

Arild Rubach Kildal
Sondre K. Klakegg
Atbin Mehraei

Team og Kommunikasjon

Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tore Karlsen
Mai 2021

Arild Rubach Kildal
Sondre K. Klakegg
Atbin Mehraei

Team og Kommunikasjon

Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tore Karlsen
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	<i>Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta</i>	Dato : 21.05.21
	<i>pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?</i>	
Forfattere:	Arild Rubach Kildal	
	Sondre Klakegg	
	Atbin Mehraei	
Veileder(e):	Tore Karlsen	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Kommunikasjon, Kommunikationsverktøy, Teamarbeid, Sykepleieren, Situasjonsforståelse	
Antall sider/ord: 48/10984	Antall vedlegg: 1	1
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Introduksjon: Akutte situasjoner kan oppstå i alle deler av helsetjenesten. Team kan dannes ad-hoc etter en oppstått akutsituasjon. Sykepleierens rolle/funksjoner i en slik situasjon er viktig for ivaretagelsen av pasienten. Spesielt gjennom tidlig observasjon av varseltegn og kommunisere disse videre til teamet. Ikke-tekniske, og kommunikative ferdigheter står sentralt.</p> <p>Hensikt: Studiens hensikt er å sette lys på sykepleiere i akutsituasjoner i teamet, og undersøke kommunikasjon og informasjonsformidlingens innvirkning på pasientbehandlingen. Felles situasjonsforståelse i team står sentralt. Tiltak som kan gjøre sykepleiere bedre til å bidra i teamet ved akutsituasjoner undersøkes.</p> <p>Metode: Oppgaven er basert på litteraturstudie. Anvendt litteratur omfatter både kvalitative- og kvantitative studier. Systematiske søk etter vitenskapelige artikler ble gjennomført for perioden januar – mai 2021 i databasene Medline (ovid), Pubmed og CINAHL, samt frøsøk i Google Scholar. Søkeresultatet gav seks artikler som ble analysert og benyttet i drøftingen.</p> <p>Resultat: Resultatet viser et stort informasjonsbehov for at teamet skal oppnå felles situasjonsforståelse. Kommunikasjon er avgjørende for å oppnå dette. Sykepleiere og leger står sentralt i kommunikasjonsarbeidet i akutsituasjoner. Resultatene viser imidlertid at sykepleiere ikke er gode nok til å etablere situasjonsforståelsen i teamet. Funn viser inkonsistens i bruk av ikke-tekniske ferdigheter. Samtidig viser resultatene at bruk av kommunikasjonsverktøy bedrer kommunikasjonen, gir tidligere iverksettelse og effektiv gjennomføring av oppgaver. Det er varierende kompetanse om kommunikasjonsteknikker/kommunikasjonsverktøy, samt bruken av de hos sykepleiere.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere har mangelfulle ikke-tekniske og kommunikative ferdigheter i akutte situasjoner. Det er behov for økt bevisstgjøring av sykepleieres rolle i akutsituasjoner, og hvilke kommunikasjonsteknikker- og verktøy som bidrar til ivaretagelse av pasienter. Det finnes effektive verktøy som bygger felles situasjonsforståelse og som bedret ivaretagelse hos pasienter med akutt sykdom. Kunnskap om kommunikasjonsteori, -strategier og -metodikk bør styrkes i fagplanen for sykepleiestudiet. Praktisk trening bør internaliseres i case-trening og praksisperioder. Systematisk trening i arbeidssituasjoner bør vurderes.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>How can nurses in emergency situations care for the patient using communication within the team?</u>	Date : 21.05.21
Authors:	<u>Arild Rubach Kildal</u> <u>Sondre Klakegg</u> <u>Atbin Mehrsai</u>	
Supervisor(s)	<u>Tore Karlsen</u>	
Keywords	<u>Communication, Communication tools, Teamwork, Nurse, Situational awareness (3-5)</u>	
Number of pages/words: 48/10984	Number of appendix: 1	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Introduction: Emergency situations can occur in healthcare. Teams can be established in ad-hoc emergency situations. Nurses play an important role in ensuring patient care through observations and communication to their teams of early warning signs. Team behaviours and communication skills are essential.</p> <p>Aim: This thesis aims to focus on nurses in emergency situations, and analyse how communication in teams affects patient care. Shared situational awareness is key; any measures that can improve the impact of nurses' contribution to their teams in emergency situations are considered.</p> <p>Method: A selection of qualitative and quantitative studies has been reviewed. Systematic searches against scientific papers were performed. Databases used includes Medline (ovid), Pubmed and CINAHL, as well as searches in Google Scholar. Our searches produced six scientific articles that were analysed and discussed.</p> <p>Results: Our findings show a need for teams to be well informed to achieve shared situational awareness; communication is essential for achieving this. Nurses and physicians are central to communicating in emergency situations. Our findings identify that nurses require the development of a communication skillset to establish situational awareness within their teams. Without development of these skills, application of team behaviours is inconsistent. Additionally, proper utilization of communication strategies/tools results in earlier implementation and more efficient execution of tasks. There are large variations in nurses' competencies with regards to communication strategies/tools.</p> <p>Conclusion: Nurses lack team behaviours and communication skills in emergency situations. There is a need for increased awareness of nurses' roles in emergency situations, and which communication strategies/tools contribute to improved patient care. There are effective strategies/tools that facilitate shared situational awareness and better care for patients with acute illnesses. Knowledge of communication theory and strategies/tools should be emphasized in nursing courses. Practical training should be internalized through case-trainings and clinical rotations. Work-place training should also be considered.</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
1 Innledning.....	6
1.1 Et pasientcase	6
1.2 Hvordan hindre uønskede hendelser?	6
1.3 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.4 Studiens videre oppbygning	8
2 Bakgrunn: Sykepleie, teamarbeid og kommunikasjon i akutte situasjoner	9
2.1 Sykepleierens funksjoner og ansvar	9
2.1.1 Akutte situasjoner	9
2.1.2 Sykepleierens funksjoner i akutte situasjoner	10
2.2 Team- og teamarbeid.	11
2.2.1 Teamarbeid i akutte situasjoner	12
2.2.2 Team og felles situasjonsforståelse	12
2.3 Kommunikasjon	14
2.3.1 Kommunikasjon, tilhørende betingelser og utfordringer.	14
2.3.2 Kommunikationsverktøy/teknikker	15
2.4 Hensikten med studien.....	16
2.4.1 Problemformulering for studien	17
2.4.2 En begrepsavklaring	17
2.4.3 Oppgavens avgrensning	17
3 Metode.....	18
3.1 Innledning av metode.....	18
3.2 Hva er metode?	18
3.3 Litteraturstudie som metode	19
3.4 Litteratursøk, søkehistorikk og valg av litteratur.	19
3.4.1 Fremgangsmåte til 6 artikler	23
3.5 Presentasjon av resultatene	23
3.6 Kildekritikk	28
3.6.1 Inklusjon og eksklusjon	29
3.7 Validitet og reliabilitet	29
3.8 Etisk vurdering	30
4 Analyse av resultater.....	31
4.1 Kommunikasjon i akutte situasjoner	31

4.2	Felles situasjonsforståelse	31
4.3	Kommunikasjonsverktøy	32
4.4	Ivaretagelse av akutt/kritisk syk pasient	33
5	Drøfting/diskusjon.....	34
5.1	Hva er sentralt for å etablere en felles situasjonsforståelse i en akutt situasjon? ...	34
5.2	Hvordan kan kommunikasjonsverktøy hjelpe med å bedre kommunikasjonsarbeidet i akutte situasjoner?.....	36
5.2.1	Sykepleierens bruk av kommunikasjons teknikker- og verktøy i akutte situasjoner	39
5.3	Tiltak for bedre kommunikasjon i akutte situasjoner med fokus på sykepleiere	41
5.4	Metodediskusjon	43
6	Konklusjon	44
7	Litteraturliste	46

«Tenkt er ikke sagt. Sagt er ikke hørt. Hørt er ikke forstått. Forstått er ikke godtatt. Godtatt er ikke implementert. Implementert er ikke vedlikeholdt.»

Konrad Lorenz (Sitat oversatt fra engelsk til norsk.)

1 Innledning

1.1 Et pasientcase

«Pasienten var initialt smertepreget og tungpustet. Pasienten ble så bevisstløs og kliniske undersøkelser avdekket svikt i vitale funksjoner som respirasjon og sirkulasjon. Strakstiltak ble iverksatt og medisinsk team ble aktivert. Sykepleierne foretok kliniske og fysiologiske undersøkelser av pasienten, og avdekket funn som pekte klart i retning av hva problemet hos pasienten var. Legen i teamet hadde en annen oppfatning av hva som feilet pasienten, og det ble ordinert behandling i samsvar med legens oppfatning. Dette medførte at pasienten ble feilbehandlet».

Dette er en opplevd situasjon for en av en oppgavens forfattere. Det ble i etterkant konstatert at de tekniske ferdighetene og den kliniske kunnskapen var til stede og anvendt korrekt. Likevel feilet behandlingen. Hva var årsaken til det?

1.2 Hvordan hindre uønskede hendelser?

I høyriskovirksomheter, som luftfart, er svikt i ikke-tekniske ferdigheter, og spesielt kommunikasjons-feil blitt identifisert som den hyppigste årsaken til alvorlige uønskede hendelser (Orasanu og Fischer, 2008, s. 24). Det samme gjelder for uønskede hendelser i alvorlige medisinske situasjoner (Reader, Flin og Cuthbertson, 2008, s. 121-122). Teamarbeid ble nødvendig når ny teknologi, infrastruktur og logistikk i luftfarten ble for mye for en person å håndtere. Et team skulle sikre koordinering, oversikt og sørge for at flyet kom seg trygt fra punkt A til B. (Musson, 2008, s. 47-62). Miller, Riley og Davis (2008, s. 248) påpeker at team gjør færre feil enn enkeltindividet. For å minimere feil i det kliniske arbeidet innen medisin, er behovet for operative tverrfaglige team tydelig (Wright og Endsley, s. 97). Som i luftfart, utløser kompleksiteten i akutt situasjoner knyttet til helse et behov for et samarbeid mellom ulike profesjoner og spesialiteter for å kunne møte behovene og kravene (Wright og Endsley, 2008 s. 97). Sykepleieren har ofte en sentral rolle i slike team og har ulike funksjoner eller ansvar i disse (Nortvedt og Grønseth, 2017, s. 196).

Andre operative miljøer, som militæret, sikkerhetsvirksomheter og luftfart, har klart å redusere uønskede hendelser gjennom søkelys på og kvalitetssikring av kommunikasjon og samarbeid (Musson, 2008, s. 47-62). Eisenberg (2008) beskriver ønsket om å overføre dette til helsetjenesten, men trekker frem utfordringer rundt overførbarheten. Helseteam har eksempelvis hatt utfordringer med å etablere en felles situasjonsforståelse, og spesielt i krisesituasjoner (Eisenberg, 2008, s. 9-20). Studier viser at det for sykepleiere er kommunikasjonsutfordringer og svakheter i ikke-tekniske ferdigheter som ofte er årsaken til dette (Miller, Riley og Davis, 2009). Kommunikasjonen kan også svikte ved at legen ikke kommuniserer hva de gjør eller tenker (Calder et al, 2017), eller at sykepleiere ikke formidler informasjon om et problem i tide (Miller, Riley og Davis, 2009). For å sikre god pasientbehandling i akutsituasjoner er det derfor sykepleierfaglig relevant å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta pasienters behov også gjennom teamarbeidet og kommunikasjon, i tillegg til det ordinære sykepleierfaglige.

Dette leder oss til problemstillingen for bacheloroppgaven:

Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Bachelorgruppen bak denne oppgaven har ulik praksiserfaring fra spesialisthelsetjenesten og prehospitaltjenester. I oppstarten av arbeidet ble ulike tema diskutert bredt, men interessen for og erfaringer fra akutsituasjoner styrte oss inn mot hendelser med uheldig utfall.

Situasjonen i delkapittel 1.1 og Teamforbedringsprosjektet TeamSTEPPS¹ gjennom studiet vekket interessen for viktigheten av kommunikasjon, spesielt i uoversiktlige og uavklarte situasjoner. Som sykepleiere vil man oppleve akutsituasjoner som må håndteres av det teamet som er tilgjengelig når situasjonen oppstår. Vi ønsker å ha de nødvendige kunnskapene og ferdighetene til å fungere godt i slike team.

