

<b>Nr 1</b>	
<b>Referanse</b>	<p>El-Shafy et al. (2018) Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation, <i>Journal of surgical education</i>, 75(1), January 2018, s. 55-63. doi: <a href="https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025">10.1016/j.jsurg.2017.06.025</a></p> <p>Fagfellevurdert tekst</p>
<b>Land</b>	USA
<b>Bakgrunn</b>	Pediatrisk traumebehandling fordrer effektiv og klar kommunikasjon på tidskritisk måte mellom ulike spesialiteter og faggrupper i teamet.
<b>Hensikt</b>	Evaluerer effekten av closed-loop kommunikasjon for å redusere tid til utførelse av oppgaver i pediatriske traumehåndteringer.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie. Level 1 traumesenter New York</p> <p>3 kamera og en mikrofon plassert i traumestuen. Pediatriske traume aktiveringer i tidsperioden jan-feb, 2016 ble filmet, totalt 89 aktiveringer</p> <p>2 uavhengige observatører behandlet videomaterialet og identifiserte, klassifiserte og evaluerte verbale instruksjoner fra traumeleder iht hørbarhet, overført ansvar til teammedlem, og check-back fra teammedlem. Tid fra Call-out til utført oppgave ble kalkulert, ved statistisk metode.</p>
<b>Resultater</b>	<p>Det var en signifikant reduksjon av tid til utført oppgave ved bruk av closed-loop kommunikasjon. Instruksjoner formidlet med closed-loop kommunikasjon ble utført 3.6 ganger raskere enn ved åpen kommunikasjon, samt viser til reduksjon ved spesifikke handlinger f.eks. administrering av medisiner hvor gjennomsnittstiden ble redusert fra 4.5min til 1min.</p>
<b>Konklusjon</b>	Closed-loop kommunikasjonsforhindrer medisinske feil. Studien belyser kommunikasjonsstrategiens potensiale på å øke effektiviteten av utførelsen av oppgaver i pediatrisk traumebehandling
<b>Relevans</b>	Tar for seg effekten av closed-loop kommunikasjon i en medisinsk nødsituasjon. Kommunikasjon mellom helsepersonell for å få utført konkrete oppgaver i en tidspresst situasjon.

<b>Nr 2</b>	
<b>Referanse</b>	<p>Miller, K., Riley, W. og Davis, S. (2008) Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability, <i>Journal of Nursing Management</i>, 17(2), s. 247-255. doi: <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x">10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x</a></p> <p>Fagfellevurdert tekst</p>
<b>Land</b>	USA
<b>Bakgrunn</b>	Sykepleiere er essensielle i å sikre høypålitelig behandling i tverrfaglige team, men hvordan sykepleiere faktisk bidrar til dette er lite kartlagt
<b>Hensikt</b>	<p>Studiens hensikt er å 1) identifisere viktige ikke-tekniske ferdigheter hos sykepleiere i tverrfaglige team under ulike stadier i pasientforløpet til akutt kritisk syke pasienter. Og 2) vurdere sykepleierens ikke-tekniske ferdigheter i tverrfaglige team på kritiske tidspunkter (i pasientforløpet).</p>
<b>Metode</b>	<p>Observasjonsstudie, in situ simulering av akuttmedisinske caser.</p> <p>Deltagerne informeres at de blir observert for ikke-tekniske ferdigheter i forkant. 17 forsøk utført og tatt opp på 4 ulike sykehus. Sykepleierene ble vurdert på ikke-tekniske ferdigheter som a) situasjonsforståelse b) SBAR-R c) closed-loop kommunikasjon og d) felles mentale modeller. Det blir tatt i bruk ekte medisinsk-teknisk utstyr, sykepleierne må faktisk utføre ekte telefonsamtaler feks med blodbanken og få tilsendt blod for casen.</p>
<b>Resultater</b>	<p>Resultatene viser stor inkonsistens i sykepleierens anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter. Det er store variasjoner i bruk av ikke-tekniske ferdigheter som situasjonsforståelse, SBAR-R, closed-loop og felles mentale modeller, samt til hvilken grad de faktisk brukes. Resultatene viser stor inkonsistens i sykepleierens anvendelse av ikke-tekniske ferdigheter.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Sykepleiere spiller en viktig rolle i tverrfaglige team i å sikre høypålitelig behandling til pasienter med akuttmedisinske tilstander. Dette kan sikres gjennom gode ikke-tekniske ferdigheter som situasjonsforståelse, SBAR-R, Closed-loop kommunikasjon og felles mentale modeller.</p> <p>Observasjonsstudiet viser at sykepleieres anvendelse av disse ikke-</p>

