



BACHELOROPPGAVE:

**HVORDAN KAN SAMARBEID,
DOKUMENTASJON OG
IMPLEMENTERING AV
STRUKTURERTE
KOMMUNIKASJONSVERKTØY
FREMME PASIENTSIKKERHET?**

FORFATTERE: OANH DUONG, IDA KRISTINE HEGGEN, EVEN
HOFMANN, KIM OWE NORDAHL

11HBSPLH

Dato: 07.05.2014

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan samarbeid, dokumentasjon og implementering av strukturerte kommunikasjonsverktøy fremme pasientsikkerhet?	Dato: 07.05.2014
Deltaker(e)/	Oanh Duong, Ida Kristine Heggen, Even Hofmann, Kim Owe Nordahl	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Pasientsikkerhet, samarbeid, dokumentasjon, kommunikasjon, ISBAR	
Antall sider/ord: 46/12034	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Introduksjon: Studier viser at pasientskade oppstår hos 16% av pasienter innlagt ved norske sykehus, sammenlignet med et gjennomsnitt på 10% i vestlige land, og at kommunikasjonssvikt er årsaken til 70% av oppståtte pasientskader.</p> <p>Hensikt: Se hvordan samarbeid, dokumentasjon og implementering av strukturerte kommunikasjonsverktøy, hovedsakelig ISBAR, kan fremme pasientsikkerheten.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Resultatet fra fire kvalitative, to kvantitative og en observasjonsstudie presenteres. Aktuelle søkeord: ”communication”, ”patient safety”, ”hospital nursing staff”, ”interprofessional relations”, ”work environment”, ”health professionals”, ”hospitals”, ”assertiveness”, ”attitude”, teamwork”, ”patient care”.</p> <p>Konklusjon: Samarbeid og kommunikasjon er viktige elementer i pasientsikkerhetsarbeid. Tverrfaglig samarbeid kan forbedres gjennom simulering, og kommunikasjon kan forbedres gjennom bruk av kommunikasjonsverktøy som f.eks. ISBAR. For å sikre pasientsikkerhet understrekes også viktigheten av dokumentasjon.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can collaboration, documentation and implementation of structured communication tools promote patient safety?	Date: 07.05.2104
Participants/	Oanh Duong, Ida Kristine Heggen, Even Hofmann, Kim Owe Nordahl	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Patient safety, collaboration, documentation, communication, ISBAR	
Number of pages/words: 46/12034	Number of appendix: 1	Availability: open
<p>Introduction: Studies have shown that 16% of patients admitted to Norwegian hospitals have suffered injuries, compared to an average of 10% in other western countries. Studies have also shown that communication failure is the reason behind 70% of patient injuries.</p> <p>Purpose: The purpose of the study is to explore the effects of collaboration, documentation and implementation of structured communication tools in regards to patient safety.</p> <p>Method: The study is a literature review. Four qualitative, two quantitative and one observational study have been analyzed and are presented in the results chapter. Search terms used to find research articles include "communication", "patient safety", "hospital nursing staff", "interprofessional relations", "work environment", "health professionals", "hospitals", "assertiveness", "attitude", teamwork", "patient care".</p> <p>Conclusion: Collaboration and communication are essential in ensuring patient safety. Interprofessional collaboration can be trained through the use of simulation, and interprofessional communication can be improved through the use of communication tools, such as ISBAR. In ensuring quality care and patient safety, the importance of documentation is also emphasized.</p>		

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1. INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	5
1.2 HENSIKT	6
1.3 PROBLEMSTILLING	6
1.4 RELASJON TIL SEKSJONENS FORSKNINGSSOMRÅDER	6
2. BAKGRUNN	7
2.1 TILSSYNSAKER FRA STATENS HELSETILSYN	7
2.2 PASIENTSIKKERHETSBEGREPET	8
2.3 KOMMUNIKASJON OG BETYDNING FOR PASIENTSIKKERHET	10
2.4 TRENING AV SAMSPILL OG KOMMUNIKASJON	11
2.5 DOKUMENTASJON SOM ELEMENT I PASIENTSIKKERHETSARBEID	12
2.6 STILLE RAPPORT	14
2.7 MUNTLLIG RAPPORT	14
2.8 PASIENTSIKKERHET VED RAPPORT	15
2.9 ISBAR – ET VERKTØY FOR STRUKTURERT KOMMUNIKASJON	15
3. METODE	17
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	17
3.1.1 FORDELER OG ULEMPER VED LITTERATURSTUDIER	17
3.2 KVANTITATIVE OG KVALITATIVE STUDIER	18
3.3 SØKESTRATEGI	18
3.4 PRESENTASJON AV VITENSKAPELIGE ARTIKLER	20
3.5 ANALYSE	23
3.6 FORSKNINGSETIKK	23
4. RESULTAT	24
4.1 BETYDNINGEN AV EN SAMARBEIDSKULTUR MELLOM SYKEPLEIERE OG LEGER	24
4.2 DOKUMENTASJONENS BETYDNING FOR PASIENTSIKKERHET	26
4.3 IMPLEMENTERING AV STRUKTURERTE KOMMUNIKASJONSVERKTØY	27
5. DISKUSJON	29
5.2 BETYDNINGEN AV SAMARBEID OG KOMMUNIKASJON MELLOM SYKEPLEIERE OG LEGER	29
5.3 ØKT PASIENTSIKKERHET SOM FØLGE AV KVALITET I DOKUMENTASJON OG RAPPORTERING	31
5.4 HVORDAN KAN IMPLEMENTERING AV ISBAR SOM KOMMUNIKASJONSVERKTØY BIDRA TIL Å FREMME PASIENTSIKKERHET?	34
5.4.1 ISBARs NYTTEVERDI FOR SYKEPLEIERE	36
5.5 KILDEKRITIKK	37
6. KONKLUSJON	39
7. LITTERATURLISTE	41
VEDLEGG 1. FREMGANGSMÅTE FOR SØK	47

Antall ord: 12034

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

En journalundersøkelse gjennomført av Deilkås (2010) viser at 16% av pasienter innlagt i norske sykehus påføres minst én skade. Dette resultatet viser et avvik fra Verdens Helseorganisasjon sitt anslag om at pasientskade oppstår hos 10% av pasienter i vestlige land (ibid.). En komparativ undersøkelse gjengitt på forskning.no (2010) av Skudal m.fl. studerte pasientenes eget perspektiv på pasientsikkerhet, det kommer her frem at 16% av norske pasienter opplever å ha fått feil medisin eller dose, eller å ha mottatt feil type behandling, sammenlignet med et gjennomsnitt på 10% hos de andre landene som deltok i undersøkelsen.

I Norge har det blitt meldt ca. 2000 hendelser i året til Helsetilsynet. 1/3 av disse hendelsene er skade på pasient, mens halvparten er nestenuhell. Dette er unødig smerte og lidelse som blir påført pasient og pårørende (Tinnå 2009). I 2008 betalte Norsk pasientskadeerstatning 660 millioner kroner i erstatning. Professor Peter F. Hjort har ut fra utenlandske studier funnet ut at det i Norge er ca. 2000 dødsfall pr år, som regnes å være unødige. I tillegg vises det at 1600 pasienter påføres skader som ender med invaliditet, og ca. 500.000 ekstra liggedøgn. Dette utgjør 1,6 - 2,2 milliarder kroner i ekstra kostnader (ibid.).

70% av alle uønskede hendelser oppstår som følge av kommunikasjonssvikt (Chassin og Becher 2002; Sutcliffe, Lewton og Rosenthal 2004; Leonard, Graham og Bonacum 2004). Med viten om at kommunikasjonssvikt ofte forekommer på grunn av menneskelige faktorer (Leonard, Graham og Bonacum 2004), ble det besluttet å fokusere på betydningen av tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon i pasientsikkerhetsarbeid, og hvordan disse påvirker pasientsikkerheten. I tillegg til dette presenteres kommunikasjonsverktøy, og deres rolle i informasjonsoverføring, og hvordan bruken av de kan påvirke pasientsikkerhet. Det er foretatt søk i Høgskolen i Gjøviks institusjonelle arkiv etter bacheloroppgaver med pasientsikkerhet og kommunikasjon som overordnet tema, men dette ble ikke funnet.

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 er et femårig, nasjonalt program som tar sikte på å redusere pasientskade og forbedre pasientsikkerhet (Pasientsikkerhetsprogrammet 2014). Etter søk på Pasientsikkerhetsprogrammet sine websider fant man ikke noe informasjon om deres arbeid knyttet til samarbeid, dokumentasjon og kommunikasjon som innsatsområder i pasientsikkerhetsarbeid.

Valget av tema er tatt på bakgrunn av ovennevnte forskning, samt mangel på funn av lignende oppgaver i HiGs arkiv, og mangel på funn på Pasientsikkerhetsprogrammet sine websider

1.2 Hensikt

I denne oppgaven belyses temaet pasientsikkerhet med vekt på kommunikasjon. Det trekkes frem faktorer ved kommunikasjon som påvirker pasientsikkerheten, og det legges vekt på samarbeidskultur, dokumentasjon og rapport, samt kommunikasjonsverktøy, da spesielt ISBAR.

Hensikten med oppgaven er å se hvordan kommunikasjon og samhandling kan fremme pasientsikkerhet.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan samarbeid, dokumentasjon og implementering av strukturerte kommunikasjonsverktøy fremme pasientsikkerhet?

1.4 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Ved Høgskolen i Gjøvik er det fastsatt tre forskningsområder: utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik [HiG] 2013).

I delområdet kvalitet i sykepleie er det beskrevet to underkategorier: pasienters behov og sikkerhet, og personalets funksjon og sikkerhet. Pasienters behov og sikkerhet handler om “utvikling av kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten samt pasientsikkerheten” (HiG 2012).

Personalets funksjon og sikkerhet er rettet mot “den fysiske og psykososiale arbeidssituasjonen og samhandling mellom ulike yrkesgrupper i helsetjenesten” (ibid.). Oppgavens hovedtema er pasientsikkerhet, og fokuserer på samspillet mellom sykepleier og lege, dokumentasjon og kommunikasjonsverktøyet ISBAR. På bakgrunn av dette relateres oppgaven til begge underkategoriene i forskningsområdet over.

2. Bakgrunn

Her presenteres innledningsvis to eksempler fra Statens Helsetilsyn som viser kommunikasjon og samarbeidets betydning for pasientsikkerhet i praksis. Videre følger en innføring i pasientsikkerhet- og kommunikasjonsbegrepene, samt redegjørelser av begrepenes betydning og hva det innebærer for temaet. En innføring i ISBAR-modellen presenteres til slutt.

2.1 Tilssynsaker fra Statens Helsetilsyn

Statens Helsetilsyn publiserte i mars 2014 en rapport som omhandler svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser i helsevesenet. På bakgrunn av oppgavens problemstilling, blir det her presentert to saker fra rapporten som tydeliggjør behovet for gode rutiner innen kommunikasjon.

Mer spesialistkompetanse og bedre informasjonsdeling kan redusere risikoen for alvorlige hendelser (Statens Helsetilsyn 2014). Dette kommer frem i en tilsynssak der et to år gammelt barn fikk utført et kirurgisk inngrep med påfølgende komplikasjoner. Det opplyses at barnet fikk økende pusteproblemer postoperativt, og ved bronkoskopi ble det påvist avvikende anatomi. Barnet ble så intubert, og den respiratoriske tilstanden bedret seg. Etter en brå hodebevegelse fikk barnet fall i SpO2 og lav puls. Stansalarm ble utløst. Sykepleierne på vakt mistenkte at tuben hadde havnet i feilstilling, og foreslo til anestesioløgen at den burde fjernes. Legen undersøkte pasienten kun ved hjelp av stetoskop og mente at tuben lå i riktig stilling. Legen hadde ikke fått beskjed om barnets avvikende lungeanatomi, og at feilplassering av tuben kunne utgjøre en stor risiko (ibid.).

Barnet ble tilsett av thoraxkirurg som besluttet å åpne thorax kirurgisk. Det viste seg at ventrikkelen var full av luft, og det ble oppdaget at tuben lå i øsofagus, den ble så fjernet. Barnet fikk O2 tilført gjennom maske og bedret seg, og ble deretter intubert på nytt. Tilstanden forbedret seg, men tre uker senere døde barnet grunnet alvorlig hjerneskade forårsaket av tubens feilstilling (Statens Helsetilsyn 2014.).

Det kommer frem av Statens Helsetilsyns funn at det var mangelfull dokumentasjon av kliniske vurderinger ved intubasjonen, og de avvikende funnene ved bronkoskopiundersøkelsen. Funnene som ble oppdaget under undersøkelsene ble kun formidlet ved muntlig rapport, og ikke journalført (ibid.). Videre kommer det frem at Statens Helsetilsyn mener at anestesioløgen burde ha tatt sykepleiernes bekymringer mer på alvor, og inspisert barnets svelg for å forsikre seg om at tuben var plassert riktig. Statens Helsetilsyn

(2014) understreker viktigheten av å sikre at relevant og viktig bakgrunnsinformasjon journalføres, og at det er risikofyllt å kun gi denne informasjonen muntlig til påtroppende helsepersonell.

