete .....	24
4.3	Patientsäkerhet.....	26
<b>5</b>	<b>Syfte och frågeställningar .....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>Metod.....</b>	<b>30</b>
6.1	SWOT-modellen .....	30
6.2	Urvalskriterier .....	31
6.3	Insamling av data .....	32
6.4	Bearbetning och analys .....	33
<b>7</b>	<b>Etiska övervägande .....</b>	<b>35</b>
<b>8</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>36</b>
8.1	Styrkor .....	36
	<i>Kunskap.....</i>	<i>36</i>
	<i>Patientsäkerhet.....</i>	<i>38</i>
	<i>Samarbete .....</i>	<i>40</i>
	<i>Trygghet .....</i>	<i>41</i>
8.2	Svagheter .....	42
	<i>Resurser.....</i>	<i>42</i>
	<i>Information.....</i>	<i>42</i>
	<i>Arbetsfördelning .....</i>	<i>44</i>
	<i>Kunskap.....</i>	<i>44</i>
8.3	Möjligheter .....	46
	<i>Kunskapsutbyte.....</i>	<i>46</i>
	<i>Känslor .....</i>	<i>50</i>

8.4	Hot.....	50
	<i>Patientsäkerhet.....</i>	<i>51</i>
	<i>Kompetens .....</i>	<i>52</i>
8.5	Utveckling .....	53
	<i>Information.....</i>	<i>54</i>
	<i>Arbetsfördelning .....</i>	<i>54</i>
	<i>Utrustning .....</i>	<i>55</i>
	<i>Utbildning.....</i>	<i>56</i>
8.6	Sammanfattning av resultatet.....	58
<b>9</b>	<b>Kritisk granskning.....</b>	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>64</b>
10.1	Kunskap.....	64
10.2	Patientsäkerhet.....	65
10.3	Samarbete .....	66
10.4	Trygghet .....	68
10.5	Utveckling .....	69
<b>Källor .....</b>		<b>73</b>
<b>Bilagor .....</b>		<b>79</b>
<b>Bilaga 1. Beskrivning av verksamhetsmodellen: barnmorskeassistans vid hotande fältförlossningar .....</b>		<b>79</b>
<b>Bilaga 2. Litteratursökning .....</b>		<b>80</b>
<b>Bilaga 3. Prehospitalt födda barns temperatur vid ankomsten till sjukhus i relation till utomhustemperaturen.....</b>		<b>82</b>
<b>Bilaga 4. Informantbrev – förfrågan om deltagande i undersökning.....</b>		<b>83</b>
<b>Kutsu osallistua tutkimukseen .....</b>		<b>85</b>
<b>Bilaga 5. Intervjuguide .....</b>		<b>87</b>
<b>Haastatteluohje.....</b>		<b>88</b>

## 1 INLEDNING

Statistik visar att oplanerade prehospitala förlossningar i Finland har fördubblats på 2000-talet, vilket medför ökade patientsäkerhetsrisker för föderskor, de nyfödda och därmed även hela samhället (Pehkonen 2018). Denna utveckling antas bland annat vara en följd av centraliseringen inom förlossningsvården. Då mindre förlossningsenheter varit tvungna att stänga på grund av de nya krav som hälso- och sjukvårdslagen ställt, ökar även avstånden till närmaste förlossningssjukhus för föderskor och risken för att inte hinna fram i tid ökar. (Ovaskainen et al. 2015) Det krävs därmed nya innovativa strategier för att utveckla effektivare samt lönsammare system som svar på de ständigt ökande krav som ställs på hälso- och sjukvården. Internationellt har interprofessionellt samarbete lyfts fram som en del av lösningen till många olika utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Evidens visar att ett lyckat interprofessionellt samarbete kan bygga starkare hälso- och sjukvårdssystem samt resultera i förbättrade vårdresultat, men att det även kan bidra med nya utmaningar. (WHO 2010)

För att förbättra patientsäkerheten vid fältförlossningar har flertal sjukvårdsområden i Finland effektiviserat sina verksamhetssystem och skapat verksamhetsmodeller där en barnmorska möter upp ambulansen prehospitalt. (Tiainen 2018). För förstavårdare som arbetar i ambulansen ligger tyngdpunkten i det vardagliga arbetet på sjuka och skadade patienter. Fältförlossningar är ovanliga uppdrag och leder till att förstavårdarna känner sig mer osäkra samt stressade under dessa uppdrag. De upplever otillräcklig kunskap inom ämnet och känner sig oförberedda. Långa avstånd till förlossningssjukhus och avsaknad av väsentlig utrustning upplevs även som utmanande faktorer av förstavårdarna. (Persson et al. 2019) Då en barnmorska åker ut för att assistera förstavårdarna kan kunskap och erfarenheter utbytas. Det är ett sätt att anpassa organisationens verksamhet efter rådande omständigheter. Genom att effektivera de resurser som redan existerar och därmed skapa nya resilienta system inom verksamheten, ökar chansen för att verksamheten trots yttre påfrestningar skall kunna erbjuda kvalitativ och patientsäker vård i fortsättningen.

Efter att statistik om ökat antal fältförlossningar inom Lojo sjukvårdsområde uppmärksammades, startade i augusti år 2018 ett samarbetsprojekt mellan Lojo sjukhus förlossningsenhet och förstavården inom sjukvårdsområdet. Samarbetet startade i form av ett pilotprojekt som tog modell av existerande verksamhetsmodeller i Finland. Modellen där barnmorskor assisterar vid fältförlossningar är i användning i bland annat i Päijänne-Tavastland, Kuopio, Kainuu och i Norra Österbotten (Tiainen 2018). Samarbetet mellan universitetssjukhuset i Uleåborg och räddningsverket i regionen har till exempel redan pågått i tiotal år (Tiainen 2018).

Pilotprojektet övergick till att vara en del av verksamheten i Lojo sjukvårdsområde under slutet av år 2019 efter en lyckad piloteringsperiod. I Lojo möjliggörs det här specifika interprofessionella samarbetet på grund av att räddningsverket, där fältchefen är stationerad, ligger nära förlossningsenheten (Tiainen 2019). Verksamhetsmodellen är unik inom Nyland och för tillfället finns det inte planer eller möjligheter till att implementera modellen i andra områden inom Helsingfors och Nylands sjukvårdsområde (Tiainen 2019).

Denna studie är ett beställningsarbete av Lojo sjukhus förlossningsenhet. Studien skall bidra med fördjupad kunskap om det interprofessionella samarbetet mellan barnmorskor, gynekologer, fältchefer och förstavårdare. Tidigare forskning inom oplanerade prehospitla förlossningar har i Finland haft mer fokus på statistik och mindre på hur det interprofessionella samarbetet upplevs mellan inblandade yrkesprofessioner, samt vilka risker och fördelar de olika professionerna ser med samarbetet. Det interprofessionella samarbetet mellan barnmorskorna och förstavården är i dagens läge mycket aktuellt och omdiskuterat i media. Ett ökat intresse för ämnet medför även att det finns ett behov av att få fram data samt evidens om samarbetet för att evaluera och eventuellt utveckla existerande verksamhetsmodell.

## 2 BAKGRUND

Enligt statistik ökar antalet oplanerade prehospitala förlossningar i Finland för varje år (Ovaskainen et al. 2015). Den vanligaste patientgruppen som föder oplanerat prehospitalt är omföderskor. I regel fortskrider en omföderskas förlossning snabbare än en förstföderskas och medför därför att risken är högre för att de inte hinner fram i tid till förlossningsenheten. Vanligtvis mår nyfödda som föds utanför förlossningsenheterna bra, eftersom snabba spontana förlossningar ofta är ett resultat av okomplicerade öppnings- samt krystningsskeden. (Terveyskylä 2019)

Orsaken bakom att oplanerade prehospitala förlossningar ökar i Finland kan antas vara en följd av att allt fler förlossningsenheter stängs runt om i landet. Minskat antal förlossningsenheter bidrar till att avståndet till närmaste förlossningssjukhus blir längre och situationer där föderskor inte hinner till sjukhuset i tid för att föda ökar. (Ovaskainen et al. 2015) Stängning av förlossningsenheter har grunder i hälsoekonomiska aspekter, men även i tanken om att centralisering av vården leder till ökad patientsäkerhet. Ett större samspel patienter bidrar till ökad arbetserfarenhet för personalen och därmed ökad kunskap att även vårda specialfall som inte blir en del av rutinerna i sjukhus där antalet patienter är färre. (Social- och hälsovårdsministeriet 2014)

En lösning för att förhindra de ständigt ökade kostnaderna inom social- och hälsovården anses vara att öka på produktiviteten inom verksamheten. Detta innebär att med existerande eller eventuellt minskade resurser kunna producera mera tjänster och samtidigt hålla en hög kvalitet för att inte minska på effektiviteten av vården. Detta kan i praktiken betyda en högre press på en mindre personalstyrkas kapacitet samt resurser att vårda en större volym av patienter säkert och kvalitativt, men det kan även innebära en press på att utveckla effektivare och mera produktiva verksamhetsmodeller inom organisationerna. (Groop 2012 s. 3-4)

## **2.1 Hälso- och sjukvårdslagen**

Hälso- och sjukvårdslagen (Finlex 2010/1326) ställer höga krav på existerande förlossningsenheter. Lagen grundar sig delvis i hälsoekonomiska faktorer men även i tanken om att centralisering medför ökad patientsäkerhet. (Social- och hälsovårdsministeriet 2014) Specialsjukvården kräver stora investeringar i utrustning och personal för att säkerställa hög kvalitet, produktivitet, effektivitet samt patientsäkerhet. Förlossningsverksamheten är beroende av anestesi och operationsmöjligheter, vilket ytterligare ökar kvalitetskraven samt utgifterna. (Finlex 45§ 1516/2016)

Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) ställer krav kring centralisering av specialsjukvården. Förlossningsenheterna bör sköta minst 1000 förlossningar per år samt ha behövliga utrymmen, utrustning och uppföljningsmöjligheter. Det skall finnas omedelbar tillgång till behövligt antal barnmorskor, assisterande operationspersonal, anestesilog, specialist i pediatrik och specialister i gynekologi samt obstetrik. Beredskap för operativ behandling och uppföljning skall finnas tillgänglig dygnet runt. Efter förlossningen skall det även finnas tillräckliga vårdmöjligheter för det nyfödda barnet. (Finlex 18§ 583/2017)

De nya krav som förordningen (Finlex 18§ 583/2017) ställer på förlossningsenheterna resulterar i ökade utgifter för sjukhusen. Speciellt jourande specialistläkare dygnet runt innebär höga utgifter för sjukhus där antalet förlossningar är under 1000 per år. Idealt vore minimi 2000 förlossningar per år för varje förlossningsenhet. Dock är detta en siffra som är omöjlig att uppnå i det glest befolkade Finland utan att äventyra patientsäkerheten. (Nieminen 2015)

## **2.2 Förlossningar och förlossningssjukhus i Finland**

Efter att lagförändringen trädde i kraft kunde förlossningsenheter inom små sjukhus ansöka om speciallov för att fortsätta med sin verksamhet (Finlex 50§ 2016/1516) Ett exempel på sjukhus med speciallov är förlossningssjukhuset på Åland. Detta undantagslov

bygger på geografiska omständigheter. Andra sjukhus som ansökte om speciallov efter lagförändringen var bland annat Borgå och Ekenäs sjukhus. Dessa förlossningsenheter är, trots godkända undantagslov efter lagförändringen, nu nedlagda. (Nieminen 2015)

År 2019 fanns det 23 förlossningssjukhus i Finland (THL 2020). Även Barnmorskeinstitutets förlossningsenhet avslutade sin verksamhet 2017. Till skillnad från till exempel Borgå sjukhus som lades ner på grund av lågt antal förlossningar per år, avslutade Barnmorskeinstitutet sin verksamhet både på grund av problem med inomhusluften och på grund av centralisering av vården inom huvudstadsregionen. (HUS 2017) Kvinnokliniken i Helsingfors är numera Finlands största förlossningsenhet med 8 545 förlossningar år 2019 (THL 2020).

I Lojo sjukhus uppnåddes över 1000 förlossningar första gången år 2016, då föddes det 1 107 barn på enheten. Följande år minskade antalet förlossningar i Lojo och siffran låg då på 1 099 barn, följt av 1 022 barn år 2018. År 2019 ökade antalet förlossningar igen och det föddes 1 042 barn på Lojo sjukhus. (THL 2020) Förlossningarna fortsatte att öka till antalet år 2020 och det föddes 1 152 barn på enheten, vilket var ett nytt rekord för Lojo sjukhus (Lojo sjukhus förlossningsenhet 2021).

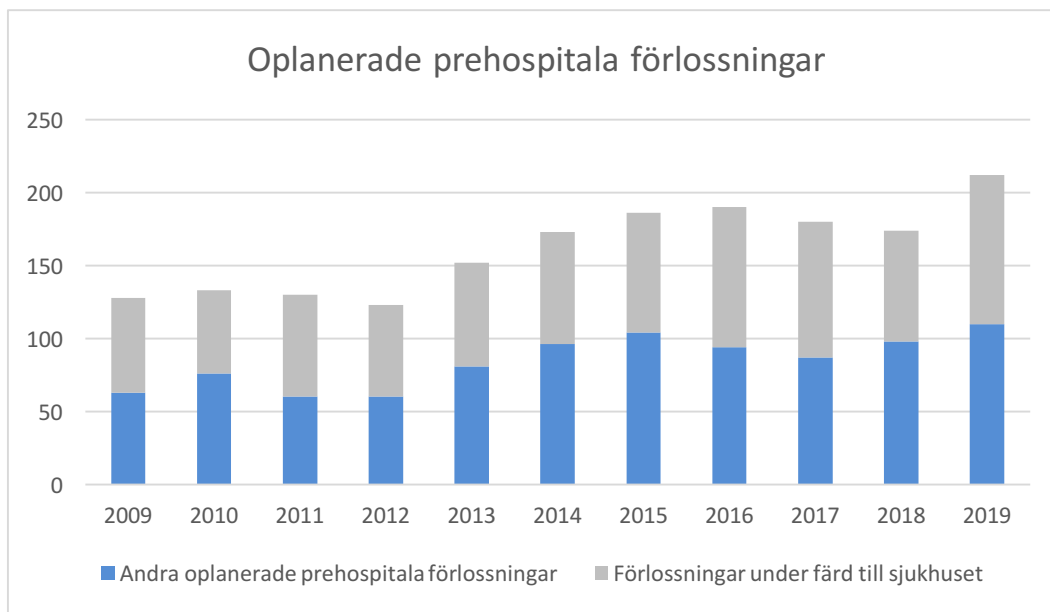
Det minskade antalet förlossningar i Lojo bland annat åren 2017 till 2019 kan ha ett samband med att antalet förlossningar minskade överlag i Finland under dessa år. År 2017 föddes 50 855 barn i Finland, året därpå sjönk siffran till 47 913 barn och år 2019 sjönk siffran ytterligare till 45 870 nyfödda barn. Enligt statistik har antalet förlossningar minskat i jämn takt sedan år 2011. (THL 2020) Detta är ett fenomen som på lång sikt kommer att ha stora konsekvenser för samhället på olika plan, bland annat gällande skatter, pensioner och arbetsplatser. Dock visar statistik från år 2020 att det från och med januari till november år 2020 föddes 42 776 barn i Finland, vilket är 742 barn mer än under motsvarande period året innan (Statistikcentralen 2021).

Inom Lojo sjukvårdsområde skedde år 2017 sju fältförlossningar. Detta var innan verksamhetsmodellens existens, då barnmorskeassistans på fältet inte fanns. Verksamhetsmodellen togs i bruk i början av augusti 2018. Under denna höst skedde det sammanlagt

tre utryckningar där barnmorskan alarmerades med ut på fältet inom Lojo samt Västra Nylands sjukvårdsområde. I de två första utryckningarna hann barnmorskan på plats och följde föderskorna med ambulansen till sjukhuset var de sedan förlöste. I det tredje fallet hann barnmorskan på plats och skötte förlossningen ute på fältet. Därefter följde barnmorskan modern och den nyfödda babyn med ambulansen till sjukhuset var eftervården förverkligades. Under hösten 2018 förekom det även en kort paus i projektet mellan 10.10 och 23.10. Denna paus grundade sig i meningsskiljaktigheter kring ansvarsfrågor mellan inblandade parter i projektet. Under pausen skedde inga fältförlossning inom sjukvårdsområdet.

År 2019 skedde sex fältförlossningar inom sjukvårdsområdet. Samma år blev förlossningsenheten kontaktad gällande assistans på fältet 18 gånger, varav det i 17 fall var möjligt för barnmorskan att rycka ut. År 2020 blev förlossningsenheten kontaktad 17 gånger och utav dessa kunde barnmorskan delta i 14 uppdrag. Två gånger då avdelningen blev kontaktad av fältchefen kunde barnmorskan inte delta i uppdraget, eftersom resurserna på avdelningen inte räckte till och en gång förhindrades deltagandet på grund av tekniska problem. Under dessa tre utryckningar skedde förlossningarna på sjukhuset. Sammanlagt föddes det fem barn på fältet år 2020. Två av dessa barn föddes oplanerat innan ambulansen hunnit fram, medan ett barn föddes direkt då förstavårdarna anlät och de kunde därmed assistera vid förlossningen. Vid två förlossningar där barnen föddes på fältet var barnmorskan med på uppdraget. (Lojo sjukhus förlossningsenhet 2021)

Av de 50 855 barn som föddes år 2017 i Finland, föddes 180 barn oplanerat prehospitalt, varav 93 barn under transporten mot förlossningssjukhuset. Statistiken för år 2018 är näst intill oförändrad med 174 barn som föddes oplanerat prehospitalt, varav 76 av dessa barn föddes under transporten mot sjukhuset. År 2019 ökade antalet oplanderade prehospitala förlossningar till 212 barn. Av dessa barn föddes 102 under transport mot sjukhuset. (THL 2020)



Figur 1. Oplanerade prehospitala förlossningar. (THL 2020; översatt och omritad av skribenterna)

## 2.3 Beskrivning av verksamhetsmodellen

Inom Lojo sjukvårdsområde har en verksamhetsmodell utvecklats där barnmorskeassistans kan möjliggöras under fältförlossningar (bilaga 1). Då en föderska eller hennes anhöriga ringer in till nödcentralen, gör nödcentralsoperatören en riskbedömning och avgör utifrån förhandsbestämda kriterier ifall det är frågan om en hotande fältförlossning eller inte. Då uppdraget klassificeras som brådskande, alarmeras förstavården. Verksamhetsmodellen innebär att fältchefen därefter kontaktar förlossningsenheten för att utreda möjligheten till barnmorskeassistans ute på fältet. Förlossningsenhetens barnmorskor avgör snabbt ifall personal kan lösgöras från enhetens personalstyrka för att åka med på uppdrag. Då resurserna uppskattas som tillräckliga, åker en barnmorska från förlossningsenheten med fältchefens bil mot uppdraget. Vid alarm kring hotande fältförlossning åker alltid förstavårdarna i ambulansen direkt ut för att möta upp föderskan. Detta innebär att förstavårdarna i praktiken ofta är först på plats och därefter möter fältchefen med barnmorskan upp ambulansen ute på fältet.

Fältchefen får alltid alarm vid hotande fältförlossningar. Även i fall där barnmorskan inte har möjlighet att följa med ut på uppdraget, rycker fältchefen ut för att ge extra as-

sistans åt förstavårdarna i ambulansen. Finnhems förstavårdsläkare får också alltid alarm vid hotande fältförlossningar, men fattar beslut utifrån omständigheterna ifall de rycker med ut på uppdraget. I praktiken har det visat sig att då barnmorskan har möjlighet att delta i uppdraget, avvaktar vanligtvis förstavårdsläkaren med att starta på uttryckningen. De följer dock med situationen och kan vid behov rycka ut för att ge extra assistans åt teamet.

## **2.4 Centrala begrepp**

I denna studie är de mest centrala begreppen: prehospital, inhospital, fältförlossning, interprofessionellt samarbete, patientsäkerhet, verksamhetsmodell och förstavården. Nedan definieras begreppen utifrån hur de har tolkats i utförandet av studien.

### ***Prehospital***

Ordet prehospital används i studien för att beskriva att fenomenet har tagit plats utanför sjukhuset.

### ***Inhospital***

Ordet inhospital används i studien för att beskriva att fenomenet har tagit plats på sjukhuset.

### ***Fältförlossning***

I denna studie används ordet fältförlossning istället för definitionen ”oplanerad prehospita förlossning” då en förlossning sker oplanerat innan eller under transport till en förlossningsenhet och där förstavårdare eller barnmorskor varit alarmerade till uppdraget. Trots att fältförlossning inte är ett allmänt vedertaget ord i det svenska språket, är det beskrivande och ordet ”fältet” används även allmänt inom förstavården för att beskriva den prehospitala arbetsmiljön. Ordet valdes för ovannämnd definition, eftersom det därmed kan ersätta ett uttryck som i andra fall kräver beskrivning med hjälp av tre ord.

