

Kandidatnr. 10015

«Hvilke akronymer benyttes ved rapportoverføring til traumemottak, og hvilken innvirkning har de på rapportoverføringens kvalitet?»

Prosjektbachelor
4420 ord

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Januar 2022

Kandidatnr. 10015

«Hvilke akronymer benyttes ved rapportoverføring til traumemottak, og hvilken innvirkning har de på rapportoverføringens kvalitet?»

Prosjektbachelor
4420 ord

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden

Bakgrunn

Hvert år dør ca. 2500 personer i Norge som følge av skader. De fleste av disse er i utgangspunktet unge og friske fra før. De som overlever de alvorlige skadene og mottar helsehjelp, vil i forløpet behandles av flere ulike helseteam. Mellom de ulike helseteamene gjennomføres det rapportoverføring. Denne rapportoverføringen regnes som en høyrisiko situasjon med tanke på ivaretagelse av pasientsikkerheten. Den aller første rapportoverføringen hvor situasjonen er mest uavklart er mellom prehospitale tjenester og traumeteam på sykehus.

Hensikten med denne studien er å se på hvorvidt akronymer (huskereglere) benyttes som kommunikasjonsverktøy i rapportoverføringen mellom prehospitale tjenester og traumeteam på sykehus.

Metode

Studien har et kvantitativt deskriptivt design, hvor vi har gjennomført observasjoner av syv rapportoverleveringssituasjoner i traumemottak ved et norsk traumesenter, med påfølgende muntlig spørreskjema. Vi målte tid benyttet til rapportoverføring, fra pasienten ankommer akuttrommet til pasienten overflyttes, hvilke akronymer prehospitall personell kjenner til og hvilke de benyttet i den aktuelle rapportoverleveringen. I tillegg målte vi subjektiv tilfredshet av rapportoverføring hos mottakende helsepersonell, hvilke oppfølgingsspørsmål traumeteamet stilte og hvilken informasjon som manglet etter den innledende undersøkelsen.

Resultat

Akronymer benyttes i liten grad av prehospitale tjenester i rapportoverføring til traumeteam (en av syv). Samtlige av deltakerne fra prehospitale tjenester kjente til minst et akronym for rapportoverføring. ISBAR er akronymet som er kjent av flest. Iverksatte tiltak og behandling er elementer som oftest etterspørres ved oppfølgingsspørsmål eller som mangler etter avsluttet innledende undersøkelse (n=4).

Konklusjon

Til tross for at helsedirektoratet, forskning på området og helsepersonell in- og prehospitall argumenterer for at bruk av akronymer ved rapportoverføring har en positiv effekt på struktur, innhold og effektivitet benyttes det i liten grad.

Background

Every year approx. 2500 people in Norway die as a result of injuries. Most of these are young and healthy from before. Those who survive the serious injuries and receive health care will in the process be treated by many different health teams. Report transfer is carried out between the different health teams. This report transfer is considered a high-risk situation regarding patient safety. The very first report transfer where the situation is most unclear is between prehospital services and trauma teams in hospitals.

The purpose of this study is to look at whether acronyms (memory rules) are used as a communication tool in the report transfer between prehospital services and trauma teams in hospitals.

Method

The study has a quantitative descriptive design, where we have observed seven report submission situations in trauma reception at a Norwegian trauma center with a subsequent oral questionnaire. We measured time use for report transfer, from the patient arriving in the emergency room to the patient being transferred, which acronyms prehospital personnel know and which they used in the report transfer. In addition, we measured the subjective satisfaction of report transmission with the receiving health personnel, what follow-up questions the trauma team had, and missing information after the initial examination.

Results

Acronyms are used to a small extent by prehospital services in report transfer to trauma teams (one in seven). All participants from prehospital services knew at least one acronym for report transfer. ISBAR is the acronym that is known by most people. Implemented measures and treatment are elements that are most often requested in follow-up questions or that are missing after the initial examination has been completed (n = 4).