Den neste tilsynssaken det refereres til tar utgangspunkt i Fylkesmannen i Hordalands tilsyn ved Kvinneklinikken i Helse Bergen HF. Statens Helsetilsyn har her gjennomgått 20 klage- og tilsynssaker, hvor det er sett på forekomst av store fødselsrifter, perinatale dødsfall og operative forløsninger. Det kommer her fram at en gjennomgående tendens i klagesakene var at kvinnene ikke følte seg hørt (Statens Helsetilsyn 2014). Innholdene i klagen var en blanding av a) mangel på medvirkning, b) dårlig kommunikasjon og c) klage på mottatt helsehjelp under fødsel. Fylkesmannen gjennomgikk flere av klagen, og det ble påpekt mangler rundt kommunikasjon og medvirkning i flere av de (ibid.). Ved Fylkesmannens tilsyn ble det observert en kultur der det var uønsket å stille kritiske spørsmål ved egen virksomhet, i enkeltsaker og på generelt basis. En samlet gjennomgang viste at kulturen som rådet ved Kvinneklinikken kunne utgjøre en risiko for pasientsikkerheten (Statens Helsetilsyn 2014). Sentrale funn i tilsynet viste at ledelsen ved klinikken i liten grad sørger for at kvinner har medbestemmelsesrett i valg rundt egen fødsel, og at ledelsen i liten grad har tatt i betraktning erfaringer og synspunkter fra medarbeidere. Det skrives videre at kulturen på klinikken oppfattes som lite fleksibel ift. å komme med kritiske spørsmål til ledelsen. Det kommer også fram at klinikkledelsen i liten grad har benyttet seg av tilgjengelig statistikk, tilbakemeldinger fra Statens Helsetilsyn og nasjonale føringer som hjelp for å analysere og endre på utførelse arbeid for å sikre at pasientsikkerheten blir ivaretatt (ibid.). Av dette kan det tolkes at Fylkesmannen mener at en kultur på arbeidsplassen som tillater diskusjoner, egne erfaringer og kritiske spørsmål, er viktig for å ivareta pasientsikkerheten.

2.2 Pasientsikkerhetsbegrepet

Vincent (2006) definerer pasientsikkerhet som ”å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser” (I: Aase 2010, s. 14).

Aase (2010) påpeker at pasientsikkerhet kan relateres til kvalitet i helsetjenestene, men at disse begrepene ikke er synonyme. Kvalitet tar for seg andre områder, for eksempel pasienterfaring og medisinsk effektivitet, mens pasientsikkerhet anses som en viktig del av kvalitet (Vincent m.fl. 1998 i Aase 2010).

Aase (2010) bruker begrepet uønskede hendelser med samme betydning som utilsiktede hendelser. Begrepene er verdinøytrale, og gir et resultat som ikke er ønsket, og derfor bør forebygges (ibid.). Det er ikke alltid like enkelt å vurdere om en uønsket hendelse er skapt av pasientens underliggende sykdomsbilde eller komplikasjoner, eller forårsaket av helsetjenesten. En uønsket hendelse kan være forårsaket av manglende erfaring eller kompetanse der den medisinske behandlingen ikke har vært tilfredsstillende, eller den kan komme som følge av en komplikasjon der behandlingen ikke har vært tilstrekkelig. En uønsket hendelse som ikke skader eller gir konsekvenser for pasienten kalles en *nestenhendelse*, men som under andre omstendigheter kunne ha kommet til skade for pasienten. Begrepet hendelse brukes som en samlebetegnelse for uønsket hendelse eller nestenhendelse. En *hendelse* kan være en risiko for skader eller andre konsekvenser (Aase 2010).

The Institute of Medicine (2000) anslo at omkring 98.000 pasienter dør som følge av uønskede hendelser i løpet av året ved amerikanske sykehus, og belyser rapportens omfattende tiltak som følge av statistikken, og anbefalte endringer i det amerikanske helsevesenet. Rapporten førte til en nasjonal bevegelse i USA som spredte seg til Europa, med fokus på refleksjon og bevisstgjørelse omkring pasientsikkerhet i helsevesenet (Aase 2010).

Aase (2010) oppgir en ramme for målsetting for pasientsikkerhet:

- 1 forbedre nøyaktighet ved identifikasjon av pasienten*
- 2 forbedre effektiviteten i kommunikasjonen mellom helsepersonell*
- 3 forbedre sikkerheten ved håndtering av medikamenter*
- 4 eliminere/fjerne feil plass, feil pasient, feil kirurgisk prosedyre*
- 5 forbedre sikkerheten ved bruk av infusjonspumper*
- 6 redusere risikoen for nosokomiale infeksjoner (sår, urinvei)*
- 7 kvalitetssikre pasientens medikamentforordninger fra innleggelse til utskrivelse*
- 8 redusere risikoen for fallskade hos pasienten (s.24).*

Aase (2010) tar for seg målsetting nummer 2. I løpet av de ti siste årene har fokuset på pasientsikkerhet økt betraktelig i Norden. Det finnes ingen egen lovgivning i Norge som ivaretar pasientsikkerhet (Aase 2010). Regjeringen la ut i desember 2012 Meld. St. nr. 10 -

God kvalitet – trygge tjenester. Stortingsmeldingen legger vekt på å utvikle en brukerorientert helse- og omsorgstjeneste som satser mer på systematisk kvalitetsforbedring, samt færre uønskede hendelser og bedre pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet 2014).

Det kan være utfordrende å forstå begrepet pasientsikkerhet uten å kunne relatere til lover og regler, da de er involvert på alle helsevesenets nivåer gjennom standarder og prosedyrer ved den enkelte arbeidsplass og regulering i lovverk. Tilsynsmyndighetenes strategier er viktige komponenter som påvirker pasientsikkerheten rettet mot sikkerhetsforhold i helsevesenet og praktiseringen av disse (Wiig 2010).

2.3 Kommunikasjon og betydning for pasientsikkerhet

Det er tidligere nevnt målsetting for pasientsikkerhet. Målsetting nummer 2 handler om å forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonell. Eide og Eide (2007) definerer begrepet kommunikasjon som ”utvekslingen av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter” (s. 17). Ordet stammer fra det latinske *communicare*, hvilket betyr å gjøre noe felles, eller ha forbindelse med. Håkonsen (2009) hevder det er flere måter å forstå begrepet kommunikasjon over flere nivåer. En indre dialog kan være en form for kommunikasjon, ved at en gir tankene et innhold ved bruk av ord. Massemedier kan også være en form for kommunikasjon. Vanligvis forstås begrepet kommunikasjon som en form for samhandling med to eller flere parter eller personer som utveksler informasjon (ibid.). Dette kan illustreres som modellen i figuren under.

Kilde → Sender → Budskap → Kanal → Mottaker

Kommunikasjonsprosessens komponenter (Håkonsen 2009, s. 219).

Ved hjelp av modellen over kan en se kommunikasjon som en prosess. Hensikten ved kommunikasjon er å videreføre informasjon fra den ene parten til en annen. En må likevel ta hensyn til andre komponenter som påvirker eller hemmer kommunikasjonsprosessen, da disse kan ha en innvirkning på hvordan budskapet kommer frem, eller hvordan mottakeren oppfatter budskapet. En fellesbetegnelse for disse elementene som ikke er inkludert i kommunikasjonsprosessen er ”støy” (Håkonsen 2009).

De fleste yrker har en egen fagterminologi. For at yrkesprofesjonene skal kommunisere med hverandre med stor grad av presisjon, er dette nødvendig. Yrkenes fagspråk kan imidlertid føre til misforståelser hos personer utenfor profesjonen, eller at personen ikke forstår. Faguttrykk som blir brukt i for eksempel helsesektor kan være vanskelig å forstå for pasienter, brukere eller klienter. Dette kan føre til et hinder for kommunikasjon mellom pasienten og legen eller sykepleieren, m.m. På denne måten kan språket være faktoren som forsterker en opplevelse av avmakt hos pasienten, som mange opplever i møtet med helsepersonell (Håkonsen 2009).

I kommunikasjon mellom helsepersonell er det også flere faktorer som kan bidra til kommunikasjonssvikt. Blant annet kan det være en tendens til at sykepleiere og leger kommuniserer forskjellig. Sykepleiere kan ofte kommunisere veldig ”bredt”, med mange detaljer, mens leger er korte og konsise (Leonard, Graham og Bonacum 2004). Dette kan føre til, under tilkalling av lege, at sykepleieren bruker mange ord og lenger tid enn nødvendig på å forklare en situasjon, og at legen blir utålmodig fordi han eller hun venter på et konkret ønske eller spørsmål relatert til problemstillingen.

Hierarki og maktforhold kan bidra til at enkelte ikke ønsker å si sin mening, i frykt for å bli ”satt på plass” eller latterliggjort. Lederskapet ved et sykehus eller en avdeling kan hindre dette ved å gjøre hierarkiet mindre tydelig. Dette kan sannsynliggjøre at alle bidrar med sin mening, under drøfting av en pasient for eksempel (Leonard, Graham og Bonacum 2004).

Leonard, Graham og Bonacum (2004) skriver at en paradigme innen pasientsikkerhetsarbeid er at god opplæring og hardt arbeid medfører feilfri praksis og god kvalitet i pasientbehandling. Allikevel må man ta hensyn til menneskelige faktorer som hukommelse, stress og utmattelse. Selv den mest erfarne sykepleier eller lege vil kunne utføre feil dersom stressnivået er høyt på arbeidsplassen (ibid.). Leonard, Graham og Bonacum (2004) mener at effektiv kommunikasjon og behandlingsplaner bidrar til å redusere risikoen for å skade pasienter, fordi det blir systematikk i behandlingen.

2.4 Trening av samspill og kommunikasjon

Man er i flere situasjoner avhengig av bistand fra andre spesialiteter eller faggrupper i akuttmedisinske tilfeller. En utfordring er at det ikke bare involverer de definerte team som skal samarbeide, men også såkalte *ad hoc-team* som dannes ved behov (Sollid 2010). Er man godt forberedt til å løse en krise er dette de beste forutsetninger i krisesituasjoner. Man kan bli forberedt ved å gjøre seg kjent med det miljøet man arbeider i, og en god plan for

krisehåndtering. Det innebærer i en slik planlegging for eksempel å ha et behandlingsteam med konkrete og definerte oppgaver, teamet planlegger hvordan de vil løse problemet og repetere egne oppgaver i teamet. En viktig del av god forberedelse er også å ha kunnskaper om hvilke rammer og ressurser en har tilgjengelig på sin arbeidsplass. Det kan være lett å miste fokus og dermed bli distrauert hvis man ikke finner riktig utstyret man trenger, eller kjenner til hvilke ressurser som finnes på avdelingen. Eksempelet som Sollid (2010) viser til, er legen som ikke har kjennskap til et akuttskrin, og kanskje leter etter et medikament som ikke finnes i skrinet. Dermed vil det gå tapt tid, og behandlingen bli forsinket. Det kan derfor være nyttig å trene på krisesituasjoner i de omgivelser en har fast arbeidsplass (ibid.).

Det blir påpekt av Sollid (2010) at dersom et team skal fungere, må teamet ha en leder. Lederens rolle i teamet er overordnet og ofte tilbaketrasket. Tydelig kommunikasjon, koordinering og planlegging er nøkkelord i et godt lederskap. Det handler også om å lytte til medarbeidere, og ta imot innspill fra disse som en del av datasamlingen. En utfordring kan være å bli ledet. Som teammedlem skal en fylle sin rolle, og lytte til lederen, men også komme med sine forslag og innspill på tiltak og strategier. I en simuleringsøving er det viktig å definere rollene i et team. Hvem skal ledes, og hvem er leder? (ibid.).

2.5 Dokumentasjon som element i pasientsikkerhetsarbeid

Ved dokumentasjon skal sykepleiere følge retningslinjer ved lovverk, herunder dokumentasjonsplikt (Helse- og omsorgsdepartementet 2010-2011). Dokumentasjon skal øke pasientsikkerheten og sikre kontinuitet og kvalitet ved behandling (Dahl, Heggdal og Standal 2008). Dokumentasjon er et bevismateriale hvor det skrives ned helsetjenester som har blitt utført. Det skal dokumenteres observasjoner i en pleieplan og i kurver. Problemområdene til pasienten blir beskrevet i administrative pleieplanen (Meling og Bø 2010), og på denne måten kan en få et bilde av pleie- og behandlingsforløpet til pasienten (Dahl, Heggdal og Standal 2008).

I følge lovgiving skal sykepleiere følge juridisk, faglig og etiske rammer ved dokumentasjon (Dahl, Heggdal og Standal 2008).

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

(Helsepersonelloven § 39. 1999)

Loven om rapport blir presentert på denne måten:

§ 40. Krav til journalens innhold m.m.

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

(Helsepersonelloven § 40. 1999).

I følge Meling og Bø (2010) påpeker Kerr at ved et vaktskifte overlapper de ansatte hverandre i arbeidstiden. Opplysninger om pasienten skal overleveres på en effektiv måte med fokus på taushetsplikt og på hvordan informasjonen skal overleveres. Aase skriver at de vanligste formene er muntlig eller stille rapport (I: Meling og Bø 2010).