	<p>tekniske ferdighetene er både mangelfulle og inkonsistente, noe som truer den høypålitelige behandlingen av pasienter med akuttmedisinske tilstander gjennom hele pasientforløpet.</p> <p>At nødvendige ikke-tekniske ferdigheter ikke anvendes skikkelig trenger ikke å kun være forårsaket av kompleksiteten av team i akutte situasjoner, men også andre faktorer som uklarhet rundt team-medlemmenes roller, menneskelige faktorer (multitasking, hierarkier, tunnelsyn) eller mangelfull kunnskap rundt når man faktisk bør ta i bruk og anvende ikke-tekniske ferdigheter. I tillegg har de fleste helsepersonell, derav sykepleiere, ikke lært hvordan de skal gjenkjenne viktige varseltegn i akuttmedisinske situasjoner (“cues”) som stimulerer til økt overvåkenhet (“vigilance”) eller bruk av klar og tydelig kommunikasjon</p>
<b>Relevans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleiere har gode nok ikke-tekniske ferdigheter</li> <li>- Viktigheten av gode ikke-tekniske ferdigheter i ivaretagelse av pasienter</li> <li>- Faktorer som kan være til hinder for anvendelse av disse ikke-tekniske ferdigheter</li> </ul>

<b>Nr 3</b>	
<b>Referanse</b>	<p>Calder. L <i>et al</i> (2017) Team Communication patterns in emergency resuscitation: a mixed methods qualitative analysis, <i>International Journal of Emergency Medicine</i>, 10(1) doi: <a href="https://doi.org/10.1186/s12245-017-0149-4">10.1186/s12245-017-0149-4</a></p> <p>Fagfellekvurdert tekst</p>
<b>Land</b>	Canada
<b>Bakgrunn</b>	<p>Dersom vi skal forbedre pasientbehandling i RVF av kritisk syke pasienter, må vi forbedre både team kommunikasjon og teamets situasjonsforståelse.</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Hensikten med denne studien var å få en forståelse for hvordan kommunikasjon foregår under RVF. Fremhever kommunikasjonen felles situasjonsforståelse og dekker det informasjonsbehovet situasjonen krever?</p> <p>Målene ble delt opp i 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Få en bedre forståelse for den felles situasjonsforståelsen team som gjennomfører RVF har.</li> <li>2. Bestemme kommunikasjonsmønstre i sammenheng med hvilken type kommunikasjon som ble brukt, typen informasjon som ble gitt og i sammenheng med hvordan interaksjonen skjedde.</li> <li>3. Bestemme behovet for informasjon for å oppnå felles situasjonsforståelse</li> </ol>
<b>Metode</b>	<p>Studien er en kvalitativ og metoden brukt er en 3 delt studie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervjuer av aktuelt personell som ville være en del av teamet i fokus. Dette inkluderte leger, sykepleiere, traume ledere og annet spesialist personell. Intervjuet ble ledet av pre definerte spørsmål, oppfølgingsspørsmål og oppfordringer. Spørsmålene fokuserte på å definere team medlemmers roller, ansvar og forventinger til et RVF-forsøk. Intervjuene ble tatt opp.</li> <li>2. Observasjoner av simulerte situasjoner. Simuleringer var en del av pensum til LISene som deltok i studien, dermed observerte forskerne de ulike planlagte simuleringene på simuleringssenteret deres. Hvert akutteam var bestående av 1-2 LISer og 1-3</li> </ol>