### ***Interprofessionellt samarbete***

Ett interprofessionellt samarbete uppstår då flertal hälsoarbetare från olika professioner arbetar tillsammans för att kunna uppnå bästa möjliga vård för patienten (WHO 2010). I studier används olika beskrivningar då man talar om graden av integration mellan professioner och sammansättningen av team. I litteraturen talas om multi-, inter-, trans- och tvärprofessionella team eller samarbete. Valet av förstavelse refererar till teamets integrationsgrad. Enligt Thylefors hänvisar ordet "inter-" på en hög grad av samarbete mellan professionerna. Deltagarna i ett interprofessionellt team jobbar nära varandra, anpassar sig sinsemellan och har en tät kommunikation. Flera forskare har även valt att använda "inter-" som förstavelse då de beskriver team bestående av flera olika professioner. (Berlin et al. 2009 s. 128-129)

### ***Patientsäkerhet***

Patientsäkerhet innebär att patienten får rätt samt nödvändig vård, men även att vården resulterar i så små skador som möjligt för patienten. Det inkluderar att de rutiner samt principer som organisationerna, enheterna samt personalen använder skall stärka vårdens säkerhet. Säker vård innefattar förebyggandet, diagnostisering, behandling samt rehabilitering av sjukdomar. Även läkemedelssäkerhet är en del av patientsäkerheten. (THL 2012 s. 8)

### ***Verksamhetsmodell***

I denna studie används begreppet "verksamhetsmodell" för att syfta på det interprofessionella samarbetet mellan förstavården samt barnmorskan under en oplanerad fältförlösning inom Lojo sjukvårdsområde.

### ***Förstavården***

I denna studie används ordet "förstavården" för att beskriva förstavårdarna samt fältcheferna.

### **3 TIDIGARE FORSKNING**

Ämnet oplanerade prehospitala förlossningar har studerats både nationellt och internationellt. Urvalet av litteraturen som presenteras nedan begränsades till tidsramen tio år. Databaser som användes i litteratursökningen var: Cinahl (EBSCO), Pubmed och Academic Search Elite (EBSCO). Alla sökord som användes var på engelska och samma sökord samt sökordskombinationer användes i alla databaser. Artiklarna valdes utifrån hur informationen i artiklarnas abstrakt var relevant för studien (bilaga 2).

#### **3.1 Nationell forskning**

Enligt en studie från Helsingfors där fältförlossningar studerades föddes barnet före föderskan hann till sjukhuset i 12,8% av uttryckningarna. Studien visade att ambulansen hann fram på plats i lite över hälften av fallen (54%). Enligt samma studie var den uppskattade blödningen efter den prehospitala förlossningen i medeltal runt 200-400ml, vilket är en normal blödningsmängd efter en förlossning. I studiens resultat framkom det att andra gradens rupturer förekommit i 2% och tredje gradens rupturer i 3,9% av de rapporterade fallen. I majoriteten av fallen föddes barnen i fullgångna veckor samt med normal födelsevikt. Dödsfall i samband med fältförlossningar hade inte förekommit under den studerade perioden från år 2010 till 2014. (Pirneskoski et al. 2016)

En studie utförd av Ovaskainen et al. (2015), belyste faktorer som ökat på risken för prehospitala förlossningar inom Tammerfors universitets sjukvårdsområde. Till dessa faktorer hörde: rökning under graviditeten, en fort framskridande förlossning, över 35 kilometers avstånd till förlossningssjukhuset och ett färre antal rådgivningsbesök under graviditeten. Därtill fanns det ett samband mellan snabba förlossningar och antalet tidigare förlossningar. Det vill säga ju fler antal förlossningar tidigare, desto större risk för en fältförlossning. Prehospitalt födda barn behövde med större sannolikhet vårdas för infektion eller hypotermi på en neonatalavdelning efter förlossningen i jämförelse med de som fötts på en förlossningsenhet. (Ovaskainen et al. 2015)

Enligt statistik ökade den nyföddes dödsrisk då förlossningen ägde rum prehospitalt i jämförelse med en förlossning inhospitalt (Aaltonen & Rosenberg 2013 s. 48). Mika Gissler som är undersökningsprofessor för THL poängterade att den tryggaste platsen för ett barn att födas är på en förlossningsenhet. Statistik från år 2000 till 2003 visade att fem barn som föddes prehospitalt avled och av dessa var två födda i fullgångna graviditetsveckor, det vill säga graviditetsveckor över 37. (Gissler 2014)

### **3.2 Internationell forskning**

Enligt en studie som utförts i New South West i Australien åren 2000 till 2011 hade 0,46% av förlossningarna skett prehospitalt. Den perinatale dödligheten var betydligt större prehospitalt med 3,46% jämfört med 0,93% av de som fötts inhospitalt. Enligt denna studie hade det även fötts fler prematurer prehospitalt än inhospitalt (12,3% i jämförelse med 7,3%). De barn som var födda prehospitalt hade i genomsnitt 210g lägre födelsevikt än barn födda inhospitalt. I 20,6% av fallen blev de som var födda prehospitalt efter födseln intagna på en neonatalavdelning eller en neonatal intensivvårdsavdelning. Motsvarande siffra var 13,8% bland de barn som fötts inhospitalt. Multiparitet samt rökning ökade risken för att föda prehospitalt. Föderskor som hade fött prehospitalt hade oftare en lägre socioekonomisk situation i livet och det framkom även i studien att de hade en förhöjd risk att drabbas av en postpartumblödning än de som födde inhospitalt. De vanligaste komplikationerna för barn födda prehospitalt var infektioner (6,9%), hypotermi (6,9%), problem med andningen (5,4%), medfödda abnormaliteter (4,0%) och neonatala förbigående symptom (2,4%). Risken för oplanerade prehospitala förlossningar ökade då det geografiskt var över två timmars avstånd till förlossningsjukhuset. På orter där planerade hemförlossningar var populära, hade det även skett flera prehospitala förlossningar. (Thornton & Dahlen 2018)

I en annan studie från Australien undersöktes fältförlossningar där förstavårdaren skött förlossningen. Studien inkluderade 6 135 fältförlossningar varav 413 (6,73%) barn hade fötts före förstavårdarnas ingripande. I 10,8% av fallen föddes barnet i förstavårdarnas närvaro. I denna studie kunde komplikationer konstateras före eller under förlossningen

i 27,3% av fallen. I 30,1% av fallen dokumenterades avvikande vitala värden hos mödrarna. (Flanagan et al. 2017)

I en tredje studie från Australien där 324 stycken oplanerade prehospitala förlossningar studerades hann 59,3% av barnen födas före förstavårdarna kom på plats. Komplikationer som förstavårdarna konstaterat var postpartum blödning, sätesbjudning, navelsträngsprolaps, prematur förlossning samt neonatal död. 16,7% av föderskorna hade en tidigare medicinsk bakgrund som kunde försvåra vården, såsom användning av olagliga eller receptbelagda mediciner. Även denna forskning visade att en stor del av föderskorna som fött prehospitalt var omföderskor. Okomplicerade förlossningar hade dokumenterats i 88,3% av fallen. (McLelland et al. 2018)

I Norge har oplanerade prehospitala förlossningar ökat från att vara fyra per 1000 förlossningar från år 1979 till 1983, till att vara sju stycken per 1000 förlossningar under de senaste tio åren. De som var i högre risk för en oplanerad prehospital förlossning var unga omföderskor som var bosatta på ett ruralt område. Yngre omföderskor hade upp till 20 gånger högre risk för att föda prehospitalt i jämförelse med äldre omföderskor. I samma studie utreddes orsaker bakom neonatal död i oplanerade prehospitala förlossningar. Enligt det insamlade materialet från 1999 till 2013 framkom det att mortaliteten ökat bland med de nyfödda som fötts prehospitalt i jämförelse med de som fötts inhospitalt. Bland de för tidigt födda barnen, som hade en födelsevikt från 750-999g, ökade mortaliteten till att vara fem gånger högre jämförelsevis med de som fötts inhospitalt. Detta var troligen en följd av brist på specialkunskap och utrustning. Mortaliteten för de som var födda oplanerat prehospitalt var relativt samma från år till år, medan mortaliteten för de som var födda inhospitalt minskade i medeltal med 3% för varje år. I studien var 63 av 69 dödsfall som inträffat mellan åren 1999 och 2013 inkluderade. Av dessa hade 25 barn dött (40%) före förlossningen och tio under förlossningen (16%). Den vanligaste orsaken bakom dödsfallet var infektion (22%), prematuritet (22%, varav 14 % extremt prematura) och problem med moderkakan (19%, varav abruption 11%). I 20% av fallen framkom även bristfällig användning av mödravården. (Gunnarson et al. 2014)

Traumatiska förlossningar kan resultera i långvariga negativa konsekvenser för föderskorna. Förebyggande åtgärder samt förbättrad kunskap kring eventuella riskfaktorer samt föderskans subjektiva upplevelse av förlossningen kan förbättra framtidsutsikterna och minska risken för negativa konsekvenser. (Boorman et al. 2013)

I Frankrike hade en prospektiv studie utförts där olika metoder för upprätthållandet av prehospitalt födda barns värme evaluerades. Studien var utförd mellan åren 2011 till 2018 och inkluderade 520 fältförlossningar, där den nyföddas temperatur efter födseln samt vid ankomst till sjukhuset var registrerad. Därtill var metoden för upprätthållandet av värmen beskriven i de inkluderade fallen. (Javaudin et al. 2020)

Uppvärmningsmetoder som användes i studien var i 9% av fallen en inkubator, i 21% av fallen en kombination av plastpåse, hudkontakt och mössa, i 27% av fallen användes en plastpåse samt en mössa och i 15% av fallen användes kombinationen hudkontakt och mössa. I de resterande 18% av fallen hade en annan kombination eller enbart ett av dessa hjälpmedel använts. Studiens resultat visade att användningen av en inkubator var det effektivaste sättet att värma upp ett barn som hade fötts prehospitalt med en kroppstemperatur  $\leq 36,4^{\circ}\text{C}$ . Om barnet hade transporterats i en inkubator, kunde temperaturen höjas med  $0,8^{\circ}\text{C}$  innan ankomst till sjukhuset. Genom att använda sig av kombinationen hudkontakt med modern, en plastpåse runt barnet samt en mössa, kunde barnets temperatur stiga med  $0,2^{\circ}\text{C}$ . Då den nyfödda under transporten är i en plastpåse samt har mössa eller är i hudkontakt med en mössa, ökade inte barnets kroppstemperatur, men dessa metoder upprätthöll dock den nyföddas ursprungliga temperatur. Medianen för utomhustemperaturen i studien var  $11,9^{\circ}\text{C}$  ( $-5,9^{\circ}\text{C}$ - $33,8^{\circ}\text{C}$ ) och transporttiden 38 minuter. Resultatet i studien visade att den nyföddas födelsevikt påverkade reglerandet av kroppstemperaturen. Högre födelsevikt förbättrade möjligheten till att kroppstemperaturen under transporten kunde stiga med till och med  $0,25^{\circ}\text{C}/\text{kg}$ . (Javaudin et al. 2020)

I studien identifierades tre omständigheter som ökade på risken för utvecklandet av hypotermi hos den nyfödda (bilaga 3). Ifall utomhustemperaturen var över eller lika med  $8,4^{\circ}\text{C}$  och förlossningen hade skett före graviditetsveckan 37 var sannolikheten 88% att

barnet utvecklade hypotermi ( $< 36,4^{\circ}\text{C}$ ). Då den omgivande temperaturen var under  $8,4^{\circ}\text{C}$  och upprätthållandet av barnets temperatur förverkligades med hjälp av plastpåse och mössa, utvecklade barnet hypotermi i 72% av fallen. Den tredje identifierade risken för utvecklandet av hypotermi uppstod ifall utomhustemperaturen var under  $8,4^{\circ}\text{C}$ , barnet var uppvärmt med hjälp av någon annan metod än kombinationen plastpåse samt mössa och förlossningen hade ägt rum i graviditetsveckorna 37 till 40. I dessa fall kunde sannolikheten till utvecklandet av hypotermi uppskattas vara 74%. (Javaudin et al. 2020)

I en studie utförd i Norge studerades förstavårdarnas erfarenheter gällande fältförlossningar. Studien var utförd med hjälp av semistrukturerade individuella intervjuer av 12 förstavårdare som hade erfarenhet av fältförlossningar. Resultatet i studien var granskat ur ett patientsäkerhetsperspektiv och det var kategoriserat i tre temaområden. Studien visade att det fanns en skillnad mellan samhällets förväntningar på förstavårdarna och verkligheten som de mötte i den prehospitala förlossningsvården. Förstavårdarna uttryckte en upplevelse av bristande kunskap gällande förlossningsvård och praktiska svårigheter samt bristande kommunikation med barnmorskorna på sjukhuset. (Vagle et al. 2019)

Förstavårdarna i studien hade beskrivit verksamheten som sårbar och lyft fram betydelsen av att ha en jourande barnmorska tillgänglig. Största delen av förstavårdarna berättade att det inte var standardiserad praktik på deras område att ha möjlighet till barnmorskeassistans på jourtid. Förstavårdarna i studien beskrev att de sällan fick vara med och assistera barnmorskan vid fältförlossningar och uttryckte en önskan om att bli mer inkluderade. De påpekade att förstavårdarna inte alltid tidigare sett en förlossning, men att de ändå förväntades agera snabbt ifall en plötslig fältförlossning ägde rum. Möjligheten till barnmorskeassistans beskrevs som viktig för att säkerställa patientsäkerheten och barnmorskans roll framhävdes ytterligare i förlossningssituationer med eventuella komplikationer. Förstavårdarna upplevde sin bristande kunskap inom förlossningsvård som stressfull. De påpekade att de inte hade tillräcklig kunskap, skicklighet eller nödvändig utrustning för att avlyssna fostrets hjärtljud, vilket således försvårade deras förmåga att bedöma situationens riskfaktorer. Förstavårdarna i studien lyfte fram att för-

lossningsuppdrag väckte blandade känslor hos dem. De beskrev att de under uppdraget var extremt fokuserade och upplevde en lättnad samt lycka då barnet hade fötts välmående. Uppdraget kunde även föra med sig en känsla av adrenalin i kroppen och väckte många känslor, allt från rädsla till glädje. (Vagle et al. 2019)

I studien påpekade förstavårdarna att fältförlossningar oftast är okomplicerade. De menade dock att detta kan hänföras till god lycka snarare än ett resultat av bra förlossningsvård. Alla förstavårdare upplevde att de saknade specialkunskap gällande förlossningsvård och menade att de inte blivit erbjudna tillräckligt med övning inom området. De påpekade att deras personliga intresse gällande förlossningar påverkade deras kunskapsnivå. I studien framkom även att förstavårdare med större erfarenhet upplevde att de var mer oroad under förlossningsuppdragen, eftersom de upplevde att de hade en djupare förståelse för alla de risker uppdraget kunde innebära. (Vagle et al. 2019)

Många av förstavårdarna reflekterade över utmaningen gällande beslutet kring att snabbt förflytta föderskan till förlossningsenheten eller att stanna hemma i en lugnare omgivning för att sköta förlossningen där. Förstavårdarna upplevde beslutfattandet som krävande och övervägde de olika alternativen. En del ansåg att omgivningen i hemmet erbjöd bättre omständigheter än en trång ambulans, då en annan del ansåg att då förlossningen skedde i ambulansen var föderskan närmare sjukhuset vid eventuella komplikationer. Förstavårdarna i studien framförde önskemål om mer praktisk övning gällande förlossningsvård och ökad möjlighet till att få praktisera på en förlossningsenhet. Förstavårdarna i studien hade också upplevt att samarbetet mellan dem och barnmorskorna på förlossningsenheten fungerat dåligt. (Vagle et al. 2019)

Resultatet i studien visade att förstavårdarnas otillräckliga erfarenhet och kunskap gällande förlossningsvård förespråkar för en verksamhet där barnmorsekassistent prehospitalt möjliggörs. Studien lyfte även fram vikten av att verksamheten på det studerade området utvärderas, att samarbetet mellan barnmorskorna och förstavårdarna förbättras samt utvecklas för att säkerställa patientsäkerheten under fältförlossningar i framtiden. (Vagle et al. 2019)

## 4 TEORETISK REFERENSRAM

Studien utgår från tre teman som tillsammans bildar studiens teoretiska referensram. Dessa är: interprofessionellt samarbete, Tjosvolds modell om samarbete och patientsäkerhet. Interprofessionellt samarbete utgör grunden till forskningsområdet som granskas samtidigt som hot och möjligheter gällande patientsäkerheten ligger i studiens fokus.

### 4.1 Interprofessionellt samarbete

För att kunna svara på de behov som social- och hälsovården bör verkställa, behövs det kunskap från olika professioner. För att få tillgång till denna variation av kunskap samt erfarenhet krävs ett koordinerat interprofessionellt samarbete. (Øvretveit 1993 s. 19) Ett interprofessionellt samarbete uppstår då flera hälsoarbetare från olika professioner arbetar tillsammans för att uppnå bästa möjliga resultat med patienten i fokus (WHO 2010).

Interprofessionellt samarbete mellan professioner leder till ökad kunskap genom förståelse för och kunskap om andra professioner, men skärper även kompetensen inom den egna specialiteten. Interprofessionellt samarbete stimulerar utveckling av ny kunskap och ofta uppkommer denna nya kunskap i gränsområden mellan de olika professionernas specialkunskande. Tanken i ett interprofessionellt samarbete är inte att alla i teamet skall inneha samma kunskap, utan att alla deltagare bidrar med sitt specialkunskande, vilket därmed ger teamet en bred gemensam kunskapsbas. (Thylefors 2013 s. 14)

Interprofessionellt samarbete skapar ömsesidig respekt och delade värderingar mellan professionerna. Kunskapen om den egna rollen och de andra professionernas roll är viktig för att kunna bedöma samt bemöta patientens vårdbehov. Det är även viktigt för främjandet av hälsan inom hela populationen. Förmåga att kommunicera lyhört och respektfullt med patienter, familjer, samhällen samt med professionella inom andra områden av hälso- och sjukvården, främjar hälsa samt förebygger sjukdom. Värderingar som stärker interprofessionella relationer bidrar till att teamet kan fungera dynamiskt och

effektivt på olika plan till exempel inom planering, utförande samt utvärdering. Dessutom stöder detta system som är säkra, effektiva, produktiva och rättvisa. (IPEC 2016)

Då interprofessionella samarbeten skapas och utvecklas går arbetskulturen igenom stora förändringar. Kunskap utbyts, men även konflikter och ansvarsfrågor mellan inblandade parter blir aktuella. Arbetarnas attityder till samarbetet kan påverka deras förmåga till att fungera som en effektiv del i en interprofessionell arbetskultur och kan leda till problem i dynamiken på arbetsplatsen. (IPEC 2016)

Det interprofessionella samarbetet behöver stödfaktorer för att fungera effektivt och patientsäkert. En av dessa faktorer är en stödjande ledning inom organisationen. En sådan ledning möjliggör utveckling och innovation på arbetsplatsen. De kan inspirera sina arbetstagare till att utveckla verksamheten och innehar förmågan att identifiera arbetstagares potential till att förbättra systemets funktion. (WHO 2010) Interprofessionellt samarbete kräver också god koordinering, eftersom olika professioner ofta har olika arbetsgivare. Detta utgör även en utmaning för samarbetet. Misslyckad koordinering leder till klagomål och dolda utgifter på grund av överlappande service samt till frustration bland arbetstagarna. Orsakerna bakom dålig koordinering kan vara många och är allmänt kända. Dessa är bland annat otillräckliga ekonomiska resurser och splittrade ansvarsområden inom social- och hälsovården. (Øvretveit 1993 s. 19)

Utbildning samt fortbildning inom interprofessionellt samarbete är en grund för att det skall fungera i praktiken. Interprofessionellt samarbete införs allt mer i yrkesutbildningar och samarbetet har därmed blivit en mer naturlig del av arbetsvardagen för många arbetstagare. Då interprofessionellt samarbete inkluderas i studierna redan under hälso- och sjukvårdsprofessionernas utbildningsfas, skapas det en starkare interprofessionell respekt samt förmåga till bättre samarbete ute i arbetslivet. (IPEC 2016)