Spesialisthelsetjenesten i Norge har tradisjonelt hatt en ordning der man tok standpunkt i skriftlig dokumentasjon, og rapporterte muntlig til neste som kommer på vakt. Det ble i 2003 skaffet en oversikt over den tiden som ble brukt på muntlig rapport. Det kom fram til at den tradisjonelle rapporten ved vaktskifte ble vurdert som lite effektivt og tidkrevende. Det ble derfor ønsket nye rutiner ved rapportering i vaktskifte. Stille rapport ble igangsatt der den enkelte pleier selv kunne lese opp rapporten fra tidligere vakt (Meling og Bø 2010).

Det ble ved et sykehus utført en intern kartlegging som basis hvor det ble besluttet om å endre rutiner ved vaktskifte. Det ble vist variasjoner i undersøkelsen som relaterte til ulike pasientgruppers ulike behov for sykepleie. Kartleggingen viste at overlappingstiden hadde en varighet på mellom 15 og 30 minutter. Det ble også dokumentert hvor kritisk pasientsikkerheten er ved vaktskifte:

Overføring av pasientansvar er et kritisk punkt for pasientbehandling, og det blir betraktet som alvorlig dersom denne overføringen blir svekket. Spesialiseringen i avdelingen og nivået av akutte funksjoner er avgjørende for hvor omfattende overføringsprosessen bør være

(Meling og Bø 2010, s.144)

I 1877 beskrev Rikke Nissen hvor viktig sykepleiedokumentasjon er. Her vises det til to sitater I Lærebog og håndbok i sygepleje 1926 som gir retningslinjer om skriftlig dokumentasjon:

”Hukommelse er en saare viktig ting. Mange mennesker mangler den, fordi de ikke oppøver den. At skrive alting ned hjælper en til at huske, men den oppøver ikke hukommelsen” (Dahl, Heggdal og Standal s.101).

Der må være ansvarshavende sygeplejerske som giver klar Beskjed om hver enkelt pasient til Natsygeplejersken. Selv om dette altid på mundlig bør hun ogsaa have skrevet en kort og klar rapport om, hvad der er sket i Dagens løb, og hvilke Ordinasjoner, der er givet for natten. Natsygeplejersken maa med største Opmærksomhed gennemlæse denne

(Dahl, Heggdal og Standal s.101).

2.6 Stille rapport

For optimal stille rapport er det viktig at den skriftlige dokumentasjonen er nøyaktig og stemmer med pasientens tilstand (ibid.).

Skriftlig rapport danner grunnlag for stille rapport (Meling og Bø 2010).

Blant studier i Norden som tar for seg vurdering av stille og muntlig rapport, referer Meling og Bø (2010) til Solvang (2005) som er positiv til stille rapport. Meling og Bø (2010) referer til Hamran som stiller seg kritisk til at muntlig rapport blir erstattet med stille rapport i vaktskifte. Person og Nilsen (2006) viser i sine studie blandende vurderinger.

I disse studiene tar sykepleierne for seg problemområder ved skriftlig dokumentasjon. Det kommer fram at mange foretrekker muntlig rapport da det gir muligheter for å sette pasientbehandlingen i perspektiv, og hvor de synes det er lettere å forklare situasjoner muntlig (Meling og Bø 2010).

Ved å kombinere muntlig og skriftlig rapport får man lettere frem helheten ved rapporteringen (ibid.).

2.7 Muntlig rapport

Det ble vurdert at muntlig rapport i vaktskifte var tilfredsstillende dersom rapporten var konkret og man unngikk irrelevant snakk. Ved muntlig rapport gis muligheter for viktige beskjeder (Meling og Bø 2010).

Det kan være lettere å uttrykke en detaljert handling eller situasjon med muntlig rapport, ved at det kan beskrive pasientens tilstand, eller situasjon med færre ord. Ved skriftlig

dokumentasjon kan det bli en lengre avhandling for å forklare samme situasjon på en god og forståelig måte (Meling og Bø 2010).

2.8 Pasientsikkerhet ved rapport

Eksterne og interne faktorer kan påvirke kvaliteten og pasientsikkerheten ved vaktskifte, uavhengig om det er stille eller muntlig rapport (Meling og Bø 2010). Avbrytelser er en ekstern faktor som kan påvirke kvaliteten. Det kan oppstå en uventet hendelse, telefoner som ringer og antall pasienter på avdelingen i forhold til bemanning. Ved avbrytelser kan det oppstå tidspress og stress som negativ faktor (ibid.).

Når det gjelder interne faktorer er kvalitet og informasjonsmengde viktig ved muntlig og skriftlig rapport. Evnen til å formidle kort og presist er viktig ved dokumentasjon og når man gir rapport. Kommunikasjonsferdigheter, kunnskap, godt språk og relevante pasientbeskrivelser er noen faktorer som er avgjørende. For å sikre god kvalitet ved vaktskifte må man være fokusert, lytte samt unngå kommentarer utenom tema (Meling og Bø 2010). Interne og eksterne faktorer kan påvirke kvaliteten ved rapport hvor viktig informasjon kan gå tapt. Dette vil kunne påvirke pasientsikkerheten (ibid.)

2.9 ISBAR – et verktøy for strukturert kommunikasjon

Ved videreformidling av pasientinformasjon er det viktig med effektiv og sikker kommunikasjon. Dødsfall og uønskede hendelser er hvert år forårsaket av svikt på dette området (Dunsford 2009; Leonard, Graham og Bonacum 2004). Flyindustrien var blant de første som innså at effektiv kommunikasjon er viktig for å forhindre ulykker, og utviklet sjekklister og prosedyrer med systematisk rapportering, samt analyser av uønskede hendelser (Dunsford 2009). I helsevesenet har man i lang tid hengt etter i utviklingen av lignende prosedyrer for rapportering, og dette har vist seg å ha alvorlige konsekvenser (ibid.). På bakgrunn av dette har helsevesenet i nyere tid begynt å benytte flyindustriens kommunikasjonsmetoder tilpasset helsevesenet, samtidig som kommunikasjon har fått mer prioritet (Ydemann 2012). ISBAR er et akronym som står for Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation og er et hjelpemiddel for helsepersonell til å effektivisere og sikre informasjonsflyt med annet helsepersonell (Dunsford 2009). Det er en videreføring av SBAR, der Identification er blitt et eget punkt, for å forsikre nøyaktig identifisering av sender og mottaker (SA Health u.å.). ISBAR er spesielt gunstig i akutte situasjoner der klar og tydelig kommunikasjon er nødvendig for å sikre pasientsikkerhet (Dunsford 2009).

Her følger en punktvis oppsummering av hvert element i ISBAR:

- Identification – man identifiserer seg med navn og arbeidsplass
- Situation – her opplyses det om pasientens navn, og forklarer kort problemet, deretter følger
- Background – her opplyses det om pasientens diagnose(r), innleggelsesårsak, medisinsk status og relevant historie
- Assessment – det opplyses om vitale målinger, blodprøve- og laboratoriesvar og eventuelle andre viktige tilleggsopplysninger
- Recommendation – be om råd eller hjelp til situasjonen. Be legen komme for å tilse pasienten.

(ibid.).

I følge Leonard, Graham og Bonacum og Ottewill, Urban og Elson i Dunsford (2009) er iverksetting av ISBAR-systemet leders ansvar, og det kreves tverrfaglig samarbeid for å lykkes med implementeringen på tvers av sykehusavdelinger.

3. Metode

Her presenteres en innføring i litteraturstudie som metode og forskjellen mellom kvantitative og kvalitative studier. Etter dette følger en redegjørelse av søkestrategi for oppgaven og en skjematisk presentasjon av de vitenskapelige artiklene som er benyttet i oppgaven. Til slutt kommer en definisjon av innholdsanalyse.

3.1 Litteraturstudie som metode

Polit og Beck (2010) definerer metode som fremgangsmåten for å samle og analysere data i et studie.

Denne oppgaven er en litteraturstudie. For å gjennomføre en litteraturstudie benytter man forskning og fagstoff som allerede er fremstilt, og man produserer følgelig ikke ny forskning. Allikevel kan en litteraturstudie gi nye spørsmål som kan være opphav til videre forskning. Litteraturstudie kan defineres som en systematisk undersøkelse der man begynner med å stille et spørsmål, deretter finner man, ved hjelp av en god søkestrategi, relevante forskningartikler som man analyserer og tolker, og oppsummerer (Polit og Beck 2010). Litteraturstudier er viktig for sykepleiere som ønsker å yte en evidensbasert praksis, da disse hjelper til å tilføre studenten, den nyutdannede eller den erfarne sykepleieren ny kunnskap (ibid.).

I søkeprosessen kan man finne mye stoff, og det er viktig å kunne filtrere ut det som er relevant for oppgaven, og det man ikke behøver. Polit og Beck (2010) anbefaler at man ved en litteraturstudie velger primærkilder, dette er forskningsrapporter som er skrevet av de som har gjennomført forskningen. En sekundærkilde er en rapport eller en artikkel skrevet av noen andre enn den som har gjennomført forskningen. En litteraturstudie er dermed en sekundærkilde. Selv om sekundærkilder kan være gode og relevante, bør de ikke erstatte primærkilder, da primærkilder ofte er gir mer detaljer om metoden benyttet samtidig som de gjerne er mer objektive enn en sekundærkilde (ibid.).

3.1.1 Fordeler og ulemper ved litteraturstudier

Fordelen med litteraturstudie som metode er at den som utfører studien kan innhente aktuell og etisk forsvarlig litteratur på kort tid, samt at det er lett å oppspore de aktuelle kildene på nytt dersom det skulle være nødvendig. En annen fordel er at man kan få opplyst hvilke tiltak som virker, og om det finnes et vitenskapelig grunnlag for å anbefale tiltaket (Forsberg og Wengström 2008).

Ulemper med litteraturstudie er at det er begrenset tilgang til forskning, og at det kan forekomme ulike resultater innenfor det samme forskningsområdet. Det er også en risiko at man feiltolker materialet man benytter seg av (ibid.).

3.2 Kvantitative og kvalitative studier

En kvantitativ studie tar utgangspunkt i deduktive resonneringer for å skape en spådom som testes i den virkelige verden, ved hjelp av innsamling av empiriske bevis. Datainnsamlingen foregår i bredden og man kan benytte forskjellige verktøy, for eksempel spørreundersøkelser. Resultatene tolkes ved hjelp av statistikk. Et viktig mål ved en kvantitativ studie er å generalisere funnene (Polit og Beck 2010). En begrensning ved kvantitative studier er at man ikke kan besvare etiske og moralske dilemmaer med tall, kvantitative studier er dermed dårlig egnet for å besvare problemstillinger der informantens svar kan være påvirket av religiøse, moralske eller etiske overbevisninger (ibid.).

En kvalitativ studie kjennetegnes ved at forskeren gjennomfører studiet med nærhet til informantene. Kvalitative studier ønsker å oppnå en forståelse gjennom nøye innsamling og analyse av materiale. Ved å utføre en kvalitativ studie kan man utforske komplekse problemstillinger som ikke kan måles i numeriske verdier. Man går i dybden på det man forsker på, og forskningsprosessen kan gå over flere år (Polit og Beck 2010). Selv om kvalitative studier kan gi en detaljert og god besvarelse på problemstillingen, begrenses likevel metoden ved at informantene, mennesker man studerer i dybden, er feilbarlige og subjektive. Subjektiviteten blant informantene kan bidra til at to forskere kan få to forskjellige svar på sine problemstillinger (ibid.).

3.3 Søkestrategi

Her presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier som er benyttet for å finne artikler til denne oppgaven.

Inklusjonskriterer	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Ikke IMRAD-struktur
Tidsskriftet er fagfelleurdert til nivå 1 eller 2	Publisert i et tidsskrift som ikke er fagfelleurdert
Basert i Norge/Norden/Vest-Europa/USA. Dette av kulturelle hensyn.	Studien er basert i et ikke-vestlig land.
Språk: Engelsk eller norsk/svensk/dansk	Språk: Ikke engelsk eller norsk/svensk/dansk

Publisert 2009 - 2014	Publisert tidligere enn 2009
Primærkilde	Sekundærkilde
Fokus på samarbeid/kommunikasjon med sykepleier-sykepleier/sykepleier-lege.	Fokus på samarbeid/kommunikasjon med helsepersonell hvor sykepleier er ekskludert.

En artikkel som følger IMRAD-strukturen er inndelt etter introduksjon, metode, resultat, og diskusjon, og de fleste vitenskapelige journaler krever at innsendte artikler følger denne oppskriften (Reinar og Kornør 2007). I tillegg til å velge artikler som følger denne strukturen, er det valgt tidsskrifter som er fagfelleurdert. Et fagfelleurdert tidsskrift er kvalitetssikret av eksperter innenfor faget (Svartdal 2013), og kan deles inn i to nivåer. En publiseringskanal som er fagfelleurdert til nivå 1 regnes for å være en ordinær vitenskapelig publiseringskanal, mens en som er vurdert til nivå 2 anses som en publiseringskanal med høyest internasjonal prestisje (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS 2014).

For å finne frem til forskningsartikler gjennomfører man systematiske søk. Kort fortalt går dette ut på at man begynner i bredden, og deretter innsnevrer resultatene slik at man sitter igjen med en håndfull relevante referanser (Bjørk og Solhaug 2008). Innsnevring av søket kan gjøres ved å legge til flere søkeord, eller ved å avgrense etter publikasjonsår og språk (ibid.).

