

Het effect van teamtraining in de verloskunde

Joke Koelewijn

Achtergrond

Trainingen in acute verloskunde worden door verschillende organisaties aangeboden, zowel gericht op de eerstelijns setting als op de klinische situatie. Veel trainingen zijn gericht op het verbeteren van de medisch-technische vaardigheden van individuele zorgverleners, maar in een acute situatie kunnen juist fouten optreden in de samenwerking binnen een team. Daarom worden ook steeds meer multidisciplinaire teamtrainingen aangeboden. Wat is eigenlijk het effect van dergelijke trainingen? En naar welk effect moet je dan kijken?

Een veel gebruikt model voor de evaluatie van trainingen, is dat van Kirkpatrick. Hij onderscheidt vier niveaus waarop het effect kan worden beoordeeld. Het eerste niveau is de tevredenheid over de training, het tweede de toename in kennis, het derde de implementatie van de aangeleerde vaardigheden in de klinische praktijk en het vierde niveau de klinische uitkomsten^[1].

Ondanks de toenemende populariteit van trainingen zijn er tot nu toe geen randomised controlled trials (RCT's verricht) naar het effect van multidisciplinaire obstetrische teamtraining op uitkomsten op de niveaus drie en vier. Deze Nederlandse studie is de eerste RCT die hiernaar kijkt. In dit artikel worden uitkomsten op het derde niveau volgens Kirkpatrick gerapporteerd: het gedrag in de klinische praktijk^[2]. Het effect op de klinische uitkomsten zal later gerapporteerd worden.

Methoden

Het gaat om een multicenter onderzoek in 24 Nederlandse ziekenhuizen met minstens duizend bevallingen per jaar. Ziekenhuizen waar teamtraining al was ingevoerd, konden niet meedoen aan de studie. Er werd cluster-randomisatie toegepast, dat wil zeggen dat er gerandomiseerd werd op het niveau van ziekenhuizen. De interventie, de teamtraining, bestond uit een training van een dag in een trainingscentrum in Eindhoven, waarbij onder andere simulatiemodellen werden ingezet. In totaal werden tussen november 2009 en juli 2010 74 teams, bestaande uit een gynaecoloog, klinisch-verloskundigen, arts-assistenten en verpleegkundigen, getraind in twaalf

ziekenhuizen. In de training, gegeven door een hiervoor getrainde gynaecoloog en een communicatiedeskundige, werd vooral (80%) aandacht besteed aan het 'teamwork' in een acute situatie en daarnaast aan medisch-technische vaardigheden (20%). In de training kwamen zes scenario's aan de orde: foetale nood, schouderdystocie, fluxus post partum, uitgezakte navelstreng, eclampsie en reanimatie van een zwangere. De twaalf ziekenhuizen, die gerandomiseerd werden in de controlegroep, mochten tijdens de studieperiode geen teamtrainingen organiseren.

Het effect van de training, in dit geval het handelen in een acute situatie, werd vastgesteld minstens zes maanden na de trainingen in een onaangekondigde klinische simulatie op de eigen werkplek. De deelnemers aan de trainingen en de zorgverleners in de controle-ziekenhuizen wisten dat deze simulatie zou gaan plaatsvinden, maar niet wanneer. Ze merkten pas dat het om een simulatie ging op het moment dat ze na een oproep de verloskamer binnen waren gekomen. Het team in een bepaald ziekenhuis was het team dat op dat moment dienst had, dus over het algemeen niet een team dat gezamenlijk de training had gevolgd. Er werden twee scenario's, schouderdystocie en vruchtwaterembolie, inclusief reanimatie van de zwangere, voorgelegd. De deelnemers wisten echter niet dat er na het eerste scenario nog een tweede kwam. Alle scenario's, in totaal 48 (twee per ziekenhuis), werden opgenomen op video. De samenwerking binnen het obstetrisch team werd per scenario gescoord op de Clinical Teamwork Scale (CTS), een gevalideerde scoringslijst, bestaande uit vijftien items, verdeeld over vijf domeinen: communicatie, besluitvorming, rolverantwoordelijkheid, het zich bewust zijn van de situatie en patiëntvriendelijkheid. De medisch-technische vaardigheden werden geëvalueerd door te kijken of in de twee scenario's bepaalde aanbevolen obstetrische procedures, waarmee zorgverleners echter niet bijzonder vertrouwd zijn, werden uitgevoerd. In het eerste scenario was dat de all fours manoeuvre, in het tweede scenario een perimortem sectio caesarea, uit te voeren binnen 5 minuten na de vruchtwaterembolie. De effectbeoordeelaars waren niet bij de trainingen betrokken geweest en wisten niet of het team/ziekenhuis al dan niet was gerandomiseerd voor de teamtraining.

Dr. Joke Koelewijn is verloskundige n.p. en vervult een aantal functies op het gebied van onderwijs en onderzoek.