	<p>sykepleiere. Alle simuleringene ble tatt opp, og transkribert av én person. Alle transkripsjoner ble lagret i et Excel-dokument og kategorisert for a) tidspunkt og varighet; b) sender og mottaker; c) formidlet informasjon; og d) handling.</p> <p>3. Observering av ekte RVF-forsøk. Fokuset gjennom disse observasjonene var å analysere og kvantifisere kommunikasjonsbruk (som spørsmål og svar), innholdet i kommunikasjonen (som pasient status), situasjonsforståelse og mengden kommunikasjon mellom team medlemmer.</p> <p>Informasjonen samlet gjennom denne prosessen ble analysert gjennom en kvalitativ kommunikasjonsanalyse.</p>
<b>Resultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det ble gjennomført 18 intervju i studien. Gjennom intervjuene ble det utarbeidet en representasjon av kommunikasjonsflyten. Gjennom denne representasjonen kom det fram at den største mengden av kommunisert informasjon gikk gjennom den høyest rangerende legen og sykepleieren. Legen hadde mest med interaksjoner og avgjørelser å gjøre, men sykepleieren tok hånd om handlinger (undersøkelser, behandlinger etc)</li> </ul> <p>Problemer identifisert gjennom intervjuene omhandlet kommunikasjon (mis Kommunikasjon, informasjon ble ikke sagt etc), organisasjon (hovedsakelig dokumentasjonsfeil som mangel på ambulanspersonells journal, tiltak ble gjort men ikke dokumentert etc) og miljø (for mange folk, for mye bårk, for mange distraksjoner).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 simuleringer ble observert, hvor 112 helsepersonale var totalt var involvert. 2625 informasjonsoverføringer var observert.</li> </ul> <p>Kommunikasjonen ble delt inn i følgende liste: statements (27,2%), directives (23,6%), Spørsmål (17,1%), acknowledgements (13,8%), clarifications (10.1%), explanations (1,9%), instructions (1,4%) og Suggestions (0,8%).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 RVF ble observert. Gjennomsnittlig var 10 personer med i hvert forsøk. 2128 informasjonsoverføringer var dokumentert totalt. Den høyst rangerende legen (24,5%), sykepleieren (17,3%) og senior residents (16,4%) var de mest sentrale figurene i kommunikasjonsarbeidet.</li> </ul> <p>Kommunikasjon ble kategorisert i følgende liste: Statements (18,9%), requests (18,3%), questions (17,7%), Answers (14,1%), replies (10,6%), broadcasts (5,6%), acknowledgements (5,2%), clarifications (3,5%) og read-backs (2,9%).</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Gjennom studien ble det identifisert klare behov for forbedret kommunikasjon og bedret situasjonsforståelse innad i team som gjennomgår RVF.</p> <p>Problemene etablert i intervjuene stemte overens med problemene observert. Det ble observert at gjennom ett RVF ble var det regelmessig behov for å kommunisere mye informasjon på kort tid.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Denne artikkelen vurderes som relevant for vår oppgave fordi den gir en innsikt i hvordan kommunikasjonen mellom team medlemmer i en akutt situasjon foregår. Den gir kvantitative tall på hvor mye av kommunikasjonen kan defineres under spesifikke kategorier. Den setter også sykepleieren i senter av dette kommunikasjonsarbeidet, og viser til hvilke utfordringer i dette teamarbeidet oppleves av helsepersonell involvert.</p>