For søk av vitenskapelige artikler til bruk i resultatdelen er det benyttet Ovid Nursing Database og Academic Search Elite. Ved bruk av Ovid er det huket av for "Publication Year 2009 – 2014", da dette begrenser søket i henhold til inklusjonskriteriene. Da det var ønskelig med artikler på både engelsk og de nordiske språk, er det ikke huket av for "English Language". Det er ikke huket av for «Full Text», da det ofte er mulig å få fatt i Pay-Per-View-artikler ved hjelp av søk på Google Scholar eller Library Genesis. At artiklene skal være maks fem år gamle er helt klart en begrensning, og det kan tenkes at man med dette går glipp av gode, relevante forskningsartikler. En annen begrensning er også valget om å kun benytte Ovid og Academic Search Elite.

Aktuelle søkeord i denne oppgaven har vært "communication", "patient safety", "hospital nursing staff", "interprofessional relations", "work environment", "health

professionals”, ”hospitals”, ”assertiveness”, ”attitude”, teamwork”, ”patient care”. Et PICO-skjema er benyttet som hjelpemiddel for å finne relevante søkeord.

Problem/Pasient/populasjon	Intervensjon	Comparison (Sammenlikning)	Outcome (Utfall)
<ul style="list-style-type: none"> - kommunikasjonsvikt - uønskede hendelser - uventede dødsfall - helsepersonell -sykepleier-lege-kommunikasjon - mangel på samarbeid - mangel på dokumentasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - implementering av ISBAR - trening i samhandling ved hjelp av simulering - tverrfaglig samarbeid - dokumentasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - sammenligning av muntlig/skriftlig rapport - kommunikasjon med/uten ISBAR 	<ul style="list-style-type: none"> - Økt pasientsikkerhet

En full oversikt over fremgangsmåte for funn av de presenterte artiklene kommer som vedlegg nr. 1.

I oppgaven presenteres resultatene fra fire kvalitative studier, to kvantitative og én observasjonsstudie.

3.4 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat
Clark, R. C. og M. Greenawald. (2013) Nurse-Physician Leadership: Insights Into Interprofessional Collaboration. I: JONA: <i>The Journal of Nursing Administration</i> , 43(12), s. 653-659.	Kommunikasjonssvikt er en hovedårsak til uønskede hendelser i helsevesenet, og kommunikasjonssvikt forekommer ofte mellom sykepleier og lege. Hensikten med studien er å identifisere hvordan sykepleiere og leger opplever samarbeidet med hverandre, og hva som påvirker dette.	Kvalitativ studie, intervjuer med ledere for sykepleiere (10 stk) og leger (8 stk) ved et sykehus i USA.	Det kommer frem i studien at sykepleiere og leger ofte har begrenset kunnskap om hverandres arbeidsmetoder, ansvarsområder og verdier. Informantene fra begge yrkesgrupper sier de opplevde bedre samarbeid når de fikk tid til å sette seg ned og snakke ordentlig sammen om pasientene, men at forstyrrelser var hyppig, noe som påvirket samarbeidet negativt.

			Resultatene i studien støtter behovet for tilrettelegging fra ledernivå for at det tverrfaglige samarbeidet skal være optimalt.
Garon, M. (2012) Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. I: <i>Journal of Nursing Management</i> , 20(3), s. 361-371.	Sykepleiere er viktige for ivaretagelse av pasienter og deres sikkerhet i sykehus. Studien vil undersøke om sykepleiere tør å ta ordet, og om de blir hørt på arbeidsplassen.	Kvalitativ undersøkelse, intervju av 33 sykepleiere fra flere helseforetak i California, USA.	Resultatet i studien viser at å ha en kultur på arbeidsplassen som tillater at sykepleiere kan ta ordet og si sin mening, og så bli hørt er viktig. Dette har positiv innvirkning på pleien pasientene mottok, økt trivsel på jobben, og økt pasientsikkerhet. Studien understreker viktigheten av å ha en åpen kommunikasjonskultur.
Meester, K. D. m.fl. (2013) SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. I: <i>Resuscitation</i> , 84(9), s. 1192-1196.	The Joint Commission International Patient Safety Goal 2 mener at effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell må forbedres. Hensikten med studien er å undersøke implementeringen av SBAR-modellen i sykehusavdelinger	Kvantitativ studie. Sykepleiere ved 16 avdelinger ble opplært i bruken av SBAR, og en intervensjonsstudie for å måle effekten av dette ble gjennomført fra 2010 – 2012.	Det ble påvist en nedgang i antall uventede dødsfall og en økning i innleggelser på intensivavdelingen.
Joffe, E. m.fl. (2013) Evaluation of a Problem-Specific SBAR Tool to Improve After-Hours Nurse-Physician Phone Communication: A Randomized Trial. I: <i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , 39(11), s. 495-501.	Finne ut hvorvidt SBAR-modellen øker pasientsikkerheten ved å redusere tap av viktig informasjon om en pasient ved kommunikasjon over telefon på kveldstid.	Kvantitativ studie. 20 sykepleiere ringte legen om simulerte situasjoner som var basert på bakgrunn av ekte hendelser.	Det ble gjennomført analyse av 92 telefonsamtaler. SBAR ble benyttet ved 43 av disse, og 49 var kontrollsamtaler. Det som kom frem av resultatet er at SBAR fortsatt ikke var godt nok for å sikre den nødvendige informasjonsoverføringen. Ved telefonering på kveldstid ble det påvist mangelfull kommunikasjon, og legene etterspurte ikke tilstrekkelig med informasjon. Å kun tilby SBAR-modellen som en kommunikasjonsmodell kan ikke garantere at all informasjon blir videreført og mottatt.

<p>Carrington, J.M og J.A. Effken. (2011) Strengths and Limitations of the Electronic Health Record for Documenting Clinical Events. I: <i>CIN: Computers, Informatics, Nursing</i>, 29(6), s. 360-367.</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å finne fordeler og ulemper ved elektronisk dokumentasjon og journalsystem. Videre er hensikten å finne ut av om dette er en god og effektiv måte for sykepleiere å kommunisere på og om det kan føre til økt pasientsikkerhet. Relevante faktorer i denne er artikkelen er samarbeid, brukervennlighet, oversikt, løsninger og kommunikasjon.</p>	<p>Kvalitativ studie, intervjuer med sykepleiere ved to sykehus i USA.</p>	<p>Det kommer frem i studien at sykepleierne oppfatter elektronisk dokumentasjon som en barriere. Ved det ene sykehuset sees det kun begrensninger ved elektronisk dokumentasjonssystem. På det andre sykehuset så de styrker som brukervennlighet og god oversikt. Ut fra de forskjellige resultatene støtter studien behovet for ytterligere forskning for komme frem til lønnsomheten av elektronisk journalsystem</p>
<p>Jefferies, D. M, Johnson og D. Nicholls (2012) <i>Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing</i>. I: <i>Contemporary Nurse</i>, 42(1), s. 129–138.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å finne ut av fordeler og ulemper ved skriftlig- og muntlig rapport. Hvordan sykepleiere kommuniserer for å overføre informasjon og pasientopplysninger og hva som vil gi økt pasientsikkerhet.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>Det kommer frem at ved muntlig rapport åpner det seg muligheter for å stille spørsmål og man vil få et mer helhetlig bilde av pasienten. Bakdelen ved dette er informasjonen ikke blir lagret, slik at opplysninger kan gå tapt. En løsning på dette er kombinere muntlig og skriftlig dokumentasjon.</p>
<p>Kilpatrick, K. (2012) Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22(1-2), s. 168-179.</p>	<p>Helsevesenets tverrfaglige team trenger å etablere klare prosesser for kommunikasjon, og klargjøre beslutninger om pasientbehandling, slik at dette blir effektivt. Det er lite kjennskap om hvordan akuttsykepleiere påvirker disse kommunikasjonsprosessene.</p>	<p>Observasjonsstudie. Bruk av 2 case.</p>	<p>Det kommer frem i studien at akutt-/intensivsykepleiere henviser seg forskjellig i disse 2 casene. I case 1 ble det observert at sykepleierne kommuniserte oftere med leger mtp beslutninger angående pasientbehandling, mens det i case 2 ble det observert at intensivsykepleiere henviste oftere med kun sykepleierne på post.</p> <p>Mye av potensialet for intensivsykepleieres roller hviler på evnen til å vedta det tulle og hele omfanget av deres roller. Omfanget avhenger av lovgivningen, overføring av beslutningsmyndighet i organisasjonen, og de meldinger som mottas. Det kommer frem hvor viktig tverrfaglig samarbeid er, nor det gjelder pasientsikkerhet og kvalitet</p>

			i pasientbehandling.
--	--	--	----------------------

3.5 Analyse

Analyse av de valgte artiklene er gjort ved hjelp av innholdsanalyse. Innholdsanalyse går ut på å systematisk søke gjennom de valgte tekstene for å foreta kildekritiske og kontekstuelle vurderinger. Ved å søke gjennom teksten registrerer man det relevante innholdet, som man også kategoriserer (Polit og Beck 2010). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har vært til hjelp i analyse av artikler ved at man lett kunne forkaste artikler som i utgangspunktet så aktuelle ut, men som ikke passet kriteriene.

3.6 Forskningsetikk

For å sikre at forskningen er utført i henhold til forskningsetiske retningslinjer, er det benyttet vitenskapelige artikler som er godkjent av etiske komiteer tilknyttet forfatterens institusjon. Viktige elementer i forskningsetikk er blant annet personvern, at deltakelse skal være basert på frivillighet, og at deltakeren skal være i stand til å selv takke ja eller nei til å delta. Forskeren skal informere om alle aspekter ved forskningen. Alle resultater skal publiseres, og det skal også oppgis om det er en interessekonflikt, eller om forskningen er sponset (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2013).

4. Resultat

Her presenteres resultatene i de vitenskapelige artiklene som er benyttet i oppgaven.

4.1 Betydningen av en samarbeidskultur mellom sykepleiere og leger

Clark og Greenawald (2013) støtter teorien om at sykepleiere og leger har begrenset kunnskap om hverandres ansvarsområder og utøvelse av praksis som beskrevet i Schmalenberg m.fl. (2005), og at de kan ha forskjellige oppfatninger av løsninger for fremgang i pasientsituasjoner slik Manojlovich, Antonakos og Ronis (2009) mener. Clark og Greenawald (2013) mener at dette til en viss grad gjenspeiler det faktum at sykepleiere og leger ikke har en tydelig avklaring av hverandres ansvarsområder, eller avsatt tid der man i fellesskap kan avklare disse ansvarsområdene, og jobbe sammen mot et felles mål. Sykepleierne og legene understreket at det tverrfaglige samarbeidet ble styrket da de fikk mulighet til å møtes med den hensikt å bli kjent med hverandres utøvelse av praksis og ansvarsområder, men at disse møtene ofte ble avbrutt andre oppgaver eller prioriteringer (ibid.). Clark og Greenawald (2013) skriver at samtaler preget av respekt for hverandre, med en klar hensikt er å foretrekke over korte, rutinepregede beskjeder. Samtidig bør ikke kommunikasjonen være for personlig, da dette kan medføre at essensen i beskjeden blir tapt (ibid.). Clark og Greenawald (2013) understreker at når man snakker om pasienter, må man identifisere pasientens behov, samtidig som sykepleiers og legers roller og ansvarsområder i behandling av pasienten er klart definert. Videre foreslås det at ledere på høyere nivå også har ansvar for å tilrettelegge for gode rammer for kommunikasjon mellom sykepleiere og leger på sykehus (ibid.). Under gjengis en tabell i Clark og Greenawald (2013) sin studie, som kort beskriver elementer som fremmer og hemmer tverrfaglig samarbeid.

	Elementer som fremmer samarbeid	Elementer som begrenser samarbeid
Organisatoriske forhold	<ul style="list-style-type: none">- Tydelige forventinger fra ledelsen til sykepleier/leger- Avsatt tid til teambuilding.	<ul style="list-style-type: none">- Mangel på tydelige krav og forventinger- Mangel på tydelige ansvarsområder til rollen som medical director- Mangel på kommunikasjon fra lederskap à sykepleiere/leger
Delte forventinger	<ul style="list-style-type: none">- Felles forståelse av hverandres oppgaver og utfordringer.- Tydelige ansvarsområder	<ul style="list-style-type: none">- Mangelfull definisjon av målsetninger med tanke på pasienter.- Utfordringer knyttet til

	og forventinger knyttet til sykepleier- og legerollen.	hierarki - Urealistiske forventinger til hverandres ansvarsområder
Kommunikasjon	- Basert på respekt, ærlighet og betimelighet.	- Personlig kommunikasjonsmåte fremfor profesjonell - Mangel på respekt
Sosiale forhold	- Sosiale forhold som tillater både private og profesjonelle samtaler og problemstillinger.	- Dårlig tid og mangel på gjensidig interesse - Hyppig utskifting av leger og annet personale

Kilpatrick (2012) tar for seg hvordan akuttsykepleiere benytter seg av beslutningsprosessen, herunder kommunikasjon med ulike profesjoner. Kilpatrick henviser i sin artikkel til Buljac-Samardzic m.fl. (2010) sin studie med fokus på kommunikasjon. Studien viste at trening av samspillet kommunikasjon forbedret teamets funksjon, særlig ved utøvelse av mer komplekse oppgaver og prosedyrer. Det blir påpekt av Leggat (2007) at verbal og non-verbal kommunikasjon er blitt forbundet som viktige egenskaper ved effektivt samarbeid (I: Kilpatrick 2012).