¹ Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety

1.4 Studiens videre oppbygning

Studien består av innledning, bakgrunn med teori, metode, resultatpresentasjon, drøfting og en konklusjonsdel. Teoridelen inneholder hva som er sykepleierens funksjoner og ansvar, samt teori om teamarbeid, og kommunikasjon. Metodedelen tar for seg begrunnelse for valg av metode, søkestrategi, og aktuelle funn. Gjennom drøftingen vil teori settes opp mot funn i forskningsartikler. Metode drøftes også. Avslutningsvis foretas en konklusjon, med besvarelse på problemstillingen.

2 Bakgrunn: Sykepleie, teamarbeid og kommunikasjon i akutte situasjoner

I dette kapitlet presenteres relevant teori og faglitteratur for problemstillingen. Fokuset er på akuttsituasjoner, hva som kjennetegner disse, sykepleierens funksjon og ansvar i slike situasjoner. Videre settes fokuset på teamarbeid og kommunikasjon i slike situasjoner. Dette gir bakgrunnen for det videre søket etter fagartikler som fremkommer i kapittel 3.

2.1 Sykepleierens funksjoner og ansvar

Sykepleier har fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal ha innvirkning på hvordan sykepleien utøves til forskjellige pasienter i alle situasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2017, s 21-34). I sykepleieteorien fremheves fire typer situasjoner sykepleieren kan møte i sin yrkespraksis. Med situasjon menes en kombinasjon av forhold rundt en pasient som til sammen gir uttrykk for hvilken tilstand pasienten befinner seg i til et bestemt tidspunkt. Ulike situasjoner krever ulike tilnærminger, har ulike krav, og vil ha ulike betydninger for grunnleggende behov. Situasjonene skiller seg fra hverandre med hensyn til hvordan sykepleieren utfører kliniske resonnementer, graden av alvorlighet, hvilket mål som må virkeliggjøres og hvilke typer handlinger situasjonen krever. (Kirkevold, 2016, s. 196-197)

De fire typer situasjoner er: *Akutte situasjoner, uavklarte og ustabile situasjoner, stabile og avklarte situasjoner og helsevurderende/fremmende situasjoner* (Kirkevold, 2016, s. 195). Fokuset videre er på akutte og hva som karakteriserer disse.

2.1.1 Akutte situasjoner

Akuttsituasjoner oppstår raskt og uventet, og krever rask, koordinert og riktig behandling av kompetent helsepersonell. De er ofte innviklet og uoversiktlige, hvor nødvendig informasjon om det aktuelle problemet ofte ikke er tilstrekkelig. Situasjonen er også ofte preget av å være *uavklart og ustabil*. (Kirkevold, 2016, s. 196-197)

Ustabile situasjoner preges av at de er alvorlige og fluktuerende. Situasjonen krever nøye observasjoner, monitorering og reevalueringer for å identifisere destabilisering av situasjonen raskt. Sentrale handlinger er å gjennomføre tilpasset kliniske vurderinger og gjøre systematisk oppfølging av pasientsituasjonen, samt sørge for informasjonsformidling om pasienttilstanden til andre involvert i behandlingen slik at behandling monitoreres og justeres etter nye tilkommende behov. (Kirkevold, 2016, s. 197-200)

Akuttsituasjoner krever at helsepersonell har gode kommunikative og administrerende ferdigheter for å sikre kommunikasjon, koordinering og samordning slik at det blir gjort riktige prioriteringer og beslutninger, samt effektiv utnyttelse av tid og ressurser. (Kirkevold, 2016, s. 196-200). Sykepleieren er en del av det helsefaglige teamet og har funksjoner og ansvar i akuttsituasjoner.

2.1.2 Sykepleierens funksjoner i akutte situasjoner

Akuttsituasjoner er som påpekt ofte ustabile, og stiller krav til kompetanse og handlekraft hos sykepleiere (Kirkevold, 2016, s. 197-200). Sykepleieren må dessuten ha god kjennskap om hvilke funksjoner han har i akuttsituasjoner, og hvordan han skal handle på bakgrunn av disse for å ivareta sin pasient (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21-34).

Sykepleier har en behandlende funksjon som innebærer datainnsamling, vurdering, planlegging, evaluering og dokumentasjon, hvor funksjonen utøves i henhold til sykepleieprosessen. I akuttsituasjoner har sykepleieren et ansvar for å gjennomføre en rask vurdering av pasientens tilstand, og iverksette umiddelbare tiltak dersom alvorlige problemer avdekkes. Sykepleier har foruten om den initiale vurderingen et ansvar for å gjøre systematiske undersøkelser for å innhente objektiv og subjektiv pasientdata. (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21-34)

Observasjonene danner grunnlag for hvilke vurderinger sykepleieren gjør, og hvilke tiltak eller intervensjoner som forordnes i samråd med lege. Dermed er det svært viktig at sykepleierens observasjoner, evaluering av tilstand og tiltak blir formidlet til andre behandlere eksempelvis lege, sykepleiere, spesialister. (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21-34). Videre vil sykepleier ha ansvar for å vurdere og dokumentere effekten av iverksatt(e) tiltak. I tillegg til sin behandlende funksjon, har sykepleieren også en administrativ funksjon. Denne funksjonen medfører blant annet at sykepleieren har et ansvar for å assistere, koordinere, observere, delegere og dokumentere (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21-34).

Akuttsituasjoner kan medføre skade eller i verste fall død for pasienten (Miller, Riley & Davis, 2009, s. 248). Miller, Riley & Davis (2009, s. 248) beskriver at team begår færre feil enn enkeltindividet. Teamarbeid står dermed sentralt i ivaretagelse av pasienter i akuttsituasjoner, og utgjør derfor en viktig del av arbeidet til sykepleieren.

2.2 Team- og teamarbeid.

Nyere forskning viser at teamarbeid er en sentral del av helsetjenesten. Empiri støtter at godt samarbeid kan gi store fordeler for utøvelsen av helsetjenesten (Disch, 2012, s. 94-95). Team defineres som en gruppe som *består av en eller flere personer som arbeider koordinert for å oppnå et felles mål. Hvert medlem i teamet er tildelt bestemte roller og spesielle oppgaver* (Espevik, Eid og Johnsen. s. 230). Teamarbeid er et begrep som innebærer adferd som bidrar til informasjonsutveksling og koordinering av teamets aktiviteter. Teamarbeidet bygges på 7 kjernekomponenter (Espevik, Eid og Johnsen, 2018. s. 241-244). Disse består av *Kommunikasjon, teamfokus, lederskap, oversikt, støtteadferd og koordinering*. Koordineringsbehovet tilsier at teammedlemmenes oppgaver er avhengig av hverandre. Behovet for koordinering i teamet oppstår fordi teamet må dele sine observasjoner og informasjon, samt at intensjoner må formidles og beslutninger og handlinger må samordnes (Espevik, Eid og Johnsen. s. 230-232).

Sentrale elementer for utveksling av informasjon er tilgjengelighet og initiativ. Tilgjengelighet innebærer at informasjon skal være tilgjengelig, eksempelvis ved at observasjoner formidles. Initiativ innebærer at teamet skaffer råd til handlinger, uttrykker forslag til handlinger eller bekreftelse av prioriteringer (Espevik, Eid og Johnsen, 2018. s. 241).

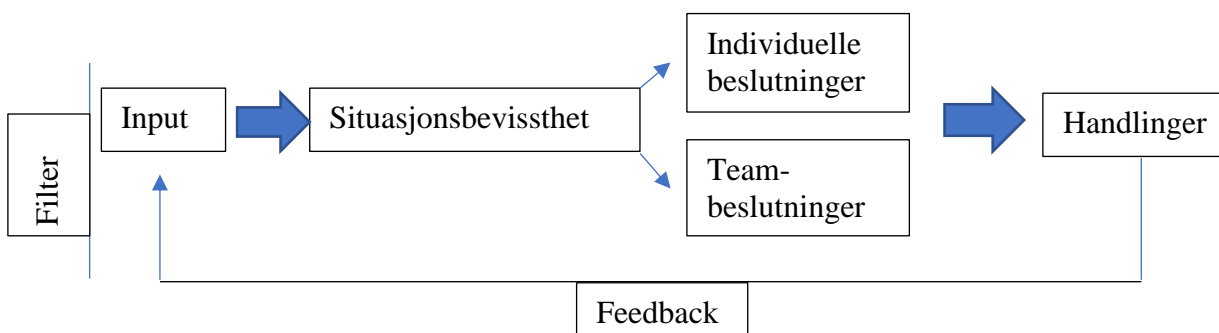
2.2.1 Teamarbeid i akutte situasjoner

I en akuttsituasjon kan pasienten ha flere problemer som må adresseres for å oppnå felles mål om å opprettholde vitale funksjoner, stabilisere situasjonen, samt ivareta liv og forebygge komplikasjoner (Kirkevold, 2016. s. 196). Kompleksiteten i en situasjon kan fordre at oppgaver må løses av et team som består av flere deltakere, gjerne med ulik kompetanse og erfaring (Espevik, Eid og Johnsen, 2018, s. 220-231). Disch (2012, s. 94-95) definerer slike team som tverrfaglige team. I situasjoner som krever utførelse av komplekse handlinger eller spesiell kompetanse kan det være nødvendig å inkludere spesialister på det aktuelle problemfeltet, f.eks. anestesipersonell ved luftveis-problematikk (Espevik, Eid og Johnsen, 2018, s. 230-231).

2.2.2 Team og felles situasjonsforståelse

Akuttsituasjoner fordrer at teamet samhandler og jobber koordinert med en felles situasjonsforståelse. Alle handlinger som utføres av teamets deltakere er beslutninger som fattes basert på teamets eller individets forståelse av situasjonen.

Innen operativ psykologi viser Eid og Johnsen (2018) til følgende modell;



Modellen beskriver beslutningstaking som en dynamisk prosess basert på informasjon. Informasjonen går først gjennom et filter. Filteret kan være menneskelig, eksempelvis ved at informasjon om observasjoner av pasienten formidles fra sykepleieren. Informasjon som slipper gjennom filteret kalles input. Input registres hos individet/teamet og situasjonsforståelse

etableres. Situasjonsforståelsen legger grunnlaget for beslutninger. Beslutninger fører til handlinger. Feedback kan skape ny input. (Johnsen, 2018. s. 251-253).

Akuttsituasjoner relateres ofte til kriser, som defineres som en uønsket situasjon med høy grad av usikkerhet og potensielt uakseptable konsekvenser for enkeltpersonen det gjelder. (Bjelland og Nakstad, 2020. s.86). Krisehåndtering fordrer god situasjonsforståelse, ressursoversikt og evne til beslutningstaking (Bjelland og Nakstad, 2020. s.86-103). Ved tidskritiske situasjoner er nøkkelen til gode beslutninger felles situasjonsforståelse (Bjelland og Nakstad, 2020. s.86-103). Korrekt situasjonsforståelse øker muligheten for gode beslutninger. Situasjonsforståelsen er dynamisk og kan endres med utvikling i situasjonen. (Johnsen, 2018. s. 253-254).

For å oppnå situasjonsforståelse viser Bjelland og Nakstad (2020) til en 4-nivå-prosess. Disse fire nivåene er:

1. Persepsjon av omgivelsene: Hva er gjeldene fakta?
2. Erkjennelse av situasjonen: Hva er det som foregår?
3. Prediksjon av situasjonsutviklingen: Hva vil kunne skje?
4. Vurdering: Hva bør gjøres?

Proessen gjentas dersom situasjonen endrer seg (Bjelland og Nakstad, 2020. s. 88).

For å skape felles situasjonsforståelse i et team, må altså medlemmene fremskaffe informasjon og formidle den til teamet eller til et teammedlem. En forutsetning for situasjonsforståelse i et team er at teammedlemmene har samme informasjon. Dette fordrer at teammedlemmene jevnlig formidler informasjon og oppdateringer. (Espevik, Eid og Johnsen, 2018. s. 241-242).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er nøkkelen til å gjøre seg forstått i enhver situasjon. Kravet til kommunikasjonen styres av budskapet som skal formidles og videre av hvilken situasjon man befinner seg i, og hvor mange medlemmer teamet består av. (Heyn, 2016, s. 363-373).