Conclusion

Despite that the Norwegian Directorate of Health, research in the field and health personnel in- and pre-hospital argue that the use of acronyms in report transmission has a positive effect on structure, content and efficiency, it is used to a small extent.

Introduksjon

Relevans

Rapportoverføring mellom helsepersonell er i litteraturen beskrevet som høyrisikosituasjoner for pasientsikkerhet (2). En rapport fra helsedirektoratet viser at det i norske sykehus ble rapportert 364 uønskede hendelser i tilknytning til pasientadministrative forhold ved overføringer av pasienter og/eller pasientansvar ved innleggelse eller mellom avdelinger (3). Det er derfor interessant å se på disse situasjonene i den hensikt å bedre pasientsikkerheten.

Ca. 10 % av den norske befolkningen pådrar seg skader årlig og omtrent 2500 mennesker dør som følge av skadene. De fleste av disse er unge personer uten underliggende sykdom. Blant befolkningen under 45 år er skader den hyppigste årsaken til død (4, 5). De aller hardest skadde pasientene blir i dagens helsetjeneste transportert til regionale traumesenter for behandling (6).

Hva er et traumemottak?

Når hardt skadde pasienter blir meldt til sykehus vurderes mobilisering av traumemottak i hvert enkelt tilfelle ut fra faste kriterier for hvilke skader, skademekanikker og faktorer som utløser traumeteam (se tabell 1).

Sammensetningen av traumeteamene er i stor grad ulik avhengig av hvilket sykehus man undersøker. De har alle en tverrfaglig sammensetning som involverer leger og sykepleiere av ulike spesialiseringer samt minst en radiograf.

Et traumemottak har som målsetning å hurtig stabilisere og diagnostisere livstruende tilstander. I løpet av de første 15 minuttene skal man oppnå:

- God oksygenering.
- God perifer sirkulasjon.
- Systolisk BT > 90 mmHg.
- Oversikt over situasjonen.

(1)

Kriterier for alarmering av traumeteam

1. FYSIOLOGI, ved treff utløses traumeteam	
1.1	Assistert ventilasjon/intubert
1.2	Respirasjonsfrekvens under 10 pr. minutt
1.3	Respirasjonsfrekvens over 29 pr. minutt
1.4	Oksygenmetning under 90 % når det ikke administreres oksygen
1.5	Hjertefrekvens over 130 pr. minutt
1.6	Systolisk blodtrykk under 90 mmHg
1.7	Glasgow coma scale under eller lik 13
1.8	Alvorlig nedkjøling uten normal sirkulasjon
1.9	Drukning med mulighet for skade

2. ANATOMI, ved treff utløses traumeteam	
2.1	Ansiktsskade med truet luftvei
2.2	Åpent skallebrudd/impresjonsfraktur
2.3	Penetrerende skade på ansikt, hals, torso og ekstremiteter proksimalt for albue og kne
2.4	Sterke smerter thorax (mistanke om multiple costafrakurer)
2.5	Store ytre blødninger
2.6	Stor knusningsskade
2.7	To eller flere store frakurer
2.8	Sterke smerter i bekken (mistanke om bekkenfraktur)
2.9	Mistanke om ryggmargsskade (nevrologiske utfall)
2.10	Skade i to kroppsavsnitt (hode/hals/thorax/abdomen/bekken/rygg/femur)
2.11	2. eller 3. grads forbrenning over 15 % av kroppsoverflaten (barn over 10 %) eller inhalasjonsskade

3. SKADEMEKANIKK, ved treff utløses traumeteam	
3.1	Bilskade/utforkjøring over 50 km/t uten bilbelte eller ikke utløst airbag
3.2	Bilskade/utforkjøring og kjøretøyet har rullet rundt
3.3	Bilskade/utforkjøring og fastklemt person i kjøretøy
3.4	Bilskade/utforkjøring og kastet ut av kjøretøy
3.5	Syklist eller fotgjenger påkjørt av motorkjøretøy
3.6	Fall fra høyde over 5 meter voksen, over 3 meter barn