Det forskes på sykepleieres kommunikasjonsmønstre i Kilpatrick (2012). Det kommer frem i Dreaschlin m.fl. i Kilpatrick (2012), der sykepleiere innenfor sitt eget team eller egen avdeling kommuniserte effektivt. Men derimot hvis sykepleierne beveget seg ut fra sin avdeling, ble det observert og beskrevet av Leipzig m.fl. (2002) at sykepleierne var mer varsom med kommunikasjon, med manglende selvtillit og selvsikkerhet innenfor et tverrfaglig team (ibid.). Studien gir en detaljert beskrivelse av kommunikasjonsmønstre i teamarbeid, og belyser effekten av overføring av informasjon til ulike profesjoner (ibid.).

Beslutningsprosesser ved kommunikasjon er blitt identifisert av Liemieux-Charles og McGuire i Kilpatrick (2012) som sentrale prosesser av et effektivt samarbeid. Olupeliyawa, Hughes og Balasooriya i Kilpatrick i Kilpatrick (2012) gjennomførte en tilsvarende studie på samarbeidskompetanse blant helsepersonell, og fant ut at begrepet kommunikasjon kun var en av fire sentrale begreper når det gjelder samarbeidskompetanse. Richardson, West og Cuthbertson i Kilpatrick (2012) påpeker at kommunikasjonen og beslutningsprosesser som blir benyttet under rutiner ved pasientbehandling og ved tverrfaglig samarbeid har vist seg å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Videre blir det påpekt av Catchpole og McCulloch (2010) hvordan tverrfaglig kommunikasjon ved en beslutningsprosess kan påvirke

pasientsikkerheten. Det er derimot uklart hvordan økt tempo i kommunikasjon påvirker pasientbehandlingen eller pasientsikkerheten, eller om økt tempo i kommunikasjon fører til en økt risiko for feilbehandling (I: Kilpatrick 2012).

Garon (2012) viser i sin studie at kultur, utdanning og forhold i hjemmet påvirker sykepleierens evne til å ta ordet i arbeidslivet, og bli hørt i tverrfaglige sammenhenger. Roberts i Garon (2012) mener at sykepleiere ofte kan ta en passiv rolle, og ikke tillater seg å si sin mening, eller melde fra om uønskede hendelser. At sykepleiere tyr til stillhet i tverrfaglig drøfting av pasienter, eller under legevisitt kan ha konsekvenser for pasientsikkerheten (Garon 2012). Elementer som bidrar til at sykepleiere ikke snakker, kan være mangelfull tilbakemelding eller dårlig formulerte beskjeder (ibid.). For at sykepleiere skal tørre å ta ordet, er det i følge Garon (2012) viktig at avdelingsledere tilrettelegger for åpen og positiv kommunikasjon, samt at de må høre de ansattes behov og ønsker. For å stimulere åpen kommunikasjon er det for eksempel til hjelp om avdelingsledere og andre ledere har døren åpen til kontorene sine, da dette virker inviterende (ibid.). Videre kommer det frem at evnen til å lytte uten å kritisere eller legge skylden på noen også bidrar til økt deltakelse i møter/samtaler fra sykepleiere (Garon 2012). Garon (2012) skriver at et sykehus i Texas oppfordrer ansatte til å gå med et "I care"-merke som viser at den ansatte lover å si i fra dersom de bevitner at den feil blir begått, og det blir presisert at merket isolert sett ikke er viktig for sikkerheten, men at den er en del av initiativet til å styrke sikkerhetskulturen på sykehuset. Garon (2012) mener også at anerkjennelse av sykepleiere som tør å ta ordet og si sin mening er positivt og at dette kan ha effekt på pasientsikkerheten, da det kan føre til at flere følger etter.

4.2 Dokumentasjonens betydning for pasientsikkerhet

Carrington og Effken (2011) har tatt utgangspunkt i en undersøkelse for å sammenligne sykepleieres oppfatninger av elektroniske journaler og dokumentasjoner. Hensikten er å få innblikk i styrker og svakheter ved å ha fokuset rettet mot skriftlig kommunikasjon og ved hjelp av elektroniske journaler for hente nødvendige pasientopplysninger.

Sykepleierne i undersøkelsen mente at bruk av elektronisk journal ble en barriere med tanke på manglende effektivitet, tungvint og lite brukervennlig. Det ble nevnt styrker som økt brukervennlighet og lesbarhet. (Carrington og Effken 2011). Dette er et interessant funn da

det kan tyde på at den største barrieren er manglende erfaringer og kunnskap. I artikkelen er det uvisst om mer opplæring og forståelse vil føre til økt effektivitet og ikke en barriere for dokumentasjon og hvordan dette vil påvirke pasientsikkerheten (ibid.).

Det er viktig å ivareta pasientsikkerheten ved overlevering av pasienter. Det vil si at alle nødvendige opplysninger blir gitt og at informasjonen kommer frem til alle aktuelle parter. Ved overlevering av pasienter vil muntlig kommunikasjon gi rom for å stille spørsmål, og man vil få et mer helhetlig bilde av pasienten (Jefferies, Johnson og Nicholls 2012).

Crystal i Jefferies, Johnson og Nicholls (2012) påpeker at ved å bruke skriftlig dokumentasjon som kommunikasjonskilde, vil informasjonen og de opplysninger som oppgis bli lagret. Dokumentet er tilgjengelig over en lengre tid og sikkerheten ved dette vil øke da man ikke er avhengig av hukommelsen for å huske viktig informasjon. Muntlig kommunikasjon kan føre til svakheter ved pasientsikkerheten ved å glemme eller misforstå. Når det ikke står skrevet vil det også være en risiko for at informasjonen ikke kommer frem til alle (Jefferies, Johnson og Nicholls 2012).

Ved muntlig rapport er det lettere å stille spørsmål og få fortløpende svar. På denne måten vil pasientinformasjonen bli helhetlig og utfyllende, noe som kan føre til økt pasientsikkerhet. Dette er også en form som er foretrukket av sykepleiere (Jefferies, Johnson og Nicholls 2012). Hvis informasjonene som blir gitt muntlig ikke nås av alle aktuelle parter kan dette føre til svekket pasientsikkerhet. Ved å ha et system som fremmer kommunikasjon og sørge for at all informasjon nås av alle interesserte, kan dette fremme pasientsikkerheten (ibid.).

4.3 Implementering av strukturerte kommunikasjonsverktøy

De Meester m.fl. (2013) gjennomførte en intervensjonsstudie der de så på effekten av implementering av SBAR-modellen i et belgisk sykehus. De Meester m.fl. (2013) skriver at sykepleiere kan nøle med å ringe etter hjelp fordi de er usikre på hva de skal si, eller fordi de ikke vil "virke dumme". Studien viste at SBAR-modellen var til hjelp for dette, og at sykepleierne ble bedre forberedt dersom de benyttet seg av SBAR (ibid.). Det kommer frem at antall innleggelses på intensivavdelingen gikk opp, og antall uventede dødsfall gikk ned etter implementering av SBAR-modellen. De Meester m.fl. (2013) mener dette henger sammen med at sykepleiere oppdager fallering av pasientens tilstand og tilkaller lege tidligere grunnet høyere selvsikkerhet takket være bruk av SBAR. Innleggelse på intensivavdelingen er her et

positivt funn grunnet høyere omsorgsnivå, og mulighet for å forhindre ytterligere fallering (ibid.). De Meester m.fl. (2013) tror sykepleieres bekymring ble tatt mer på alvor grunnet implementering av SBAR, samtidig som økte tilfeller av legetilkalling og bedre innsikt i egen kompetanse blant sykepleiere også kan tilskrives implementering. Disse tre faktorene kan øke tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid, og dermed forhindre uønskede hendelser og pasientskade (ibid.).

Joffe m.fl. (2013) gjennomførte en studie for å vurdere effekten av SBAR-modellen ved telefonsamtaler mellom sykepleiere og leger. Det ble utarbeidet to typer scenarier som skulle belyse om den nødvendige informasjonen ble formidlet til legen. Den ene var situasjonsrelatert og den andre var bakgrunnsrelatert. Joffe m.fl. (2013) skriver at det ikke kom frem at det var noen vesentlig forskjell mellom de som brukte SBAR og de i kontrollgruppen. De som brukte SBAR-modellen hadde en antydning til ikke å formidle bakgrunnen til pasienten. Man kunne også se at ved de som benyttet SBAR-modellen, var det en antydning til forbedret formidling av grunnen for innleggelse og medisinsk historie. I de tilfellene der det ikke ble formidlet bakgrunnsinformasjon, spurte legene veiledende spørsmål for å få svar på dette (ibid.).

I både bakgrunn- og situasjonssimuleringene var det tilfeller der sykepleierne ikke presterte å formidle den relevante informasjonen. Det var også tilfeller der det ble formidlet feil informasjon, men dette var likt for både SBAR-modellen og kontrollgruppen (ibid.).

Joffe m.fl. (2013) skriver at både ved bruk av SBAR-modellen og i kontrollgruppen ble det rapportert like mange elementer som beskrev pasientsituasjonen og den medisinske bakgrunnen. Det var en økt andel av feilinformasjon ved bruk av SBAR, men ikke betydelig. Det tok like lang tid for de med SBAR-modellen og kontrollgruppen å gjennomgå pasientjournalen. Det var heller ingen forskjell på lengden av telefonsamtalen med legen, eller hvor lang tid det tok før det ble forklart grunnen til at legen ble kontaktet. Videre skrives det at sykepleierne kom med en vurdering eller et forslag om pasientsituasjonen i like stor grad ved bruk av SBAR og i kontrollgruppen. Det kommer også frem at i to av tre tilfeller der sykepleieren kom med en vurdering eller et forslag til legen, ble ikke pasientens bakgrunn formidlet (ibid.).

5. Diskusjon

Ved hjelp av teori og annen relevant forskning, diskuteres her resultatene presentert over. Dette legger grunnlaget for konklusjonen som presenteres i neste kapittel. Kildekritikk av de valgte forskningsartiklene kommer på slutten av kapitlet.

5.2 Betydningen av samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleiere og leger

Begrepet 'samarbeid' brukes når man har et mål som ikke kan oppnås alene, men i fellesskap. Samarbeid kan være hyggelig, interessant og lærerikt, men det gjør det ikke nødvendigvis til et godt samarbeid (Højholdt 2013).

Et tverrfaglig samarbeid forutsetter flere elementer i tillegg til fagligheten. Her vurderes samarbeidet på et høyere nivå, der man ser på profesjonsyrkenes fokus på verdier, normer og holdninger. Det er knyttet flere utfordringer ved et tverrfaglig samarbeid som handler nettopp om disse fokusene (Højholdt 2013). Man har i de senere årene sett forskjellige argumenter som er for et tverrfaglig samarbeid i den offentlige sektor. Højholdt (2013) hevder videre at alle er for et samarbeid, og det kan av og til virke som det nærmest ikke er en problemstilling som ikke har kunnet løses ved å arbeide tverrfaglig.

Lauvås og Lauvås beskriver ulike nivåer av samarbeid ved tverrfaglige og flerfaglige former for samarbeid (I: Brataas og Haugan 2009). Det ble i begynnelsen av teamsamarbeidet karakterisert som flerfaglig samarbeid, der ansatte bestrebet seg å arbeide tverrfaglig. Samarbeidets karakter ble underveis endret på grunn av identitetsforhandlinger, andre yrkesgrupper og nye prosesser. Teamet sto derfor ovenfor flere utfordringer. Det ble utviklet en teamforankret gruppeidentitet, slik at en frigjorde seg fra den oppfatningen om legenes tradisjonelle dominerende posisjon, og legene etterstrebet å overholde likeverdige roller i samarbeidet. Fewster-Thuente og Freeman, samt Leathard i Brataas og Haugan (2009) hevder dette hadde en påvirkning for sykepleierne, dette særlig når det gjelder utfordringer ved å se sin egen profesjon som likeverdig. Til tross for utfordringer, er det vist at felles støtte og likeverdig samarbeidsroller var positive faktorer som til sammen styrket teamets dyktighetsgrad (ibid.).

Simulering av pasientsituasjoner kan se ut til å være en viktig faktor for å fremme samarbeid. Dette er aktuelt både under utdanning og videre kurs etter endt utdanning. Slik som byggebransjen understreker betydningen av å bruke riktig verktøy for jobben, er det også slik

for sykepleiere, leger og annet helsepersonell. Her påpekes det pasientsimulering som et godt verktøy og ressurs for å bedre pasientsikkerhet (Durham og Alden 2008).

Pasientsikkerhet er et sentralt begrep i den kliniske utdanningen. Det finnes mange aspekter og prinsipper for pasientsikkerhet som kan tas med i sykepleierutdanningen ved hjelp av pasientsimulering. Effektivt samarbeid og kommunikasjon er grunnleggende for kvaliteten på pasientbehandlingen. Det er ifølge Joint Commission at pasientsikkerheten forbedres når kommunikasjonen er nøyaktig, klar, tidsriktig og fullstendig (Durham og Alden 2008).