Kommunikasjon beskrives som en prosess der et budskap formidles fra Avsender til Mottaker. Mottaker tar imot budskapet og bearbeider informasjonen (Heyn, 2016, s. 364-365). For å oppnå god og effektiv kommunikasjon må Avsenders budskap nå Mottakers bevissthet, og bli bearbeidet og tolket likt som Avsenders hensikt. Både Avsender og Mottaker må samspille med hverandre for at kommunikasjonen skal bli virkningsfull (Heyn, 2016, s. 364-366).

2.3.1 Kommunikasjon, tilhørende betingelser og utfordringer.

Betingelser

For å oppnå virkningsfull kommunikasjon må en rekke betingelser oppfylles: *språk(1)*, *oppmerksomhet(2)*, *assosiasjoner(3)* og *holdninger(4)* (Nordby, 2009, s. 73-102). Ifølge Norby (2009, s. 78) må avsender og mottaker i en kommunikasjonsprosess ha et felles *språk* slik at de assosierer de samme begrepene som benyttes i formidling av informasjon med samme mening. Både avsender og mottaker må ha *Oppmerksomhet* for at budskapet som sendes skal nå frem til mottakers bevissthet. *Assosiasjoner* styrer at mottakers oppfatningen av et budskap ikke er annerledes enn oppfatningene avsender assosierer med budskapet. På lik linje må ikke mottaker tilskrive *holdninger* til avsender som avsender faktisk ikke innehar (Nordby, 2009, s. 78-97).

Utfordringer

Misforståelser, fortolkninger av budskap og ufullstendig oppfattelse av budskapet er viktige utfordringer for å oppnå virkningsfull kommunikasjon (Nordby, 2009, s. 78-97). Betingelser for kommunikasjon hindrer at dette forekommer. For å unngå misforståelser eller at budskapet ikke når frem må avsender forsikre seg om at det ikke er noe kommunikasjonsstøy og at mottakers oppmerksomhet er etablert før budskapet sendes. Ulik forståelse av begreper, eller ufullstendige budskap er andre utfordringer (Norby, 2009, s. 85-89). Situasjonen i seg selv kan også påvirke. Stress er et eksempel som reduserer oppmerksomheten (Johnsen, 2018, s. 252).

Ifølge Nordby (2009, s. 33-37) kan svikt i kommunikasjonsprosessen ha tre overordnede konsekvenser.

1. Rene misforståelser: Mottaker oppfatter budskap annerledes enn hva avsender ønsker å formidle. Det kan medføre at mottaker tillegger ulik forståelse/meninger for uttrykk/begrep.
2. Handlinger: Misforståelsene kan rettes i etterkant av den initiale tolkningen. Handlingene basert på misforståelsen derimot vil kanskje ikke være mulig å endre, f.eks. feilmedisinering.
3. Tilskrivelse av holdninger og meninger: Kan skape misforståelser og negative relasjoner.

Når man setter kommunikasjon inn i en akutt situasjon, er det ikke vanskelig å se at svikt i kommunikasjonsprosessen kan oppstå. Team som håndterer akuttsituasjoner består av flere individer. Store mengder informasjon skal formidles samtidig. Situasjonen kan være tidskritisk og under utvikling. Stressnivået kan være høyt og forstyrrelser kan oppstå. Dermed kan det være behov for kommunikasjonsteknikker som styrer samtalen.

2.3.2 Kommunikasjonsverktøy/teknikker

Flere kilder trekker frem kommunikasjonsverktøy og -teknikker som tiltak til å forhindre svikt i kommunikasjon eller forbedre informasjonsformidling. Bjelland og Nakstad (2020, s. 132-135) trekker frem strukturert tilnærming med verktøy som viser pre-definerte momenter eller mål som en metode for å formidle informasjon med minst mulig friksjon. Loop-kommunikasjon fremheves som en teknikk for å forhindre misforståelser (Bjelland og Nakstad, 2020, s. 135). Teori om klinisk sykepleie viser også til strukturerte kommunikasjonsverktøy som bidrar til tydelig og konkret formidling av informasjon, eksempelvis (I)SBAR (Nortvedt og Grønseth, 2017, s. 34).

(I)SBAR benyttes til videreformidling av pasientinformasjon og er et akronym for identification, situation, background, assessment og recommendation. Hvert stikkord representerer hvilken informasjon som skal formidles. (I)SBAR er hensiktsmessig i sikre informasjonsoverføring. Elementene tilhørende verktøyet innebærer at man identifiserer seg selv og pasienten, opplyser nåværende situasjon med presis forklaring av aktuelle problem og deretter pasienten tilstand. Videre opplyses objektive funn. Til slutt formidles vurderinger, bekymringer eller spørsmål. (Nortvedt og Grønseth, 2017, s. 34)

Closed-loop-communication (CLC) eller loop-kommunikasjon er en teknikk som har som hensikt å forhindre misforståelser, og er effektiv i tidskritiske situasjoner, samt situasjoner hvor store mengder informasjon skal bearbeides raskt (Bjelland og Nakstad, 2020, s. 135). Loop-kommunikasjons starter med en «call-out» (CO). En CO kan adresseres til teamet eller et enkelt individ. Loop-kommunikasjon kan benyttes til utveksling av kritisk informasjon, spørsmål eller delegering av oppgaver. Teknikken innebærer at mottaker gjentar avsenders budskap slik at avsender kan forsikre seg om at budskapet er forstått slik det var ment (Bjelland og Nakstad, 2020, s. 135). Bjelland og Nakstad (2020, s. 135) viser også at det gir mulighet til å korrigere misforståelser som måtte oppstå.

Gjennom denne teorigjennomgangen er det dokumentert viktigheten av teamarbeid, felles situasjonsforståelse og tydelig kommunikasjon i akutsituasjoner, og at kommunikasjonsverktøy kan bidra positivt i slike situasjoner.

2.4 Hensikten med studien

Studiens hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter i akutsituasjon gjennom teamarbeid og kommunikasjonen innad i teamet. Sykepleier har en viktig rolle gjennom sine funksjoner og gjør observasjoner, funn og utfører handlinger. Alt dette er informasjon som er viktig for at team skal kunne etablere felles situasjonsforståelse og kunne gjøre gode beslutninger for å ivareta pasientens behov. Det er derfor avgjørende at sykepleier forstår overnevnte og innehar gode kommunikasjonskunnskaper og -ferdigheter.

Valg av tema er:

Teamarbeid og kommunikasjon i akutte situasjoner.

2.4.1 Problemformulering for studien

«Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?»

2.4.2 En begrepsavklaring

Resuscitation – Dette er et begrep med ulik betydning mellom norsk og engelsk. Vi vil derfor bruke «reetablering av vitale funksjoner (RVF)» i denne teksten som er norsk oversetting av engelsk betydning. «RVF» blir fra nå av benyttet istedenfor resuscitation, samt i *vedlegg 1*.

2.4.3 Oppgavens avgrensning

Oppgaven er avgrenset til akutte og ustabile situasjoner, - heretter kalt akuttsituasjoner, hvor viktigheten av teamarbeid og kommunikasjon er stor. Team defineres her som en gruppe bestående av en eller flere personer (helsepersonell) som arbeider koordinert for å oppnå et felles mål. Det fokuseres her på team uten spesialisert funksjon (eksempelvis traumeteam), som tilkommer adhoc i håndteringen av en akutt situasjon.

Type kommunikasjon avgrenses til verbal kommunikasjon mellom teammedlemmene. Terapeutisk kommunikasjon med pasienten og skriftlig kommunikasjon, eksempelvis journalføring, er ekskludert.

Problemstillingen setter søkelys på ivaretagelse av pasienten. Med *ivaretagelse av pasienten* menes hvordan man kan skape et godt grunnlag for å foreta korrekte beslutninger. Det innebærer observasjoner og vurderinger, men fokuset rettes her mot formidling av slik informasjon slik at teamet blir i stand til å foreta gode beslutninger.

3 Metode

3.1 Innledning av metode

For å besvare problemstillingen skulle det gjennomføres en litteraturstudie. For å få både dybde- og breddekunnskap er det benyttet litteratur basert på både kvalitativ- og kvantitativ metode. I dette kapitlet presenteres metoden som er benyttet for å undersøke problemstillingen og begrunne dette valget. I tillegg presenteres fremgangsmåte, søkestrategi og søkematrise for litteratursøket. Videre presenteres utvalg og endelig valg av litteratur. Arbeidet vil også bli forsvart i forhold til kildekritikk, metodekritikk og validitet og reliabilitet.

3.2 Hva er metode?

Thidemann (2017, s. 74) beskriver metode som en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å innhente data, informasjon eller kunnskap. Metoden er også en veiviser for hvordan innsamlet data skal bearbeides og analyseres (Dallan, 2012, s. 54).

Vitenskapelig metode inndeles i kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitative metoder gir data som kan omgjøres til målbare, eller objektive data. Dette er data som kan observeres og presenteres i tall og statistiske beregninger. Metoden kjennetegnes av breddekunnskap, men kan mangle dybdekunnskap. Det vil si at man får få opplysninger til tross for flere undersøkelsesenheter. (Thidemann, 2017, s. 75-80)

Kvalitativ metode kjennetegnes av dybdekunnskap, og hensikten er å innhente forståelse om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette gjøres oftest i form av intervju eller observasjoner (Thidemann, 2017, s. 76). En kvalitativ tilnærming får frem nyanser og gir mulighet for å utforske dynamiske prosesser (Thidemann, 2017, s. 75-80).

3.3 Litteraturstudie som metode

Hensikten med en litteraturstudie er å finne frem til og presentere relevant vitenskapelig kunnskap som kan belyse en problemstilling. En litteraturstudie bygger altså på informasjon, data og materialer hentet fra skriftlige kilder som systematiserer eksisterende kunnskap (Dalland, 2012, s. 199-200).

Litteraturstudie omfatter et innledende og systematisk søk etter relevant data. Deretter følger en kritisk vurdering og analyse av identifisert kilder. Så følger drøfting av funn og presentasjon av konklusjoner som svarer på valgt problemstilling.

Vi har valgt å gjennomføre en allmenn litteraturstudie som innebærer at det gjøres en beskrivelse av kunnskap og analyserer forskning på et bestemt problemfelt (Thidemann, 2017 s. 77-80).

3.4 Litteratursøk, søkehistorikk og valg av litteratur.

Den benyttede litteratur er hentet fra ulike kildetyper, databaser og søkemotorer, samt fra bøker på universitetsbiblioteket. Både pensumlitteratur og annen relevant selvvalgt litteratur er anvendt. Dette inkluderer fagbøker, offentlig informasjon fra internett og forskningsartikler.

Litteraturstudiet ble startet med et innledende litteratursøk, hvor hensikten var å få oversikt over tilgjengelig litteratur knyttet til problemfeltet. Gjennom å lese kjent pensumlitteratur ble det etablert en oversikt over hva som var relevant for oppgavens tema. Deretter ble det foretatt et innledende litteratursøk og et generelt oversiktssøk på temaet i universitetsbiblioteket, fagbøker og ved bruk av søkemotoren Google Scholar.

I valget av litteratur som omhandler klinisk sykepleieteori og klinisk arbeid falt valget på å benytte pensumbøkene fra Grov og Holter (2016) og Almås (2017). Dette på grunn av at disse kildene gir forståelse av sykepleierens funksjoner, akuttsituasjoner og klinisk sykepleie. Videre var disse kildene nyttige for å få en oversikt over sykepleierens funksjoner i akuttsituasjoner.

I valg av litteratur som omhandler kommunikasjonsteori ble det tatt utgangspunkt i Grov og Holter (2016) og Nordby (2009), da dem tar for seg grunnleggende kommunikasjonsteori. Her belyses også kommunikasjon i norsk helsevesen. Det ble supplert med litteratur som dekker fagfeltene kommunikasjon, krise og teamarbeid mer generelt. Kilder her er Eid og Johnsen (2018), som omhandler operative team og beslutningstaking i operative situasjoner, Bjelland og Nakstad (2020), Krisehåndtering og Nemeth (2008), som omhandler utvikling i teamkommunikasjon i helsetjenesten og lærdom fra andre operative høyrisikovirksomhet som luftfart. Bøkene retter seg inn mot helsefag.