4. SPESIELLE HENSYN, lavere terskel for å utløse traumeteam	
4.1	Alder over 60 år
4.2	Alder under 5 år
4.3	Alvorlig grunnsykdom
4.4	Gravid pasient etter uke 20
4.5	Økt blødningsfare (antikoagulasjon)
4.6	Ruspåvirkning

9.9 Annet	
-----------	--

Tabell 1 Kriterier for mobilisering av traumeteam (1)

Risikoområder for pasientsikkerhet

En masterstudie fra Universitetet i Stavanger ser på hvordan man oppnår høyere grad av resiliens ved overlevering av traumepasienter til traumemottak (7). Her kommer det frem at kun fire av ni intervjuobjekter i studien hadde kjennskap til akronymer for bruk i pasientoverlevering av traumepasienter, og at det var sterkt ønskelig fra både pre- og inhospitalt personell med større grad av standardisering i kommunikasjonsstruktur. Informantene i masterprosjektet poengterer også at bruken av kjente akronymer vil gi teamdeltakere bedre felles mentale modeller som vil hjelpe på situasjonsforståelse og sikre at nødvendig informasjon overleveres (7).

En studie fra Irland (2) med kvalitativt intervju av 116 helsepersonell og en stor observasjonsstudie fra Tyskland hvor 721 rapportoverleveringer ble observert (8), samt en Norsk studie om pasientoverlevering til kirurgiske team (9) tyder på at utøvelsen av rapporter ikke er systematiske eller standardiserte. En slik variasjon og mangel på universell struktur på rapporter medfører at sykepleiere i akuttmottak ikke kan ha en fast forventning til hva en slik rapport skal inneholde av informasjon. I alvorlige tilfeller kan dette medføre brudd på helsepersonellovens §4 ved at viktig informasjon ikke blir videreformidlet i overføringen (10). På bakgrunn av dette anbefaler helsedirektoratet at muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell bør være systematisk og strukturert, eksempelvis ved bruk av akronymer (huskereglene) som ISBAR (11). Samtidig tyder enkelte studier på at innholdet i rapporten gjengis bedre i etterkant av rapporten ved ustrukturerte rapporter, enn ved standardisering av rekkefølge og innhold (12).

Akronymer ved rapportoverføring

ISBAR (identifikasjon, situasjon, bakgrunn, analyse og råd) er et akronym som er i bruk både inhospitalt og prehospitalt. ISBAR ble opprinnelig utviklet for kommunikasjon i atomubåter og kampfly av David Bonacum i 2002 (13). Akronymet har i senere tid blitt tatt i bruk i helsetjenester over hele verden. Studier viser at bruk av ISBAR gir bevisst, mer effektiv og strukturert kommunikasjon (2, 14) og økt mestringsfølelse for helsepersonell (15).

Nasjonal traumeplan sier at prehospitalt personell underveis til sykehus og ved overlevering skal kommunisere «skademekanisme, funn, tilstand og tiltak til traumeteamet på mottakende sykehus» (16). Dette sammenfaller med et akronymene MIST, MISTAT, ATMIST (age, time, mechanism og injury, injuries found, signs & symptoms og treatments given). De er alle varianter av et akronym for rapportoverføring i Forsvaret som er spesielt utviklet for traumatiserte pasienter, men som benyttes av enkeltindivider prehospitalt. Det finnes lite forskning på effekten av å benytte varianter av MIST i sivil helsetjeneste.

ABCDE (airways, breathing, circulation, disability, exposure) er et akronym for å strukturere og prioritere undersøkelse og behandling i akuttmedisin (17). Dette er primært ikke et akronym for rapportoverføring, men elementene fra det kan også benyttes for å systematisere kommunikasjon i rapport sammenheng.

Hvilke yrkesgrupper representerer prehospitalt helsepersonell?