Då ett interprofessionellt samarbete fungerar bra kan det resultera i starka hälsosystem, med ökad patientsäkerhet och bättre vårdresultat. Hälsoproblem består ofta av flera komplexa hälsoutmaningar och kräver därmed kunskap från olika professioner för att möjliggöra ett optimalt vårdresultat. Interprofessionellt samarbete ökar verksamhetens

produktivitet, patientsäkerhet, förbättrar vårdens resultat och höjer personalens moral. (WHO 2010) Interprofessionellt samarbete är även ekonomiskt lönsamt i längden och bör ses som en investering inom hälso- och sjukvården. Studier visar att ett interprofessionellt samarbete är kostnadseffektivare, har en högre kvalitet i insatserna och kan bidra med ett bättre slutresultat än insatserna från en enda profession. (Thylefors 2013 s. 12)

## 4.2 Tjosvolds modell om samarbete

Enligt samhällsvetenskaplig forskning innehar team betydande potential och genom att kombinera idéer samt handlingar kan de lösa komplexa problem. Deltagarna i ett team kan kombinera sina styrkor och insatser till att klara av uppgifter mycket effektivare än vad en enskild deltagare kan åstadkomma. Teamets deltagare kan utmana varandra, presentera mångsidig information, kombinera olika perspektiv till nya lösningar som eventuellt inte tidigare beaktats och rätta till varandras fel samt avvikelser i resonemang. Studier visar att samarbetsvilliga team är mer produktiva än individer som jobbar tävlingsinriktat eller individuellt. Växelverkan mellan teamets deltagare kan dock påverka slutresultatet. Obalans mellan deltagarna kan till exempel förekomma i form av en dominant deltagare, som får fram sin åsikt starkare inom teamet än mindre dominanta deltagare. Detta kan innebära att opponerande åsikter inte framkommer inom teamet fastän de kan vara korrekta. Opponerande åsikter som kritiskt granskar information och idéer kan vara betydande för möjligheten till bästa lösning på ifrågavarande problem. En dynamik där dominanta deltagare får fram sina åsikter och de vars åsikter är avvikande åsidosätts, motverkar ett effektivt teamarbete som har en förmåga att lösa rationella och övergripande problem. Därför är det kritiskt för organisationens ledning att kunna identifiera den interaktion som underlättar teamets produktivitet och de faktorer som stöder denna interaktion. (Tjosvold 1991 s. 45-46)

Morton Deutsch hävdade på 1940-talet att studier om människans uppfattning kring hur deras mål är relaterade, är relevant för att förstå dynamiken och resultatet som uppkommer vid interaktioner mellan människor. Interaktion kan ske på olika sätt. Enligt Deutsch finns tre alternativ vid interaktion i ett team. Dessa är: samarbete, konkurrens

och självständighet. Det är kritiskt hur deltagarna i teamet uppfattar att deras mål är sammankopplade, eftersom denna uppfattning påverkar deras förväntningar samt handlingar inom teamet. Denna teori av Deutsch är anpassad av Tjosvolds och ligger som grund för hans modell om samarbete. (Tjosvold 1991 s. 46)

Gällande det första alternativet, samarbete, upplever deltagarna i teamet att deras mål är positivt kopplade. Detta betyder att om en deltagare rör sig närmare sitt eget mål, rör sig alla andra samtidigt mot sina mål. Då råder tankesättet: "om en lyckas, lyckas alla". Samtidigt är de individuella insatserna beroende av de andras insatser. Samarbete baserar sig därmed på erkännandet att egennyttan kräver samarbete för att nå gemensamma mål. (Tjosvold 1991 s. 46)

Vid det andra alternativet, interaktion, upplever deltagarna att deras mål är konkurrerande. Det betyder att om en deltagare når sitt mål, försvåras de andras möjlighet till att nå sina mål. Tankesättet är då: "ifall en vinner, måste de andra förlora". Deltagarna i ett konkurrerande team vill bevisa att de är mest kapabla och att deras idéer är överlägsna andras. Deltagarna i sådana team blir frustrerade då andra utvecklar användbara idéer samt arbetar hårt för att uppnå sina mål, eftersom detta försvagar deras chanser att själva vara framgångsrika. (Tjosvold 1991 s. 46-47)

Det tredje alternativet, självständighet, uppkommer då människor uppfattar att deras mål är orelaterade till varandra. En deltagares framgång varken hjälper eller hindrar en annan deltagares framgång eller möjlighet till att uppnå sina mål. Självständigt arbete skapar avsaknad av intresse samt likgiltighet för andras insatser. Individen i ett sådant team önskar att de andra deltagarna är effektiva, men har även samma förväntningar på sig själv. Inom dessa team anser deltagarna att den ansträngning samt risktagning som samarbetet innebär, kommer att återgäldas av de andra deltagarna eftersom det är i alla deltagares bästa intresse att tänka så. (Tjosvold 1991 s. 47)

Studier visar att individer som kan samarbeta delar information med varandra, tar varandras perspektiv i beaktande, kommunicerar effektivt, utbyter resurser, stöder och

hjälp varandra, diskuterar avvikande åsikter öppet, använder sig av högt kvalificerat resonemang samt klarar av konflikter konstruktivt. Dessa interaktionsmönster leder i sin tur till slutförande av uppgifter, problemlösning, mindre stress, känsla av behag, starkare arbetsrelationer samt tillit för framtida samarbeten. Alternativen konkurrens och självständighet i jämförelse med alternativet samarbete, begränsar i allmänhet utbyte av information samt resurser. Dessa alternativ kan bidra med förvrängd kommunikation, eskalerande eller undvikande av konflikter, ökande av stress samt sänkande av arbetsmoralen. Deutsch teori framhäver att interaktionen i samarbetet är kritisk för gruppens framgång. Gemensamma mål har en större betydelse ifall alla deltagare är engagerade i att uppnå dem. Då deltagare upplever stöd av de andra samt anser att teamets mål är relaterade till deras egna individuella intressen och gynnar deras egna värderingar, anstränger sig deltagarna mer för att uppnå teamets mål. Därmed förstärks samarbetet inom teamet. (Tjosvold 1991 s. 47)

### **4.3 Patientsäkerhet**

Mödra- och barnvården är en essentiell grund för välmående i ett land. Dagligen dör 1500 kvinnor runt om i världen till en följd av komplikationer från graviditet och förlossning. Ett system där varje professions styrkor identifieras och utnyttjas för att tackla utmaningar kring mödra- och barnvården, innehar därmed en nyckelroll för att förändra denna alarmerande statistik. (WHO 2010 s. 14)

Vid förlossningar är det inte bara fråga om den nyföddas hälsa, utan även om moderns, hela familjens och därmed även hela samhällets hälsa. Främjandet av den reproduktiva hälsan har genom tiderna varit samhällets främsta mål. Då internationella och allmänt kända säkerhets- och kvalitets-specifikationer gällande förlossningar jämförs, är vården i Finland på en god nivå. (Aaltonen & Rosenberg 2013 s. 48) Antalet prehospitla förlossningar har dock fördubblats på 2000-talet vilket medför ökade risker. Professor Mika Gissler för Institutet för hälsa och välfärd, är orolig för trenden som visar att oplanerade prehospitla förlossningar ökar. Han lyfte fram att det tryggaste stället för ett barn att födas är på sjukhus. Risker för att barnet dör i samband med förlossningen är

sex gånger högre vid oplanerade prehospitala förlossningar jämfört med förlossningar inospitalt. Denna ökade dödsrisk gäller främst prematura förlossningar. Risken för en prematur förlossning är aningen högre prehospitalt. Andelen prematurer som fötts prehospitalt är 6% då motsvarande siffra på förlossningsenheten är 5%. (Pehkonen 2018)

Fenomenet säkerhet innebär i nutid inte längre enbart frånvaro av något negativt, utan även närvaro av något positivt. Mer fokus riktas mot organisationens potential att hantera föränderliga arbetssituationer i vardagen istället för att enbart försöka begränsa oönskade följder med säkerhetsbarriärer och standardiseringar. (Ödegård 2013 s. 330-331) Patientsäkerheten är en central princip inom organisationen, men kan påverkas av många olika faktorer som styr verksamheten. Serviceproducenten skall erbjuda tjänster inom vissa ekonomiska ramar och enligt en viss effektivitet. Detta leder till att en organisation måste balansera mellan produktivitet, ekonomi och säkerhet. Den högsta ledningens främsta uppgift är att säkerställa tillräckliga resurser för vården av patienter. Enheterna strävar till att säkerställa den kapacitet som krävs för att nå kraven och personalen gör sitt bästa för att utföra sitt arbete med de givna resurserna. Bristen på resurser och det ekonomiska trycket framförs ofta som en utmaning för utvecklandet av patientsäkerheten. Sparsamhet och säkerhet anses lätt vara motstridiga, även om det inte alltid är så i verkligheten. Inom hälsovården finns det många bevis på att negativa incidenter och avvikelser orsakar samhället stora kostnader. (Helovu et al. 2012 s. 58-59)

Verksamheten i hälso- och sjukvårdsorganisationer involverar många olika, relativt fristående aktörer. Dessa kan påverka hela systemets funktion genom sin förmåga att bearbeta information och utifrån denna ändra på sin aktivitet samt utbyta information med andra aktörer. Interaktionen mellan aktörerna leder till en spontan utveckling av nya strukturer och sätt att hantera de aktuella utmaningarna. Mellan aktörerna, deras mål och ambitioner, existerar spänningsförhållanden som kan påverka säkerheten. (Ödegård 2013 s. 330-331) En viktig del av patientsäkerhetsarbetet är att utveckla de organisatoriska processerna tryggare och att minimera de risker som berör omgivningen. För att tydligt förbättra patientsäkerheten krävs ofta konkreta förändringar i organisationens verksamhet eller inom de omständigheter som påverkar verksamheten. Omgivningen

kan utvecklas genom minimering av störningsfaktorer, utökande av resurser eller omfördelning av arbetsbörda. Dessa ändringar kan upplevas som krävande och delvis omöjliga med de resurser som finns tillgängliga. Därför nöjer sig organisationer lätt med enklare metoder, såsom enbart information och direktiv åt personalen. Ett bättre resultat nås dock av att påverka de strukturella faktorerna. Därmed borde de aktörer och kanaler som kan påverka dessa strukturella förändringarna tas i beaktande i patientsäkerhetssystemet. (Helovuo et al. 2012 s. 170-171)

I den finska patientsäkerhetsstrategin finns två utvecklingslinjer: yrkeskompetens och kunskap inom patientsäkerheten. Med dessa två utvecklingslinjer anses delvis olika slags kunskap. Yrkeskompetens innebär de kliniska kunskaperna och färdigheterna. Till kunskap inom patientsäkerhet hör de principer och handlingsmodeller som säkerställer att vården inte orsakar skada för patienten. Till patientsäkerhet hör mångprofessionellt samarbete och kunskap inom effektiv kommunikation. Patientsäkerhet grundar sig inte enbart på en enskild aktörs kliniska kunskaper eller felfria agerande, utan kräver samarbete, utbyte av information och effektiv användning av olika aktörernas resurser. Under patientens hela vårdtid är det viktigt med en tydlig arbetsfördelning mellan inblandade aktörer. Utvecklande av patientsäkerheten som ett mångprofessionellt samarbete är beroende av hela organisationens säkerhetskultur. (Helovuo et al. 2012 s. 181-183) En lyckad vård av patienter är inte en färdig process, utan en säker och kvalitativ vård kräver ständig utvärdering, anpassning till förändringar i samhället, utveckling av verksamheten och systematisk uppföljning av resultaten (Aaltonen & Rosenberg 2013 s. 48)

## 5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien är att främja ett patientsäkert interprofessionellt samarbete under fältförlossningar. Genomförandet av studien bidrar till att verksamheten evalueras och fungerar även som ett verktyg för att fortsätta utveckla existerande verksamhetsmodell.

### **Frågeställningar:**

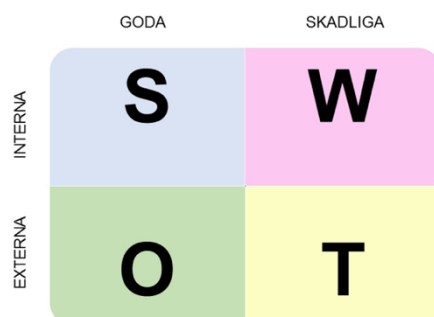
1. Vilka styrkor och svagheter kan det interprofessionella samarbetet medföra?
2. Vilka möjligheter kan det interprofessionella samarbetet bidra med för att befrämja patientsäkerheten?
3. Vilka hot mot patientsäkerheten kan det interprofessionella samarbetet medföra?
4. Hur kan patientsäkerheten utvecklas under fältförlossningar?

## 6 METOD

Denna studie kommer att följa metoden för en kvalitativ innehållsanalys med en deduktiv ansats. En kvalitativ metod ger inblick i sociala, emotionella och experimentella fenomen. Den bidrar till insikter kring processers sammanhang, finner särdrag i olika miljöer och kulturer. Den kvalitativa metoden skapar en uppfattning av och djupare förståelse för forskningsämnet. Forskaren kan även själv anses fungera som ett redskap under datainsamlingsprocessen. Resultatet från en kvalitativ forskning resulterar därmed inte i jämförbara statistiska slutsatser, utan fokuserar på data som är tolkningsbar. (SBU 2017) Utgångspunkten i en forskning med deduktiv ansats ligger i teori och logiska sammanhang. Därmed ligger teoretisk kunskap som bas för frågeställningarna och slutsatser dras med hjälp av logiska resonemang (Henricson 2017 s. 30-31). För att uppnå syftet i studien valdes fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod. SWOT-modellen används som verktyg vid skapandet av intervjufrågorna samt vid analysen av insamlade data.

### 6.1 SWOT-modellen

Albert Humphrey skapade SWOT-modellen (figur 3) som ett hjälpmedel för analys inom företagsverksamhet. SWOT står för: styrkor (strengths), svagheter (weaknesses), möjligheter (opportunities) och hot (threats). Med hjälp av SWOT-modellen kan organisationer utifrån dessa fyra områden analysera samt värdera sin verksamhet. Modellen kan användas både av en enskild individ eller i grupp. Den är lätt att använda och kan bidra med konkreta resultat. (Grüel 2017)



Figur 2. SWOT-modellen (Grüel 2017; översatt och omritad av skribenterna)

## 6.2 Urvalskriterier

Denna studie är ett beställningsarbete från Lojo sjukhus förlossningsenhet, HUS. I studien undersöks det interprofessionella samarbetet mellan Lojo sjukhus förlossningsenhet och förstavården inom sjukvårdsområdet. Studiens informanter delas in i fyra fokusgrupper, vilka består av barnmorskor, förstavårdare, fältchefer och gynekologer (obstetriker).

Till studien inkluderas barnmorskor, fältchefer och förstavårdare som har praktisk erfarenhet av fältförlossningsuppdrag, oberoende om ett barn har fötts under uppdraget eller inte. Eftersom studien utgår från ett patientsäkerhetsperspektiv, inkluderas även Lojo sjukhus gynekologer som arbetar på förlossningsenheten som informanter i studien. De inkluderas eftersom enhetens patientsäkerhet och personalstyrka påverkas då en barnmorska från avdelningen rycker ut på uppdrag. Gynekologernas specialkunnande och perspektiv på det interprofessionella samarbetet kan bidra med värdefull information för studien. På enheten har gynekologerna även ett helhetsansvar över verksamheten. Därtill deltar de vid behov i vården av föderskorna som anländer till sjukhuset med ambulans.

Akutvårdsläkarna alarmeras alltid vid hot om fältförlossning. Alarmdirektivet för hur akutvårdsläkarna meddelas har inte ändrats i och med att en barnmorska tillkallas med på uppdrag. I många fall har akutvårdsläkarna, efter bedömning av situationen, valt att inte rycka ut på uppdrag vid hotande fältförlossning i fall där barnmorskeassistans varit tillgängligt. De har dock alltid varit medvetna om uppdraget och beredda på att rycka ut vid behov. I studien exkluderas akutvårdsläkarna trots detta, eftersom de inte konkret deltagit i det interprofessionella samarbetet eller i patientens vård. Brandkåren kan även alarmeras ifall personalen på nödcentralen uppskattar att de kan nå fram till patienten betydligt snabbare än förstavårdarna i ambulansen. De har dock exkluderats från studien eftersom den fokuserar på det interprofessionella samarbetet mellan vårdpersonalen. Planerade prehospitalla hemförlossningar samt förlossningar på sjukhus exkluderas från studien. Även föderskors som informanter har exkluderats från studien.

### 6.3 Insamling av data

För att nå kvalitetsförbättring inom ämnet interprofessionellt samarbete, valdes fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod. Metodvalet gör det möjligt att dra nytta av den interaktion som sker mellan intervjudeltagarna. Det främjar möjligheten till att få fram olika åsikter samt att gå djupare in på olika aspekter av ämnet som stiger fram under intervjun. Ibland kan specifika fenomen, erfarenheter samt upplevelser framkomma som forskaren inte nödvändigtvis kunnat förutse. Metoden med fokusgruppsintervjuer förser intervjudeltagarna med friheten till att själva belysa samt ta upp delar av ämnet som de anser är viktiga för helheten. Under intervjun kan även olika tolkningar och förståelser av innebörden av begrepp samt fenomen framkomma, som kan ha betydande påverkan på studiens resultat. (Henricson 2017)

För att möjliggöra en viktig roll för varje deltagare finns det inte mer än åtta deltagare per fokusgrupp. Mindre grupper ger större möjlighet för deltagarna att delta i diskussionerna och deltagarna blir mer fokuserade. För att främja diskussionen i gruppen kommer hierarkiska skillnader inte att finnas inom gruppen. Ämnets känslighet uppmärksammas i valet av gruppens sammansättning. En del ämnen kan vara enklare att diskutera i grupp ifall deltagarna är jämnåriga, har samma utbildningsbakgrund, yrke, kön eller liknande tidigare upplevelser. Sådana homogena grupper tenderar att med större sannolikhet utbyta sina tankar och erfarenheter med varandra. (Henricson 2017) Därför är fokusgrupperna i studien indelade enligt profession.

I denna studie kommer fyra olika fokusgrupper att beaktas. Dessa är barnmorskor, förstavårdare, fältchefer samt förlossningsenhetens gynekologer. Alla dessa professioner arbetar inom Lojo sjukvårdsområde. Målet är att få tre till fem representanter från varje profession.

Informantbrevet skrivs på finska och svenska. Brevet skickas ut per e-post åt deltagare via de olika professionernas kontaktpersoner. Kontaktpersoner används i studien för att säkerställa att informantbrevet når deltagare som uppfyller studiens inklusionskriterier. För barnmorskor och gynekologer fungerar förlossningsenhetens avdelningsskötare som

kontaktperson, för fältcheferna deras förman samt för förstavårdarna en kontaktperson från Västra Nylands räddningsverk. För att försäkra att deltagandet i studien är frivilligt anmäler informanterna sitt intresse att delta i studien via e-post i samband med informantbrevet (bilaga 3).

En intervjuguide (bilaga 4) har skrivits som stöd för fokusgruppsintervjuerna. Intervjun är uppdelad i fyra frågeområden, baserade på SWOT-modellen. Frågeområdena guidar intervjun och erbjuder en större frihet för diskussionen att utvecklas utifrån gruppens erfarenheter och åsikter (Wibeck 2017). Ytterligare uppföljningsfrågor hjälper att fördjupa diskussionen samt hålla den inom frågeområdet (Wibeck 2017).

## **6.4 Bearbetning och analys**

Efter att en fokusgruppsintervju genomförts transkriberas materialet. Intervjuerna transkriberas genom att plocka ut det mest väsentliga från materialet, eftersom målet är att göra en mer översiktlig analys och hitta svar på specifika frågor. Materialet avlyssnas flera gånger och de viktigaste delarna transkriberas noggrant. Efter att materialet transkriberats analyseras innehållet. Analysprocessen är strukturerad och utförs konsekvent. För att analysen kan anses strukturerad utförs den systematiskt och resultatet måste vara verifierbart. Vid behov skall hela analysprocessen gå att visa eller förklara även senare. (Henricson 2017)

Det vanligaste sättet att analysera material från fokusgruppsintervjuer är att göra en kvalitativ innehållsanalys. I den här studien görs en innehållsanalys av insamlat material med en deduktiv ansats. Ämnen som gruppen tagit fram i sina diskussioner kommer att plockas ut och kategoriseras. Innehållsanalysen inriktar sig på frekvensen, omfattningen och intensiteten av olika påståenden. Med frekvens menas hur ofta något ämne dyker upp i diskussionen och med omfattningen hur många personer som tar upp det. Intensiteten i samtalet kan analyseras genom att uppmärksamma till exempel deltagarnas röstvolym och sätt att tala. Meningen med att analysera materialet är att hitta större teman som sedan kan sättas in i större sammanhang och reflekteras mot samt kopplas ihop

med teorier och tidigare forskning. (Henricson 2017) SWOT-modellen kommer även i analyskedet att fungera som ett verktyg för att få fram resultatets temaområden.