Før vi gjorde et systematisk litteratursøk for å finne relevante forskningsartikler ble det satt opp et PICO-skjema. Verktøyet hjelper til med å presisere problemstillingen. Videre bidro PICO til å strukturere litteratursøk, velge litteratur og til den kritiske vurderingen av valgt litteratur. PICO-skjemaet er satt opp i [Tabell 1](#). Ut ifra presiseringer i PICO-skjema ble det identifisert ulike søkeord og begreper for videre søk. Det systematiske litteratursøket inkluderer også relevante søkeord fra kildefunn i det innledende søket. Disse søkeordene ble også brukt til å finne to artikler gjennom manuelle søk, se [Tabell 3](#). Søkeord relatert til innholdet i PICO-skjemaet resulterte i 16 unike søkeord. Disse består av en kombinasjon av emneord og tekstord/nøkkelord. Søkeordene er oppsummert i [Tabell 2](#).

Tabell 1 PICO-SKJEMA

Patient/problem	Intervention	Comparision	Outcome
- Team i akuttmedisin	- Funksjoner hos teammedlemmer (Behandlende og administrativ)		- Felles situasjonsforståelse mellom teammedlemmer
- Akutt sykepleie			- Ivaretagelse av pasienten
- Akutte situasjoner			- Korrekt handling, til rett sted, til rett tid
- Kommunikasjon i team.	- Informasjonsformidling mellom teammedlemmer - Bruk av kommunikasjonsverktøy		- Sikker informasjonsoverføring

Tabell 2 Skjematisk fremstilling av søkeord i henhold til PICO

Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> - Teams - Teamwork - Emergency department - Multidisciplinary care team - Rapid response team, hospital - Patient care teams - Emergency service, hospital - Emergencies - Communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Non technical skills - Communication methods - Closed-loop - SBAR 		<ul style="list-style-type: none"> - Patient outcome - Patient safety - Situational awareness

Tabell 3 Manuelle søk

Databaser	Søkeord for artikkel i systematisk søk (Etterprøvbart)	Forfatter, årstall	Artikkel funnet opprinnelig via
Medline	Communication AND closed-loop (Nøkkelord) AND resuscitation.	(El-shafy et al, 2018)	Innledende søk i Google Scholar
Medline	Patient safety AND Critical care AND SBAR	(Meester et al, 2012)	Innledende søk i Google Scholar

Problemstillingen omhandler sykepleiere og kommunikasjon i team i akutsituasjoner. Målet var derfor at forskningsartiklene skulle være relevante for sykepleiere og øvrig helsepersonell. Det ble derfor søkt i de mest anerkjente internasjonale databasene for artikler publisert i vitenskapelige helsefaglige tidsskrifter: Medline, Pubmed og CINAHL. [Tabell 4](#) viser resultatet av søket gjennom hvor mange treff hvert søkeord ga i forskjellige databaser brukt.

Tabell 4 Søkehistorikk

Søk	Søkeord	Medline (antall treff)	Pubmed (antall treff)	Cinahl (antall treff)
S1	Emergencies	41342		12499
S2	Communication	320689	677453	292497
S3	Emergency service, hospital	83836		32208 (Nøkkelord)
S4	Teams	52107(nøkkelord)		28229 (nøkkelord)
S5	Teamwork	10875 (nøkkelord)	11496	17116
S6	Hospital Rapid response team	867	1671	5 (nøkkelord)
S7	Patient care team	70042		15935 (nøkkelord)
S8	Multidiciplinary care team	221		46933
S9	Patient safety	22311		130268
S10	Resuscitation	98927		49534
S11	Emergency department	91845 (nøkkelord)		67377
S12	situational awareness	905 (nøkkelord)		450

Under selve søket ble ulike kombinasjoner av søkeord og kombinerte søk med *OR* for bredde, samt *AND* benyttet for å spisse søkene. [Tabell 5](#) viser at dette resulterte i 4 artikler.

Tabell 5 Kombinasjoner av søkeord og kombinerte søk med *OR* for bredde, samt *AND* for å spisse søk

Database	Søk nr	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert	Forfatter for artikler inkludert
Medline/	S13	S1 And S2 And S4		37	8	5	1	(Boyd et al, 2014)
Medline/	S14	S2 And S3 And S5 And (S6 or S7)		54	5	3	0	
Medline/	S15	S2 (Nøkkelord) And S11 And S12		17	7	4	1	(Calder et al, 2017)
Cinahl/	S16	S5 And S8 And S9		38	10	1	1	(Miller, Riley og Davis, 2009)
Cinahl /	S17	S2 And S10		28	13	8	1	Calder et al, 2017)
Medline/	S18	S2 And S6 And S6		6	3	2	1	(Gundrosen et al, 2018)

3.4.1 Fremgangsmåte til 6 artikler

Artikkelen til El-shafy et al. (2018) og Meester et al. (2012) fra manuelle søk ble funnet så relevant at vi har valgt å inkludere disse i resultatet. Manuelle søk ble utført siden kommunikasjonsverktøy i litteraturen ble fremhevet, men vi fant få artikler som fremhevet dette ved systematisk søk. De siste 4 ble funnet med søkestrategi i Tabell 5. Vi skummet gjennom overskrifter, leste abstrakter og relevante artikler, deretter valgte ut artikler etter inklusjon og eksklusjons kriterier.

3.5 Presentasjon av resultatene

I det dette kapitlet presenteres resultatene fra de seks forskningsartiklene som ble funnet i litteratursøkene. Henviser leser til *vedlegg 1* for utvidet artikkelmatrise.

Referanse:	El-Shafy et al. (2018)
Land:	USA
Bakgrunn:	Pediatrik traumebehandling fordrer effektiv og klar kommunikasjon på tidskritisk metode mellom ulike spesialister og faggrupper i teamet.
Hensikt:	Evaluere effekten av closed-loop-kommunikasjon for å redusere tid til utførelse av oppgaver i pediatrik traumehåndtering.
Metode:	Kvantitativt observasjonsstudium. 89 traumeaktiveringer, vurdert av 2 uavhengige observatører. Tid fra Call-out til utført oppgave ble kalkulert ved statistisk metode.
Resultat:	Signifikant reduksjon av tid til utført oppgave ved bruk av closed-loop-kommunikasjon. Instrukser formidlet med closed-loop ble utført 3,6 ganger raskere enn ved kommunikasjon uten closed-loop. Gjennomsnittstid for utførelse av spesifikke handlinger ble redusert fra 4,5 min til 1 minutt.
Konklusjon:	Closed-loop-kommunikasjon forhindrer medisinske feil. Kommunikasjonsverktøyets kan potensielt øke effektiviteten i utførelse av oppgaver i pediatrik traumebehandling.
Relevans:	Tar for seg effekten av closed-loop-kommunikasjon i en medisinsk nødssituasjon. Kommunikasjon mellom helsepersonell for å få utført konkrete oppgaver i en tidspresset situasjon.

Referanse:	Miller, Riley & Davis (2009)
Land:	USA
Bakgrunn:	Sykepleiere er viktige i å sikre høypålitelig behandling i tverrfaglige team, men hvordan sykepleiere faktisk bidrar til dette er lite kartlagt.
Hensikt:	<ul style="list-style-type: none"> - Identifisere viktige ikke-tekniske ferdigheter hos sykepleiere i tverrfaglige team under ulike stadier i pasientforløpet til akutt sykepasienter. - Vurdere sykepleierens ikke-tekniske ferdigheter på kritiske tidspunkter i pasientforløpet.
Metode:	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativt observasjonsstudium av in-situ simuleringer av akuttmedisinske caser. - 17 forsøk utført og tatt opp på 4 ulike sykehus. - Sykepleierne ble vurdert på 4 ikke-tekniske ferdigheter.
Resultat:	<ul style="list-style-type: none"> - Inkonsistens og mangelfull anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter hos sykepleiere. - Svikt i ikke-tekniske ferdigheter gir svikt i informasjonsflyt, som kan gå på bekostning av pasientbehandlingen.
Konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> - Høypålitelig behandling kan sikres gjennom anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter. - Sykepleierens anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter er både mangelfull og inkonsistent. - Bakgrunnen for mangelfull og inkonsistent anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter kan være multifaktoriell.
Relevans:	<ul style="list-style-type: none"> - Ser på sykepleieres anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter i akutte situasjoner, og hvordan anvendelse av disse kan bidra til ivaretagelse av akutte syke pasienter. - Faktorer som kan være til hinder for dette belyses.

Referanse:	Calder et al. (2017)
Land:	Canada
Bakgrunn:	<ul style="list-style-type: none"> - Dersom vi skal forbedre ivaretagelse under RVF av kritisk syke pasienter, må vi forbedre både team kommunikasjon og teamets situasjonsforståelse.
Hensikt:	<ul style="list-style-type: none"> - Fremheves kommunikasjon, felles situasjonsforståelse og dekkes det informasjonsbehovet som RVF krever? - Målene ble delt opp i 3: <ul style="list-style-type: none"> - 1) Få en bedre forståelse for den felles situasjonsforståelse team som gjennomfører RVF har. - 2) Bestemme kommunikasjonsmønstre i ulike sammenhenger. - 3) Bestemme behovet for informasjon for å oppnå felles situasjonsforståelse.
Metode:	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativ studie, hvorav 3-delt metode. - 1) Intervjuer av helsepersonell i akutteamene. - 2) Observasjoner av simuleringer. - 3) Observasjoner av RVF på pasienter.
Resultat:	<ul style="list-style-type: none"> - 1) Intervjuer: <ul style="list-style-type: none"> - Helsepersonell i disse teamene deler felles mentale modeller. - Problemer knyttet til kommunikasjon, organisasjon og miljø ble identifisert. - 2) Simulering & forsøk på RVF på pasienter: <ul style="list-style-type: none"> - De samme problemene fremhevet i intervjuene ble også observert under del 2 & 3. - Den høyest rangerte legen og Journalførende sykepleier sto for mesteparten av informasjonsflyten. - De mest brukte kommunikasjonstypene var påstander, forespørsler, spørsmål og bekreftelse.
Konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> - Alle metodene bekrefter felles mentale modeller hos teammedlemmer. - Problemer som ble etablert i intervjuet samsvarer med observasjonene fra simuleringen og observasjonen gjort under RVF. - Det er et behov for mye informasjon på kort tid.
Relevans:	<ul style="list-style-type: none"> - Gir innsikt i hvordan kommunikasjon mellom teammedlemmer i en akutt situasjon foregår med kvantitativ data. - Setter sykepleieren i senter av kommunikasjonsarbeidet. - Belyser utfordringer i samarbeidet.

Referanse:	Meester et al. (2013)
Land:	Belgia
Bakgrunn:	Effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell må forbedres.
Hensikt:	<ul style="list-style-type: none"> - Undersøke effekten av SBAR som kommunikasjonsverktøy mellom sykepleier og lege ved mistanke om forverring av tilstand.
Metode:	<p>Kvantitativt studie, pre- og post intervensjonsstudie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spørreskjema ble brukt til å måle effektiviteten i kommunikasjon mellom sykepleier og lege. - 12 forhåndsbestemte spørsmål med fokus på “samarbeid”, “oppfattelse av kommunikasjon”, og “kommunikasjon mellom sykepleier og lege”. - Implementert opplæring for sykepleiere i bruk av SBAR som kommunikasjonsverktøy, kritisk tenking og bruk av vurderingsverktøy.
Resultat:	<ul style="list-style-type: none"> - Spørreskjemaet ble gjennomført av 424 sykepleiere, 72% svarte før intervensjonen, og 53% etter. - Spørreskjemaet gikk fra å score 58 til 64 etter implementering. - Det ble observert en økning i uplanlagte intensiv-innleggelse, og nedgang i uventende dødsfall. Tilkalling av stansteam var uendret.
Konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> - Implementering av SBAR fører til økt oppfatning av effektiv kommunikasjon og samarbeid hos sykepleiere. - Sykepleiere var mer forberedt i forkant av samtaler med leger ved bruk av SBAR. - Det ble observert en endring i retning av tidligere oppdagelse, reaksjon og respons som kan potensielt tilskrives til SBAR.
Relevans:	<ul style="list-style-type: none"> - Ser på bruken av et spesifikt kommunikasjonsverktøy, og effekten denne har på kommunikasjon mellom sykepleier og lege. - Ser på hvordan bruk av kommunikasjonsverktøy påvirker pasientbehandlingen ved akutt forverring av sykdom.