Akuttmedisinforskriften kapittel 3 §11 setter standarden for hvilke kompetansekrav som stilles til bemanningen av akuttambulanser. Denne sier at alle ambulanserbiler som yter ambulansetjenester skal være bemannet med minst to personer hvor den ene må ha autorisasjon som ambulansarbeider. Den andre må inneha gyldig autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansefaglig kompetanse (18). Denne

forskriften åpner for at alt helsepersonell med autorisasjon eller lisens kan være del av denne bemanningen så lenge de tilfredsstillt kravene til nødvendig ambulansesfaglig kompetanse. I praksis innebærer dette i de fleste tilfeller at ambulansespersonell er ambulansesarbeidere, lærlinger innen ambulansesfag, paramedicere, sykepleiere, medisinstudenter med lisens, helsefagarbeidere eller en kombinasjon av disse. Det er ulike retningslinjer i de ulike helseforetak som beskriver hvilken bakgrunn og utdanning ambulansespersonell skal inneha.

Utover ordinære bilambulanser er også anestesilege og redningsmann fra luftambulanse, og ambulerende legevaktslege i denne sammenhengen prehospitalt personell.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med vår studie er å se på om akronymer praktiseres, og om det er forskjell i kvalitet i rapportoverføring mellom de ulike praksisene.

På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til problemstillingen:

«Hvilke akronymer benyttes ved rapportoverføring til traumemottak, og hvilken innvirkning har de på rapportoverføringens kvalitet?»

Begrepet *kvalitet* i denne studien er operasjonalisert som et begrep bestående av tre variabler. Effektivitet (tid), kompletthet (all relevant informasjon) og relevans (irrelevant informasjon utelukkes og rapportgiver klarer å opprettholde oppmerksomheten).

Metode

Design

Utforming

Problemstillingen inndeles i to deler som krever to ulike metoder for å besvares. Del én, hvilke akronymer er i bruk, valgte vi å undersøke gjennom muntlig spørreskjema ved oppsøkende intervju. Vi valgte oppsøkende intervju fremfor postintervju da det gir oss muligheten til å gi informasjon om undersøkelsen, forklare spørsmål, oppklare misforståelser. I tillegg anså vi økt sannsynlighet for deltakelse dersom vi oppsøkte deltakerne umiddelbart etter situasjonen var gjennomført. Vi anså det også som positivt å øke sannsynligheten for å redusere utfordringer relatert til feilattribuert hukommelse gjennom umiddelbar deltakelse (19).

Del to, hvilken innvirkning akronymer har på rapportoverføringens kvalitet, valgte vi å undersøke gjennom en kombinasjon av oppsøkende intervju og strukturerte observasjoner som fullstendig observatør i reelle traumemottak.

Jeg og en medstudent hospiterte i traumemottak i to uker for å justere og validere relevante variabler som praktisk er gjennomførbare innenfor det tidsvinduet vi fikk med informantene. Da vi skulle velge metode for datasamling var det viktig for oss at spørreskjemaet og intervju spørsmålene kunne besvares muntlig på få minutter, uten behov for eget rom eller fasiliteter.

Vi utarbeidet to ulike intervjuguider. Et for prehospitalt personell (vedlegg 2) og et annet for deltakere i traumeteamet (vedlegg 3). Dette fordi vi undersøkte ulike variabler hos prehospitalt personell, enn for inospitalt personell. Vi observerte den prehospitalt rapporten og målte tiden fra prehospitalt tjenester kom inn i akuttrommet til rapporten var ferdig avholdt og forflytning av pasienten fra ambulanserbåren til traumeseng var iverksatt. Deretter noterte vi hvilke oppfølgingsspørsmål traumeteamet hadde til rapporten. Ved enkelte av rapport situasjonene var det utfordrende å sette et definert sluttidspunkt ettersom supplerende informasjon ble lagt til etter forflytningen av pasienten var iverksatt. I alle tilfeller har vi forholdt oss til tidspunktet hvor forflytning av pasienten starter.