## 7 ETISKA ÖVERVÄGANDE

Studien följer de nationella etiska forskningsprinciperna enligt forskningsetiska delegationens direktiv (TENK). Till etiska principer för humanforskning hör bland annat att studien bör respektera informanternas självvärde samt självbestämmanderätt. Forskningsmetoden samt genomförandet av studien bör inte medföra betydande risker, skador eller men för människan, samhället eller andra undersökningsobjekt. Då forskaren är väl insatt i ämnet kan detta eventuellt undvikas. Humanforskning utgår från att informanterna har förtroende för forskarna och vetenskapen som undersöks. Detta förtroende kräver att forskarna respekterar deltagarnas människovärde och rättigheter. Det är även viktigt att tänka på att teman i studien kan väcka olika känslor hos informanterna utifrån till exempel deras tidigare erfarenheter. (Forskningsetiska delegationen 2019)

Alla som deltar i studien som informanter skall ha informerats om deltagande i forskningen. De är alltid frivilligt att delta i en forskning och deltagarna har rätt att annullera sitt samtycke till att delta när som helst. Detta förhindrar dock inte att forskarna kan använda det material som redan insamlats innan annullering av deltagande, ifall informanten ger sin tillåtelse till det. De som deltar i studien har även rätt till information om studiens innehåll samt praktiska genomförande. Deltagarna bör även få en rättvis bild av forskningens mål. I fall där deltagaren är informant i en studie som forskaren även har en annan roll, än forskarrollen, har deltagaren rätt till att veta detta. (Forskningsetiska delegationen 2019) I denna studie har skribenterna även rollen som arbetskollegor. I studien beaktas informerats om deltagande genom hela processens gång och deltagarna informeras om deras rättigheter i studiens informantbrev samt i samband med fokusgruppintervjuerna.

Studien krävde forskningslov från Helsingfors och Nylands sjukvårdsområde (HUS), vilket godkändes den 24.3.2020. Ett skilt forskningslov ansöktes även från Västra Nylands räddningsverk och fick godkännande den 20.5.2020.

## 8 RESULTAT

Resultatet i studien består av tre fokusgruppintervjuer och en individuell intervju. Fokusgrupperna var indelade enligt profession och bestod av barnmorskor, fältchefer och förstavårdare, medan den individuella intervjun genomfördes med en gynekolog. Alla intervjuer förverkligades på distans, via programmet Teams.

Det insamlade materialet har analyserats med hjälp av SWOT-modellen och studien har därmed en deduktiv ansats (Henricson 2017 s. 30- 31). Utifrån SWOT-modellens fyrfält skapades temaområden för resultatredovisningen, dessa var: styrkor, svagheter, möjligheter och hot (Grüel 2017). Resultatet är även presenterat i samma ordning. Under temaområdena kategoriserades samt analyserades det insamlade materialet ytterligare. Utifrån studiens syfte samt frågeställningar skapades även ett femte temaområde, utöver de som SWOT-modellens fyrfält bidrog med, vilket var: utveckling. Dessa temaområden överlappar delvis varandra eftersom människors upplevelser kan vara så sammanflätade att de kan passa in i två eller flera områden (Lundman & Hällgren Graneheim 2012). En överblick av resultatet från studien finns gestaltad i form av en bild i slutet av resultatredovisningen (figur 4).

### 8.1 Styrkor

Alla professioner representerade i studien uttryckte en positiv inställning till samarbetet och identifierade många styrkor som det medfört. Under styrkor kunde fyra kategorier urskiljas. Dessa var: kunskap, patientsäkerhet, samarbete och trygghet.

#### **Kunskap**

De representerade professionerna i studien poängterade alla hur förstavårdarnas samt barnmorskornas specialkunskap passade bra ihop, där den ena professionens kunskap kunde stärka den andras. Båda professionerna arbetar i en miljö med jourverksamhet

och är vana med att anpassa sig till varierande samt snabbt föränderliga situationer. Barnmorskorna kunde genom samarbetet tillföra förstavårdsteamet sin specialkunskap och erfarenhet kring förlossningsvård, medan förstavårdarna kunde konstatera att deras styrka är att fungera i den arbetsmiljön som en fältförlossning innebär. Förstavårdarna uppmärksammade att skillnaden mellan professionerna är att barnmorskor sköter många förlossningar per år, medan det inom förstavården är en mer sällsynt situation. Även gruppen med fältchefer kommenterade att det till och med kan gå många år innan en förlossning ute på fältet sker för en enskild förstavårdare under ett uppdrag.

*“Det är enligt mig helt oansvarligt att skicka ut förstavårdare för att sköta förlossningar hemma hos folk. Vår skolning till det är nästintill obefintlig, men i den andra vågskålen tynger det en barnmorska som arbetar på ett sjukhus. Hela utgångsläget är absurt, men med det här systemet får vi barnmorskans kunskap med från sjukhuset till fältet. Det är enligt mig den största nyttan.”* - Förstavårdare

Alla professioner förde fram hur samarbetet medfört att kunskap utbyts mellan förstavårdarna och barnmorskorna. Fältcheferna påpekade att även om de sällan deltagit i utförandet av själva förlossningssituationen har detta samarbete överlag givit mer kunskap samt säkerhet gällande förlossningsvård, tack vare utbildningstillfällena som samarbetet medfört. Barnmorskorna lyfte upp att de under en fältförlossning får möjligheten till att handleda förstavårdarna i praktiken. De berättade hur den praktiska erfarenheten som samarbetet medfört bidragit till att så kallad rätt vård i en förlossningssituation förs vidare till förstavårdsteamet. Barnmorskorna betonade även att arbetspar inom förstavården byts frekvent och om ens en av förstavårdarna samarbetat med en barnmorska tidigare vid en fältförlossning, så möjliggör det att kunskapen kan gå vidare till nästa team. Samarbetet fastställdes vara en ypperlig utbildningsmöjlighet för förstavårdarna, vilket barnmorskorna även förde fram som ett av huvudmålen med verksamhetsmodellen. Gynekologen uppmärksammade att samarbetet möjliggör att förstavården kan få lärdom om vilka situationer i förlossningen som är normala och vilka som är avvikande. Det vill säga att förstavårdarna kan få kunskap kring när en situation kräver agerande och när det inte finns någonting annat att göra än att transportera patienten till sjukhuset.

Hen menade att samarbetet mellan barnmorskorna och förstavården även ökar på förståelsen för varandras specialkunskap, vilket ansågs vara viktigt.

## **Patientsäkerhet**

Samarbetet ansågs överlag bland professionerna vara en bidragande faktor till ökad patientsäkerhet vid fältförlossningar. Barnmorskorna menade att patientsäkerheten ökar när de är med på uppdraget i jämförelse med då de inte är det. Fältcheferna kunde konstatera att om det på en utryckning finns både förstavårdare, barnmorska och även eventuellt en förstavårdsläkare, är det i sin helhet ett starkt team på plats för att sköta en förlossning prehospitalt. Speciellt med tanke på skillnaden i patientsäkerheten ifall barnmorskan med sin specialkunskap skulle saknas från detta team.

Barnmorskorna lyfte fram hur deras specialkunskap kan vara betydande speciellt vid avvikande situationer. De ansåg sig ha en förmåga att skapa en bättre helhetsbild av förlossningens framskridande och utifrån sin kunskapsbas fatta snabba beslut som situationen kan komma att kräva. Dock poängterade barnmorskorna att deras närvaro även vid komplikationsfria förlossningar kan minska på till exempel rupturer och öka på föderskans trygghetskänsla. Förstavårdarna uttryckte sin tacksamhet över att det i uppdraget deltagit en barnmorska, med sin specialkunskap. De upplevde en hotande fältförlossning som en sällsynt situation, vilken därtill kunde uppfattas vara stressfull. De poängterade att trots att det är en naturlig händelse då ett barn föds så är det även en kritisk situation ifall någonting går snett. De konstaterade att fältförlossningar vanligtvis går bra, utan större komplikationer, men poängterade trots det hur fantastiskt det är att få stöd av en profession som dagligen har erfarenhet av den specifika situationen. Till förstavårdens kunskapsområde hör det till att veta mycket om lite och lite om mycket. Vetskapen om att en barnmorska var med i fältchefens bil på väg mot ambulansen upplevdes som lugnande.

*”Alla pratar om det att förlossningen är en väldigt stressig situation och det skulle det ha varit om inte barnmorskan skulle ha varit på plats. Jag skulle ha varit helt blek och svetten skulle ha runnit. Jag skulle ha tänkt att: ”vad skall jag göra nu och kommer den därifrån?”. För det är precis så att det är underligt hur de liksom håller på att komma, sen sugs den tillbaka, sen lite retsamt igen. Jag skulle ha mistat hoppet redan där i något tillfälle, att ”kommer den alls därifrån”. Men då hon var där: ”jojo, så här skall det gå till och stöd bara där”, så kunde jag slappna av och lära mig av henne och det var inte alls panik eller stress.” – Förstavårdare*

Barnmorskorna ansåg sig även ha mer erfarenhet kring den nyföddas första hjälp och har en djup förståelse för vikten av upprätthållande av den nyföddas värme. I förstavårdarnas diskussion framkom även olika konkreta metoder för att upprätthålla den nyföddas värme i ambulansen och ett tydligt intresse för området kunde uppmärksammas. Inom gruppen av förstavårdare uppstod dock en meningsskiljaktighet mellan de som ansåg att det var bättre att sköta ett krystningsskede utifrån möjlighet hemma hos patienten, medan andra ansåg att det var mer patientsäkert att förflytta föderskan till ambulansen. En av informanterna ansåg att det hemma hos patienten fanns mera arbetsutrymme till förfogande och stressen med att i brådska förflytta föderskan föll bort. En annan förstavårdare i gruppen poängterade att hen ansåg att det var bättre att föda i ambulansen eftersom den arbetsmiljön är bekant och det fanns bättre tillgång till utrustning. Alla förstavårdare var överens om att arbetsmiljön i ambulansen möjliggjorde en effektivare reglering av värmen som kunde gynna den nyfödda. Dessutom ansåg alla att en fördel med att vara i ambulansen jämförelsevis med hemma hos patienten, var att de i ambulansen har en bättre sugapparat. Det kunde även konstateras inom gruppen att då föderskan är i ambulansen kan färden mot sjukhuset fortsätta snabbare vid eventuella komplikationer.

## Samarbete

Samarbetet mellan professionerna har upplevts vara välfungerande och gynnande för patientsäkerheten. Fältcheferna noterade den positiva inställningen till det interprofessionella samarbetet mellan enheterna som alla inblandade uttryckt. Barnmorskorna lyfte fram att de fungerar som en extra resurs till förstavårdsteamet. De betonade att de är på förstavårdens område och endast med för att tillföra teamet sin specialkunskap. Barnmorskorna förde fram att de bär ansvar över de handlingar samt vårdbeslut som de fattar vid fältförlossningar, men de ansåg att huvudansvaret för uppdraget fanns hos förstavården.

*“De är förstavårdens professionella. Vi för dit bonus genom vår kunskap om förlossningar och kanske också den nyföddas möjliga första hjälp. Förstavården ansvarar ändå för patientens vård, för vi är på deras revir.”* - Barnmorska

För barnmorskorna har samarbetet resulterat i en ökad känsla av arbetsmotivation. De upplevde att samarbetet medför något nytt samt annorlunda i arbetsvardagen. Dessutom har det lett till ökad reflektion av den egna yrkeskunskapen då omgivningen avviker från det vanliga. Den annorlunda arbetsmiljön har även upplevts som intressant. En positiv utmaning har varit att klara av arbetet i andra omständigheter, utan de optimala utrymmen som förlossningsenheten bidrar med. Barnmorskorna förde dock fram att de trots allt är vana vid omväxlande utrymmen och att sköta förlossningar i varierande ställningar. Det begränsade utrymmet på fältuppdragen hade inte av barnmorskorna ansetts vara ett hinder att utföra arbetet som situationerna krävt.

Barnmorskorna upplevde att det varit givande att fungera som handledare för förstavårdare och att få föra sin specialkunskap vidare. Dessutom har stoltheten över den egna professionen ökat. Även gynekologen har uppmärksammat att barnmorskorna åker ut på uppdrag med ett leende på läpparna samt återvänder lika glada. Barnmorskorna förde fram att responsen från förstavården har upplevts som positiv och motiverande.

Samarbetet på förlossningsenheten har ansetts fungera bra då fältchefen ringt till enheten för att utreda ifall en barnmorska haft möjlighet att rycka ut. Barnmorskorna berättade att de tillsammans övervägt samt fattat beslutet ifall resurserna ansetts vara tillräckliga för att klara av arbetet på förlossningsenheten då en av barnmorskorna åkt ut på uppdrag. De hade även upplevt att det varit tryggt att åka ut på uppdrag med förstavården. Barnmorskorna beskrev att de blivit väl mottagna av förstavårdsteamet och viljan samt tilliten till samarbete har varit stor. Under färden mot ambulansen ansåg barnmorskorna att de under omständigheterna fått bra med information av fältchefen. Denna information baserade sig på förhandsuppgifter från nödcentralen och förstavårdarna i ambulansen. Under färden mot föderskan hade fältchefen även försökt ta reda på ytterligare information utifrån barnmorskans frågor. Patientinformation till barnmorskan hade även delgivits via förstavårdens datasystem som hade uppdaterats i realtid. Fältcheferna lyfte fram att samarbetet med barnmorskorna fungerat otroligt bra. De upplevde att barnmorskorna gärna deltagit i uppdragen, oberoende av tiden på dygnet. De lyfte även fram att kommunikationen gällande hotande fältförlossningar fungerat även i motsatt riktning, att det ibland varit barnmorskorna som först kontaktat fältchefen för att på förhand varna om kommande förlossningsuppdrag.

## **Trygghet**

I gruppdiskussionerna noterade barnmorskorna, förstavårdarna och fältcheferna en tydlig lättnad hos förstavårdarna samt föderskan då barnmorskan anlände till platsen. En förstavårdare lyfte fram hur en känsla av lugn, trygghet och säkerhet upplevdes då barnmorskan klev in i ambulansen. Hen beskrev sin upplevelse genom förklaringen att så länge barnmorskan inte påpekade att någonting i situationen var avvikande, utgick förstavårdaren från att det som skedde under förlossningen var normalt och det fanns ingenting att oroa sig över.

*”Den största styrkan, den bästa saken med samarbetet, kom då hen steg in i ambulansen. En känsla av trygghet, lugn. Efter det att hen klev in i ambulansen, så visste jag att fram till det tillfället att hen säger att: ”nu är den här situationen dålig”, fram till det så är det ingen stress.” – Förstavårdare*

## **8.2 Svagheter**

Samarbetet mellan barnmorskorna och förstavården uppfattades överlag som en patient-säkerhetsfrämjande verksamhetsmodell, men inom modellen finns det även utrymme för förbättring. Under svagheter kunde fyra kategorier urskiljas. Dessa var: resurser, information, arbetsfördelning och kunskap.

### **Resurser**

Verksamhetsmodellen är beroende av att en barnmorska kan lösgöra sig från förlossningsenhetens arbete för att åka med ut på uppdrag. Gynekologen förde fram att det tyvärr inte alltid är möjligt, fastän det ofta har lyckats. Verksamhetens svaghet är enligt gynekologen därmed att barnmorskeassistans till fältet inte alltid går att garantera. Barnmorskorna ansåg att den största svagheten med att en av dem åker iväg på uppdrag är att det då för tillfället minskar på resurserna på förlossningsenheten, vilket kan försvåra arbetet för dem som är kvar på enheten. Dessutom är det oklart hur lång tid det tar innan barnmorskan återvänder från fältet och enheten kan återgå till full bemanning.

### **Information**

Barnmorskorna uppfattade att patientgruppen var svår att avgränsa. De trodde att detta var en av orsakerna bakom att de blivit alarmerade även vid icke hotande fältförlossningar. Den första informationen från nödcentralen upplevdes av barnmorskorna som sparsam. Den grundade sig ofta på hur kritisk föderskan själv eller hennes anhöriga,

under påverkan av stress, upplevde situationen. Barnmorskorna förde fram att det är förståeligt att nödcentralen måste reagera enligt den information som finns tillgänglig och att informationen är subjektiv. Vid till exempel en blödning är det svårt för en som inte är barnmorska att avgöra vad som är normalt och vad som är avvikande. Först då barnmorskan träffar patienten kan till exempel en uppskattning kring blödningsmängden göras.

*”Den första infon är väldigt diffus: Veckor över X och smärta i magen, berättar inte så mycket till oss” – Barnmorska*

Utifrån diskussionen gällande den sparsamma förhandsinformationen från nödcentralen, lade barnmorskorna uppmärksamhet på att förstavårdarna liksom barnmorskorna är vana att snabbt agera vid ombytliga situationer med knapp förhandsinformation. Barnmorskorna konstaterade att även på en förlossningsenhet kommer det situationer där en föderska kommer in smärtpåverkad i rullstol och med eventuellt krystningsbehov. Utifrån den situationen bör då barnmorskan snabbt ha förmågan att agera och prioritera. Mer information om patienten kan komma fram efter hand, men verksamheten bör alltid kunna anpassas till situationen och den information som finns tillgänglig.

*”Och sen är det ju uppiggande att man inte alls vet vad där finns emot en. Men i alla fall för mig själv så var det ingen dålig sak, alla sinnen var förhöjda under färden mot patienten då jag inte alls visste vad som väntade.” - Barnmorska*

Fältcheferna konstaterade också att det finns likheter mellan professionernas sätt att arbeta. Vanan att arbeta självständigt och göra självständiga beslut är utmärkande för speciellt barnmorskor och förstavårdare i jämförelse med många andra vårdares arbetsmiljö. Båda professionerna har strukturerade arbetssätt och det ansåg att detta var en bidragande orsak till ett välfungerande samarbete. Fältcheferna lyfte upp att det är sällsynt att samspelet mellan vårdkollegor fungerar så bra som mellan förstavårdare och barnmorskor.

## Arbetsfördelning

Förstavårdarna lyfte fram att de som deltar i uppdraget med stor sannolikhet inte känner varandra från tidigare och det kan medföra att rollfördelningen mellan teammedlemmarna blir oklar. Både förstavårdarna och fältcheferna saknade tydliga och standardiserade modeller för detta. Fältcheferna önskade en tydligare struktur för fördelningen av arbetsuppgifter, men även gällande beslutsfattandet under uppdraget. De medgav dock att det är svårt att standardisera beslut om när förlossningen skall ske ute på fältet och när det finns möjlighet att transportera föderskan till sjukhuset. Fältcheferna påpekade även att besluten alltid måste göras enligt rådande situation och att alla uppdrag inte går att strukturera i förväg på grund av arbetets natur.

*“Jag märkte i mitt undermedvetna att jag gav bort av ansvaret då det kom in en som gör det där hela tiden. Så jag gav gärna bort hela situationen. Det är en sådan sak som jag kanske nästa gång kunde göra annorlunda.”* - Förstavårdare

Både gruppen med fältchefer och förstavårdare poängterade att huvudansvaret över patientvården ligger hos förstavården. Detta underströk även barnmorskorna, men poängterade samtidigt att de själv ansvarar för de vårdåtgärder som de utför. Barnmorskorna hade en positiv upplevelse av rollfördelningen under förlossningsuppdragen och menade att den hade skett naturligt och problemfritt mellan teammedlemmarna.

## Kunskap

Förstavårdarna och fältcheferna funderade kring hur barnmorskans närvaro påverkat beslutet mellan att stanna för att hjälpa ut barnet under transporten eller direkt fortsätta transporten mot sjukhuset. Både förstavårdarna och fältcheferna kunde konstatera att deras allmänna tanke ute på fältet är att så fort som möjligt komma till sjukhuset, eftersom där finns mera specialkunskap samt hjälp att få. De menade att det inom förstavården i allmänhet uppmanas att föderskan skall försöka hålla emot. Barnmorskorna kommenterade att då ett barn är på väg att födas, föds det oberoende om barnmorskan är närvarande eller inte. De såg större risker med att föderskan håller emot, eftersom det är

oklart vilka komplikationer det kan orsaka barnet. Barnmorskorna nämnde att de var oroliga över hur barnets hjärtkurva ser ut då föderskan kommer till sjukhuset, ifall föderskan försökt hålla emot istället för att låta barnet födas ute på fältet.

*“Och sen igen om man tänker att ett barn håller på att födas och man inte har hjärtljud eller något, så får barnet hellre födas än att man bromsar upp förlossningen.”*

- Gynekolog

Gynekologen och barnmorskorna poängterade att det inte ute på fältet finns metoder för att övervaka hur barnet mår i livmodern och ansåg därför att det är bättre att barnet föds än att föderskan håller emot. Gynekologen menade dock att felbedömningar av förlossningssituationen kan ske både då barnmorskan är med, men även då barnmorskeassistans saknas på fältet. Dessutom var både gynekologen och barnmorskorna överens om att även barnmorskans mål var att hinna till sjukhuset för att sköta förlossningen där om bara situationen tillåter det.