Williamson m.fl. (1993) belyser at simuleringsmetoden vil gi helsepersonell en mulighet til å øve på ikke-tekniske ferdigheter. Metoden vil også bidra til å trene på tekniske ferdigheter, forbedre det kliniske blikket på pasienten samt bedre behandlingen (I: Abrahamsen og Finsnes 2011). Ikke-tekniske ferdigheter blir definert av Flin m.fl. (2010) som de sosiale og kognitive samt personlige ferdigheter som utfyller de tekniske ferdigheter, som til sammen bidrar til effektiv og sikker pasientbehandling. Ikke-tekniske ferdigheter består blant annet av faktorene beslutningstaking, samarbeid og kommunikasjon, samt ledelse (I: Abrahamsen og Finsnes 2011).

Durham og Alden (2008) hevder via forskning at pasientsimulering under medisin- og sykepleieutdannelsen har stor betydning for videre utøvelse av fagene, samt økt pasientsikkerhet. Det ble vist at 75% av studiene resulterte i positive faktorer ved simulering på kunnskapstilegnelse og ferdighetstrening. Simulering som metode for trening av samspill handler om å øve på kommunikasjonsferdigheter, utvikle kritisk tenkning og kliniske beslutningsferdigheter (ibid.). Det er tidligere hevdet at over 70% av uønskede hendelser stammer fra kommunikasjonssvikt. Teamarbeid og simulering var tilsynelatende to neglisjerte aspekter ved medisinsk utdanning, dette frem til Insitute of Medicine ga ut rapporten ”To Err is Human” (Wachter 2004). Den modellen som er mest kjent er basert fra luftfart, Crew Resource Management (CRM). Modellen tar for seg opplæring av teamdeltakerne til å jobbe utifra et ikke-hierarkisk team, bruke sjekklistene og kommunisere klart og tydelig, spesielt i krisesituasjoner (ibid.). Fordi mennesker de eneste som kan få teknologi til å fungere i praksis, er det derfor ikke overraskende å finne feil begått av mennesket når noe går galt. Hva kan helsepersonell lære av CRM og luftfart? CRM skal redusere konsekvensen og hyppigheten av feil forårsaket av operatører (Scandiq AS 2010). På lik linje som CRM kan helsepersonell relateres til deres hensikt. Operatøren vil være helsepersonell som utøver sykepleie eller medisin. Med økt pasientsikkerhet som mål, må også kommunikasjonen og samhandling

forbedres, for eksempel ved bruk av SBAR-modellen eller ved pasientsimulering (Durham og Alden 2008).

Det er dessverre et stort gap mellom løftet om samarbeid og pasientsimulering og anvendelse av simulering. Til tross for pasientenes utfall som er i økende grad bestemt av hvor godt samarbeidet er mellom helsepersonell under press, er det enda ikke slik at pasientsimulering er inkludert i de fleste medisin- og sykepleierstudienes læringsplan (Wachter 2004). Selv institusjoner som er kjent som simulatorsentre bruker generelt simulatorene til å trene medisinstudenter eller spesialister, for eksempel anestesisykepleier eller –leger). Takket være dataoversikt som viser de beste strategiene for samarbeid og simulering, viser det seg at trening på nettopp dette kan endre den kliniske praksisen. Dette gjør at universiteter og helseinstitusjoner blir presset til å ha metoden som en del av utdannelsens pedagogiske opplæring, samt videre kurs (ibid.).

Det er vist at det ikke er selve simuleringen som gir utbytte for læringen, men debriefingen etter en simulert akutt hendelse. Hvordan var kommunikasjonen og samhandlingen i den akutte hendelsen, og hva kunne vært gjort bedre? I tilfeller kan det være utført feilaktig debriefing, hvilket betyr negativt utbytte av treningen, og dermed skade. Her foreligger det en betydelig pedagogisk utfordring å trene opp ledere og instruktører til å lede og gjennomføre en god, faglig debriefing (Wisborg 2002).

5.3 Økt pasientsikkerhet som følge av kvalitet i dokumentasjon og rapportering

Pasientopplysninger overføres på forskjellige måter, hvor de vanligste formene er stille og muntlig rapport (Meling og Bø 2010). Disse formene for rapport tar utgangspunkt i skriftlig dokumentasjon som er ført elektronisk eller for hånd på papir. Det skilles her mellom elektroniske pasientjournaler og papirbaserte pasientjournaler (Dahl, Heggdal og Standal 2008). Elektroniske journaler oppleves som en barriere hvor sykepleierne mener det er tungvint, lite effektivt og lite brukervennlig. Det stilles spørsmål om dette kan skyldes manglende opplæring innenfor elektroniske journaler (Carrington og Effken 2011).

Det ble i 1996 startet et samarbeidsprosjekt mellom fem sykehus i Norge. Haukland sykehus i Bergen, Regionsykehuset i Tromsø, Rikshospitalet og Ullevål sykehus i Oslo og Regionsykehuset i Trondheim samarbeidet om prosjektet om å utvikle elektronisk pasientjournal (EPJ). Målet og hensikten med prosjektet var å utvikle en elektronisk

sykepleiedokumentasjon som skulle bidra til økt kontinuitet og kvalitet i sykepleiebehandling til pasientene (Hellesø 2003). I prosjektiden fra mars 1999 til august 2000 ble det oppnådd følgende mål:

- 1. Definerings av innholdskomponenter i den elektroniske sykepleiedokumentasjonen.*
- 2. Vurdering av eksisterende klassifikasjonssystem og kodeverk i sjukepleie.*
- 3. Utarbeidelse av en kravspesifikasjon for sykepleiedokumentasjon i en felles pasientjournal.*
- 4. Kriterier for utvikling av standardiserte innholdsmaler.*
- 5. Utarbeidelse av materiell til bruk ved implementering av elektronisk sykepleiedokumentasjon.*

(Hellesø i Hellesø m.fl. 2003).

Resultatene fra prosjektet har en klar sammenheng til hverandre, ved at de reflekterer det tekniske, så vel som sykepleiefaglige vurderinger i utviklingen av sykepleiedokumentasjon i EPJ (ibid.).

Kjellaug Enoksen hevder bruk av EPJ ved norske sykehjem er ”ubrukelige”. Dette skyldes at systemet er for tungvint og at det mangler viktige funksjoner for å kunne søke i programmet og finne riktige opplysninger. Dette kan føre til en fare for pasientsikkerheten.

Journalssystemet må være brukervennlig for medisinsk journalføring og passe for alle yrkesgrupper innen helsetjenesten (Den norske legeforening 2014).

Manglende dataferdigheter og kunnskap om elektronisk pasientjournal kan skape utfordringer ved dokumentasjon. Oddvang (2013) viser til et tilfelle hvor det ble en barriere å dokumentere etter EPJ ble innført. Sykehjemmet som er omtalt i artikkelen opplevde et stort tilbakeskritt ved dokumentasjon. Tidligere var det høy faglig standard ved dokumentasjon, og det ble vist høy kontinuitet og kvalitet på pleie og rapport. Datamaskinene som skulle brukes til dokumentasjon ble sjelden brukt og det ble kun dokumentert ved store forandringer hos pasientene. Manglende passord og utfordringer ved å nedtegne en hendelse ble ofte brukt som begrunnelse for å ikke dokumentere i den elektroniske pasientjournalen. Det ble brukt muntlig rapport i vaktskiftet hvor personalet noterte på egne notatblokker, og lite av det som ble sagt muntlig ble dokumentert i journal (ibid.).

Virginia Henderson var en av de første til å beskrive sykepleiernes funksjoner, og har vært av betydning for sykepleietenkning og påvirket sykepleiedokumentasjon (Dahl, Heggdal og Standal 2008).

Sykepleieteorien til Henderson er å ivareta pasientens grunnleggende behov, når pasienten ikke har krefter, kunnskap, evner eller vilje til å klare dette selv. Denne behovstenkningen ble utgangspunktet til sykepleierens ansvarsområde og ble nedtegnet i en pleieplan, som er en form for dokumentasjon.

I en pleieplan beskriver pasientens diagnose, problem, behov, mål og tiltak og er en del av dokumentasjonen. (ibid.).

Muntlig og stille rapport er de vanligste formene ved overlevering av pasientopplysninger. Det er fokus på hvordan informasjon blir gitt, hvor det skal være effektivitet og taushetsplikten skal overholdes (Meling og Bø 2010). Ved rapport, uansett hvilken form som blir brukt, er det viktig å ivareta pasientsikkerheten. All nødvendig informasjon må nås av aktuelle parter (Jeffries, Johnson og Nicholls 2012).

Muntlig rapport er kjent som den ”tradisjonelle” formen ved å overføre pasientopplysninger. I 2003 ble det skaffet en oversikt over tiden som ble brukt på muntlig rapport, og det viste seg at denne formen var tidkrevende og lite effektiv. Det ble derfor ønske om forandringer og ”stille” rapport ble igangsatt (Meling og Bø 2010).

Vaktskiftet er preget av varierende rapporter. Noen holder korte men presise rapporter, og andre er lange og utfyllende (Solvang 2005). Detaljerte rapporter blir ofte tidkrevende og kan gå ut over den skriftlige dokumentasjonen (Sjåstad 2013). Muntlig rapport viser seg å være en kilde til overtidsarbeid da den muntlige rapporten ofte tar lengre tid enn beregnet. På bakgrunn av dette ble det innført stille rapport (ibid.). Til å begynne med viste sykepleiere usikkerhet til stille rapport. Noen sykepleiere så utfordringer som at den skriftlige dokumentasjon ikke skulle være nok utfyllende. De var redd for å miste viktige pasientopplysninger og oversikt over avdelingen da de ikke fikk rapport om alle pasientene. Andre opplevde stille rapport som positivt da de ble spart for informasjon som de ikke anså som nødvendige (Solvang 2005).

Ved grundig opplæring av EPJ kan dette føre til bedre kvalitet og effektivitet. Ved bedre bruk av tid og ressurser kan man få bedre til å omgås pasientene (Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester 2008-2009).

5.4 Hvordan kan implementering av ISBAR som kommunikasjonsverktøy bidra til å fremme pasientsikkerhet?

I sykehus er det viktig med forutsigbar og strukturert kommunikasjon (Wallin og Thor 2008). Beskjeder skal gis på tvers av yrkesgrupper, over telefon, samt skriftlig og muntlig. Det er større risiko for informasjonstap ved muntlig kommunikasjon enn ved skriftlig, og på grunnlag av dette er det utviklet flere verktøy som skal hjelpe strukturering av kommunikasjon, blant annet ISBAR (Trier 2012). Hensikten med denne oppgaven er som nevnt å finne ut hvordan kommunikasjon og samhandling fremmer pasientsikkerhet. Resultatene presentert i oppgaven viser forskjellige erfaringer ved bruk av ISBAR. Joffe m.fl. (2013) sin studie viser at ISBAR alene ikke nødvendigvis fører til forbedret kommunikasjon. Der kommer det også frem at bruk av ISBAR i noen tilfeller kunne føre til en dårligere informasjonsoverføring. Finnigan, Marshall og Flanagan (2010) gjennomførte et studie der de vurderte effekten av implementering av ISBAR i et sykehus, her svarte kun halvparten av respondentene at de opplevde en forbedring i informasjonsoverføring etter implementering av ISBAR. Årsaken til dette tilskrives at erfarne ansatte allerede hadde tilegnet seg gode kommunikasjonsmetoder, noe Joffe m.fl. (2013) også beskriver i sin studie. I en annen studie gjennomført av Thompson m.fl. (2011) ble også vurdert effekten av ISBAR i et sykehus. Her svarte derimot hele 71% av respondentene at de opplevde en forbedring i kommunikasjon etter implementering. De Meester m.fl. (2013) viser i deres studie en nedgang i uventede dødsfall på sykehus der ISBAR ble implementert, samtidig som det ble rapportert en forbedret oppfatning av kommunikasjon og samhandling. En studie gjennomført av Beckett og Kipnis (2009) viste en forbedring i informasjonsoverføring etter introduisering av ISBAR til leger og sykepleiere.

ISBAR-modellen viser en ideell form for kommunikasjon, men kommunikasjon anses å være en dynamisk prosess, hvor man gjerne er gjentakende og utforskende (Marshall, Harrison og Flanagan 2008). Dette står i kontrast til ISBAR-modellen som er en systematisk, lineær oppskrift. Cheung m.fl. (2010) og Joffe (2013) skriver at maler med en rigid struktur kan øke risikoen for feil, fordi de ofte kan være mer omfattende enn nødvendig. Joffe m.fl. (2013) skriver at i de tilfeller der maler er for omfattende eller vanskelige å følge, er det mulig at sykepleieren eller legen bruker sine egne kunnskaper og sin egen kommunikasjonsmetode for å videreføre beskjeder, fremfor å følge retningslinjer fastsatt av sykehuset. Catch-22 er et begrep innen logikk som stammer fra boken ved samme navn, som på enklest måte kan defineres som et dilemma hvor man ikke ser en enkel løsning (Merriam-Webster u.å.). Joffe

m.fl. (2013) peker på dette i studien sin, og skriver at implementering av tiltak hvis funksjon er å overvinne menneskelige begrensinger, kan feile fordi de er avhengige av mennesker for å fungere. Selv om ISBAR-modellen i teorien er en god løsning, kan den ikke *alene* fremme pasientsikkerhet, da man også må ta den menneskelige faktor i betraktning (ibid.).