Referanse:	Gundrosen et al. (2018)
Land:	Norge
Bakgrunn:	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikasjonssvikt er en vanlig årsak til uønskede hendelser i helsetjenestene. - Ikke-tekniske ferdigheter er avgjørende for å unngå feil, spesielt i akuttmedisinsk teamarbeid. - Kommunikasjon er avgjørende for oppgave-relevante avgjørelser i team.
Hensikt:	Utforske funksjonen og innvirkningen av tre spesifikke diskurser i beslutningstakingsprosessen i behandling av en kritisk syk pasient i mottakelsen.
Metode:	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativt observasjonsstudie fra akuttmottak. - 10 aktiveringer av medisinsk mottaksteam. - Tre predefinerte diskurser ble vurdert i henhold til hvordan de påvirket teamets beslutningstakingsprosess; Online commentary, Meta commentary og Offline commentary. - Transkripsjoner av videoer ble analysert av to forfattere med erfaring i akuttmedisin og anvendt lingvistikk. - Analysen skulle videre identifisere faser av medisinsk og lingvistikk relevans for beslutningsprosessen.
Resultat:	<ul style="list-style-type: none"> - Det ble identifisert 4 aktivitetsfaser; åpen aktivitet, initial aktivitet, kjerneaktivitet og avsluttende aktivitet. - 1) Online commentary (ONC) genererte oppmerksomhet og indikerte en akutt/kritisk situasjon. - 2) Meta commentary (MC) genererte oppmerksomhet og indikerte en akutt/kritisk situasjon. - 3) Offline commentary (OFC) utfordret teamets situasjonsforståelse. - 4) ONC inn i MC resulterte hurtigere beslutningstaking.
Konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> - Forskjellig kommunikasjon brukes til å komme fram til beslutninger om behandling, skape felles situasjonsforståelse, distribuere oppgaver og gi god behandling. - Kommunikasjon er en dynamisk og komplisert del av team arbeid, og det bør sees mer på hvordan unngå misforståelser under behandling av pasienter.
Relevans:	Ser på kommunikasjon mellom helsepersonell i team rundt en akutt syk pasient, og identifiserer hvordan denne kommunikasjonen påvirker teamets situasjonsforståelse, beslutningsprosess og handlinger.

Referanse:	Boyd et al (2014)
Land:	New Zeland
Bakgrunn:	Dårlig kommunikasjon er sett på som et problem i helsetjenesten. Gjentakelse av informasjon av mottaker er sett på som en effektiv måte å styrke kommunikasjon i flere industrier.
Hensikt:	Utforske om helsepersonell gjennom bruk av Read-Back teknikk i simulerte krisesituasjoner hjelper med forståelse av informasjonen gitt hos mottaker.
Metode:	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ studie. - Anestesipersonell med ingen tidligere kunnskap om settingen kom inn i en simulert krise. Annet personell hadde i forkant blitt gitt målinger og informasjon. - Utvalgte målinger og informasjon ble fulgt for å observere om Read-back ble brukt av mottaker (Anestesipersonell). Responsen ble definert som Read-back, verbal respons eller ingen respons. - Anestesipersonell ble testet i etterkant av simulering for å bedømme hvor mye informasjon ble husket.
Resultat:	<ul style="list-style-type: none"> - Anestesipersonell var 8,27 ganger bedre på å svare riktig på spørsmålene etter endt simulering hvis read back var brukt og 3,16 ganger bedre hvis det ble brukt annen verbal respons.
Konklusjon:	<ul style="list-style-type: none"> - Bruk av read-back øker, i akutte situasjoner, sannsynligheten for at informasjonsoverføringen er effektiv.
Relevans:	<ul style="list-style-type: none"> - Ser på bruken av en kommunikasjonsmetode for å effektivisere overføringen av informasjon i en akutt situasjon.

3.6 Kildekritikk

Fagbøker og pensumlitteratur fra sykepleierstudiet er inkludert fordi litteraturen er rettet direkte mot sykepleie og gir en oversikt i klinisk medisin. Andre fagbøker som er inkludert omhandler spesifikke tema som eksempelvis kommunikasjon. Disse er benyttet som kilder for å få en bredere og dypere forståelse av kommunikasjonsteori, teamledelse og akutsituasjoner fra et fenomenologisk og objektivt perspektiv.

Utvalget av fagbøker og pensumlitteratur ansees som gyldige fordi de er skrevet av anerkjente forfattere innen de ulike fagområdene. Bøkene er basert på fagkunnskap og vitenskapelig forskning. Dette er sekundærlitteratur, noe som innebærer at innholdet er bearbeidet og presentert ulikt fra den opprinnelige forfatterens mening (Dalland, 2017, s. 146). På tross av denne mulige fortolkningen ansees de valgte fagbøkene og pensumlitteraturen som gyldige.

3.6.1 Inklusjon og eksklusjon

I valg av forskningsartikler er det satt avgrensninger for utvalget. Artikkene skulle være utformet etter ImRAD-struktur, som gir en oversiktlig struktur med innledning, hensikt, metode, resultater, diskusjon og konklusjon (Thidemann, 2017, s. 67-69). Siden data og kunnskap kan bli utdatert og mindre gyldige over tid ble publiseringstid vurdert (Dalland, 2017, s. 149). Forskningsartikkene skulle være publisert etter 2005. Selv om dette utgjør mer enn 15 år med kunnskapsutvikling ansees det som aktuelt da kvalitativ data baseres på menneskers opplevelse av teamarbeid og kommunikasjon, og kvantitativ data tar for seg fordeler og utfordringer ved god og dårlig bruk av kommunikasjon. Vi har også sett at i den valgte tidsperioden har prinsippene for kommunikasjon vært gjennomgående lik i store deler av litteraturen. Alle de seks valgte artiklene er fagfellevurdert. Dette betyr at de er lest og godkjent av fagekspertter og uavhengige forskere på feltet. Vi mener at punktene ovenfor er tilstrekkelig til å fastslå påliteligheten og gyldigheten av litteraturutvalget.

Forskningen som ligger til grunn for artiklene er utført i vestlige land med nokså like helsetjenester som i Norge. Det antas derfor at forskningen og funnene er relevante for helsetjenestene i Norge. Artikkene er analysert utfra om pålitelig metode brukt og at funnene er relevante for problemstillingen i denne oppgaven.

Andre kriterier for utvalg:

Inklusjonskriterier: Akutte situasjoner (medisinske), Teamarbeid rundt ivaretagelse av pasient, Kommunikasjon i team.

Eksklusjonskriterier: Teamarbeid på strategisk eller organisatorisk nivå, f.eks. i en avdeling.

3.7 Validitet og reliabilitet

I litteraturstudien har vi utforsket og innhentet kunnskap, informasjon og data som er skrevet av andre forskere og forfattere. En slik studie fordrer god kildekritikk. Reliabiliteten og validiteten av studien må i tillegg vurderes. Med validitet, som betyr gyldighet (Johannessen et al. 2009, s. 71) menes her at det som ønskes undersøkt, og det som faktisk er undersøkt, er gjensidig representativt. Utforming av en god og avgrenset problemstilling har derfor vært viktig. Rammeverket PICO er benyttet i arbeidet med å operasjonalisere problemstillingen slik at denne gir svar på det vi utforsker og ønsker å få svar på. Vi mener også at valgt teori og litteratur er hensiktsmessig i henhold til studiens hensikt.

Når det gjelder studiens pålitelighet, som betegnes som reliabilitet (Johannessen et al. 2009, s. 46) er søkestrategien og søkene godt dokumentert og etterprøvbare. Vi har lagt ved sidetall ved kildehenvisning for etterrettelighet. For å bekjempe forutinntatthet har vi lest igjennom flere abstrakt og artikler. Tekstene er analysert strukturert og likt for alle artikler. Artikkelmatrikse som presenterer artiklene objektivt i sin helhet er inkludert (samt, *vedlegg 1*). Hensikten er å sikre at studiens metode og gjennomføring er presentert troverdig. Alle de valgte artiklene er imidlertid skrevet på engelsk noe som innebærer at tekstene måtte oversettes. Det gir rom for feiltolkninger. Det ble brukt god tid til oversetting av tekstene for å forhindre feiltolkninger.

3.8 Etisk vurdering

Som helsepersonell skal vi følge lovgivningen om taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999). Eksemplet brukt må derfor anonymiseres til den grad at ingen kan knytte kjennskap til hendelsen. Dette er løst ved at den presenteres som en fiktiv hendelse hvor sted, diagnose og pasientrelatert informasjon er omskrevet, mens kommunikasjonsrelatert informasjon er intakt.

Når det gjelder journalartiklene som benyttes, antas det at studiene er forskningsetiske forsvarlige i og med at de er blitt fagfellevurdert og publisert i velrenomerte journaler. I Norge betyr dette at de følger forskningsetiske retninger (forskningsetikk.no) og at studien er meldt inn til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (nsd.no). Studienes metode er alle godkjente av sine respektive etiske komiteer.

4 Analyse av resultater

I dette kapitlet presenteres relevante resultater fra de seks forskningsartiklene i kapittel 3.5.

4.1 Kommunikasjon i akutte situasjoner

Studien til Calder et al. (2017) tar for seg hvordan kommunikasjonen i akuttsituasjoner foregår, og hvilke deler av teamet som står sentralt for denne kommunikasjonen. Utfordringer som står i veien for god kommunikasjon i team blir også identifisert, først gjennom intervjuer av helsepersonell, deretter gjennom observasjonene som er gjort (Calder et al., 2017, s. 7). Effekten av kommunikasjon blir sett på av Gundrosen et al. (2018, s. 6), hvor tre diskurser viser hvordan kommunikasjon leder til beslutninger og handling. De tre diskursene er «Online commentary (*ONC*)», «metacommentary (*MC*)» og «offline commentary (*OFC*)». *ONC* er en beskrivelse eller en vurdering av en observasjon. Eksempelvis "*pasienten desaturerer*". Hensikten er å dele informasjon, skape oppmerksomhet og starte handling. *MC* er en klar beskjed om en aktivitet, orientering om en ny aktivitet, eller plan. Eksempelvis "*Vi går på CT*". Hensikten er å innhente bekreftelse på handlingen, men vi kan også få tvil fra teamet om uttrykt handling er riktig vei framover, eller ikke. *OFC* er en forklaring eller spørsmål fra teammedlem for å søke evidens og felles forståelse. Eksempelvis "*Er vi sikker på at dette er kardiogent?*". Effekten her er at handlinger blir satt på pause, slik at det kan bli klargjort felles situasjonsforståelse og en base for videre beslutninger og behandling. Det fremkommer i Calder et al. (2017, s. 5) at sykepleieren, sammen med legen, står sentralt for kommunikasjonsarbeidet som blir gjort i akuttsituasjoner, spesielt når det kommer til distribuering av oppgaver. Calder et al. (2017, s. 5) fant også at de mest brukte frasene brukt under RVF var *påstander*, *ønsker*, *spørsmål* og *bekreftelse*.

4.2 Felles situasjonsforståelse

Samtlige artikler trekker frem kommunikasjon som en sentral faktor for at teamet oppnår felles situasjonsforståelse. Gundrosen et al. (2018, s. 6) trekker frem hvordan man kan forsøke å oppnå felles situasjonsforståelse gjennom tre diskurser. *OFC* trekkes fram som en måte enkelte teammedlemmer bruker individuell ekspertise til å trekke fram sin vurdering av situasjonen. På den måten forsøkes det å komme til en felles forståelse som videre kan bygge opp under beslutninger og videre handling. Calder et al. (2017, s. 7) belyser at teammedlemmer har et stort informasjonsbehov for at teamet skal kunne oppnå en felles situasjonsforståelse.

Likevel kommer det frem i artikkelen til Miller, Riley og Davis. (2009, s. 251-252) at sykepleiere ikke er gode nok til å bygge denne situasjonsforståelsen i teamet. Det vises blant annet til inkonsistent anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter for å bygge opp situasjonsforståelse. Ofte blir ikke informasjon formidlet eller oppfattet korrekt, eksempelvis på grunn av støy, for mange teammedlemmer eller andre distraksjoner (Calder et al., 2017, s. 7).