Fältcheferna funderade på arbetsfördelningen i en situation där barnet behöver första hjälp efter födseln och hur professionernas specialkunskap i dessa situationer optimalt kunde kombineras. Planering av arbetsfördelningen i akuta situationer hade enligt dem uppmärksammats lite. Dessutom upplevde de sig vara oerfarna gällande nyföddas första hjälp och ansåg sig sakna kunskap om hur motsvarande situationer sköts på en förlossningsenhet. Dock kunde fältcheferna konstatera att förstavårdens direktiv bör följas ute på fältet.

Fältcheferna diskuterade även kring förstavårdsläkarens betydelse under uppdraget. De menade att läkarens insats under förlossningen inte nödvändigtvis gav mervärde ifall barnmorskan var på plats. Dock ansågs deras kunskap samt erfarenhet vara värdefull i situationer där barnet behövde första hjälp efter födseln. Fältcheferna konstaterade därmed att det kunde finnas risker med att förstavårdsläkaren eventuellt inte direkt är på plats efter att barnet har fötts, vilket kan hända ifall en barnmorska är med på uppdraget. Detta grundar sig i att då en barnmorska är med på uppdrag väljer en del förstavårdsläkare att ibland, utifrån omständigheterna, följa med uppdraget på distans.

### 8.3 Möjligheter

Samarbetet mellan förstavården och förlossningsenheten kan möjliggöra en mer patient-säker vård för föderskor vars förlossning oväntat framskrider snabbt. Även långt avstånd till närmaste förlossningssjukhus kan eventuellt öka på risken för en oplanerad fältförlossning. Samarbetet medför att kunskap utbyts mellan professionerna och att föderskans trygghet ökar. Under möjligheter kunde två kategorier urskiljas. Dessa var: kunskapsutbyte och känslor.

*“Eftersom det kommer föderskor längre ifrån så ger samarbetet absolut en trygghetskänsla, men också ökad förlossningskunskap till fältet. Det kan vara 50 till 100 kilometer till den slutgiltiga vårdplatsen.” - Fältchef*

#### **Kunskapsutbyte**

Verksamhetsmodellen medför många möjligheter i och med att inställningen från alla representerade professioner i studien var övervägande positiv. Barnmorskorna upplevde att förstavårdarna var motiverade och intresserade av att få mer erfarenhet av förlossningsvård. Förstavårdarna hade i en del uppdrag följt med och assisterat aktivt från sidan då barnmorskan hjälpt ut barnet, medan de i andra uppdrag fysiskt hade haft med sina händer tillsammans med barnmorskan då barnet hjälpts ut. Rollfördelningen mellan barnmorskan och förstavårdarna ansågs ha skett naturligt ute på fältet. En barnmorska berättade om ett uppdrag där förstavårdaren aktivt varit med och hjälpt ut barnet vid födseln. Förstavårdaren hade varit väldigt tacksam över råden, handledningen och överlag nöjd över möjligheten till att få praktisk handledning i situationen.

*“I alla fall i min situation var jag att: berätta vad du vill ha, kör på, gör din grej och jag stöder här från sidan.” - Förstavårdare*

Barnmorskorna kunde även utifrån sina egna erfarenheter berätta att förstavårdare ibland efter ankomst till sjukhuset valt att bli kvar en stund på förlossningsenheten för

att ta tillvara på inlärningsmöjligheten. Vid en del tillfällen hade de fått uppleva barnets födsel, medan de vid andra tillfällen hade fått följa med födandet av moderkakan. Denna vilja att stanna kvar en stund på förlossningsenheten efter avslutat uppdrag, tydde enligt barnmorskorna på ett stort intresse bland förstavårdarna att utöka sin kunskap inom förlossningsvård. Gynekologen förde fram att då förstavården får erfarenhet av att under barnmorskans handledning sköta förlossningar, kan detta främja deras förmåga att i framtiden självständigt sköta fältförlossningar bättre. Då barnmorskan är med ute på fältet finns det även möjligheter till utbyte av kunskap kring förlossningar i allmänhet. Gynekologen menade att utöver det specifika uppdraget som pågår, kan förstavårdarnas och barnmorskornas diskussioner även beröra andra hypotetiska scenarion.

*“Inte bara nedskrivna kunskap, utan utbyte av erfarenheter från bådas håll är otroligt viktigt.”* - Gynekolog

Fältcheferna lyfte upp vikten av hur samarbetet medför att barnmorskans specialkunskap förs vidare till förstavårdarna under fältuppdragen. Trots att förstavårdsläkaren även får alarm vid hotande fältförlossningar och är experter på många områden, har de sällan en djupgående erfarenhet av förlossningsvård. Genom samarbetet kan kunskap som är väsentligt för patientsäkerheten främjas. Ökad kunskap kring förlossningsvård möjliggör att förstavårdarna bättre kan identifiera skillnader mellan förlossningar som fortlöper normalt och förlossningar som visar tecken på att komplikationer kan uppkomma. Gynekologen förde fram att barnmorskans kunskap om komplikationer samt förmåga att skilja på normala och avvikande förlossningar är starkare än förstavårdarnas. Vid ökad erfarenhet kan förstavårdaren vid olika undersökningar få ut mera information om situationen och erfarenheten av olika förlossningsscenario kan bidra till starkare kunskap inför kommande förlossningsuppdrag. Ökad erfarenhet av förlossningar kan även möjliggöra att till exempel en avvikande blödning är enklare att identifiera, vilket är en förutsättning för korrekta vårdåtgärder. Barnmorskorna konstaterade även att deras förmåga att reagera på blödningar utifrån sin professions kunskap är anorlunda än andra professioners. De ger som exempel att de kan uppskatta blödningsmängden noggrannare, skilja på normalt och avvikande bättre samt börja sköta blödningen på ett effektivare sätt.

*“Om vi tänker på blödningar eller liknande så reagerar barnmorskan på dessa förlossningsblödningar på ett annat sätt. Hur man börjar sköta dem, uppskattning av blödningens mängden, vad är normalt och vad är onormalt och vad gör man i dessa situationer. Barnmorskan har lite mera kunskap om detta i den situationen.”* - Barnmorska

Förlossningssituationer som är ovanliga och krävande kan gynnas av att de inblandade har tidigare erfarenhet av liknande situationer. Gynekologen gav som ett exempel på detta en beskrivning av ett fall med navelsträngs prolaps. Hen menade att om en barnmorska någon gång har visat hur det bör ageras vid navelsträngs prolaps, är sannolikheten större att förstavårdaren vågar och har mer kunskap att klara av liknande situationer i framtiden. Gynekologen konstaterade att dessa situationer inte går att sköta med enbart teoretisk kunskap, utan nästintill kräver att vårdaren sett en liknande situation i praktiken för att ha en möjlighet till att självständigt och korrekt sköta situationen.

Barnmorskorna ansåg sig, utifrån sin specialkunskap, ha en bättre möjlighet till att greppa helheten över situationen under ett förlossningsuppdrag. En barnmorska berättade om en erfarenhet där specialkunskapen kring förlossningsvården var avgörande i hur uppdraget ute på fältet tolkades och vårdades. Uppdraget hade riskfaktorer som kunde ha inneburit allvarliga hot mot patientsäkerheten. Utifrån barnmorskans iakttagelser kring eventuella komplikationer kunde förstavårdsteamet få en inblick i varför en specifik faktor var viktig att uppmärksamma i den situationen, för att säkerhetsställa barnets och föderskans hälsa. De faktorer som barnmorskan uppmärksammade hade förstavårdarna inte tänkt på.

*“Då jag kom på plats och kunde greppa helheten och förklara varför någon grej var så viktig, som de inte ens hade tänkt på, att de förstår varför det skulle vara viktigt att just i förlossningen och i den här situationen göra specifika grejer.”* - Barnmorska

En av förstavårdarna berättade om sin upplevelse av en fältförlossning där en barnmorska inte deltog i uppdraget. Trots att förlossningen fortskred normalt, uppmärksammades ett tydligt behov av en barnmorskans stöd under förlossningssituationen. Barnmorskans närvaro skulle troligen ha resulterat i en större trygghetskänsla hos

förstavårdaren samt fungerat som en bekräftelse på att rätt beslut fattats under situationen.

*”Själv kom det i alla fall en känsla av att om någon bara skulle varit där och påmint att i vilket skede gör man vad: kollar navelsträngen runt huvudet, att det är normalt att huvudet föds och att det blir där en stund och väntar på nästa krystning. Det var ganska långa sekunder då man väntade.” – Förstavårdare*

Den nyföddas första hjälp direkt efter födseln skiljer sig från första hjälp i allmänhet. Gynekologen uppmärksammade att återupplivningen av ett helt nyfött barn och ett litet barn skiljer sig nämnvärt från varandra. Med hjälp av specifik stimulering kan eventuella adaptationssvårigheter hos en nyfödd märkbart förbättras, vilket är specialkunskap som barnmorskor innehar. Även barnmorskorna kunde konstatera att deras kunskap och erfarenhet av den nyföddas första hjälp är starkare än hos förstavårdsteamet.

*“Den kan se helt livlös ut, men sen kan det bara vara fast i lite stimulering. Ibland kanske det kan hända att man bara inte förstår att göra någonting, att man fryser i situationen. Man tänker att: oh no, där kom ett sådant där blåbär, men med de nyfödda som genast skriker tänker man inte ens på den möjligheten.” - Gynekolog*

Gynekologen hade uppmärksammat att barnmorskorna hade visat ett ökat intresse gällande förstavårdens arbetsmiljö. Flera av barnmorskorna arbetar numera vid sidan av egen tjänst ute på fältet med sjuktransport, vilket gynekologen förde fram som en inlärningsmöjlighet för samarbetet och som en möjlighet till att uppnå ökad förståelse för varandras specialområde. Samarbetet mellan förstavården och barnmorskorna har dessutom bidragit till ett ökat positivt rykte om förlossningsenheten, vilket ansågs vara en möjlighet för fortsatt utveckling.

## Känslor

Samarbetet väckte positiva känslor bland alla professioner. Dessutom förde professionerna fram att de tagit emot positiv patientrespons gällande verksamhetsmodellen. Flera av informanterna förde fram berättelser där patienter hade fått bra upplevelser av sina förlossningar trots avvikande omständigheter. En utmärkande berättelse berörde en patient med förlossningsrädsla och därmed önskemål om kejsarsnitt. Föderskan hade haft en bra upplevelse av förlossningen trots att den plötsligt fortskred snabbt och resulterade i att hon istället födde i ambulansen med barnmorskeassistans.

*“Om vi bara ens lite kan hjälpa eller minska på utvecklande av förlossningsrädsla, genom att barnmorskan kan vara med ute på fältet, så har vi lyckats.” - Barnmorska*

Föderskornas mentala hälsa uppmärksammades av barnmorskorna. I dagens läge ökar rädslan inom samhället för att föda och diskussioner kring vikten av det tidiga samspelet mellan nyfött barn och föräldrar är aktuellt. Detta kan påverkas i positiv riktning då en barnmorska har möjligheten till att vara närvarande vid hotande fältförlossningar. Barnmorskorna kommenterade att om samarbetet ens lite kan minska på utvecklande av förlossningsrädsla, så har de lyckats. Dessutom framförde barnmorskorna att även vid komplikationsfria förlossningar kan deras närvaro samt kunskap öka på föderskans trygghet och till exempel minska på uppkommandet av rupturer. Även fältcheferna kunde konstatera att samarbetet ökar på trygghetskänslan under förlossningsuppdraget, inte bara hos föderskan och den anhöriga, utan även hos förstavårdarna.

## 8.4 Hot

Då en verksamhetsmodell genomgår förändringar kan eventuella hot mot patientsäkerheten uppstå. För informanterna var det lätt att identifiera styrkor och möjligheter som verksamhetsmodellen medfört, men att hitta hot mot patientsäkerheten var mer utmanande. Två kategorier kunde urskiljas under hot: patientsäkerhet och kompetens.

## Patientsäkerhet

Barnmorskorna ansåg att det största eventuella hotet mot patientsäkerheten kan uppkomma på förlossningsenheten då en av barnmorskorna åker ut på uppdrag och enhetens resurser tillfälligt minskar. Detta ansågs inte vara ett problem så länge det var lugnt på enheten och den personal som stannar kvar lätt kan hantera arbetsbördan. Situationen på en förlossningsenhet kan dock ändra snabbt. Det kan till exempel utan förvarning krävas ett akut kejsarsnitt, vilket innebär att behovet av resurser plötsligt ökar mer än förväntat. Det kan dessutom vara svårt för barnmorskorna att uppskatta hur länge en person från deras team kommer att vara borta från enhetens resurser. Ibland kan det under uppdraget upptäckas att patienten inte uppfyller kriterierna för fortsatt vård vid Lojo sjukhus och då bör patienten transporteras till huvudstadsregionen, vilket medför att barnmorskan är borta längre än förväntat. Barnmorskorna och gynekologen poängterade dock att det inte är omöjligt att kalla tillbaka barnmorskan från uttryckningen snabbare ifall situationen på enheten skulle kräva det. Gynekologen tog upp vikten av att förlossningsenhetens resurser och dess tillräcklighet alltid först bör övervägas noga innan en barnmorska kan åka iväg med på uppdrag. Patientsäkerheten på förlossningsenheten måste alltid garanteras och prioriteras.

*“Med beslutet kring att åka ut på uppdrag måste man på riktigt vara noga. Man får inte vara för nära riskgränsen.” - Gynekolog*

Beslutet om att åka ut på uppdrag fattades gemensamt av barnmorskorna efter noga övervägande. De poängterade att rapporteringen mellan barnmorskorna på enheten bör ske på ett sätt som kan garantera patientsäkerheten. Enligt barnmorskorna kan det uppkomma ett hot mot patientsäkerheten ifall rapporteringen blir bristfällig på grund av stressen av att åka iväg. De sade dock att det inte är ett problem om det tar någon minut längre för dem att ge en tydlig rapport till de andra barnmorskorna för att därmed säkerhetsställa patientsäkerheten. Fältchefen kan trots allt eventuellt vänta någon minut extra eftersom ambulansen utan fördröjning alltid startar direkt mot patienten.

Fältcheferna berättade att ett hot mot patientsäkerheten kan uppstå vid felbedömningar gällande framskridandet av förlossningen eller vid oväntade komplikationer. De ansåg att omständigheterna på fältet är begränsade och konstaterade att risken för komplikationer alltid finns vid förlossningar. Barnmorskorna förde fram att de inte tror att deras närvaro ökar på komplikationsriskerna, utan snarare tvärtom. Gynekologen poängterade vikten av att en erfaren barnmorska åker ut på uppdraget för att patientsäkerheten skall säkerställas. Ifall en oerfaren barnmorska åker ut på uppdrag kan det öka på riskerna för felbedömningar i jämförelsevis med en barnmorska som har mera erfarenhet. Fältcheferna kunde också konstatera att en del barnmorskor behövde mera tid att fatta beslut än andra.

## **Kompetens**

För att säkerställa patientsäkerheten, men även arbetssäkerheten och samtidigt förverkliga ett meningsfullt arbete behöver de som deltar i uppdraget inneha tillräcklig erfarenhet och kompetens. Förstavårdarna ansåg att ansvaret över att detta garanteras ligger på organisationen. De kunde konstatera att fältförlossningar ofta fortlöper utan komplikationer och påpekade att en graviditet inte är en sjukdom samt att en förlossning är en naturlig händelse. Dock menade förstavårdarna att deras inställning till situationen ändrar vid eventuella komplikationer. De lyfte även upp förstavårdarnas allmänna rädsla kring att sköta förlossningar ute på fältet och funderade varför specifikt dessa uppdrag upplevdes vara mer dramatiska än andra. Statistiskt är en hjärtinfarkt dödligare än en fältförlossning, men förstavårdarna upplevde trots detta att de hade bättre kontroll över situationer under uppdrag som involverar hjärtinfarkter i jämförelse med förlossningar. Vården av en patient med hjärtinfarkt upplevdes vara mer bekant och mindre stressig än ett förlossningsuppdrag. Till stor del trodde förstavårdarna att orsaken bakom rädslan grundade sig i upplevelsen av att deras utbildning inom förlossningsvård var otillräcklig. Dessutom tog det upp hur nervositeten inför ett förlossningsuppdrag bygger på tanken om hur mycket som står på spel och hur de i situationen är ansvariga över ett helt nytt liv.

*“Det är ett helt nytt liv på spel och tusan om man gör något fel.”* - Förstavårdare

Förstavårdarna frågade sig ifall det kan innebära ett hot mot patientsäkerheten då främmande teammedlemmar plötsligt ställs inför en samarbetsituation utan ett tydligt protokoll. De efterlyste tydliga strukturer för att på alla uppdrag garantera ett optimalt fungerade samarbete samt undvikandet av hot mot patientsäkerheten. Förstavårdarna poängterade att grundtanken med samarbetet är att inkludera barnmorskans expertis för att stöda beslutsfattandet vid vården av fältförlossningar. Vid avvikande situationer ansågs nyttan av barnmorskans specialkompetens ännu större och viktigare. Gynekologen förde fram att en känsla av panik kan uppstå bland med förstavårdarna om förslossningskunskap saknas. Detta kan leda till att dåliga alternativa lösningar för att förhindra att barnet föds ute på fältet blir praktik. Dessa kunde enligt gynekologen innebära hot mot patientsäkerheten. Gynekologen lyfte upp att i fall föderskan håller emot och försöker förhindra att barnet föds, är detta inte riskfritt för varken barnet eller föderskan.

Gruppen med fältchefer upplevde att det är ett större hot mot patientsäkerheten att inte ta vara på och använda sig av barnmorskans specialkunskap ute på fältet, då möjligheten till den finns. De påpekade att de ser det som ett större hot mot patientsäkerheten då två oerfarna förstavårdare förväntas klara av en förlossningssituation ensamma ute på fältet.

*“Ett större hot är att inte använda sig av denna möjlighet och kunskap om den ändå finns till förfogande.”* – Fältchef

## **8.5 Utveckling**

Fältförlossningar är ovanliga uppdrag för förstavårdare, samtidigt som förstavårdens arbetsmiljö är främmande för barnmorskorna. Fastän det interprofessionella samarbetet ansågs vara välfungerande och öka på patientsäkerheten, uppmärksammade informanterna faktorer som kunde vidareutvecklas. Under temat utveckling kunde fyra kategorier urskiljas. Dessa var: information, arbetsfördelning, utrustning och utbildning.

*“För barnmorskorna är förlossningen bekant, men omgivningen är fel. För förstavårdarna är omgivningen bekant, men förlossningen som situation fel.” - Förstavårdare*

## **Information**

Barnmorskorna såg ett utvecklingsbehov kring avgränsningen av patientgruppen. De menade att onödiga uttryckningar för barnmorskan, där förlossningen inte varit ordentligt igång, kunde undvikas till en större grad. Barnmorskorna medgav dock att patientgruppen var svår att avgränsa på ett tillförlitligt sätt. Den första informationen kring patienten ansågs vara väldigt sparsam samt ibland vilseledande. De konstaterade även att de i början av uppdraget kunde få bättre samt mer nödvändig information om patienten via patientjournalssystemet på enheten, än den förhandsinformation som de fått från nödcentralen. Genom att ringa och konsultera kollegorna på förlossningsenheten kunde barnmorskan ute på fältet ta reda på eventuella relevanta patientuppgifter från datasytemet.

*“Ibland har det kommit en så kallad onödig uttryckning, där patienten ännu åkt hem efter transporten till sjukhuset. Under färden mot patienten kommer det fram att de kanske inte hör till målgruppen, men då är det redan onödigt att vända ” - Barnmorska*

## **Arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen mellan teammedlemmarna under fältförlossningsuppdrag väckte tankar hos informanterna. Förstavårdarna förde fram att ledarskapet under fältförlossningen eventuellt kunde uppdelas på ett effektivare sätt. De önskade att samarbetet i ambulansen överlag skulle struktureras bättre. Inom förstavården är teamen vana med att arbeta enligt strukturerade arbetsmodeller, till exempel vid återupplivningar och vid vården av tidskritiska traumapatienter. Arbetsuppgifterna är vid sådana uppdrag tydligt fördelade mellan teammedlemmarna, alla har sitt eget ansvarsområde och ledaren för uppdraget utsedd på förhand. Förstavårdarna efterlyste denna typ av modell över arbetsfördelningen även vid fältförlossningsuppdrag, vilket enligt dem strukturerar samarbetet

i ambulansen bättre och underlätta beslutsfattande under uppdraget. Modellen skulle dessutom säkerställa att ansvaret för uppdraget stannade hos förstavårdaren, liksom verksamhetsmodellens direktiv förutsätter. Detta skulle även möjliggöra att barnmorskan kunde fokusera på sitt eget område, medan ansvaret och ledarskapet över helhetssituationen skulle stanna hos förstavården.