<b>Nr 4</b>	
<b>Referanse</b>	<p>De Meester, K og Verspuy, M og Monsieurs, K.G og Van Bogaert, P. (2013) SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study, <i>Resuscitation</i>, 84(9), S. 1192- 1196. doi: <a href="https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016">10.1016/j.resuscitation.2013.03.016</a></p> <p>Fagfellevurdert tekst</p>
<b>Land</b>	Belgia
<b>Bakgrunn</b>	Effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell må forbedres
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke effekten bruk av SBAR som kommunikasjonsmetode mellom sykepleier og lege når en pasient på sengepost opplever en forverring i klinisk status, med fokus på samarbeid og innvirkning på kritiske hendelser.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie. Pre and post intervention studie.</p> <p>Ett spørreskjema ble brukt til å måle hvor effektivt kommunikasjonen mellom sykepleiere og leger var. Dette spørreskjemaet ble fylt ut av sykepleierne på sengeposten. Spørreskjemaet inneholdt 12 forutbestemte spørsmål med fokus på 1 av 3 dimensjoner. Dimensjonene var «samarbeid» (spm 1,2,3,4), «oppfattelse av kommunikasjon» (spm 5,6,7) og «kommunikasjon mellom sykepleiere og leger» (spm 8,9,10,11). Hvert spørsmål ble scoret mellom 1 og 4, hvor 1 betyr sterkt uenig og 4 er sterkt enig. Dette ga en total score på mellom 12 og 48. Dette ble omgjort til en score på 0-100 for klarhet.</p> <p>Deretter ble det iverksatt flere steg for å gi sykepleierne bedre forutsetninger for å bedre dette forholdet. De ble introdusert til Mews og lært opp i bruken av SBAR i sammenheng med overlevering av pasienter og informering av lege om pasientstatus.</p> <p>Etter dette ble det igjen undersøkt hvor effektivt kommunikasjonen mellom sykepleiere og leger nå var. Dette ble gjort med samme spørreskjema som før.</p> <p>Det ble også undersøkt hvorvidt bruk av SBAR kunne bli observert i journalføring. Videre ble det også sett på antall uventede dødsfall, antall</p>

	stans team tilkalt og antall intensive innleggelser fra sengepost og om disse endret seg etter implementeringen av stegene.
<b>Resultat</b>	<p>Spørreskjemaet ble gjennomført av 424 sykepleiere totalt. 72% av disse svarte på skjemaet før intervensjonen, og 53% etter.</p> <p>På spørreskjemaet gikk scoren fra 58 før implementering, til 64 etter implementering. En høyere score tilsier en større enighet i spørsmålene som ble stilt. Alle kategoriene i spørreskjemaet så denne trenden. Sammarbeid så en bedring fra 56,2 til 62,2. Kommunikasjon så en bedring fra 62,9 til 68,9. Oppfattelse om kommunikasjon så en bedring fra 55,3 til 58,4.</p> <p>Bruk av elementer i SBAR ble observert i 32% av pasienters journaler før implementering, og 56% etter.</p> <p>I sammenligningen av de alvorlige utfallene hos pasienter ble det sett at pasientene etter implementeringen var yngre (fra 68 før, til 63 etter) og hadde kortere sykehusopphold (fra gjennomsnittlig 46 dager til 32 dager)</p> <p>88% av vitale tegn ble oppdaget opp til 8 timer før pasienten opplevde alvorlige hendelsen/forverringen.</p> <p>Det ble observert en økning i uplanlagte intensiv innleggelser fra 51 til 105.</p> <p>Det ble observert ingen endring i antall stans team tilkalt</p> <p>Det ble observert en nedgang i antall uforventede dødsfall fra 16 til 5</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Implementeringen av SBAR førte til en økt oppfatning av effektiv kommunikasjon og samarbeid hos sykepleiere. Sykepleiere var mer forberedte i informeringen om pasientens status til en lege.</p> <p>De konkluderte også med at implementasjonen av SBAR muligens førte til tidligere oppdagelse av forverring hos pasienter, som videre førte til at tiltak ble iverksatt tidligere. Denne konklusjonen er tatt ut ifra en nedgang i uventende dødsfall og en økning i intensive overflyttinger.</p>