Rekrutering og inklusjonskriterier

Et informasjonsskriv ble på forhånd distribuert til traumeledere, sykepleiere i mottak og ambulansetjenesten i det geografiske området studien ble gjennomført (Vedlegg 1). Informantene ble rekruttert ved oppsøkende intervju ved mobilisering av traumeteam. Vi møtte opp ved traumemottak og spurte traumeleder, sykepleier i mottak og prehospitalt personell om de ønsket å delta i vår studie. Informantene fikk en kort muntlig beskrivelse av studien, og fikk informasjon om at alle data blir anonymisert og at de ikke kan identifiseres i ettertid. Data ble anonymisert ved at traumene ble nummerert, og ingen data om tidspunkt, dato, teamdeltakere, pasient eller kasuistikk ble notert eller knyttet til dataene.

Utvalg

Vi valgte å inkludere alle traumeledere, sykepleiere i mottak og prehospitalt personell ettersom variasjonen i bakgrunn, erfaring og profesjon har en selvstendig verdi i studien. Totalt ble syv traumeledere, seks sykepleiere i mottak og syv ansatte fra prehospitalt tjenester inkludert. I de tilfeller hvor det var to sykepleiere i mottak i teamet ble den mest aktivt utøvende sykepleieren rekruttert. Blant traumelederne var bakgrunnen enten

lege i spesialisering i kirurgi med åtte til elleve års erfaring siden fullført medisinstudiet, eller legespesialist i kirurgi. Blant sykepleierne var noen spesialsykepleiere i akutt sykepleie mens andre var erfarne sykepleiere uten spesialisering. Erfaringsbredden var fra 6 til 23 års erfaring som sykepleier siden fullført grunnutdanning. Blant det prehospitale personellet hadde de ulike grunnutdanninger og spesialiseringer. De ulike som ble inkludert var ambulansesarbeidere, paramedicere, paramedisinere, sykepleiere og leger med spesialisering i allmenntid medisin og anestesilogi eller kombinasjoner av disse.

En sykepleier i mottak ble ikke med grunnet ikke tid til å svare. Utenom denne sykepleieren ønsket alle forespurte å delta og ga sitt muntlige samtykke. Blant de forespurte deltakerne fikk vi en svarprosent på 95,2 %.

Informantene er rekruttert med et sannsynlighetsutvalg hvor alle traumeledere og sykepleiere under vår observasjonstid i traumeteam fikk lik mulighet til å delta.

Analyse

Det er benyttet deskriptive statistiske analyser for å presentere frekvens (antall og prosent) for kategoriske variabler. Den kontinuerlige variabelen tid er presentert med spredning og gjennomsnitt.

Variabler

I spørreskjemaet til prehospitale informanter ble det benyttet:

Dikotome variabler:

- «Kjenner du til et akronym for rapportoverføring til annet helsepersonell?».

Ja	Nei
----	-----

- «Benyttet du et akronym i denne rapporten?»

Ja	Nei
----	-----

Kategorisk variabel:

- «Hvilke/hvilket akronym kjenner du til rapportoverføring?»
- «Hvilket akronym benyttet du i denne rapporten?»

I spørreskjemaet til inhospitale informanter ble det benyttet:

Kategorisk variabel:

- «I hvilken grad fikk du den informasjonen du ønsket fra prehospitale tjenester i deres rapport?»

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
1	2	3	4	5

- «Var det vesentlig informasjon som manglet i rapporten, eventuelt hvilken?»

Svar ble transkribert i fritekst og etterpå kategorisert i følgende kategorier:

- Venøse tilganger

- Smerter
- Skademekanikk
- Mobilisering
- Nakkekrage
- Medisinering
- Anamnese
- Undersøkelserfunn
- Ingen mangler

I observasjonsdelen av datasamlingen ble det benyttet:

Kontinuerlig variabel:

- Tidsmåling på rapportoverføring fra pasienten kommer inn i rommet til pasientforflytning iverksettes.

Kategorisk variabel:

- Hvilke oppfølgingsspørsmål stilles fra traumeteamet til prehospitale tjenester?