*“Ett protokoll med arbetsfördelning, som räknas utifrån en specifik mängd förstavårdare, fältchef och barnmorska var det är uppdelat arbetsuppgifter. Då ser barnmorskan direkt till vilken grupp hen hör och vad hen bör göra och vad de andra gör omkring hen.”* - Förstavårdare

Förstavårdarna poängterade att patientens slutgiltiga vårdplats trots allt är sjukhuset. De funderade kring vad som är nödvändigt för barnmorskan att göra i en ambulans som står på plats i jämförelse med en som är i rörelse. En standardiserad modell efterlystes, där det skulle framkomma vad som barnmorskan samt förstavårdaren behöver göra innan de kan fatta beslut om att stanna och sköta förlossningen på fältet eller fortsätta transporten mot sjukhuset.

*“Var och en har en uppgift och vet vad som uppgiften innebär. Jag skulle kanske överväga en sådan för fältförlossningar. Det är otroligt ovanliga situationer för speciellt förstavårdarna, men barnmorskorna är inte heller många gånger under karriären på fältet och sköter förlossningar.”* - Förstavårdare

## **Utrustning**

Gynekologen föreslog att en så kallad ultraljudsdoppler, som möjliggör att barnmorskan kan lyssna på barnets hjärtljud, eventuellt kunde öka på patientsäkerheten under förlossningsuppdrag på fältet. Registrering av bra hjärtljud hos barnet kunde dessutom öka på tryggheten för alla inblandade samt lugna ner situationen överlag. En möjlighet till att lyssna på barnets hjärtljud kunde underlätta beslutfattandet om fortsatt vård i ambulansen. Det kunde tillåta teamet att med ökad trygghet stanna på fältet för att sköta för-

lossningen där, vilket är att föredra enligt gynekologen i situationer då barnet är nära på att födas. Ifall registreringen av hjärtljuden skulle visa tecken på att barnet eventuellt mådde dåligt, kunde informationen hjälpa teamet att fatta beslutet om att direkt fortsätta transporten mot sjukhuset trots krystningsbehov.

*“Jag har tidigare redan funderat ifall en doppler kunde vara till nytta. Att nu vet man inte i princip om barnet är i liv eller ej.” - Gynekolog*

Förstavårdarna diskuterade kring hur det kan uppkomma misstolkningar i kommunikationen då två olika professioner inte är bekanta med varandras utrustning. De föreslog en dag där förstavårdarna och barnmorskorna tillsammans kunde bekanta sig med varandra och den utrustnings som finns i ambulansen samt i barnmorskans väska.

*“En gång bad jag om en “stödduk” och hade tänkt mig någonting i stil med en pappersduk, men jag fick en 2 x 2 meters steril duk. Det var inte riktigt det jag hade tänkt mig, men det fungerade bra, väldigt bra. Haha, men det var barnmorskans fel då hon inte kunde ge tillräckligt tydlig beskrivning.” - Barnmorska*

*“Det var inte ens någon fältchef som visste vad det fanns i barnmorskans väska. Den var proppfull av grejer och där rev vi ut allt och hittade några konstiga lappar. Det var någonting hon ville ha. Dukar av något slag, men sen använde vi bara en frotéhandduk. För det var det som jag hittade där i ambulansen. Jag vet inte om hon själv visste vad där fanns i väskan. Den var så fylld med grejer.” - Förstavårdare*

*“Öva, kolla i varandras väskor, vad finner man där, vad vill hon ha, vad vill vi ha.”*  
- Förstavårdare

## **Utbildning**

Barnmorskorna förde fram en utvecklingsidé där förstavårdarna skulle få komma till förlossningsenheten för att följa med arbetet. Även de andra professionerna uttryckte

sitt stöd för liknande utbyten, eftersom en del förstavårdare nödvändigtvis inte har, trots lång karriär, haft tillfället att ens se en förlossning tidigare. Fältcheferna berättade att det funnits planer på att ordna ett besök på förlossningsenheten, på samma sätt som de även besökt andra specialiteter, men att detta än så länge inte hade verkställts. Även hos förstavårdarna fanns ett stort intresse av få ökad förlossningserfarenhet genom att följa med arbetet på förlossningsenheten. De hade dock varit svårt att förverkliga i praktiken. En av barnmorskorna hade erfarenhet från en tidigare arbetsplats där besök på förlossningsenheten hade ägt rum. Barnmorskan beskrev att förstavårdarna hade uppskattat dessa samt upplevt att de varit mycket lärorika.

*“Om en normal nedrevägsförlossning går bra så går den i praktiken helt bra. Den klarar nog en förstavårdare helt bra av, men sen är de handlösa ifall det kommer komplikationer hos mamman eller barnet. Vem ropar de då först på? På oss. Själv önskar jag mer färdigheter till just dessa svåra situationer.” - Fältchef*

Förstavårdarna önskade en tydligare strukturerad modell kring arbetsfördelningen mellan förstavården och barnmorskorna. De syftade på att teamets sammansättning med stor sannolikhet alltid kommer att variera. Tydliga protokoll kunde därmed underlätta arbetet och möjliggöra att alla i teamet var medvetna om vilka uppgifter som hörde till det egna ansvarsområdet. De föreslog en utvecklingsdag där alla förstavårdare skulle få bekanta sig med en barnmorska i en ambulans. Detta kunde möjliggöra en dialog mellan förstavårdarna och barnmorskorna gällande praktiska detaljer, bland annat hur ambulansens begränsade utrymme kunde optimeras och vad den andra professionen har för utrustning. Gemensamma utbildningsdagar kunde även medföra en ökad förståelse för vad den andra professionen behöver veta samt undersöka, innan de tryggt kan fatta beslut om fortsatt vård av patienten.

*“Jag stöder någon slags bekantningsgrej. Där alla skulle vara på plats. I alla fall så att alla förstavårdare skulle se en barnmorska och tillsammans i ambulansen fundera att var vill barnmorskan stå och var står jag och sådana grundgrejer.” - Förstavårdare*

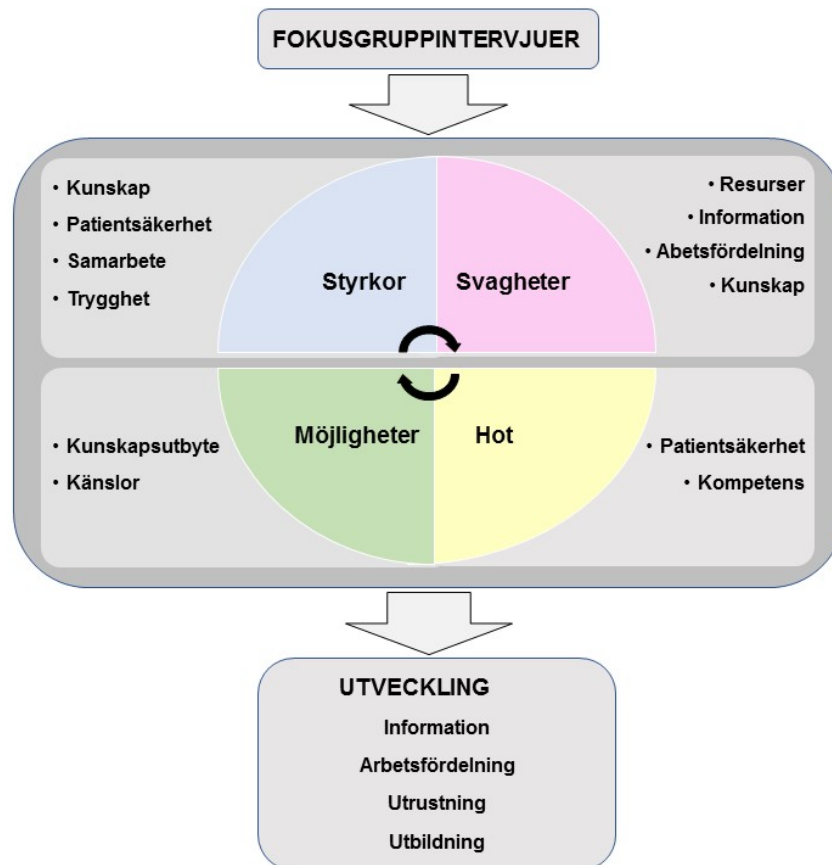
Fältcheferna förde fram att arbetsfördelningen mellan förstavården och barnmorskorna var lite oklar ifall det nyfödda barnet skulle behöva hjälp efter förlossningen. De föreslog att barnmorskorna och förstavårdarna skulle få möjligheten till en gemensam praktisk utbildning gällande den nyföddas första hjälp vid en fältförlossning. Då verksamhetsmodellen togs i bruk förverkligades en utbildningsdag för fältcheferna angående fältförlossningar och den nyföddas första hjälp. De poängterade att liknande praktiska övningar skulle vara uppskattade och viktiga även i framtiden.

*“Utifrån min egen synvinkel har samarbetet givit en ökad uppfattning och självsäkerhet till verksamheten i denna typ av uppdrag, redan tack vare de skolningar som samarbetet inneburit.”* - Fältchef

## **8.6 Sammanfattning av resultatet**

Resultatet i studien indelades enligt SWOT-modellens fyrfält i temaområdena: styrkor, svagheter, möjligheter och hot. Utifrån studiens frågeställningar bildades även ett femte temaområde: utveckling.

Temaområdet styrkor kunde kategoriseras i: kunskap, patientsäkerhet, trygghet och samarbete. Kategorin kunskap kunde även påvisas under svagheter, tillsammans med resurser, information och arbetsfördelning. Under temaområdet möjligheter skapades kategorierna: kunskapsutbyte och känslor, medan kategorierna patientsäkerhet och kompetens kunde urskiljas under temaområdet hot. Temaområdet utvecklingsbehov innefattade kategorierna information, arbetsfördelning, utrustning och utbildning. Många av kategorierna tangerade varandra och innefattade olika delar av verksamhetsmodellens aspekter. Sammanfattning av resultatet tydliggörs i figuren nedan (figur 3).



*Figur 3. Resultatredovisning*

Resultatet visade att barnmorskans specialkunskap och erfarenhet var viktiga för främjandet av patientsäkerheten under fältförlossningar. Det interprofessionella samarbetet möjliggjorde ett ökat kunskapsutbyte mellan professionerna. Därtill kunde en ökad känsla av trygghet och säkerhet identifieras hos föderskan samt förstavårdsteamet då barnmorskan deltog i uppdraget. Samarbetet ansågs vara välfungerande av alla professioner och visade sig även öka på barnmorskornas arbetsvälmående. Informanterna i studien efterlyste en tydligare struktur kring arbetsfördelningen under uppdragen och ansåg att ökad utbildning samt gemensamma protokoll kunde vara lösningen på eventuella hot mot patientsäkerheten.

## 9 KRITISK GRANSKNING

Syftet med denna kritiska granskning är att påvisa hur kvaliteten i studien har garanterats. Studiens kvalitativa metod diskuteras med hjälp av begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Henricson 2017 s. 411). Trovärdighet innebär att kunskapen i studien är rimlig och att resultatet är giltigt. En trovärdig analys skall vara grundad i data. För att bevisa studiens pålitlighet skall skribenterna beskriva sin förståelse för det studerade ämnet, den tekniska utrustning som använts i studien samt studiens genomförande. Överförbarhet innebär att studiens resultat kan överföras till att gälla även i en annan kontext och i andra grupper. (Henricson 2017 s. 487-488) Kapitlet kritisk granskning är uppbyggt enligt Henricsons (2017 s. 412) modell och följer därmed samma struktur som metodkapitlet.

SWOT-modellen användes i studien som verktyg vid skapandet av intervjufrågorna och vid analysen av insamlat material. SWOT-modellen är ett välkänt samt beprövat verktyg, vars funktion i studien bidrog till en bättre struktur. Den uppfattades som enkel och konkret att använda. I analysen användes SWOT-modellens temaområden för att presentera samt kategorisera resultatet. SWOT-modellen kan anpassas till att gälla både på individnivå och i grupp. Det visade sig att modellen var bättre än förväntat, eftersom en av de intervjuade professionerna endast representerades av en informant och de andra av en fokusgrupp. I studien genomfördes inte provintervjuer, eftersom frågorna ansågs vara öppna samt baserade på SWOT-modellens temaområden.

För att få ett brett perspektiv på studien inkluderades professionerna: barnmorska, fältchef, förstavårdare och gynekolog som informanter. Informanterna kategoriserades i grupper enligt profession och bildade därmed studiens fokusgrupper. Informanternas antal varierade mellan en informant upp till fem informanter per fokusgrupp. Under processen kring att få fram ett datum som passade för alla inom fokusgruppen, föll en förstavårdare och en fältchef bort. På grund av Covid-19 pandemin förflyttades intervjuerna fram från våren till sommaren år 2020. Detta kan ha påverkat bortfallet av informanter. Tidspress för genomförandet av intervjuerna, semestertider och informanter-

nas varierande arbetstider försvårade ytterligare inbokandet av de gemensamma intervju-tillfällena.

Förstavårdsläkarna och brandmännen exkluderades från studien eftersom studiens fokus var inriktat på samarbetet mellan de professioner som direkt kom i kontakt med varandra via samarbetet. Förstavårdsläkarna exkluderades eftersom de ofta valt att följa med uppdragen på distans då en barnmorska deltagit. Trots att brandmän kan arbeta i ambulansen med en förstavårdare och därmed delta i samarbetet, är det förstavårdaren som bär på ansvaret över patientvården under uppdraget. Därmed valdes det i studien att exkludera brandmännen och istället fokusera på förstavårdarnas erfarenheter.

I studiens urval och informantbrev framfördes det att förstavårdare, fältchefer och barnmorskor med egen erfarenhet av fältförlossningsuppdrag, där det interprofessionella samarbetet verkstälts, var inkluderade. Trots detta framkom det under intervjun att två av förstavårdarna inte hade erfarenhet av att samarbeta med en barnmorska under ett förlossningsuppdrag ute på fältet. De kunde inte berätta om egna erfarenheter av det specifika samarbetet med en barnmorska ute på fältet, vilket hade en påverkan på studiens resultat. Dock hade båda förstavårdarna erfarenhet av flertal fältförlossningar och kunde sålunda djupgående diskutera samt reflektera kring ämnet. De kunde bidra med värdefull information kring hur de upplevt fältförlossningsuppdrag där hjälp av en barnmorska inte varit tillgänglig. I och med detta anser vi inte att slutresultatets trovärdighet eller studiens pålitlighet påverkades av att alla förstavårdare, representerade i studien, inte hade erfarenhet av att samarbeta med en barnmorska ute på fältet.

För att uppnå syftet i studien utfördes en fokusgruppsintervju som datainsamlingsmetod. Metoden möjliggjorde att informanterna sinsemellan kunde diskutera och reflektera kring intervjufrågorna samt huvudområdena. Den ursprungliga planen var att alla informanter inom sina fokusgrupper skulle befinna sig i samma utrymme under intervju-tillfällena. Detta för att ytterligare främja diskussionen genom växelverkan mellan informanterna. På grund av Covid-19 pandemin under våren och sommaren år 2020 kunde inte intervjuerna förverkligas som planerat. Utifrån de krav som Covid-19 re-

striktionerna innefattade, planerades intervjuerna om att istället genomföras online via Teams-applikationen.

Studiens skribenter var på samma plats och hade videokameran på under alla fokusgruppsintervjuer, medan informanterna själv kunde välja var de befann sig och ifall de hade videokameran på eller inte. Förändringen till att göra intervjuerna online hade konsekvenser för studiens genomförande. I efterhand är det svårt att avgöra ifall dessa var positiva eller negativa. Ur en synvinkel kan det eventuellt ha gynnat antalet frivilliga deltagare i studien, medan det ur en annan synvinkel kan ha påverkat kvaliteten av diskussionerna då intervjuerna genomfördes online. Under intervjuerna valde en del av informanterna att ha på sin videokamera, medan andra endast deltog med ljud. I de grupper där flera hade sin videokamera påslagen kunde samtalet eventuellt främjas av att de kunde avläsa varandras miner samt kroppsspråk. Den genomförda metoden anses dock inte ha påverkat studiens pålitlighet.

I efterhand kan det tänkas att även andra metoder kunde ha använts för att genomföra studien. En online enkätundersökning kunde ha resulterat i flera informanter och ett större sampel. Dock hade detta resulterat i att reflektionerna över andras synpunkter uteblivit från studien. I en mixad metod kunde däremot en kombination av enkät samt gruppintervju resulterat i en mer djupgående analys med ett större sampel. Skribenterna upplevde dock att studien även i denna form uppnådde syftet och svarade på forskningsfrågorna. Dessutom kan det spekuleras kring hur en fokusgrupp med en blandning av professioner skulle ha påverkat diskussionerna och resultatet i annan riktning.

Metoden som användes upplevdes som välfungerande. Valet av metod bidrog till att syftet med studien uppnåddes och frågeställningarna besvarades. Informanter i studien anses vara tillräckligt många samt mångsidiga för att garantera studiens trovärdighet. Det insamlade materialet bandades in och transkriberades tillsammans av skribenterna. Resultatets pålitlighet säkerställdes genom att transkriberingen av materialet skedde i samarbetet mellan skribenterna. Det insamlade materialet har behandlats konfidentiellt. Efter transkriberingen granskades det insamlade materialet med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med en deduktiv ansats och kvalitativa metoden möjliggjorde

en djupare analys kring samarbetet. Via ett deduktivt närmelsesätt kunde SWOT-modellen fungera som ett bra verktyg i analysen för att kategorisera och analysera det insamlade materialet. Skribenterna representerar själv två av de intervjuade professionerna, barnmorska och förstavårdare. De har även egna erfarenheter av samarbetet. Denna förförståelse för ämnet har fungerat som ett verktyg i analysprocessen av det insamlade materialet och ökat på studiens trovärdighet samt pålitlighet.

Alla informanter gav sitt samtycke till att delta i studien. Deltagarna informerades även om sin rätt att annullera sitt samtycke när som helst under studiens gång och att deltagandet i studien var frivilligt. Informationen kring detta samt studiens innehåll gavs både skriftligt i samband med informantbreven och muntligt innan intervjutillfällena. Informanterna fick inte information om de andra deltagarnas identitet innan intervjutillfället. Förfrågan om deltagandet i intervjutillfället skickades ut via Doodle, där deltagarnas svar var anonyma. Eftersom studien utfördes inom samma sjukvårdsområde som skribenterna arbetar på, var en del av informanterna bekanta från tidigare. Detta ansågs inte av skribenterna påverka studiens pålitlighet, eftersom skribenterna inte diskuterat studiens innehåll med informanterna innan eller efter intervjutillfällena. Dessutom strävade skribenterna till att tydligt skilja på rollen som arbetskollega och skribent.

## 10 DISKUSSION

Syftet med studien var att främja ett patientsäkert interprofessionellt samarbete under oplanerade prehospitala förlossningar. Det förverkligades genom fokusgruppintervjuer där fyra professioner från samarbetet var representerade. Under intervjuerna diskuterades olika temaområden baserade på studiens frågeställningar. Reflektioner ur många olika synvinklar lyftes fram under intervjutillfällena och alla professioner kunde framföra sina egna perspektiv. De väsentligaste resultaten kretsade kring ett genuint intresse för att lära sig av varandra samt alla de faktorer med samarbetet som ansågs öka på patientsäkerheten. Det var betydligt mer utmanande att finna svagheter eller hot mot patientsäkerheten som skulle ha orsakats av samarbetet. Den välfungerande verksamhetsmodellen grundade sig i en stark vilja till att samarbeta och en ökad känsla av trygghet bland teammedlemmarna. I detta kapitel kommer diskussionen därmed att struktureras kring områdena: kunskap, patientsäkerhet, samarbete, trygghet samt utveckling. Därtill kommer de väsentligaste resultaten att reflekteras mot tidigare forskning samt den teoretiska referensramen.