4.3 Kommunikasjonsverktøy

El-Shafy et al. (2018, s. 60-61) belyser hvordan bruken av kommunikasjonsverktøyet closed-loop fører til effektivisering i oppgavegjennomføring under reetablering av vitale funksjoner. Boyd et al. (2014, s. 990-991) påviser at gjentakelse av informasjon gjennom «read-back» (tilbake-lesing) øker hvor mye mottakeren husket av informasjon i etterkant av endt simulering og ga bedret arbeidsminne. Meester et al. (2013, s. 1194) fant at bruk av SBAR (se kap. 2.3.2) ved overføring av kritisk informasjon mellom sykepleiere og leger styrket kommunikasjonen, og førte til tidligere iverksettelse av riktig behandling. Dette ble sett i nedgangen av dødsfall og oppgangen i uplanlagte intensiv-innleggelse etter implementasjon av intervensjon.

Det er konsensus mellom artiklene som spesifikt har sett på effekten av kommunikasjonsverktøy om at de bedrer kommunikasjon og teamarbeid. Likevel finner Miller, Riley og Davis (2019, s. 251-252) at det er stor variasjon i bruken av de fire dimensjonene undersøkt, hvor SBAR og closed-loop er inkludert, hos sykepleiere. Det blir diskutert hvordan denne variasjonen kan komme fra mangler i rolle klarhet, menneskelige faktorer (som multitasking, hierarkier og fiksering på oppgaver) eller mangel på kunnskap for når kommunikasjonsferdigheter og teamferdigheter skal tas i bruk (Miller, Riley og Davis., 2019, s. 253). Dette underbygges av funnene til Calder et al. (2017, s. 5) som ser en lav bruk av «read-back» under reetablering av vitale funksjoner.

4.4 Ivaretagelse av akutt/kritisk syk pasient

Ivaretagelse av akutt syke pasienter er ikke hovedfokuset i alle artiklene, men alle artiklene inneholder funn som er relevant for dette sett fra et helhetlig perspektiv. Ifølge Miller, Riley og Davis. (2009, s. 252-253) må sykepleier og øvrig helsepersonell evne å observere varseltegn hos pasienten som er av betydning for pasientens tilstand og kommunisere disse videre (s. 252-253). Viktigheten av dette bekreftes i funnene til Meester et al. (2013, s. 1194) som viser at det fører til en nedgang i dødsfall, og økning i intensiv-innleggelser. Det utdypes at tidligere identifisering av pasientens tilstand, i samspill med tydeligere kommunikasjon av tilstand til lege, bidrar til bedret ivaretagelse av pasienter med akutt forverring av sykdom (Meester et al, 2013. s. 1195).

5 Drøfting/diskusjon

I dette kapitlet vil problemstillingen, «*Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?*» belyses og drøftes. Drøftingen tar utgangspunkt i de teoretiske perspektivene som er presentert i kap. 2, de vitenskapelige artiklene som er presentert i kap. 3 og analysen i kap. 4. Drøftingen tar først for seg situasjonsforståelse og kommunikasjonsverktøy. Videre rettes dette opp mot sykepleie i kap. 5.2.1 og 5.3 for å besvare problemstilling.

5.1 Hva er sentralt for å etablere en felles situasjonsforståelse i en akutt situasjon?

I kasstikken presentert i innledningen (kap. 1.1) beskrives en situasjon hvor det ble ordinert feil behandling til en pasient. Sykepleierne hadde forsøkt å informere legen om pasientens tilstand, men likevel var det ulik situasjonsforståelse blant medlemmene i teamet. Det var trolig kommunikasjonssvikt som medførte til dette.

I litteraturstudiet fremkommer det at kommunikasjon spiller en viktig rolle i å sikre teamets felles situasjonsforståelse i akuttsituasjoner. Miller, Riley og Davis (2009, s. 252-253) påpeker at kommunikasjon i team har som hensikt å skape og ivareta en felles situasjonsforståelse. Dette støttes av Eisenberg (2008, s. 9-20) som sier at observerte utfordringer relatert til etablering av felles situasjonsforståelse i stor grad relateres til kommunikasjon.

Gundrose et al. (2018) viser hvordan kommunikasjon kan bidra til etablering av felles situasjonsforståelse og akselerering av beslutningsprosesser. I artikkelen påpekes det at diskursene *ONC* og *MC* sammen vil etablere en oppfattelse av situasjonen teamet står i, og etablere grunnlag for videre handling. Eksempelvis ved at sykepleieren uttrykker "*jeg ser blod i munnen (ONC), jeg trenger sug nå» (MC)*". Dette er et eksempel på objektiv informasjon formidlet til teamet med klar behovsbeskrivelse. Kommunikasjonen er presis, rask, og følges opp med oppfordring til handling. Situasjonsforståelsen etableres da gjennom sykepleierens vurdering og uttrykte observasjon, samt konkret orientering til handling (Gundrose et al., 2018). Beslutningsprosessen var raskere når teamet var innforstått med vurderingene av observasjonene og handling for å ivareta pasienten (Gundrosen et al,2018).

Dette samsvarer med informasjonen og situasjonsforståelsens viktighet for beslutningstaking presentert i Johnsen (2018, s. 252-253). På den andre siden kan det hevdes at dette eksempelet representerer en for enkel situasjon til å kunne generaliseres, og at det kan antas at konklusjonene derfor ikke er allment gyldige. Dette leder oss over til den tredje diskursen i Gundrosen et al. (2018).

Denne diskursen, OFC, viser hvordan vi gjennom å utfordre teamets situasjonsforståelse setter handlinger på pause, for å skape en bedre base for videre beslutninger og behandling f.eks. «*Er vi sikre på at det er cerebralt?*». Med bakgrunn i vår forståelse av diskursene ser vi hvordan *ONC*, *MC* og *OFC* kan hjelpe sykepleiere i team til å skape felles situasjonsforståelse. I lys av 4-Nivå-prosessen i Bjelland og Nakstad (2020, s. 88) kan *ONC* gi svar eller oppdatere nivå 1-2 ved at *ONC* formidler en beskrivelse av en observasjon og skaper oppmerksomhet til kritisk informasjon. Likeledes anser vi *OFC* med avklaringer, spørsmål og forklaringer som en måte å svare på nivå 3-4, siden det etableres svar på spørsmål som *hva vil skje...?* og *hva bør gjøres...?*

Calder et al. (2017) fant at de mest brukte frasene i teamet under behandling i akuttsituasjoner var *påstander*, *ønsker*, *spørsmål* og *bekreftelse* og oppsummerte med at dette var fraser som reflekterte en informasjons utveksling som vedlikeholdt situasjonsforståelse (Calder et al., 2017). Sammenlignet med funnene til Gundrosen et al (2018) sine analyser av diskurser, kan vi se hvordan frasene identifisert i Calder et al (2018) gjenspeiler seg i forsøk på å skape situasjonsforståelse. Eksempelvis *Påstander* er i prinsippet likt som *ONC*, «*Pasienten er ukontaktbar*». Her formidles informasjon til teamet som bygger forståelsen. *Spørsmål* er likt *OFC*, «*Er det en sepsis?*». Her søker man mer informasjon eller bekreftelse. *Ordre* kan ses i sammenheng med *MC*, «*Må ha en vene-tilgang nå!*». Derimot er det antageligvis ikke alltid en korrelasjon mellom diskursene til Gundrosen et al. (2018) og frasene identifisert i Calder et al. (2018). Dette siden diskursene har pre-definert beskrivelse, og vi tror ikke frasene samsvarer med dem til enhver tid.

For at teamet skal opprette og vedlikeholde felles situasjonsforståelse må alle teamdeltagere få formidlet, og bearbeidet den tilegnelige informasjonen fremskaffet gjennom f.eks. observasjoner. I tillegg må medlemmene dele sin situasjonsforståelse ved oppdateringer og dele ny informasjon, f.eks. om en handling som er utført, eller observerte endringer hos pasienten. På denne måten holdes samtlige i teamet kontinuerlig på samme nivå mht. situasjonsforståelse.

På den andre siden ser vi hvordan det kan oppstå utfordringer som kan lede til misforståelser. Gundrosen et al (2018, s. 6) trekker frem hvordan bruk av *MC* uten *ONC* kan lede til misforståelser, eller behov for forklaringer. Dette kommer trolig av at en beskjed om en handling eller plan ikke er implisitt dersom man ikke forstår vurderingen. Mottaker kan assosiere budskapet med en oppfatning som ikke er korrekt (Norby, 2009, s. 90-95). Dette er et eksempel på hvor selve formidlingen av informasjon medfører en utfordring i forhold til selve kommunikasjonen. Imidlertid ser vi også hvordan utvikling i den akutsituasjonen kan skape utfordringer. Stresset i situasjonen vil eksempelvis kunne redusere oppmerksomheten (Johnsen, 2018, s. 252-253) som er en betingelse for virkningsfull kommunikasjon (Nordby, 2009, s. 85-90). En konsekvens av dette vil kunne være at informasjon ikke blir formidlet eller registrert. Hvilken rolle kommunikasjonsverktøy kan ha for å skape situasjonsforståelse og bidra til å motvirke utfordringer drøftes i det neste delkapitlet.

5.2 Hvordan kan kommunikasjonsverktøy hjelpe med å bedre kommunikasjonsarbeidet i akutte situasjoner?

I Bjelland og Nakstad (2020) beskrives loop-kommunikasjon som en effektiv kommunikasjonsteknikk ved tidskriser hendelser. De hevder at teknikken primært vil forhindre misforståelser ved at avsender forsikrer seg om at budskapet er mottatt og forstått. Teknikken sikrer altså informasjonsoverføring (Bjelland og Nakstad, 2018, s. 135). I studien til Boyd et al. (2014, s. 990-991) trekkes bruken av read-back frem. Read-back fører til at mottaker bearbeider og gjenkaller informasjonen bedre. Funksjonelt er dette det samme som call-back i loop-kommunikasjon. Dette sammenfaller med funnene til Bjelland og Nakstad (2020, s. 135).

El-Shafy et al. (2018, s. 60) sin studie viser at teknikken closed-loop har positiv effekt på behandlingen av pasienten. Funnene viser at closed-loop medførte en reduksjon i tid brukt på utførte oppgaver. Eksempelvis ble tid for administrering av medisiner redusert fra 4,5 minutter til ett minutt sammenlignet med når loop-kommunikasjon ikke ble brukt. Sett opp mot kravene akutsituasjonen stiller til rask intervensjon for ivaretagelse av pasienten (Kirkevold, 2016, s. 196) er en så stor reduksjon i brukt tid på utført oppgave viktig. Konklusjonene i El-Shafy et al. (2018, 61-62) om at closed-loop kan øke effektiviteten i utførelsen av oppgavene i akutsituasjoner støtter opp om funnene til Bjelland og Nakstad (2020) og Boyd et al. (2014, s. 990-991).

Videre svarer closed-loop til kommunikasjonsbetingelsene *oppmerksomhet (2)* og *assosiative misforståelser (3)* (del-kapittel 2.3.1). Ved call-out (CO) i loop-kommunikasjon etablerer Avsender oppmerksomheten (2) fra Mottaker. Check-back og closing the loop gir mulighet for å korrigere misforståelser mellom Avsender og Mottaker, og innfrir kommunikasjonsbetingelsen (3). Våre funn tilsier at loop-kommunikasjon er et godt verktøy i formidling av informasjon og delegering av oppgaver. Det kan imidlertid tenkes at flere faktorer vil kunne påvirke effekten av teknikken i negativ retning. I studien til Calder et al. (2017, s. 7) beskrives distraksjoner som eksempelvis høyt støynivå og stort antall individer i teamarbeidet som faktorer som svekket oppmerksomheten, og medførte i et mulig informasjonstap.

Oppmerksomhet er viktig ved bruken av loop-kommunikasjon da teknikken krever at avsenderes beskjed (CO) mottas og verifiseres av mottaker (Check-back). Likevel er det grunn til å tro at distraksjoner som overnevnt vil kunne svekke enten Avsenders eller Mottakers oppmerksomhet. Dette er en mulig risiko for at loop-kommunikasjons «sirkel» ikke blir oppfylt, og at informasjon eller bekreftelser dermed kan gå tapt.