Oppfølgingsspørsmål ble notert innenfor en av kategoriene venøse tilganger, smerter, skademekanikk, mobilisering, nakkekrage, medisinering, anamnese eller ingen oppfølgingsspørsmål.

Antallet elementer i oppfølgingsspørsmål og identifiserte mangler fra rapport gjøres om til tallverdi hvor et moment uavhengig av type og viktighet teller som én.

Resultater

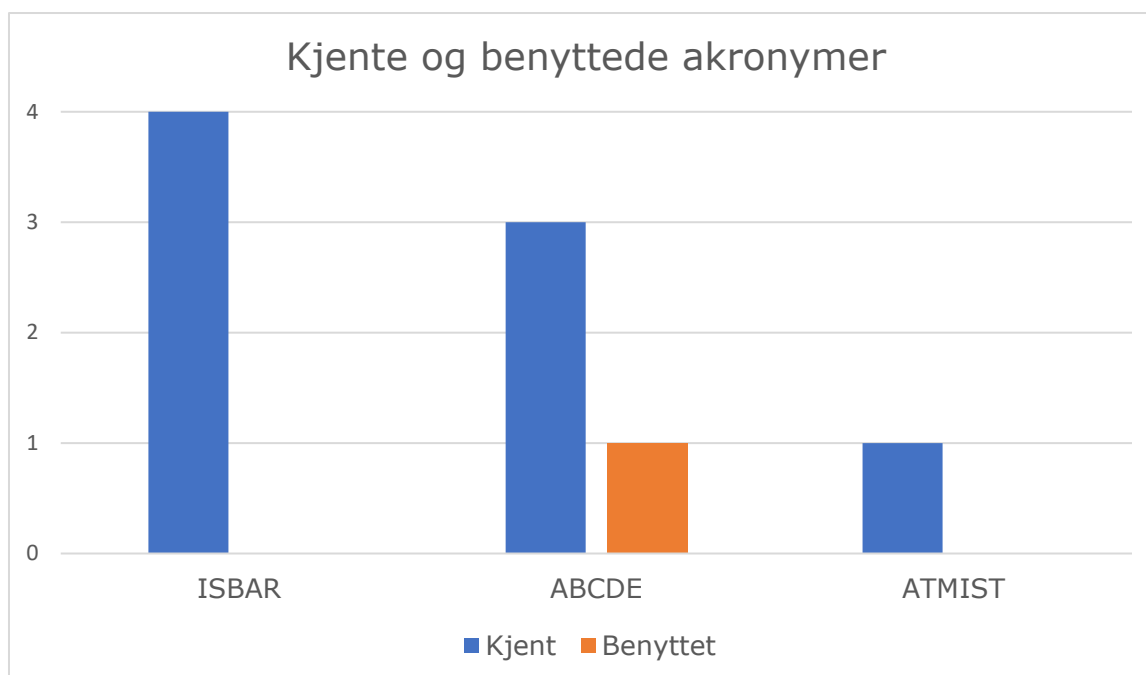
Datamatrixe, kvantitative data

Traume nr.	Tid	Kjennskap til akronym, prehospitalt:	Brukt akronym, prehospitalt	Oppfølgings-spørsmål:	Tilfredshet, traumeledere:	Mangel fra rapport:	Tilfredshet, sykepleier: rapport:	Mangel fra rapport:
1	02:30	ISBAR	Ingen	Ingen	4	Bildeundersøkelser fra forrige sykehus	4	Ingen
2	01:50	ISBAR, ABCDE	Ingen	Venøse tilganger, vært oppe og gått? smerter i nakke?	5	Ingen		
3	02:11	ATMIST	Ingen	Nakkekrage?	4	Ingen	5	Smerte-stillende prehospitalt
4	01:51	ISBAR	Ingen	Venøse tilganger	2	Tidligere sykdommer og medisiner	4	Ingen
5	00:30	ABCDE	Ingen	Venøse tilganger	5	Ingen	4	Foranledning til skade
6	01:39	ABCDE	ABCDE	Ingen	3	Info om karskade, hematom, sirkulert distalt	5	Ingen
7	01:28	ISBAR	Ingen	Ingen	5	Ingen	5	Ingen

Tabell 2 Datamatrixe

Bruk og kjennskap til akronymer

Alle deltakere fra prehospitale tjenester kjenner til et eller flere akronymer til rapportoverføring mellom helsepersonell. Det best kjente akronymet var ISBAR som var kjent av fire informanter. Kun en informant oppgir å ha benyttet et akronym i sin rapport, og den informanten benyttet ABCDE (se Tabell 2 og Figur 1).