<b>Relevans</b>	<p>Omhandler kommunikasjon innad i team etter vår definisjon. Den er også nærmere på sykepleierens observerende rolle i behandlingen av en pasient. Videre ser den på bruken av et spesifikt kommunikasjonsverktøy, og hvordan bruken av dette påvirker pasientutfall og sikker informasjonsoverføring mellom helsepersonell.</p>
-----------------	---

<b>Nr 5</b>	
<b>Referanse</b>	<p>Boyd, M. Cumin, D. Lombard, B. Torrie, J. Civil, N. Weller, J. (2014) Read-back improves information transfer in simulated clinical crises, <i>BMJ Quality &amp; Safety</i>, 23(12). doi: <a href="https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003096">10.1136/bmjqs-2014-003096</a></p> <p>Fagfellelevurdert tekst</p>
<b>Land</b>	New Zealand
<b>Bakgrunn</b>	<p>Utilstrekkelig kommunikasjon er sett på som ett problem i helsetjenesten. Gjentakelse av informasjon av mottaker er sett på som en effektiv måte å styrke kommunikasjon i flere industrier.</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Å utforske hypotesen at ved å si tilbake informasjonen man får av andre team medlemmer vil mottakeren huske informasjonen bedre enn hvis bare en verbal bekreftelse eller ingen bekreftelse i det hele tatt ble brukt.</p>
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie. Analyse av simulerte situasjoner hvor helsepersonell er i behandling av en pasient. Opptak av denne simuleringen ble analysert og spesielt utvalgte målinger/informasjon ble fulgt med på for å observere bruk av read-back. I etterkant av simuleringen blir anestesipersonellet involvert i teamet utspurt for å se om informasjon ble husket over tid. På denne måten kunne man se om read-back bidro til at informasjon ble husket.</p>
<b>Resultat</b>	<p>83 av de 88 opptakene av simuleringene ble inkludert i videre analysering. De fem siste ble ekskludert på grunn av tekniske problemer.</p> <p>169 tilfeller hvor informasjon gitt til anestesipersonell brukt i analyseringen.</p> <p>Når informasjon ble gitt til anestesipersonell var de 8,27 ganger bedre på å svare riktig hvis de sa informasjonen tilbake først.</p> <p>De var 3,16 ganger bedre på besvarelsen i etterkant av simuleringen hvis de hadde brukt read-back. Det var dog ikke en signifikant forskjell mellom å bruke read-back eller å bare bekrefte at informasjonen var mottatt.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Ved å gjenta informasjonen som ble gitt tilbake til sender husket mottaker informasjonen bedre i etterkant av simulering.</p>

<b>Relevans</b>	Denne artikkelen vurderes som relevant for vår oppgave på grunnlaget at den tar opp og ser på hvordan en spesifikk kommunikasjonsmetode i teamarbeid under behandling av en pasient påvirker hvor godt informasjon blir hørt og prosessert av mottaker. Denne kommunikasjonen tar sted i en akutt setting.
-----------------	--