### 10.1 Kunskap

Resultatet i studien visade att professionerna upplevde att deras yrkeskunskap ökat genom deltagandet i det interprofessionella samarbetet. Det utgjorde en ypperlig möjlighet till utbyte av specialkunskap mellan professionerna. Barnmorskan kunde bidra med sin specialkunskap och erfarenhet inom förlossningsvård, medan förstavården bidrog med ett starkt kunnande kring den prehospitala arbetsmiljön. Förstavårdarna upplevde osäkerhet gällande sin kompetens inom förlossningsvård och var därmed positivt inställda till den inlärningsmöjlighet samt trygghet som verksamhetsmodellen kunde bidra med. Denna osäkerhet bland med förstavårdare kunde även noteras inom tidigare forskning gällande förstavårdares upplevelser av fältförlossningar (Vagle et al. 2019). Enligt Thylefors (2013 s.14) ökar kunskapen genom förståelse för den kunskap som andra professioner innehar, medan det samtidigt skärper kompetensen inom den egna specialiteten. Ny kunskap uppstår ofta i gränsområden mellan olika professioners specialkun-

nande och det ihopsatta teamets gemensamma kunskapsbas blir därmed bred och mångsidig. (Thylefors 2013 s. 14) Den praktiska inlärningsituation som verksamhetsmodellen bidrar med, möjliggör även ett utbyte av kunskap mellan professionerna utöver det aktuella uppdraget. Professionerna kan diskutera, reflektera samt utbyta erfarenheter gällande förlossningsvård i allmänhet, vilket kan gynna vården under framtida uppdrag. Barnmorskan kan med sin specialkunskap bättre greppa helheten av förlossningsvården och bättre ta i beaktande sådana riskfaktorer som en med mindre erfarenhet kan ha svårt att upptäcka i tid. Förstavårdarna och fältcheferna upplevde, enligt studiens resultat, att de inte hade tillräckligt med specialkunskap kring första hjälpen av den nyfödda, medan barnmorskorna ansåg sig kunna förse teamet med även denna typ av kunskap. Inom förstavården bör det finnas kunskap inom ett brett område, vilket gör upprätthållandet av specialkunskap gällande ovanliga situationer utmanande.

## 10.2 Patientsäkerhet

Då det kommer till förlossningar påverkas inte bara den nyföddas eller moderns hälsa, utan även hela familjens och därmed hela samhällets hälsa (Aaltonen & Rosenberg 2013 s. 48). Resultatet i studien visade hur de olika professionernas styrkor samt specialkunskap, genom samarbetet, upplevdes öka på patientsäkerheten under fältförlossningsuppdragen. Detta resultat stödjer även studiens syfte.

Säkerhet är inte endast frånvaro av något negativt, utan även närvaro av något positivt. Patientsäkerhet innebär därmed att patienten skall få rätt samt nödvändig vård, men även att vården skall resultera i så små skador som möjligt. (Ödegård 2013 s. 330-331) Enligt forskning är de flesta oplanerade fältförlossningar ofta ett resultat av snabba och okomplicerade öppnings- samt krystningsskeden, men för en förstavårdare är det ovanliga uppdrag. Sjukhuset är trots allt det tryggaste stället att föda på. (Pehkonen 2018) I studiens resultat visade det sig att både barnmorskor och förstavårdare delade denna tanke. Dock uttrycktes en önskan kring tydligare direktiv över när fältförlossningen måste ske på fältet och i vilka fall en snabb transport till sjukhuset är säkrare. Fastän de flesta fältförlossningar är okomplicerade, poängterade barnmorskorna att deras kunskap

kring förlossningsvård ändå gav ett mervärde under uppdragen. De lyfte bland annat upp deras förmåga att minska på eventuella rupturer hos föderskan i krystningskedet samt den ökade känslan av trygghet som deras närvaro kunde bidra med. I det interprofessionella samarbetet uppmärksammas föderskans upplevelse samt säkerhet ur ett bredare perspektiv. En barnmorska kan utifrån sin yrkeskunskap bidra med en helt annan nivå av förlossningsvård än en förstavårdare och kan via sin erfarenhet tydligare beakta både barnets samt moderns hälsa och säkerhet. Detta tyder på att samarbetet gynnar patientsäkerheten och verksamhetsmodellen har fört med sig mycket positivt.

En hälsovårdsorganisation bör balansera mellan produktivitet, ekonomi och säkerhet. Ofta poängteras bristen på resurser samt det ekonomiska trycket som utmaningar för utvecklandet av patientsäkerheten. (Helovuo et al. 2012 s. 58-59) Samtidigt som resurser inom vården minskar, visar statistik att förlossningsuppdrag inom förstavården ökar, vilket anses vara oroväckande (Pehkonen 2018). Ofta anses sparsamhet och säkerhet vara motstridiga med varandra, även om det inte alltid är så i verkligheten (Helovuo et al. 2012 s. 58-59). Verksamhetsmodellen är därmed ett bra bevis på att utveckling inte alltid kräver stora ekonomiska utgifter och kan fungera med resurser som redan finns tillgängliga. Det interprofessionella samarbetet ökar inte endast på patientsäkerheten, utan är även ekonomiskt lönsamt i längden (Thylefors 2013 s. 12). Detta tyder på att verksamhetsmodellen även kunde gynna patientsäkerheten inom flera sjukvårdsdistrikt än var den redan är i bruk.

### **10.3 Samarbete**

Ett team som kan kombinera sina styrkor klarar av uppgifter effektivare än enskilda individer som arbetar tävlingsinriktat. I teamet kan medlemmarna utmana varandra, kombinera olika perspektiv till nya lösningar samt rätta varandras fel och avvikelser i resonemang. (Tjosvold 1991 s. 46-47) Detta är ett bra exempel på hur det interprofessionella samarbetet har en väl motiverad existens, vilket även kunde konstateras i studerad verksamhetsmodell. Överlag har samarbetet ansetts vara välfungerande och alla var överens om att verksamhetsmodellen varit lyckad och viktig att bevara.

I ett samarbete är rollfördelningen mellan teammedlemmarna viktig. I studiens resultat framkom att rollfördelningen fungerat naturligt och smidigt. Då verksamhetsmodellen togs i bruk, fanns en del oklarheter gällande vem som bär huvudansvaret under uppdragen, men i studiens resultat framkom det att ansvarsfrågan tydliggjorts under verksamhetens gång. Dessutom har kommunikationen mellan teammedlemmarna överlag fungerat bra under de gemensamma uppdragen. I ett samarbete är det viktigt att deltagarna kan dela information, ta varandras perspektiv i beaktande, diskutera avvikande åsikter öppet, klara av eventuella konflikter effektivt samt kunna stödja och hjälpa varandra (Tjosvold 1991 s. 46-47). Med tanke på att deltagarna i de gemensamma uppdragen inte träffats tidigare, var det förvånande hur positivt kommunikationen samt samarbetet upplevdes. Till stor del kan det grunda sig i att viljan till ett fungerande samarbete har varit stor bland alla inblandade. Det finns därtill likheter mellan professionernas sätt att arbeta och en ömsesidig respekt mellan professionerna kunde avläsas under intervjuutfällena. Båda professionerna är vana att arbeta relativt självständigt och i en arbetsmiljö där snabba beslut är en del av arbetet. I teorin framkom att ett starkt samarbete kan leda till mindre stress, starkare arbetsrelationer, större problemlösningsförmåga och en bättre tillit inför framtida samarbeten mellan teammedlemmarna (Tjosvold 1991 s. 46-47). Dessa faktorer kunde även urskiljas i studiens resultat.

Interprofessionellt samarbete strävar till att olika professioner arbetar tillsammans för att på så vis uppnå ett optimalt vårdresultat med patienten i fokus. Då samarbetet fungerar kan det resultera i starka hälsosystem, med ökad patientsäkerhet och bättre vårdresultat. Därtill kan det interprofessionella samarbetet bidra med ökad arbetsmotivation samt välbefinnande bland arbetstagarna. (WHO 2010) Detta är även faktorer som kom fram i studiens resultat. Speciellt barnmorskorna lyfte upp ökat arbetsvälbefinnande samt arbetsmotivation som en följd av samarbetet med förstavården. Dessutom hade även gynekologen identifierat en ökad arbetsglädje på förlossningsenheten bland barnmorskor som hade haft möjligheten till att delta i ett uppdrag med förstavården. Speciellt i dagens läge när arbetsvälmående är ett aktuellt ämne samt en avgörande del i organisationers framgång borde denna faktor uppmärksammas mer. För att öka på arbetsvälmående är det viktigt för arbetstagaren att känna att arbetet de utför är meningsfullt, uppskattat och utmanade. Verksamhetsmodellen har visats sig ha en positiv inver-

kan på just dessa faktorer. Dessutom har modellen bidragit med möjligheten till ytterligare professionell utveckling samt resulterat i att arbetstagarna fått ökad positiv respons både av patienter, men även från allmänheten.

## 10.4 Trygghet

Samarbetet byggde till en stor del på en känsla av trygghet. Känslan låg som en gemensam faktor bakom många delar av det lyckade samarbetet och fungerade som en grund till att verksamhetsmodellen kunde skapas, att kunskap kunde delas mellan professionerna samt att samarbetet kunde främja patientsäkerheten.

Barnmorskorna kände sig trygga med att åka ut på uppdrag, samtidigt som samarbetet inom förstavården resulterade i en ökad känsla av trygghet. Gemensamma mål har en större betydelse då alla är engagerade i att uppnå dem och då dessa mål är relaterade till egna individuella intressen (Tjosvold 1999 s. 46-47). Då medlemmarna i teamet upplever stöd från varandra anstränger de sig mer för att nå teamets mål (Tjosvold 1999 s. 46-47). Trygghetskänslan hos professionerna kan därmed anses vara en av de bidragande orsakerna till att verksamhetsmodellen överhuvudtaget kunde introduceras som projekt år 2018. Därefter har verksamhetsmodellen varit så lyckad att den tagits i bruk som en fortlöpande del av verksamheten.

För att kunskapsutbytet skall ske effektivt och produktivt mellan professionerna behövs en känsla av trygghet i samarbetet. Barnmorskorna kände sig trygga i sin arbetsroll och uppfattade att de tryggt kunde handleda förstavårdarna under uppdragen, även då de befann sig i en främmande arbetsmiljö. Förstavårdarna i sin tur kände att tryggheten ökade direkt då de fick informationen om att en barnmorska var på väg med ut på uppdrag.

Ett samarbete där alla involverade känner tillit för varandra, främjar patientsäkerheten. Kommunikationen mellan deltagarna gynnas av känslan av trygghet och ligger även som förutsättning för att även svårare situationer kan behandlas inom gruppen. Interaktionen i samarbetet mellan professioner är kritisk för gruppens framgång (Tjosvold 1991

s. 46- 47). Denna trygghetskänsla kan komma att vara speciellt viktig vid kritiska situationer, där uppdraget eventuellt inte går som förväntat. Vid sådana tillfällen kan kommunikationens betydelse bli avgörande för patientsäkerheten och en gemensam genomgång av kritiska fall kunde gynna samarbetet.

En känsla av trygghet kunde också konstateras genom den patientrespons som professionerna fått. Under intervjutillfällena framkom en berättelse där en patient med rädsla inför sin kommande förlossning överraskande födde i ambulansen på vägen till sjukhuset. Trots omständigheterna hade föderskan upplevt trygghet och hade efteråt konstaterat att förlossningsupplevelsen varit positiv. Barnmorskorna poängterade även i intervjun att om deras närvaro under dessa uppdrag kan öka på tryggheten eller minska på rädslan, har meningen med verksamhetsmodellen uppfyllts.

## **10.5 Utveckling**

Trots att det interprofessionella samarbetet ansågs vara välfungerande och uppskattat, finns det möjligheter att ytterligare utveckla samt stärka verksamheten i framtiden. Alla professioner förde fram ett önskemål om gemensamma utbildningstillfällen samt besök mellan enheterna. Gemensamma utbildningstillfällen kunde bidra med fortsatt utveckling av verksamhetsmodellen, där praktiska detaljer gemensamt kunde diskuteras och struktureras. Studiens resultat visade ett behov av strukturerade protokoll över arbetsfördelningen under gemensamma uppdrag. Dessa protokoll kunde skapas genom att förstavårdare och barnmorskor skulle befinna sig i samma utrymmen och tillsammans ha möjlighet att reflektera över de omständigheter som uppdraget medför. Genom att strukturera verksamheten under uppdragen kunde patientsäkerheten ytterligare förstärkas.

Alla professioner i studien understödde och efterlyste ett samarbete där förstavårdare och fältchefer skulle ha möjlighet till att besöka förlossningsenheten. Orsaken bakom varför ett sådant samarbete inte fungerat effektivt grundade sig inte i förstavårdarnas vilja att delta i utbytet, utan snarare administrativa utmaningar mellan organisationerna.

Dessa utmaningar involverade bland annat frågor gällande arbetstid, försäkringar och ersättningar. En del av informanterna hade erfarenhet av ett samarbete där förstavårdare hade besökt förlossningsenheten och ansåg att det varit givande, intressant och lärorikt. Genom att bekanta sig med barnmorskornas arbete, få mera erfarenhet samt specialkunskap inom förlossningsvård kunde patientsäkerheten främjas ytterligare under fältförlossningar.

Ute på fältet är det för tillfället omöjligt att veta hur barnet i livmodern mår och idén att utöka barnmorskornas fältutrustning med en dopplerapparat uppkom under ett intervju-tillfälle. Denna apparat skulle möjliggöra registrering av barnets hjärtljud och därmed även möjligen underlätta vårdbeslut ute på fältet. Detta är en intressant synvinkel och skulle eventuellt kräva en kartläggning gällande barnmorskorna åsikter i frågan. Barnmorskorna på Lojo förlossningsenhet använder inte i regel en dopplerapparat vid registreringen av barnets hjärtljud, men apparaten är bekant för barnmorskorna. Dock kvarstår frågor kring huruvida de skulle känna sig bekväma med att använda sig av apparaten och i fall de anser att den kunde ge mervärde under uppdraget.

I studiens resultat uppmärksammades en osäkerhet inom förstavården kring den nyföddas första hjälp. Vidareutbildning inom området ansågs vara önskvärt. Arbetsutrymmen och utrustning på fältet gällande den nyföddas första hjälp är begränsade, vilket betyder att den specifika kunskapen kring vad som går samt bör göras för att hjälpa den nyfödda kan ha en avgörande inverkan på barnets fortsatta hälsa. Det är möjligt att med små vårdåtgärder åstadkomma stora förändringar i barnets mående. Ett ändamålsenligt utbildningsmaterial, gällande den nyföddas första hjälp, kunde troligen förverkligas med rätt så lite extra resurser. Under Covid-19 restriktionerna kunde eventuellt simulering av de nyföddas första hjälp spelas in på förlossningsenheten för att därefter delas elektroniskt till förstavårdare samt fältchefer.

Tidigare forskning visar att de nyfödda som föds ute på fältet har en större risk för hypotermi, infektioner samt andningsproblematik (Thornton & Dahlen 2018). Upprätthållande av värmen hos nyfödda uppmärksammades både inom tidigare forskning och under studiens intervjutillfällen. Det kan dessutom vara speciellt utmanande i ett land som

Finland, med föränderliga klimatförhållanden. Då ett nyfött barn lider av hypotermi efter förlossningen är det svårt att med de existerande metoder i ambulansen korrigera barnets temperatur (Javaudin et al. 2020). Inom Lojo sjukvårdsområde används "Kengufix"-selen vid transport av den nyfödda efter en fältförlossning. Selens uppgift är att upprätthålla barnets värme och fungera som ett säkerhetsbälte för den nyfödda, samtidigt som den möjliggör att barnet kan transporteras säkert och i nära kontakt med modern. Tyvärr möjliggör inte selen att den nyfödda kan vara i hudkontakt med modern under transporten till sjukhuset, vilket enligt evidens skulle vara optimalt för bland annat barnets värmereglering. Inom Lojo sjukvårdsområde har det inte ingått i direktiven att mäta den nyföddas temperatur innan eller under transporten mot sjukhuset. Eftersom det i forskning framkommer att barn som föds ute på fältet ofta har en för låg kroppstemperatur, kunde detta eventuellt uppmärksammas mer. I framtiden kunde det undersökas ifall detta är relevant att åtgärda. I ambulansen går värmen att reglera effektivt med termostat, men det finns även tillgång till bland annat värmetycke vid behov. Att mäta kroppstemperaturen av den nyfödda är en liten åtgärd som är enkel att utföra, men kan ha en stor nytta. Med hjälp av den kunskapen kunde nya direktiv skapas där den nyföddas värmereglering bättre kunde tas i beaktande.

Samtidigt som samarbetet redan nu ansågs fungera tryggt och bra, finns det alltid utrymme för utveckling. I framtiden kunde det till exempelvis vara intressant att jämföra olika verksamhetsmodeller som används runt om i Finland, för att på det sättet kunna få fram kunskap kring hur modellen ytterligare kunde utvecklas. Därtill fokuserar mycket av den existerande forskningen gällande fältförlossningar på statistik kring mätbara faktorer, medan information gällande föderskornas samt professionernas upplevelser kunde vara viktigt. Ett intressant forskningsområde skulle vara att studera skillnader i upplevelser samt vårdresultat mellan de områden där barnmorskeassistans finns tillgängligt på fältet i jämförelse med de områden som det inte finns.

Syftet i studien var att främja ett patientsäkert interprofessionellt samarbete under fältförlossningar. Studien kunde bekräfta att verksamhetsmodellen är välfungerande samt uppfyller en viktig funktion utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Verksamhetsmodellen evaluerades i studien och resultatet kan bidra till fortsatt utveckling inom områ-

det. Resultatet gav svar på studiens forskningsfrågor och det framkom även konkreta utvecklingsförslag som ytterligare kan förbättra det interprofessionella samarbetet, men framför allt främja patientsäkerheten. Samarbetet är viktigt att bevara och skulle även kunna implementeras inom flera sjukvårdsområden, både nationellt och internationellt. I dagens värld kan välfungerande interprofessionella samarbeten fungera som en lösning till många utmaningar inom vården. Speciellt med tanke på hur ett samarbete kan gynna arbetsvälmåendet, produktiviteten, patientsäkerheten och samtidigt vara ekonomiskt lönsamt.

## KÄLLOR

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P., 2013, *Potilasturvallisuuden perusteet*, Duodecim, Helsingfors.
- Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H., 2009, *Team i vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner*, Studentlitteratur, Lund.
- Boorman, R., Devilly, G., Gamble, J., Creedy, D. & Fenwick, J., 2013, Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2014, vol 30, s. 255-261.
- Finlex 2010/1326, *Hälso- och sjukvårdslag*.  
Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=val%20vårdplats>  
Hämtad: 19.10.2018.
- Finlex 1516/2016, *Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen*.  
Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2016/20161516> Hämtad: 12.1.2020.
- Finlex 583/2017, *Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden*.  
Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2017/20170583>  
Hämtad: 9.12.2019.
- Flanagan, B., Lord, B. & Barnes, M., 2017, Is unplanned out-of-hospital birth managed by paramedics “infrequent”, “normal” and “uncomplicated”?, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), s. 436.

- Forskningsetiska delegationen, 2019, *Etiska principer för humanforskning och etikprövning inom humanvetenskaperna i Finland*. Tillgänglig:  
[https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakkoarviointin\\_ohje\\_2019.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf)  
Hämtad: 15.1.2020.
- Gissler, M., 2014, Keskitäminen ei välttämättä paranna synnytysten turvallisuutta. *Uutistamo* 31.10.2014. Tillgänglig:  
<http://www.uutistamo.fi/keskittaminen-ei-valttamatta-paranna-synnytysten-turvallisuutta/> Hämtad: 3.1.2017.
- Groop, J., 2012, Theory of Constraints in Field Service – Factors Limiting Productivity in Home Care Operations, *Aalto University publication series – Doctoral Dissertations*, nr 47/2012, Helsinki. Tillgänglig:  
<http://lib.tkk.fi/Diss/2012/isbn9789526045948/isbn9789526045948.pdf>  
Hämtad: 15.1.2020
- Grüel, E., 2017, SWOT analysis: a theoretical review, *The Journal of International Social Research*, vol 10, nr 51.
- Gunnarson, B., Smáráson, A.K., Skogvoll, E. & Fasting, S., 2014, Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. John Wiley & Sons Ltd.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P., 2012, *Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*, Edita Prima, Helsinki.
- Henricson, M., 2017, *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*, Studentlitteratur AB, upplaga 2.

- HUS, 2017, *Kätilöopiston sairaalasta luopuminen uudistaa Hyksin synnytystoimintaa*.  
2.10.2017. Tillgänglig: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/katiloopiston-sairaalasta-luopuminen-uudistaa-hyksin-synnytystoimintaa?publisherId=23980819&releaseId=63855439>  
Hämtad: 20.10.2018
- IPEC, 2016, *Interprofessional Education Collaborative - Connecting health professions for better care*, Washington, DC. Tillgänglig:  
<https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf> Hämtad:  
12.12.2019.
- Javaudin, F., Roche, M., Trutt, L., Bunker, I., Hamel, V., Goddet, S., Templier, F., Potiron, C., Le Bastard, Q., Pes, P., Bagou, G., Chabernaude, J-L., Montassier, E. & Leclère, B., 2020, Assessment of rewarming methods in unplanned out-of-hospital births from a prospective cohort, *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2020, juni, 3;28(1):50.
- Lojo sjukhus förlossningsenhet, 2021, *Statistik från Lojo sjukhus Förlossningsavdelning*, HUS.
- McLelland, G., McKenna, L., Morgans, A. & Smith, K., 2018, Epidemiology of unplanned out of hospital births attended by paramedics, *BMC Pregnancy Childbirth*18, s. 15.
- Nieminen, K., 2015, Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus – Selvityshenkilön raportti, *Social- och hälsovårdsministeriet*, Helsingfors. Tillgänglig:  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74699/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74699/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)  
Hämtad: 12.1.2020.