Figur 1 – Kjente og benyttede akronymer av prehospitaler tjenester

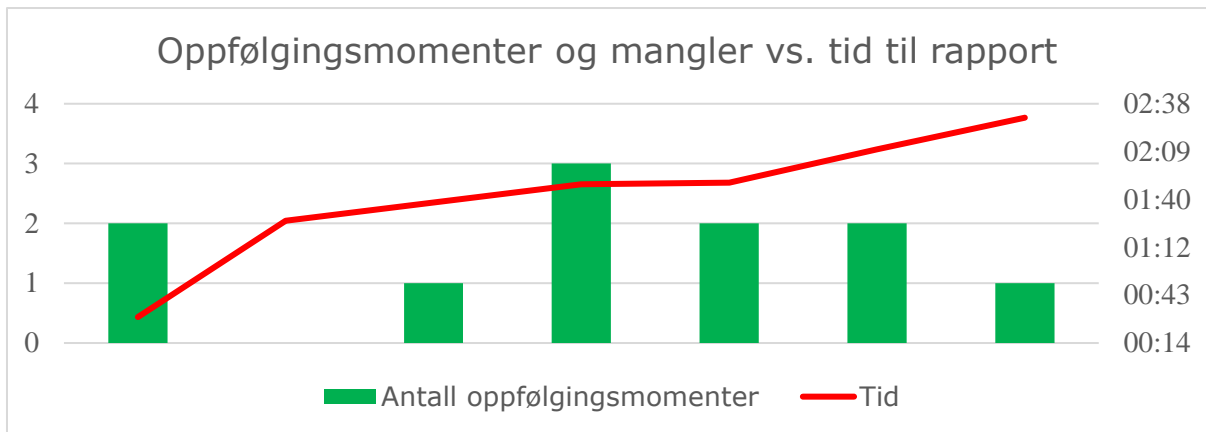
Sikre et minimumsinnhold

Samtlige oppfølgingsspørsmål ble stilt av traumeleder. Det oppfølgingsspørsmål som oftest ble stilt fra traumeleder var om hvilke venøse tilganger pasienten hadde fått. Alle oppfølgingsspørsmål med unntak av et omhandlet hvilke tiltak og behandling som var iverksatt (se Tabell 3).

Kategori	Oppfølgingsspørsmål	Mangler
Venøse tilganger	3	0
Nakkekrage	1	0
Medisinering	0	1
Smerter	1	1
Mobilisering	1	0
Skademekanikk	0	1
Anamnese	0	1
Undersøkelsesfunn	0	1
Ingen	3	4

Tabell 3 – Kategorisering av oppfølgingsspørsmål fra traumeteam og identifiserte mangler ved rapporten fra prehospitaler tjenester