<b>Nr 6</b>	
<b>Referanse</b>	<p>Gundrosen, S. Thomassen, G. Wisborg, T. og Aadahl, P. (2018) Team talk and team decision processes: a qualitative discourse analytical approach to 10 real-life medical emergency team encounters, <i>Internal Journal of Emergency medicine</i>, 8(11) S. 1-7. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023749</p> <p>Fagfellevurdert tekst</p>
<b>Land</b>	Norge
<b>Bakgrunn</b>	<p>Kommunikasjonssvikt er en vanlig årsak til uønsket hendelser i helsetjenestene. Ikke-tekniske ferdigheter er avgjørende for å unngå feil spesielt i akuttmedisinske team-arbeid. Medisinske mottaks team behandler kritiske og komplekse medisinske tilstander. Kommunikasjon er avgjørende for oppgave-relevante avgjørelser i slike team.</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Utforske funksjonen og innvirkningen av tre spesifikke diskurser i beslutning taknings prosessen i behandling av en kritisk syk pasient i mottakelsen.</p>
<b>Metode</b>	<p>Akuttmottak i norsk universitets sykehus. Akuttstue ble utstyrt med kamera og 2 mikrofoner. 10 aktiveringer av Medisinsk mottak team ble filmet. Kritisk syke pasienter med ABC- problemer. Teamet besto av 2 indremedisinere, to sykepleiere, 1 anestesilog og 1 anestesisykepleier. Andre spesialister og fagpersonell ble samtidig involvert. De 10 videoene dekket 144 helsepersonell fra ulike spesialiteter.</p> <p>Kvalitativ studie.</p> <p>Tre predefinerte diskurser ble vurdert i henhold til påvirket team beslutnings taknings prosessen. Diskurser: 1) Online commentary, Beskrivelse eller vurdering av en observasjon. 2) Metacommentary, implisitt beskjed om en aktivitet, orientering om neste handling eller plan. 3) Offline commentary, forklaring eller avklaringer, bygger forståelse.</p> <p>Det ble utformet detaljerte transkripsjoner av videoene hvor kommunikasjons, parallell prat, pauser og ikke verbale aktiviteter ble markert. 2 forfattere med erfaring i akuttmedisin og anvendt lingvistikk</p>

	<p>analyserte transkripsjonene. Sekvensiell studie av forbindelsen mellom språk og profesjonell praksis. Analysen skulle videre identifisere faser av medisinsk og lingvistisk relevans til beslutnings prosessen. De etablerte konsensus av sin tolkning gjennom diskusjon.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Det ble indentifisert 4 aktivitetsfaser.</p> <p>Fase 1 er karakterisert som åpen aktivitet som å hilse på pasienten og personalet og overlevering av informasjon fra ambulansen.</p> <p>Fase 2 er karakterisert som initial aktivitet som monitorering og initial pasientundersøkelse.</p> <p>Fase 3 er kjerneaktivitet: diagnostiske undersøkelser og behandling.</p> <p>Fase 4 er avsluttende aktivitet: konklusjon og tentativ diagnose og forflytning av pasient til videre undersøkelser og behandling.</p> <p>Analysen av transkripsjonene og diskursene fant at:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Online commentary skapte oppmerksomhet og indikerte kritiske situasjoner. Initierte handling. (Re)distribuerte oppgaver og ansvar. Skapte progresjon i beslutnings prosessen.</li> <li>2) Meta commentary Intierte handling. Innhentet bekreftelse, samt tvil fra teamet. Påfølgende meta commentary signaliserte hastegrad.</li> <li>3) Offline commentary uttrykte talerens ekspertise. Søkte felles forståelse. Skapte en bred base for beslutninger. Satt beslutnings prosessen på pause en periode.</li> <li>4) Ved å sammenslå 1 og 2 virker til å medføre i hurtigere beslutningstaking.</li> </ol>
<b>Konklusjon</b>	<p>Forskjellig kommunikasjon brukes til å komme fram til beslutninger angående behandling, skape felles situasjonsforståelse, distribuere oppgaver og gi god behandling.</p>

	Kommunikasjon er en dynamisk og komplisert del av team arbeid, og det bør sees mer på hvordan unngå misforståelser under behandling av pasientgruppen sett på her.
<b>Relevans</b>	Kommunikasjon mellom helsepersonell i team rundt en kritisk syk pasient. Identifiserer hvordan ulik kommunikasjon og beskjeder fører til ulike handlinger og felles situasjons forståelse. Belyser hvordan kommunikasjon påvirker beslutningsprosessen i akuttsituasjon.