I operativ kommunikasjon er det blitt benyttet strukturerte kommunikasjonsverktøy for å formidle kritisk informasjon (Bjelland og Nakstad, 2018 s. 132-133.). Det er blitt utformet huskereglar med en definert mal i form av akronymer. Slike verktøy er også blitt implementert i helsevesenet, f.eks. SBAR for å informere om pasientens tilstand på en tydelig og konkret måte (Nortvedt og Grønseth, 2017, s. 34). Målet med verktøy som SBAR er at informasjonsformidlingen skal inneholde elementer som er nødvendig for å etablere situasjonsforståelse (Bjelland og Nakstad, 2018 s. 132-133).

Meester et al. (2013) har gjennomført en studie som viser at SBAR som verktøy er effektivt til å bedre kommunikasjonen og samarbeidet mellom sykepleier og lege. Etter at verktøyet ble implementert og benyttet aktivt i kommunikasjonen mellom legene og sykepleierne på sengepost ved formidling av informasjon av klinisk forverring av pasientene, så de en klar nedgang av uforventet dødsfall, liggetid og et større antall pasienter ble overflyttet til et høyere behandlingsnivå. Det er imidlertid usikkerhet om dette er direkte konsekvens av kommunikasjonsverktøyet, siden det samtidig ble implementert rutiner for observasjoner og tiltak for utvikling av kritisk tenkning hos sykepleierne (Meester et al. 2013).

Til tross for dette fant de at SBAR bidro til at sykepleierne følte seg tryggere ved informasjonsformidling, og den tverrfaglige kommunikasjonens ble forbedret. Ved bruk av SBAR fikk de formulert og formidlet kritisk informasjon og kommunikasjonen ble mer presis. (Meester et al., 2013). Bjelland og Nakstad (2020) fremhever at presisjon er en viktig del av kommunikasjon ved hendelser som krever raske avgjørelser, noe som støtter funnene i Meester et al., (2013).

Vi vet at hensikten med strukturerte kommunikasjonsverktøy er å skape situasjonsforståelse for å formidle viktig informasjon. Vi ser også hvordan SBAR med pre-definerte elementer svarer til 4-nivå-prosessen for dannelse av situasjonsforståelse som beskrives i Bjelland og Nakstad (2020, s. 88). (S)ituasjon, (B)akgrunn og (A)vurdering, gir svar på gjeldene fakta og en beskrivelse av hva som foregår, altså nivå 1-2 i prosessen. (A)vurdering og (R)åd/forslag til handling svarer til nivå 3-4 som prediksjon av utvikling og vurdering om hva som må gjøres. Vi antar derfor at verktøyet vil kunne bidra til å skape felles situasjonsforståelse mellom Sender og Mottaker, og etablering av beslutningsgrunnlag. Meester et al. (2013) viser at sykepleieres formidling av pasientens tilstand med SBAR gav legen en situasjonsforståelse som igjen gjorde det mulig å iverksette handling tidlig. Dette er imidlertid funn fra observert klinisk forverring av pasient liggende på sengepost. I lys av funnene i artikkelen til Meester et al. (2013), og sett opp mot bakgrunns teorien (Kap. 1.2), ser vi SBAR som et svært relevant kommunikasjonsverktøy for sykepleiere i team i akuttsituasjoner.

I akuttsituasjon gjøres det observasjoner, undersøkelser og vurderinger (Kirkevold, 2016). Jo mer informasjon teamet samler desto høyere forståelse etableres. Dette kan føre til at man avdekker funn eller tilstander som kan kreve flere hender eller engasjering av spesiell kompetanse. Eksempelvis; Blødning i buken mistenkes, og dermed ønsker man å inkludere en gastro-kirurg i behandlingen. Da tilkommer det ny(e) medlem(er) som ikke er informert. I observasjonsstudiet til Miller, Riley og Davis. (2009) hevdes det at det er kritisk at informasjon formidles til nye teammedlemmer på en slik måte at de raskt får en relevant situasjonsforståelse. Som argumentert for tidligere beror en felles situasjonsforståelse i teamet på at samtlige medlemmer får den tilgjengelige informasjonen (Espevik, Eid og Johnsen, 2018. s. 241-243). Med bakgrunn i det vi har presentert i avsnittene over mener vi at bruk av SBAR kan være et aktuelt verktøy å benytte i en akuttsituasjon når det tilkommer nye team medlemmer.

I akuttsituasjoner kan endringer forekomme raskt og pasientens tilstand vil kunne være fluktuerende (Kirkevold, 2016). Når situasjonen endres må grunnlaget for situasjonsforståelsen også revurderes og oppdateres (Johnsen, 2018, s.253-255). Dersom teamet har etablert høy felles situasjonsforståelse betyr det nødvendigvis ikke at den vedlikeholdes. Ved å gjenta 4-nivå-prosessen som Bjelland og Nakstad (2020) beskriver når situasjonen endrer seg også re-etablerer situasjonsforståelsen i teamet. Siden SBAR svarer ut på denne prosessen, så vurderer vi SBAR som et verktøy som kan bidra til å re-etablere situasjonsforståelsen i et team.

5.2.1 Sykepleierens bruk av kommunikasjons teknikker- og verktøy i akutte situasjoner

Vi undersøker sykepleierens rolle og kommunikasjon i team som ikke er faste, som ikke er spesialiserte på akuttsituasjoner. Dette er team som dannes adhoc ut fra en akutt situasjon.

Sykepleierens behandelende funksjon innebærer ansvar for å foreta undersøkelser og observasjoner, som danner et grunnlag for vurdering og eventuelt beslutning av behandling i samråd med annet helsepersonell (Nordtvedt, 2017). Sykepleieren må evne å formidle denne informasjonen til resten av teamet for å oppnå smidig og hensiktsmessig samhandling (Kirkevold, 2016). SBAR har vist seg som et sikkert verktøy for formidling av kritisk informasjon, danne situasjons forståelse, og samtidig drive pasientarbeidet videre med sitt siste element (R)åd som søker handling eller beslutning (Nordtvedt, 2017). Mye av den anvendte litteraturen omfatter imidlertid kommunikasjon i definerte team som er spesialisert på akuttsituasjoner. Sykepleiere har roller og kommuniserer ofte i og med team som ikke er faste, som ikke er spesialiserte på akuttsituasjoner, og som dannes adhoc grunnet en akutt situasjon. Funnene fra litteraturstudien peker oss i retning av at bruken av kommunikasjonsteknikker- og verktøy også kan ha en positiv innvirkning på sykepleierens rolle i team ved slike akuttsituasjoner.

Dersom eksempelvis sykepleier i kasuistikken presentert i 1.1 hadde overlevert informasjon til legen med SBAR kunne sykepleier ha forsøkt å etablere felles situasjonsforståelse gjennom å presentere sin objektive og subjektive forståelse av situasjonen (De gjeldene fakta og hva som foregår.), vurdering av situasjonen, og forslag til videre handling. Dette kunne eksempelvis vært gjort slik:

«Pasienten får immundempende medisiner, hatt fallerende allmenn tilstand siste dager. Pasienten er lite kontaktbar, har respirasjonsproblem, dårlig sirkulert med lavt blodtrykk og høy febril (> kjerne temperatur). Jeg har gjort disse observasjonene... og disse målingene... Jeg mistenker sepsis (uhensiktsmessig vertsrespons på infeksjon)! Skal vi starte væskebehandling, ta infeksjonsprøver og gi antibiotika? Hva tenker du?»

I dette eksempelet besitter sykepleieren informasjon som legen ikke har fått formidlet eller forstått. I studien til Miller, Riley og Davis. (2009) forklarer de at legen som ble inkludert i teamet ville ta beslutninger på bakgrunn av informasjonen om pasientens tilstand fra sykepleieren. Dette fordrer selvfølgelig at essensiell informasjon om pasientens tilstand formidles presist og komplett. Strukturen i SBAR og de pre-definerte målene gjør det mulig for sykepleierne å formidle de nødvendige momentene for å oppnå felles situasjonsforståelse. Meester et al (2013) konkluderte med at sykepleierne som brukte SBAR følte seg mer selvsikker i kommunikasjonen av pasienttilstand til lege. De fant videre at kommunikasjonen ble oppfattet som bedre ved bruk av kommunikasjonsverktøy.

Teori og litteraturfunn, samt egne erfaringer, støtter ikke en påstand om at team i akutte situasjon i dag oppnår presis og effektiv kommunikasjonsdeling i tilstrekkelig grad. I studien til Miller et al. (2009, s. 251-252) fremkommer det at sykepleierens bruk av SBAR og closed-loop er inkonsistent. Det ble observert variabel bruk av verktøyene av sykepleiere i de ulike situasjonene. Det ble også observert variabel bruk av SBAR i ulike stadier av hver situasjon. Samtidig stadfestes det i studien til Calder et al. (2017, s. 5) at read-back utgjør så lite som 2,9 % av all kommunikasjon under RVF. Vi ser betydelig avvik mellom hva empirien viser om de positive konsekvensene bruk av kommunikasjonsverktøy, og den lave graden av internalisering og bruk i praksis. Med dette kan vi anta at kommunikasjon i team i akutte situasjoner antagelig ikke er så presis som ønskelig. Dersom dette er tilfellet kan det føre til lavere ivaretagelse av pasienten enn det som er påkrevet. På den andre siden, ut fra litteratursøkene kan det se ut til at dette er et område som det er forsket for lite på.

Ut fra dette kan det fremføres et argument om at det kan være behov for flere empiriske studier før man kan konkludere med at det er et betydelig avvik mellom empiriske funn i vitenskapelige studier og praktisk internalisering. Likevel ser Miller et al. (2009, s. 253) på hvordan manglende kunnskap rundt bruk av kommunikasjonsverktøyene kan være en mulig årsak til denne manglende praksisen. Dette er en mer generell observasjon som vi mener kan argumentere for at kommunikasjon innad i team i akuttsituasjoner ikke er så presis som er ønskelig. Det beskrives også i Miller et al. (2009, s. 253) at sykepleiere er svake til å identifisere varseltegn i omgivelsene. Det indikere at kommunikasjonsverktøyene bør tas i bruk. Det kan utfra dette virke som at sykepleiere ikke får nok trening i bruk av kommunikasjonsverktøy. Dette kan føre til at team som opererer i akuttsituasjoner ikke internaliserer Bjelland og Nakstads (2018) teorier om de fire nivåer i praksis. Dermed har ikke teamet grunnlaget for å få oversikt over situasjonen. Informasjonsdelingen og situasjonsforståelsen er svak, og som konsekvens av disse to, blir ikke pasienten ivaretatt.

I kapittel 5.2 så vi på at Calder et al. (2017, s. 7) i sin studie trakk fram at distraksjoner som ofte oppstår i akuttsituasjoner kan føre til at informasjonsdelingen ikke oppnår ønsket presisjon og effektivitet. Det er naturlig å anta at disse distraksjonene kan fører til at informasjon blir dårlig kommunisert, misforstått og at avsender ikke får bekreftelse på at informasjonen er mottatt og forstått riktig av mottager. Ifølge Miller et al. (2009, s. 254) har sykepleiere en sentral rolle når det kommer til sikker informasjonsoverføring av klinisk informasjon. Dette krever at informasjonen blir kommunisert på en strukturert måte og med en viss bestemthet (Miller, Riley og Davis., 2009, s. 254). Basert på funn i Miller, Riley og Davis. (2009) og egne erfaringer ser vi at dette ikke alltid skjer i praksis. Dette leder oss til å anta at ivaretagelse av pasienten gjennom kommunikasjon i akuttsituasjoner ikke alltid er garantert. Det peker mot at kommunikasjon blant sykepleiere som en del av team i akuttsituasjoner er et område med forbedringspotensialet. Det er antagelig behov for mer forskning før man kan konkludere.

5.3 Tiltak for bedre kommunikasjon i akutte situasjoner med fokus på sykepleiere

Det kan argumenteres for at sykepleiere i svært varierende grad vil bli eksponert for akuttsituasjoner i sine arbeidssituasjoner, og at det derfor ikke er formålstjenlig å bruke ressurser på internalisering av felles kommunikasjonsstrategier og verktøy. Alle som utdanner seg i sykepleiefaget må allikevel forvente å stå i akuttsituasjoner en eller flere ganger i sin arbeidskarriere. Kommunikasjon i team kan være en viktig faktor i utfallet av disse akutte situasjonene.