Resultaten

De interventiegroep en de controlegroep kwamen overeen op een aantal basiskennmerken, zoals het percentage opleidingsziekenhuizen, gemiddelde aantal partussen/jaar, en het aantal gynaecologen, verloskundigen, assistenten en verpleegkundigen in de teams. De overall CTS-score voor het 'teamwork' was significant hoger in de interventiegroep dan in de controlegroep: op een schaal van 0-10 was de mediaan in de interventiegroep 7,5 (min 2,0; max 8,5) en in de controlegroep 6,0 (min 2,0; max 8,0). Op de domeinen 'communicatie' en 'besluitvorming' was het verschil tussen de groepen significant, op de andere domeinen niet. Overigens was op veertien van de vijftien items van de CTS de mediane score hoger in de interventiegroep; alleen op patiëntvriendelijkheid was er geen verschil tussen de wel en niet getrainde teams.

Ook qua medisch-technische vaardigheden deden de getrainde teams het significant beter. De getrainde teams voerden in 19 van de 23 beoordeelde scenario's (één video-opname was mislukt) de vereiste handelingen uit; de niet-getrainde teams deden dit in 10 van de 22 scenario's (twee mislukte opnames). Per handeling (all fours manoeuvre en perimortem sectio) was het verschil tussen de groepen overigens niet significant.

Discussie

Deze goed opgezette studie geeft onderbouwing voor het effect van teamtraining. De betere CTS-score wordt vooral verklaard door betere scores op communicatie en besluitvorming. De onderzoekers verklaren dit uit het feit dat de subitems van deze domeinen (bijvoorbeeld het overdragen volgens SBAR, directe communicatie et cetera) goed beschreven zijn en makkelijk te implementeren. De domeinen rolverantwoordelijkheid en het zich bewust zijn van de situatie zijn meer afhankelijk van het gedrag dat al bestaat in een team, en zijn niet zomaar in een eendaagse training aan te leren. Desondanks is ook op deze domeinen een verbetering te zien, al is die niet significant.

De onderzoekers noemen zelf het betrekkelijk geringe aantal teams (één per ziekenhuis) dat aan de simulatiescenario's op de eigen werkplek heeft meegedaan, een beperking van hun studie. Desondanks zien ze wel een verbetering, zowel in 'teamwork' als in medisch-technische vaardigheden. Wat deze laatste uitkomst betreft, noemen de onderzoekers nog het ontbreken van gevalideerde scorelijsten voor het meten hiervan, een punt voor verder onderzoek. Ze hebben nu gekozen voor het kijken in hoeverre bepaalde 'nieuwe' procedures ook daadwerkelijk uitgevoerd worden, wat mij een goede keuze lijkt.

Enkele punten die me opvielen, wil ik nog graag noemen. In de controlegroep mocht tijdens de onderzoeksperiode geen teamtraining georganiseerd worden. De ziekenhuizen uit de controlegroep hebben echter ongetwijfeld

interesse in teamtraining, blijkend uit hun aanmelding voor de studie. De zorgverleners zullen dan ook vast dingen over de trainingen gelezen hebben en wellicht hebben individuele zorgverleners ook wel eens ergens een training gevolgd. Ook zullen ze vast nagedacht hebben over de klinische simulatie die ze konden verwachten. Dit impliceert mijns inziens dat het contrast tussen de getrainde en de niet-getrainde ziekenhuizen in deze studie wel eens kleiner zou kunnen zijn dan tussen getrainde ziekenhuizen en ziekenhuizen zonder belangstelling voor teamtraining. Met andere woorden, het werkelijke effect van de training zal eerder groter dan kleiner zijn.

De effectbeoordelaars waren niet op de hoogte van de indeling in interventie- en controlegroep. De leden van de teams waren dat echter wel. Het lijkt me zeer wel mogelijk dat de getrainde teams zich op de video-opname 'verraden' hebben, bijvoorbeeld door te refereren aan wat ze in de training geleerd hebben. Dat zou de effectbeoordelaars kunnen beïnvloeden, al denk ik niet dat dat de resultaten heel erg zal veranderen.

Tenslotte valt me de grote spreiding op in de CTS-scores. Zowel in de getrainde als in de niet-getrainde groep zien we een minimumscore van 2,0. Op het item SBAR en ook op 'rolduidelijkheid' zien we een minimum van 0 (!) in de getrainde groep. Kennelijk is er tenminste één team dat bepaalde zaken heel slecht in praktijk kan brengen. Anderzijds is de maximumscore in de niet-getrainde groep op alle items een 8,0. Tenminste één team doet het dus ook goed zonder training. Dit lijkt me een punt voor nader onderzoek: welke factoren verklaren het succes van een training?

Uiteindelijk doen we deze trainingen om de verloskundige uitkomsten te verbeteren. Dit onderzoek maakt dan ook nieuwsgierig naar de rapportage van de effecten op het vierde niveau van Kirkpatrick: het optreden van obstetrische complicaties. We hopen hier snel meer over te horen.

Literatuur

[1] Kirkpatrick D. *Evaluating training programmes; the Four Levels*. San Francisco, CA: Berrett-Kochler Publishers, 1994.

[2] Franssen AF, van de Ven J, Meriën AER, de Wit-Zuurendonk LD, Houterman S, Mol BW en Oei SG. Effect of obstetric team training on team performance and medical technical skills: a randomised controlled trial. *BJOG* 2012;119:1387-1393.