Ser man bort fra den menneskelige begrensingen som kan gjøre ISBAR mindre effektiv, er det tydelig at modellen har sine fordeler. Wallin og Thor (2008) påpeker at modellen lar sykepleiere og leger kommunisere ”på samme bølgelengde”. Man ”avmystifiserer” språket, får en enkel struktur på det som skal sies, og kommuniserer med hverandre på et språk både sender og mottaker kjenner (Wallin og Thor 2008; Trier 2012; Finnigan, Marshall og Flanagan 2010). Korrekt bruk av ISBAR kan likestille sykepleiers og legers kommunikasjonsmetode, og bidra til felles enighet. Å gi medarbeidere mulighet til å bruke fagspråket de er opplært til å bruke, uten forenklinger, kan bidra til økt pasientsikkerhet fordi man får utnyttet all kompetansen hver enkelt yrkesgruppe i helsevesenet innehar (Wallin og Thor 2008).

Modellen har flere bruksområder utenom telefonkontakt eller i akuttsituasjoner. Blant annet har en studie vist at implementering av modellen i en svensk anestesiklinikk har ført til økt oppfattelse av pasientsikkerhet og nedgang i uheldige hendelser under kirurgi, og dette tilskrives forbedret kommunikasjon mellom kirurg(er) og sykepleiere (Randmaa 2014). Lignende resultater er dokumentert hos en rehabiliteringsenhet for slagpasienter, der man målte oppfatningen av pasientsikkerhet før og etter implementering av modellen (Velji m.fl. 2008). World Health Organization (2007) foreslår at ISBAR kan benyttes under overføring av pasientansvar mellom avdelinger, det samme gjør Trier (2012), som påpeker at ISBAR-modellen kan benyttes overalt grunnet dens generiske utforming.

Hvilke andre verktøy for informasjonsoverføring finnes, og hvordan bidrar disse til økt pasientsikkerhet?

I tillegg til ISBAR er det i Danmark prøvd ut og iverksatt flere tiltak for å redusere sjansen for feil. Et verktøy for at den informasjonen som blir sendt fra avsender til mottaker blir riktig oppfattet, er såkalt ”sjekk-svar”, eller closed-loop communication (CLC). Mekanismen bak dette er å gjenta en beskjed som blir gitt for å sikre at beskjeden er korrekt oppfattet. Metoden kan benyttes under medisinhåndtering, men også i andre tilfeller der det er viktig med korrekt informasjon (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2007), men også i akuttsituasjoner (Härgestam m.fl. 2013).

Eksempel 1:

Sykepleier 1: Jeg skal gi 1g Paracet til Ola Nordmann.

Sykepleier 2: 1 g Paracet, den er grei.

Sykepleier 1: Fint.

Eksempel 2:

Sykepleier 1: Jeg har målt blodsukkeret til Kari Nordmann, det var 7,3

Sykepleier 2: 7,3 ja, jeg skriver det ned i kurveboken.

CLC kan være et godt verktøy for å sikre at beskjeder blir oppfattet korrekt, men i akuttsituasjoner kreves det trening for at implementeringen skal lykkes (Härgestam m.fl. 2013). CLC er en kommunikasjonsmetode som også benyttes i luftfart, der bruken anslås å være 100% - flyver og tårn gjentar hverandres beskjeder for å forsikre seg om korrekt oppfattet melding, men bruken i helsevesenet er begrenset (Härgestam m.fl. 2013; Miller, Riley og Davis 2009).

Ved kommunikasjon over telefon, kan det være hensiktsmessig å skrive ned beskjeden, for å så gjenta at den er oppfattet korrekt ved å lese opp beskjeden til avsender (ibid.).

For overflytting av pasienter innad på sykehus er det utviklet en huskeregel som kan brukes sammen med ISBAR. Denne kalles Med SALSA, og har som hensikt å øke sannsynligheten for at viktig informasjon om pasienten blir overført. Huskeregelen står for: **M**edisiner, **S**ikkerhetsproblemer (allergier, fallrisiko osv.), **A**vventer (undersøkelse, behandling, svar), **L**edsages av, **S**agt (er pasienten og pårørende informert om det som har skjedd/skal skje), **A**nsvar (avklaring av ansvarsområder) (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2007).

5.4.1 ISBARs nytteverdi for sykepleiere

Vardaman m.fl. (2012) skriver at innføring av ISBAR kan medføre økt anerkjennelse for sykepleierrollen. Som nevnt tidligere kan man si at sykepleiere og leger er på ”samme bølgelengde” ved bruk av ISBAR. Vardaman m.fl. (2012) skriver at dette spesielt er til hjelp for nyutdannede sykepleiere, da disse kan oppleve å ikke bli hørt på av legen, ene og alene på grunn av deres status som nyutdannede. Sett i et større perspektiv, kan tidlig anerkjennelse og aksept av nyutdannede medføre økt effektivitet, selvsikkerhet på en ny arbeidsplass og påfølgende mestring av arbeidsoppgaver, samt forbedret intra-organisatorisk kommunikasjon (ibid.). En forutsetning for pasientsikkerhet er en åpen kommunikasjonskultur som tillater at sykepleiere deler sin kunnskap (Garon 2012), og en åpen kommunikasjonskultur avhenger av

at sender og mottaker forstår det som blir sagt, noe ISBAR-modellen muligens kan bidra til (Vardaman m.fl. 2012; Trier 2012; Wallin og Thor 2008).

5.5 Kildekritikk

Ved kildekritikk går man nøye gjennom artikkelen, og foretar en objektiv vurdering av studiens styrker og begrensinger (Polit og Beck 2010). Her presenteres en begrunnelse av valg for hver artikkel.

1. Artikkelen til Clark og Greenawald (2013) er fagfellevurdert til nivå 1, følger IMRAD-strukturen og er basert i USA. Den er relevant for sykepleiefaget og denne oppgaven. Den kan også tilføre ny kunnskap ved at den fokuserer på sykepleiere og legers egne perspektiver på hvilke elementer som fremmer tverrfaglig samarbeid. Studien er gjennomført ved hjelp av intervjuer, og ble godkjent av institusjonens etiske komite. Resultatet er presentert på en klar og tydelig måte, og viser hvilke elementer som er viktige for samarbeid. På grunnlag av dette ble det besluttet å bruke denne artikkelen.

2. Garon (2012) sin artikkel er fagfellevurdert til nivå 1, følger IMRAD-strukturen og er basert i USA. Hensikten til oppgaven er å utforske sykepleieres egne oppfatninger av kulturen på arbeidsplassen for å ta ordet og si sin mening i diskusjoner om pasienter o.l. Dens sykepleiefaglige relevans er synlig, da man ved å studere dette temaet, ønsker å styrke sykepleierrollen. Studien er gjennomført ved hjelp av intervjuer, og ble godkjent av den etiske komiteen ved California State University Fullerton. Resultatene i studien presenterer elementer som har vært til hjelp for å svare på denne oppgavens problemstilling.

3. Joffe m.fl. (2013) sin artikkel er fagfellevurdert til nivå 1, følger IMRAD-strukturen og er basert i USA. Artikkelen er relevant for oppgaven ved at den viser et annet resultat enn De Meester m.fl. (2013), og dermed er utgangspunkt for diskusjon. Studien innrømmer å ha begrensninger, og det ble vurdert om den skulle benyttes på grunnlag av dette, og det faktum at den kun er sitert av én annen på Google Scholar, og det er en annen artikkel fra Joffe. Det ble besluttet å bruke artikkelen pga. det faktum at den har et annet resultat enn de fleste artikler om ISBAR, den kan også være springbrett for videre forskning for ISBAR. Artikkelen er godkjent av "Committee for the Protection of Human Subjects".

4. De Meester m.fl. (2013) sin artikkel er fagfelleurdert til nivå 1, følger IMRAD-struktur og er basert i Belgia. Hensikten med studien var å se effekten av implementering av ISBAR gjennom et kvantitativt intervensjonsstudie, med bakgrunn i at implementering av ISBAR kan forbedre kommunikasjonskultur og dermed øke pasientsikkerheten. Resultatene i studien viste en god effekt av ISBAR. Godkjent av den etiske komiteen ved sykehuset.

5. Carrington og Effken (2011) sin studie er fagfelleurdert til nivå 1, følger IMRAD-struktur og er basert i USA. Relevansen til sykepleiefaglig er synlig ved at man ville undersøke sykepleiernes synspunkter på styrker og ulemper ved elektronisk dokumentasjon. Det er en kvalitativ studie. Det kommer ikke tydelig frem i artikkelen om studien er godkjent av en etisk komite. Grunnet oppgavens tema og studiens relevans, ble det likevel besluttet å bruke artikkelen.

6. Jefferies, Johnson og Nicholls (2012) sin studie er fagfelleurdert til nivå 1, følger IMRAD-strukturen og er basert i USA. Relevans til sykepleiefaget er synlig ved at forfatterne ville undersøke fordeler og ulemper ved muntlig og skriftlig rapport. Det er en kvantitativ studie som er godkjent av en etisk komite.

7. Kilpatrick, K. (2012) sin studie er fagfelleurdert til nivå 1, følger IMRAD-strukturen og er basert i USA. Den viser til akuttsykepleieres kommunikasjons-mønster med annet helsepersonell på andre avdelinger på sykehuset, samt samarbeidsmønstre. Forfatteren har benyttet seg av nyere forskning, og noe eldre litteratur. Studien er en observasjonsstudie, og er derfor kun relevant til å påpeke resultat av observasjonene foretatt i studien. Forfatteren har tolket data ut fra observasjonene som ble gjort i studiens 2 caser, og tatt en konklusjon fra disse hendelsene. På grunn av studiens to utvalgte caser, der resultatene ble forskjellige, var dette en artikkel som kunne bidra med å svare på problemstillingen. Etisk godkjent iht. forskningsetiske retningslinjer.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å foreta et litteraturstudie for å finne ut hvordan samarbeid, dokumentasjon og kommunikasjon fremmer pasientsikkerhet. Resultatene i denne studien beskriver elementer må være tilstede for at samarbeid skal fungere, hvordan forskjellige dokumentasjonsmetoder oppfattes hos sykepleiere, samt effekten av kommunikasjonsverktøy. Her sammenfattes resultatene og diskusjonen slik at problemstillingen kan besvares.

I et tverrfaglig samarbeid blir en nødt til å kommunisere med flere profesjoner. Dette har vist seg å være utfordrende, ved at det er ulike syn og verdier ved en pasientbehandling. Til tross for disse utfordringene, er det blitt vist gode erfaringer ved et tverrfaglig samarbeid. Profesjonene har mulighet til å lære om andres måter å jobbe på, samt samkjøre kompetansen slik at kvaliteten på behandlingen øker, og dermed øker også pasientsikkerheten. Dette kommer frem som et faktor som fremmer pasientsikkerhet. Et annet element ved samarbeidskultur er pasientsimulering. I en slik simulering øver man på akutte hendelser som kan oppstå i virkeligheten. For å gjennomføre behandlingen i en pasientsimulering må kommunikasjonen være klar og tydelig slik at kvaliteten på samarbeidet øker. Derfor kan dette være en faktor innen samarbeid som bidrar til økt pasientsikkerhet.

For at elektroniske pasientjournaler skal kunne være et godt hjelpemiddel for pasientsikkerheten, er det viktig at systemet er brukervennlig for alle helsepersonell. Det kan være utfordrende å sette seg inn i et slikt system om vedkommende har manglende dataferdigheter og kunnskap om dette fra tidligere. Hvis det blir en barriere å dokumentere på grunn av nytt system, manglende opplæring og dataferdigheter kan dette påvirke pasientsikkerheten og viktige opplysninger kan gå tapt.

En av faktorene til at stille rapport ble innført, kommer av manglende effektivitet ved muntlig rapport. Det viste seg å være tidkrevende og en årsak til overtidsarbeid. For at stille rapport skal være tilfredsstillende, må det dokumenteres grundig og nøyaktig. Det kan være hensiktigmessig ved stille rapport, da dette kan være tidsbesparende, slik at helsepersonell kan sette seg grundig inn i de pasienter en har ansvar for. På den måten er det opp til pleien å sørge for å innhente viktig informasjon om pasientene, og dermed bidra til bedre og mer nøyaktig pasientbehandling.

Implementering av strukturerte kommunikasjonsverktøy som ISBAR kan ha en positiv effekt på pasientsikkerheten. Dette begrunnes med økt forståelse mellom sykepleier og lege, som tilskrives at kommunikasjonsformen ved bruk av ISBAR og lignende modeller, blir avmystifisert og strukturert. Videre kommer det frem i diskusjonen at bruk av strukturerte kommunikasjonsverktøy kan bidra til felles enighet og likestilt kommunikasjon mellom sykepleier og lege. Ved å benytte seg av slike kommunikasjonsverktøy kan både sykepleier og lege bruke fagterminologi som er er opplært til å bruke, noe som tillater de å utnytte kompetansen sin, og dette anses å være positivt for pasientsikkerheten. For sykepleieren alene kan det tyde på at implementering av ISBAR kan gi selvsikkerhet i kommunikasjon med lege. ISBAR har vist seg å være til nytte i akutsituasjoner, pasientoverføring, telefonisk kontakt og ansikt-til-ansikt-kommunikasjon. Det er verktøyets generiske struktur som tillater det å bli brukt ved flere anledninger, og kanskje kan implementering av ISBAR ved flere avdelinger i sykehuset bidra til økt pasientsikkerhet. Som det kommer frem i diskusjonen kan bruk av andre kommunikasjonsverktøy, som sjekk-svar og Med SALSA, også bidra til økt pasientsikkerhet, da dette gir økt forutsigbarhet i kommunikasjon. Samtidig bør man også ta i betrakning den menneskelige faktor. ISBAR og andre verktøy kan være et godt verktøy, men det forutsetter også at den som benytter verktøyet vet hvordan man bruker det.