- Ovaskainen, K., Ojala, R., Gissler, M., Luukkaala, T. & Tammela, O., 2015, Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity - Risk factors in out-of-hospital deliveries in one University Hospital region in Finland, *Acta Paediatrica*, vol 104, nr 12.
- Pehkonen, H., 2018, Matkasynnytysten määrä kaksinkertaistui 2000-luvulla — Kuolemanriski sairaaloissa syntyneisiin verrattuna kuusinkertainen, *Maaseuduntulevaisuus*. Tillgänglig: <https://www.maaseuduntulevaisuus.fi/ihmiset-kulttuuri/artikkeli-1.221334> Hämtad: 10.12.2019.
- Persson, A-C., Engström, Å., Burström, O. & Juuso, P., 2019, Specialist ambulance nurses' experiences of births before arrival, *International Emergency Nursing*, vol 43, s 45-49.
- Pirneskoski, J., Peräjoki, K., Nuutila, M. & Kuisma, M., 2016, Urgent EMS managed out-of-hospital delivery dispatches in Helsinki, *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol 24.
- SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering), 2017, *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten - en handbok*, kapitel 8, Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik. Tillgänglig: <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf> Hämtad: 31.10.2019.
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2014, *Uppdatering av jourförordningen garanterar kvalitativ och säker vård*. Tillgänglig: <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/paivystysasetuksen-paivityksella-taataan-hoidon-laatua-ja-turvallisuutta> Hämtad 9.12.2019.

Statistikcentralen, 2021, *Finlands officiella statistik (FOS): Förhandsuppgifter om befolkningen*, Helsingfors, november 2020. Tillgänglig:

[http://www.tilastokeskus.fi/til/vamuu/2020/11/vamuu\\_2020\\_11\\_2020-12-22\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/vamuu/2020/11/vamuu_2020_11_2020-12-22_tie_001_sv.html) Hämtad: 7.1.2021.

Terveyskylä, 2019, *Matkasynnytys*.

Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskaudentuomat-muutokset-ja-yleiset-huolenaiheet/matkasynnytys>

Hämtad: 21.10.2018.

THL (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos), 2012, *Handbok om patientsäkerhet – som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin*, Tammerfors 2012. Tillgänglig:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79937/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hämtad: 5.11.2019.

THL (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos), 2020, *Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2020*. Tillgänglig:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140702/Tr48\\_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140702/Tr48_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Hämtad: 30.12.2020.

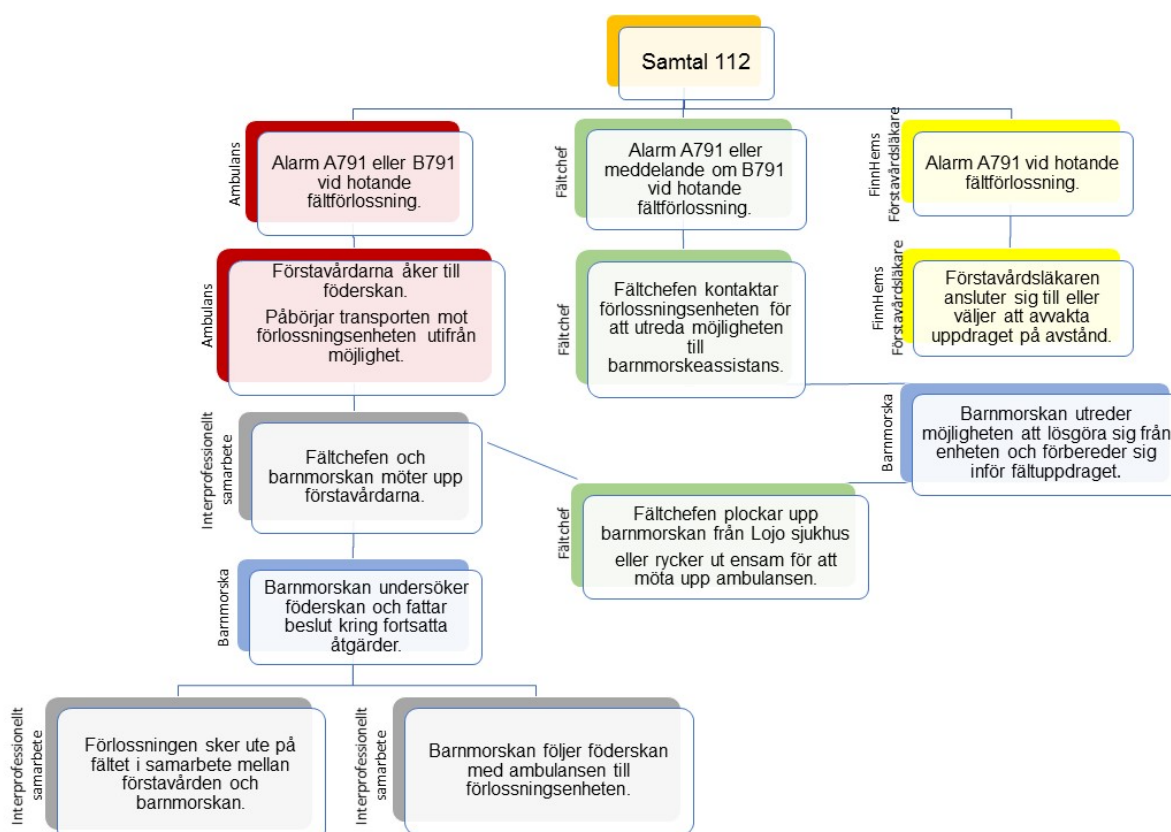
Thornton, CE. & Dahlen, HG., 2018, Born before arrival in NSW, Australia (2000-2011): a linked population data study of incidence, location, associated factors and maternal and neonatal outcomes, *BMJ Open*, 8(3).

Thylefors, I., 2013, *Babels Torn – Om tvärprofessionellt teamsamarbete*, *Natur & Kultur*, Stockholm.

- Tiainen, P., 2018, Jo kymmenet vauvat syntyvät tien päällä- tässäkö ratkaisu?  
Kun hätä on suurin, kättilö Paula Malinen nappaa laukun mukaansa ja rientää perheen avuksi, *Yle uutiset*, 8.10.2018. Tillgänglig: <https://yle.fi/uutiset/3-10441092> Hämtad: 9.12.2019.
- Tiainen, P., 2019, Jennikalla oli niin kova kiire maailmaan, ettei äiti ehtinyt sairaalaan – kenttäkättilö toi turvallisuuden tunnetta tien päälle, *Yle uutiset* , 9.12.2019. Tillgänglig: <https://yle.fi/uutiset/3-11102772>. Hämtad: 13.1.2020.
- Tjosvold, D., 1991, *Team organization: an enduring competitive advantage*, John Wiley & Sons 1991.
- Vagle, H., Haukeland, G.T., Dahl, B., Aasheim, V. & Skirnisdottir Vik, E., 2019, Emergency medical technicians' experiences with unplanned births outside institutions: A qualitative interview study, *Nursing Open*, 2019, oktober, 6(4):1542-1550.
- Wibeck, V., 2017, Fokusgrupper. I: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, Lund Studentlitteratur AB., kapitel 11, s. 169-188.
- WHO (World Health Organization), 2010, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Tillgänglig: [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/) Hämtad: 4.10.2019.
- Ödegård, S., 2013, *Patientsäkerhet: teori och praktik*. Liber, Sverige.
- Øvretveit, J., 1993, *Moniammatillisen yhteistyön opas*, Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

# BILAGOR

## BILAGA 1. BESKRIVNING AV VERKSAMHETSMODELLEN: BARMORSKEASSISTANS VID HOTANDE FÄLTFÖRLOSSNINGAR

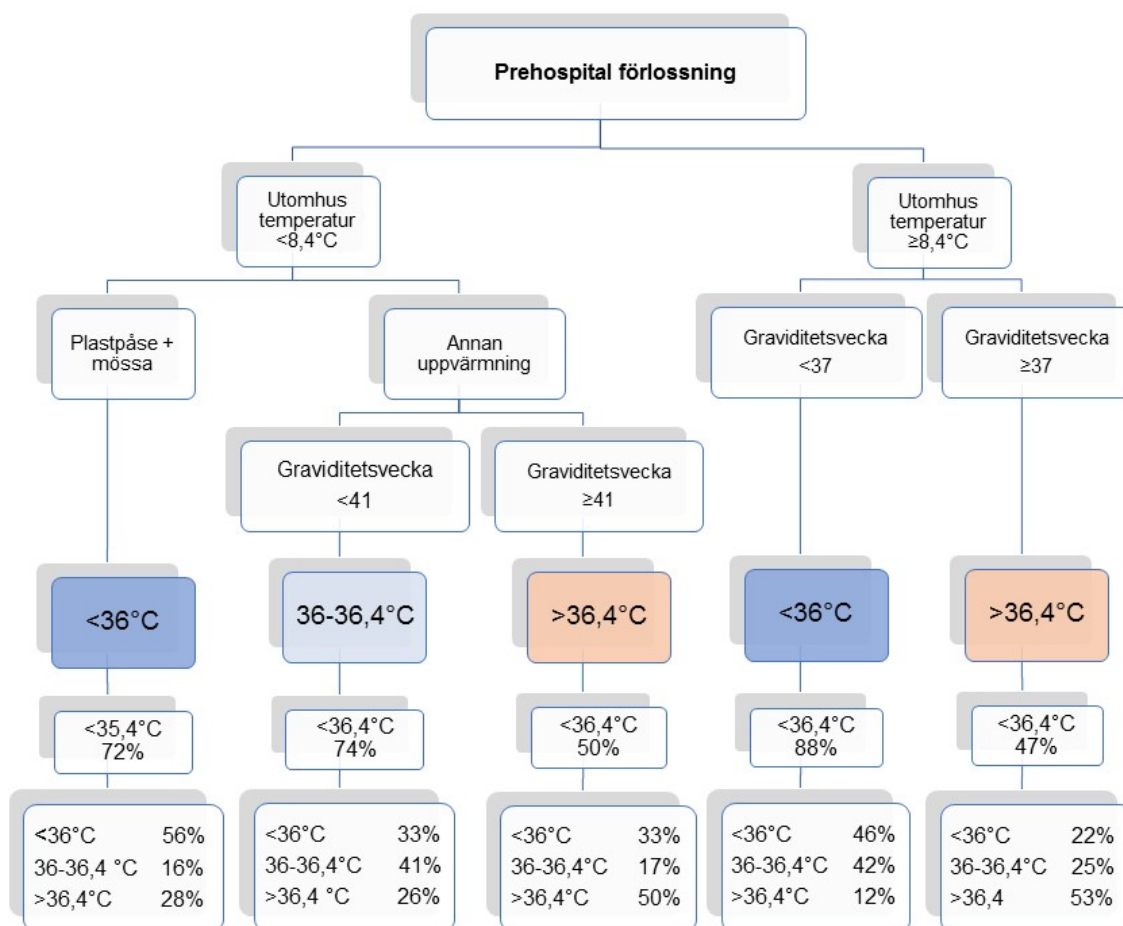


## BILAGA 2. LITTERATURSÖKNING

Databas	Sökord	Antal träffar	Utvalda
<b>Cinahl EBSCO</b>	birth before arrival	20	1
	”birth before arrival”	11	
	unplanned out of hospital birth	11	1
	birth AND paramedic	34	
	birth AND pre-hospital	30	
	out-of-hospital delivery	22	
	out-of-hospital delivery AND EMS	4	
<b>PubMed</b>	prehospital birth (2017-2020)	33	2
	birth before arrival	276	1
	”birth before arrival”	20	
	unplanned out of hospital birth	42	1
	birth AND paramedic	284	
	birth AND pre-hospital	37	
	out-of-hospital delivery	316	
	out-of-hospital delivery AND EMS	38	1

<b>Academic Search Elite EBSCO</b>	birth before arrival	16	
	"birth before arrival"	12	
	unplanned out of hospital birth	9	
	birth AND paramedic	51	
	birth AND pre-hospital	14	
	out-of-hospital delivery	27	
	out-of-hospital delivery AND EMS	4	

### BILAGA 3. PREHOSPITALT FÖDDA BARNNS TEMPERATUR VID ANKOMSTEN TILL SJUKHUS I RELATION TILL UTMOMHUSTEMPERATUREN.



(Javaudin et al. 2020; översatt och omritad av skribenterna)

## **BILAGA 4. INFORMANTBREV – FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE I UNDERSÖKNING**

Välkommen att delta i en studie gällande fältförlossningar!

Statistik visar att fältförlossningar ökar runt om i Finland. I Lojo och Västra Nylands sjukvårdsområde har det tagits i bruk en verksamhetsmodell där barnmorskan assisterar förstavården ute på fältet. Projektet startade i augusti 2018 som ett pilotprojekt och övergick efter lyckad piloteringsperiod i slutet av 2019 till att vara en del av den fasta verksamheten. Förra året mötte barnmorskorna upp ambulansen sammanlagt 17 gånger och det föddes sex barn ute på fältet. Nu behövs era erfarenheter för att vidareutveckla verksamheten.

Studien är ett beställningsarbete av Lojo sjukhus förlossningsenhet. Syftet med studien är att främja ett patientsäkert interprofessionellt samarbete under oplanerade prehospitala förlossningar (fältförlossningar). Studien utförs av två skribenter som tar sin högre yrkeshögskoleexamen inom området avancerad klinisk vård på Arcada.

Ni har valts ut som informanter eftersom er unika erfarenhet och kunskap kan bidra med värdefull information för studien. Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas på er begäran.

Studien kommer att genomföras som en intervjustudie med fyra olika fokusgrupper. Dessa består av gynekologer (obstetriker), barnmorskor, fältchefer och förstavårdare. Av barnmorskorna, fältcheferna och förstavårdarna inkluderas informanter som har egen erfarenhet av ett förlossningsuppdrag prehospitalt, vare sig barnet fötts eller inte i ambulansen. Målet är att få tre till fem representanter från varje profession.

Efter att informanter anmält sitt intresse kommer vi tillsammans (med hjälp av verktyget Doodle) att komma överens om en tid samt plats som passar alla deltagare i fokusgruppen. Intresse av att delta i studien anmäls genom att klicka på länken i mailet och fylla i sina kontaktuppgifter. Intervjuerna kommer att ske under våren 2019. Gruppintervjun kommer att räcka cirka en timme.

Gruppintervjuerna kommer att bandas, transkriberas och analyseras. Enskilda informanter kommer inte att kunna identifieras och efter resultatredovisning kommer bandat samt transkriberat material att förstöras. Studien är ett masterarbete och kommer att publiceras på databasen Theseus.

Vi är ytterst tacksamma om ni tar er tid och deltar i studien.

Handledare för studien:

Eivor Wallinvirta, HvD,  
överlärare emerita Arcada  
email: [eivor.wallinvirta@arcada.fi](mailto:eivor.wallinvirta@arcada.fi)  
tel.: 050 3607530

Heikki Paakkonen,  
HvD, dosent  
email: [heikki.paakkonen@arcada.fi](mailto:heikki.paakkonen@arcada.fi)  
tel.: 040 5926777

Tilläggsinformation om studien samt vid frågor rörande studien:

Daniela Juolahti, förstavårdare  
email: [fagersd@arcada.fi](mailto:fagersd@arcada.fi)  
tel.: 041 4382100

Pernilla Lindberg, barnmorska  
email: [lindbepe@arcada.fi](mailto:lindbepe@arcada.fi)  
tel.: 040 8351485

Vänliga hälsningar, Daniela Juolahti och Pernilla Lindberg

## KUTSU OSALLISTUA TUTKIMUKSEEN

Tervetuloa osallistumaan tutkimukseen!

Kenttäsynnytykset ovat tutkimusten mukaan Suomessa lisääntyneet. Lohjan ja Länsi Uudenmaan sairaanhoitoalueella on otettu käyttöön toimintamalli, jossa kättilö lähtee kentälle ensihoidon avuksi. Toiminta alkoi pilotointijaksolla syksyllä 2018 ja vakiintui onnistuneen kokeilun jälkeen vuoden 2019 lopussa jatkumaan toistaiseksi. Viime vuonna kättilöt lähtivät kentälle 17 kertaa ja kentällä syntyi kuusi lasta. Toiminnan kehittämiseksi toivomme nyt tietoa teidän kokemuksistanne.

Tutkimus tehdään opinnäytetyönä Lohjan Sairaalan synnytysosastolle. Tavoitteena on edistää potilasturvallista ja moniammatillista yhteistyötä suunnittelemattomien kenttäsynnytysten hoidossa. Tutkimus toteutetaan kahden YAMK-opiskelijan toimesta, jotka opiskelevat Arcadassa kliinistä asiantuntijuutta.

Teidät on kutsuttu osallistumaan tutkimukseen koska teillä on hyödyllistä kokemusta toimintamallista. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistuminen on mahdollista keskeyttää milloin tahansa.

Tutkimus toteutetaan fokusryhmähaastatteluna. Ryhmät jaetaan ammattinimikkeen mukaan niin, että gynekologit (obstetrikot), kättilöt, ensihoidon kenttäjohtajat ja ensihoitajat haastatellaan omissa ryhmissä. Tutkimukseen osallistuvilta kättilöiltä, ensihoidon kenttäjohtajilta sekä ensihoitajilta toivotaan kokemusta toimintamallin mukaisesta tehtävästä, riippumatta siitä onko lapsi syntynyt tehtävän aikana kentällä vai ei. Tavoitteena on saada joka ryhmään 3-5 osallistujaa.

Ilmoittautumiseen tutkimukseen tapahtuu oheisen Doodle-linkin kautta. Täytättehän ystävällisesti yhteistietonne linkin kautta avautuvaan lomakkeeseen, jotta voimme yh-

dessä sopia ajankohdan haastattelua varten. Haastattelut toteutetaan kevään 2020 aikana. Varaatthän ryhmähaastatteluun aikaa noin tunnin.

Ryhmähaastattelut nauhoitetaan, tarkekirjoitetaan ja analysoidaan haastattelijoiden toimesta. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei ole jälkikäteen tunnistettavissa ja haastattelujen nauhoitteet tullaan tutkimuksen valmistuttua tuhoamaan. Kyseessä on opinnäytetyö, joka julkaistaan Thesus-tietokannassa.

Olisimme erittäin kiitollisia, mikäli osallistuisitte tutkimukseemme.

Opinnäytetyön ohjaajat:

Eivor Wallinvirta,

TtT, yliopettaja emerita

[eivor.wallinvirta@arcada.fi](mailto:eivor.wallinvirta@arcada.fi)

puh. 050 3607530

Heikki Paakkonen,

TtT, dosentti

[heikki.paakkonen@arcada.fi](mailto:heikki.paakkonen@arcada.fi)

puh. 040 5926777

Lisätietoja tutkimuksesta antaa:

Daniela Juolahti, ensihoitaja

[fagersd@arcada.fi](mailto:fagersd@arcada.fi)

puh. 041 4382100

Pernilla Lindberg, kättilö

[pernilla.lindberg@arcada.fi](mailto:pernilla.lindberg@arcada.fi)

puh. 040 8351485

Ystävällisin terveisin, Daniela Juolahti ja Pernilla Lindberg

## **BILAGA 5. INTERVJUGUIDE**

### **Styrkor:**

Vilka styrkor anser ni i att samarbetet mellan förlossningsavdelningen och förstavården för med sig?

- Egen upplevelse

### **Svagheter:**

Vilka svagheter anser ni att samarbetet mellan förlossningsavdelningen och förstavården för med sig?

- Egen upplevelse

### **Möjligheter:**

Hur anser ni att samarbetet kan främja patientsäkerheten?

- Egen upplevelse

### **Hot:**

Hur ser ni att samarbetet kan hota patientsäkerheten?

- Konkurrens
- Självständighet

### **Utvecklingsbehov:**

Hur kan verksamheten samt det interprofessionella samarbetet främjas och utvecklas vidare?

# HAASTATTELUOHJE

## **Vahvuudet:**

Mitä vahvuuksia näette synnytysosaston ja ensihoidon yhteistyössä?

- Oma kokemus

## **Heikkoudet:**

Mitä heikkouksia näette synnytysosaston ja ensihoidon yhteistyössä?

- Oma kokemus

## **Mahdollisuudet:**

Miten yhteistyö voisi edistää potilasturvallisuutta?

- Oma kokemus

## **Uhat:**

Voiko yhteistyö uhata potilasturvallisuutta?

- Kilpailu
- Itsenäinen työskentely

## **Kehitystarpeet:**

Miten toimintaa voitaisiin kehittää tai parantaa?