Den lave graden av bruk av read-back under RVF som på vises av Calder et al (2017, s. 5) og den dårlige forståelsen for når kommunikasjonsstrategier skal implementeres observert i studien til Miller, Riley og Davis. (2019, 253) tilsier at det kan være mangler i utdanningsløpet for sykepleiere. Dette støttes også av våre egne erfaringer fra undervisning, erfaring fra praksisperioder og egen jobberfaring. I undervisningen har det vært svært lite fokus på hvordan vi overleverer informasjon mellom hverandre på en strukturert måte som underbygger felles situasjonsforståelse.

På den andre siden kan det argumenteres for at trening på teamkommunikasjon i akuttsituasjoner er ferdigheter som utvikles gjennom arbeidserfaring. Vår egen arbeidserfaring er begrenset, men tilsier at den manglende treningen i teamkommunikasjon i akuttsituasjoner fra studiet er en svakhet. Dette støttes igjen av funnene til Miller, Riley og Davis. (2009). En manglende internalisering av felles kommunikasjonsstrategier og verktøy fra studiet kan lede til ulik arbeidspraksis i ulike team og situasjoner. Dette kan igjen føre til utilfredsstillende ivaretagelse av pasienten.

Vi i kull BSPLGH 2018, NTNU Gjøvik har vært heldige som har hatt TeamSTEPPS implementert i utdanningen som en del av et forskningsprosjekt. Vi kan bare snakke for oss selv. Det har gitt oss en bevisstgjøring og forståelse for kommunikasjon og samarbeid som har bidratt til bedre kommunikasjon i praksis, men skulle ønske vi fikk mer praktisk trening. Likevel opplevde vi det som svært positivt. Vår egen erfaring, sett sammen med funnene til Meester et al. (2013) ser vi hvordan en slik bevisstgjøring og forståelse hos sykepleiere vil kunne bedre samarbeides mål om ivaretagelse av pasienten.

Med referanse til yrkesgrupper som f.eks. flygeleder og flygere ser man at kommunikasjonsstrategier og kommunikasjonsverktøy er en integrert og viktig del av hele opplæringsløpet (Mussen, 2008, s. 47). Vi vil argumentere for at det også burde være tilfellet for utdanningsløpet for sykepleiere. Alle sykepleiere bør tidlig i utdanningsløpet få en grunnopplæring i kommunikasjons teori og – strategier. Vi har erfart mer fokus på dette i utdanningen, men tror det fortsatt er mangler. Videre bør internalisering av bruk av kommunikasjonsverktøy vektlegges i case trening og praksisperioder.

For å oppnå internalisering mener vi at praktisk repetering bør legges inn gjennom hele studieløpet. Ved å integrere opplæring i kommunikasjon i den kliniske opplæringen som allerede ligger i fagplanen kan det tenkes at man vil på en resurseffektiv måte bidra til en felles kommunikasjonsform i akuttsituasjoner på tvers av sykepleier faget. Dette kan i siste instans bidra til økt ivaretagelse av pasientene.

5.4 Metodediskusjon

I kapittel 3.4-3.7 er det redegjort for hvordan litteraturstudien er gjennomført, resultatene av dette, samt dokumentert en kritisk gjennomgang av kilder og vurdering av reliabilitet og validitet.

Det er ikke benyttet noen eksklusjonskriterier i selve søkene. Dette ble først brukt i utvelgelsen og analysen av artikler. Det ble benyttet flere søkekombinasjoner. Dette gjør trolig søkestrategien mindre oversiktlig. Dette ble gjort siden andre søkestrategier sviktet i å finne relevant forskning for vår problemstilling. Store søk med flere kombinasjoner ga enten et høyt antall treff eller ingen treff. Om dette skyldes at disse søkene ikke ble korrekt utført fra vår side er vanskelig å si, men utfallet viste seg i alle fall til å være utilstrekkelig i gode funn.

Det viste seg utfordrende å finne litteratur og forskning som omhandlet sykepleier og kommunikasjon i team i akuttsituasjoner. Det var begrenset utvalg av slik forskning, og vi gjorde ingen gode funn. Dette kommer trolig av at teamarbeid ofte er tverrfaglig og lener seg gjerne på faglitteratur innen ledelse, gruppedynamikk og psykologi. Dette er prinsipper som gjelder alle medlemmer i et team uavhengig av profesjon. Imidlertid fant vi forskning relevant for helsepersonell i forhold til teamarbeid og etablering av felles situasjonsforståelse på generelt grunnlag. Metoden anses å være hensiktsmessig, for selv om utfallet ikke ble slik som håpet, er funnene allikevel interessante og relevant tolket inn i problemstillingen i oppgaven.

6 Konklusjon

Denne bacheloroppgaven tar for seg problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleiere i akutte situasjoner ivareta pasienten gjennom kommunikasjon i teamet?*» Svaret har dannet seg gjennom bakgrunns litteraturen og litteratursøket.

Akuttsituasjoner kan oppstå i alle deler av helsetjenesten. Akuttsituasjoners karakter krever at de håndteres av det teamet av helsepersonell som er tilstede når situasjonen oppstår og suppleres med de som tilkalles. Sykepleiere vil antageligvis stå i slike akuttsituasjoner i løpet av sitt yrkesliv.

Litteraturstudien viser at i akuttsituasjoner er kommunikative ferdigheter sentralt for at team får etablert felles situasjonsforståelse og at den rette behandlingen av pasienten iverksettes. Sykepleieren må kunne kommunisere på en slik måte at felles situasjonsforståelse skapes og vedlikeholdes i teamet som skal ivareta akutt syke pasienter.

Litteraturstudien viser at bruk av kommunikasjonsverktøy styrker kommunikasjonen i team og ivaretagelse av pasienten. Strukturert bruk av kommunikasjonsverktøy, eksempelvis SBAR, har vist gode resultater i å etablere og re-etablere situasjonsforståelse. Read-back bidrar til å holde kritisk informasjon i arbeidsminnet. Loop-kommunikasjon medfører raskere handling og mindre misforståelser. Sykepleieren bør derfor kunne beherske slike verktøy- og teknikker.

Litteraturstudiet har avdekket at sykepleieres kompetanse i og evne til å utnytte kommunikasjonsteknikker, - og verktøy ikke er tilfredsstillende. Dette peker på et behov for økt fokus på kommunikasjonsteori og – teknikker i sykepleierutdanningen, samt på repetitiv trening både i praksisperioder og i jobbsammenheng. Dette for å oppnå internalisering av kommunikative ferdigheter, samt bidra til bevisstgjøring av sykepleierens rolle i team i akuttsituasjoner. Dette kan skape større trygghet og bidragsevne for sykepleierne i slike situasjoner.

Litteratursøket viste at det er relativt lite litteratur på «kommunikasjon i team i akuttssituasjoner», sammenlignet med litteratur som omhandler spesialiserte team i akuttssituasjoner, eksempelvis traume-team. Funn fra litteratur om spesialiserte team viste begrenset bruk av kommunikasjonsverktøy- og teknikker i slike team. Antageligvis er bruken enda lavere i team som dannes ad hoc når akuttssituasjoner oppstår.

Søkene etter forskningslitteratur viste at det er få studier om akuttssituasjoner som omhandler sykepleiers rolle og arbeid i team og deres bruk av kommunikasjonsverktøy. Tatt i betraktning hvor viktig dette kan være for å ivareta pasientene, er det tydelig behov for mer forskning på disse temaene.

Med bakgrunn i funnene i denne studien foreslås det avslutningsvis at kommunikasjon i team som dannes ad hoc i akuttssituasjoner må utforskes bedre. Videre bør det gjøres en større forskningsinnsats på sykepleierens behov for kommunikasjonsverktøy- og teknikker og hvordan disse kan implementeres i klinisk utdanning og praksis.

7 Litteraturliste

Almås, H. (red.) (2017) *Klinisk Sykepleie 1*, 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bjelland, B. og Nakstad, E.R. (2020) *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedarbeid*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Boyd, M. *Et al.* (2014) Read-back improves information transfer in simulated clinical crises, *BMJ*, 26(12), S. 989-993. Doi: [10.1136/bmjqs-2014-003096](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003096)

Calder, L *Et al* (2017) Team Communication patterns in emergency resuscitation: a mixed methods qualitative analysis, *International Journal of Emergency Medicine*, 10(1), s. 1-9. Doi: [10.1186/s12245-017-0149-4](https://doi.org/10.1186/s12245-017-0149-4)

De Nasjonale Forskningsetiske komiteene, Tilgjengelig fra: forskningsetikk.no (hentet: 13.05.20)

Disch, J (2012) Teamwork and Collaboration, i Sherwood, G. og Barnsteiner, J. (red.) *Quality and Safety in Nursing, a competency approach to improving outcomes*. 1. utg. Sussex, UK: Wiley-Blackwell, s. 91-112.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

De Meester, K *Et al.* (2013) SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study, *Resuscitation*, 84(9), S. 1192- 1196. Doi: [10.1016/j.resuscitation.2013.03.016](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016)

Eid, J og Johnsen, B. H. (red.) (2018) *Operativ Psykologi*. 3. utg. Bergen: Fagforlaget

El-Shafy, I *Et al.* (2018) Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation, *Journal of Surgical Education*, 75(1) S. 58-64. Doi: [10.1016/j.jsurg.2017.06.025](https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025)

Eisenberg, E, M. (2008) The Social Construction of Healthcare teams, I Nemeth, C, P (red.) *Improving Healthcare Team Communication : Building on Lessons From Aviation And Aerospace*. England: CRC Press, s. 9-20.

Espevik, R. Johnsen, B. H. og Eid, J. (2018) Grupper og operative team, I Eid, J. og Johnsen, B. H (red.) *Operativ Psykologi*. 3. utg. Bergen: Fagforlaget, S. 227-250

Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) (2016) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Gundrosen, S *Et al.* (2018) Team talk and team decision processes: a qualitative discourse analytical approach to 10 real-life medical emergency team encounters, *BMJ*, 8(11) S. 1-7. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-023749

Hein, L. (2016) Kommunikasjon – Mennesket grunnleggende behov for å forstå og bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>. (Hentet: 02.05.2021)

Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K og Holter, I, M (red) *Grunnleggende klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 107-117

Johannessen, a. Tufte, P, A. & Kristoffersen, L. (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utgave. Oslo: Abstrakt forlag as.

Johnsen, B. H. (2018) Beslutningstaking i operative situasjoner, I Eid, J. og Johnsen, B. H (red.) *Operativ Psykologi*. 3. utg. Bergen: Fagforlaget, S. 251-268

Kirkevold, M. (2016) Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. 5. utg. Cappelen Damm Akademisk, s. 193-208.

Miller.K, Riley. W og Davis. S. (2009) Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability, *Journal of Nursing Management*, 17(2) S. 247-255. Doi: [10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x)

Musson, D, M. (2008) Crew Resource Management (CRM) in the Aviation Industry, Nemeth, C, P (red.) *Improving Healthcare Team Communication : Building on Lessons From Aviation And Aerospace*. England: CRC Press, s. 47-64.

Nemeth, C, P. (2008) *Improving Healthcare Team Communication : Building on Lessons From Aviation And Aerospace*. England: CRC Press

Nordby, H. (2009) *Kommunikasjons og helseledelse*. 1. utg. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Norsk Senter For Forskningsdata, Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/> (Hentet 13.05.21)

Nortvedt, P og Grønseth, R (2017) Klinisk sykepleie – Funksjon, ansvar og kompetanse, I Stubberud, D. G, Grønseth. R og Almås, H (red.) *Klinisk Sykepleie 1*, 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-37

Orasanu, J og Fisher, U. (2008) Improving Healthcare Communication: Lessons from the flightdeck, Nemeth, C, P (red.) *Improving Healthcare Team Communication : Building on Lessons From Aviation And Aerospace*. England: CRC Press, s. 23-46.

Reader, T, Flin, R og Cuthbertson, B. (2008) Factors Affecting Team Communication in the Intensive Care Unit (ICU), Nemeth, C, P (red.) *Improving Healthcare Team Communication : Building on Lessons From Aviation And Aerospace*. England: CRC Press, s. 117-134.

Thidemann, I.J. (2019) Bacheloroppaven for sykepleierstudenter. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Wright, M, C og Endsely, M, R. (2008) Building Shared Situation Awareness in Healthcare Settings, Nemeth, C, P (red.) *Improving Healthcare Team Communication : Building on Lessons From Aviation And Aerospace*. England: CRC Press, s. 97-116.