7. Litteraturliste

Aase, K. (2010a) Pasientsikkerhet - hendelser, begreper og omfang. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 17-29.

Aase, K. red. (2010b) *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Abrahamsen, H. B. og K. Finsnes (2011) Mer simulering! I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(23), s. 2369-2371.

Beckett, C. D. og G. Kipnis (2009) Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. I: *Journal of Healthcare Quality*, 31(5), s. 19-28.

Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Brataas, H. V. og N. Haugan (2009) Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), s. 30-45.

Brøten, M. (2000) *Standard for elektronisk pasientjournal*. [online]. Oslo: Byarkivet. URL: http://www.byarkivet.oslo.kommune.no/OBA/tobias/tobiasartikler/tob2000-3_06.htm (29.04.2014).

Buljac-Samardzic, M. m.fl. (2010) Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. I: *Health Policy*, 94(3), s. 183-195.

Carrington, J. M. og J. A. Effken (2011) Strengths and Limitations of the Electronic Health Record for Documenting Clinical Events. I: *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 29(6), s. 360-367.

Chassin, M. R. og E. C. Becher (2002) The Wrong Patient. I: *Annals of Internal Medicine*, 136(11), s. 826-833.

Cheung, D. S. m.fl. (2010) Improving Handoffs in the Emergency Department. I: *Annals of Emergency Medicine*, 55(2), s. 171-180.

Clark, R. C. og M. Greenawald (2013) Nurse-Physician Leadership: Insights Into Interprofessional Collaboration. I: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(12), s. 653-659.

Dahl, K., K. Heggdal og S. Standal (2008) Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.4*. Oslo: Gyldendal, s. 100-148.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2007) *Håndbog i sikker mundtlig kommunikation*. [online]. URL: http://www.sikkerpatient.dk/media/10302/haandbog_i_sikker_mundtlig_kommunikation.ashx.pdf (29.04.2014).

Deilkås, E.T. (2010) *Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool*. [online]. URL: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Helsepersonell/Artikler/_attachment/629?ts=134a8eef5ef (10.04.2014).

De Meester, K. m.fl. (2013) SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. . I: *Resuscitation*, 84(9), s. 1192-1196.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) *Helsinkideklarasjonen*. [online]. URL: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (05.05.2014).

Den norske legeforening (2014) *Ubrukelige journalsystem ved sykehjemmene*. [online]. Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin. URL: <http://legeforeningen.no/spesial/Norsk-forening-for-alders--og-sykehjemsmedisin/Nyheter/2014/Ubrukelige-journalsystem-ved-sykehjemmene/> (29.04.2014).

Dunsford, J. (2009) Structured Communication: Improving Patient Safety with SBAR. I: *Nursing for Women's Health*, 13(5), s. 384-390.

Durham, C. F. og K. R. Alden (2008) Enhancing Patient Safety in Nursing Education Through Patient Simulation. I: Hughes, R. G. (red.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Eide, H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Finnigan, M. A., S. D. Marshall og B. T. Flanagan (2010) ISBAR for clear communication: one hospital's experience spreading the message. I: *Australian Health Review*, 34(4), s. 400-404.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forskning.no. (2010) *Under snittet på pasientsikkerhet*. [online]. URL: <http://www.forskning.no/artikler/2010/november/270587> (05.03.2014).

- Garon, M. (2012) Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. I: *Journal of Nursing Management*, 20(3), s. 361-371.
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. [online]. Lovdata. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%A711 (31.04.2014).
- Høgskolen i Gjøvik (2013) *Forskning*. [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (23.04.2014)
- Høgskolen i Gjøvik (2012) *Kvalitet i sykepleie*. [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (23.04.2014)
- Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i Psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Härgestam, M. m.fl. (2013) Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. I: *BMJ Open*, 3(10), s. 1-8.
- Hellesø, R. m.fl. (2003) Godt samarbeid bærer frukter -utvikling av sykepleiedokumentasjon i elektronisk pasientjournal. I: *Sykepleien*, 91(4), s. 34-38.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *God kvalitet – trygge tjenester*. St.meld. nr 10 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/10/7.html?id=638861> (28.04.2014)
- Højholdt, A. (2013) *Tværfaglig samarbejde i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Institute of Medicine. (2000) *To Err is Human*. [online]. URL: http://www.fluentmedical.com/docs/To_Err_Is_Human.pdf (22.04.2014)
- Jefferies, D., M. Johnson og D. Nicholls (2012) Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. I: *Contemporary Nurse*, 42(1), s. 129-138.
- Joffe, E. m.fl. (2013) Evaluation of a Problem-Specific SBAR Tool to Improve After-Hours Nurse-Physician Phone Communication: A Randomized Trial. I: *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(11), s. 495-501.
- Kilpatrick, K. (2012) Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. I: *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), s. 168-179.

Leonard, M., S. Graham og D. Bonacum (2004) The Human Factor: The Critical Importance of Effective Teamwork and Communication in Providing Safe Care. I: *Quality & Safety in Health Care*, 13(1), s. 85-90.

Manojlovich, M., C. L. Antonakos og D. L. Ronis (2009) Intensive Care Units, Communication Between Nurses and Physicians, and Patients' Outcomes. I: *American Journal of Critical Care*, 18(1), s. 21-30.

Marshall, S., J. Harrison og B. Flanagan (2008) The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare. I: *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 52(12), s. 860-864.

Meling, M. og B. Bø (2010) Pasientsikkerhet ved vaktskifte i sykepleietjenesten. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Merriam-Webster (u.å.) *Catch-22*. [online]. URL: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/catch-22> (30.04.2014).

Miller, K., W. Riley og S. Davis (2009) Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. I: *Journal of Nursing Management*, 17(2), s. 247-255.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2014) *Publiseringskanaler* [Online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalSokDokumentasjon> (13.03.2014).

Oddvang, T.K. (2013) *Fra kardex til projektor*. [online]. URL: http://www.sykepleien.no/Content/1250068/dokumentasjon_1708.pdf (29.04.2014).

Pasientsikkerhetsprogrammet (2014) *Om I trygge hender 24-7*. [online]. URL: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Om+I+trygge+hender+24-7.51.cms> (03.05.2014).

Person, L. og M. Nilsen (2006) Noe å rapportere? I: *Sykepleien*, 94(05), s. 74-75.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7 utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Randmaa, M. m.fl. (2014) SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study I: *BMJ Open*, 4(1), s. 1-8.

Reinar, L.M. og H. Kornør (2007) *Skriv en artikkel*. [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/forskning/nyttestoff/126607/skriv-en-artikkel-> (13.03.2014).

SA Health (u.å.) *ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*. [online]. URL:

<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/clinical+resources/safety+and+quality/clinical+handover/isbar+-+identify+situation+background+assessment+and+recommendation> (20.04.2014)

Scandiq AS (2010) *CRM og Luftfart*. [online]. URL:

<http://www.helse.uni.no/upload/Leiv%20Salhus%20-%20CRM.pdf> (01.05.2014).

Schmalenberg, C. m.fl. (2005) Excellence Through Evidence: Securing Collegial/Collaborative Nurse-Physician Relationships, Part 2. I: *Journal of Nursing Administration*, 35(11), s. 507-514.

Sjåstad, Å.J. (2013) *Stille rapport Medisinsk Overvåkning*. [online]. URL: http://www.helse-mr.no/ftp/eqspublic/legemiddelprosessen/docs/doc_9260/index.htmlDocument3 (05.05.2014).

Sollid, S. (2010) Simulering i akuttmedisin. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 172-189.

Solvang, A. (2005) Stille rapport. I: *Sykepleien*, 93(19), s. 58-60.

Statens Helsetilsyn (2014) *Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser kunne det skjedd hos oss?* [online]. URL:

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport3_2014.pdf (01.04.2014)

Sutcliffe, K. M., E. Lewton og M. M. Rosenthal (2004) Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. I: *Academic Medicine*, 79(2), s. 186-94.

Svartdal, F. (2013) *Fagfellevurdering*. [online]. URL: <http://snl.no/fagfellevurdering> (13.03.2014).

Thompson, J. E. m.fl. (2011) Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. I: *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027), s. 340-344.

Tinnå, M. (2009) *Hva er pasientsikkerhet*. [online]. Oslo. URL:

<http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/forsideartikkel-pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet#> (06.03.2014).

Trier, Hans (2012). *Fordele ved at strukturere muntlig kommunikation*. [online]. URL:

<http://ugeskriftet.dk/nyhed/fordele-ved-strukturere-muntlig-kommunikation> (29.04.2014).

Utviklingscenter for sykehjem i Akershus (2008-2009) *Stille rapport*. [online]. URL: <http://www.utviklingscenter.no/stille-rapport.4911044-184891.htmlDocument3> (05.05.2014).

Vardaman, J. M. m.fl. (2012) Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing healthcare environment. I: *Health Care Management Review*, 37(1), s. 88-97.

Velji, K. G. m.fl. (2008) Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting I: *Healthcare Quarterly*, 11(Sp), s. 72-79.

Wachter, R.M. (2004) *The End of The Beginning: Patient Safety Five Years After "To Err is Human"*. [online]. URL: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/11/30/hlthaff.w4.534/suppl/DC1> (30.04.2014).

Wallin, C.-J. og J. Thor (2008) SBAR - modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. I: *Läkartidningen*, 105(26), s. 1922-1925.

Wiig, S. (2010) Tilsynets rolle i sikkerhetsarbeidet ved norske sykehus. I: Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 44-56.

Wisborg, T. (2002) Skandinavisk samarbeid om simulering. I: *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 122(11), s. 1150.

World Health Organization (2007) *Communication During Patient Handovers*. [online]. URL: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> (01.05.2014).

Ydemann, M. (2012) Kommunikation på hospital ved hjælp af standardiseret metode. I: *Ugeskrift for Læger*, 174(26), s. 1798-1801.

Vedlegg 1. Fremgangsmåte for søk

VEDLEGG 1. Matriser for funn av artikler

Ovid

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Communication (1)		90479
Patient Safety (2)		13185
Hospital Nursing Staff (3)		30160
Organizational Culture (4)		5271
	1 AND 2 AND 3 AND 4 (5)	43
limit 5 to (full text and yr="2009 - 2014")		15

Funn: Clark, R. C. og M. Greenawald. (2013) Nurse-Physician Leadership: Insights Into Interprofessional Collaboration. I: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(12), s. 653-659.

Ovid

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Communication (1)		90479
Patient Safety (2)		13185
Hospital Nursing Staff (3)		30160
Work environment (4)		8620
Teamwork (5)		1825
	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 (6)	5
limit 6 to yr="2009 - 2014"		4

Funn: Garon, M. (2012) Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. I: *Journal of Nursing Management*, 20(3), s. 361-371.

Academic Search Elite

Søkeord	Kombinasjoner/filtre	Antall treff
SBAR	Scholarly + 2009-2014	44
	Filrene over + Filter etter «thesaurus term»: patients – safety measures + communication	9

Meester, K. D. mfl. (2013) SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. . I: *Resuscitation*, 84(9), s. 1192-1196.

Ovid Nursing Database

Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Nurses (1)		
Patient safety (2)		
Communication (3)		
Documentation (4)	1 AND 2 AND 3 AND 4 (5)	42
Limit 5 to english language and full text and yr="2009 - 2014"		11

Funn: Carrington, J.M og J.A. Effken. (2011) Strengths and Limitations of the Electronic Health Record for Documenting Clinical Events. I: *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 29(6), s. 360-367

Joffe, E. mfl. (2013) Evaluation of a Problem-Specific SBAR Tool to Improve After-Hours Nurse-Physician Phone Communication: A Randomized Trial. I: *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(11), s. 495-501.

Ble funnet ved å benytte søkeordene ”SBAR”, ”interprofessional”, og ”telecommunication” i Google Scholar. Artikkelen ble så aksessert via ahrq.gov. Artikkelen er per 01.05.2014 synlig på side 2 etter å begrense søkeåret til etter 2010.

Jefferies, D. M, Johnson og D. Nicholls (2012) *Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing*. I: *Contemporary Nurse*, 42(1), s. 129–138.

Ble funnet ved å benytte søkestrengen “written and oral reporting in nursing” i Google Scholar, deretter aksessert i Academic Search Elite via HiG.

Kilpatrick, K. (2012) Understanding acute care nurse practitioner communication and decision-making in healthcare teams. I: *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), s. 168-179. Ble først funnet gjennom Academic Search Elite. Dessverre ble ikke dette dokumentert, og fremgangsmåten for søk ble dermed glemt. Allikevel ble artikkelen funnet igjen ved å benytte søkeordene acute care, health care team, decision-making i Google (ikke Scholar), der den per 01.05.2014 dukker opp som første resultat.