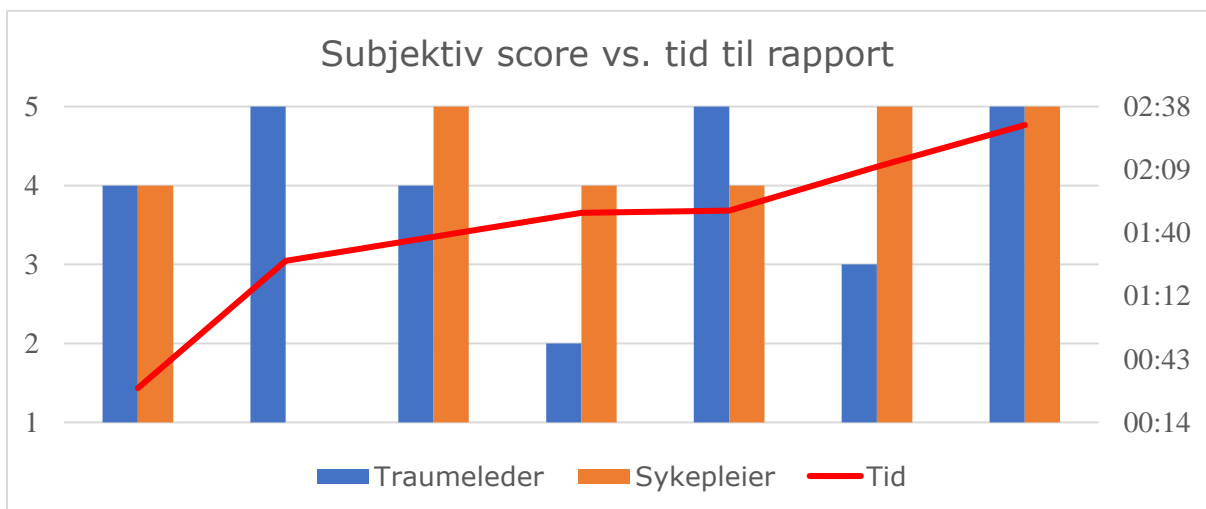
Det var ingen åpenbar sammenheng mellom antall oppfølgingsspørsmål og antall identifiserte mangler, i henhold til tid benyttet til rapportoverføring (se Figur 2). I Figur 2 er traumene sortert i stigende rekkefølge etter tid til rapport.



Figur 2 – Antallet oppfølgingsmomenter og mangler sammenliknet med tidsbruk til rapportoverføring. Sortert i stigende rekkefølge etter tid.

Informasjonens kliniske relevans og felles situasjonsforståelse

Det ses ingen åpenbar sammenheng mellom den subjektive scoren og tiden som ble brukt fra pasienten ankommet akuttrommet til rapporten er ferdig gitt. I figur 3 er traumene sortert i stigende rekkefølge etter tid.



Figur 3 – Subjektiv score av tilfredshet hos traumeleder og sykepleier i mottak sammenliknet med tid til rapportoverføring fra prehospitale tjenester. Sortert i stigende rekkefølge etter tid.

Tidsbruk

Tiden til rapportoverlevering varierte mellom 30 sekunder og 150 sekunder. Gjennomsnittet av benyttet tid til rapportoverlevering var 103 sekunder. Resultatene viser ingen sammenheng mellom tiden benyttet til rapportoverlevering og den subjektive tilfredsheten til mottakende team.

Diskusjon

Bruk og kjennskap til akronymer

Utbredelsen av akronymer

Egen erfaring fra ambulansetjenesten og akuttmottak gir inntrykk av stor variasjon mellom ulike helsepersonell i hvordan rapporter struktureres og hvilke punkter som inkluderes når en pasient overleveres til traumeteam i akuttmottak.

Våre funn viser at alle informantene kjenner til minst et akronym for rapportoverføring til annet helsepersonell. Dette tilsier noe bedre kjennskap til akronymer enn masteroppgaven fra universitetet i Stavanger i 2018, hvor bare fire av ni oppga å kjenne til et akronym for traumerapport (7). Det kan tenkes at det har vært satt noe mer søkelys på bruk av akronymer siden 2018, eller at det skyldes forskjeller i utdanning mellom helseforetakene. Det er også mulig at spørsmålsstillingen kan være årsaken, da vi spurte om de kjente til akronymer til rapportoverføring mellom helsepersonell, mens Simonsen etterspurte konkrete akronymer for traumeteam.

Resultatene våre indikerer at bruken av akronymer er lite utbredt som et verktøy for rapportoverføring. Kun én av syv prehospitale informanter benyttet seg av akronymer i sin rapport til tross for at alle oppgir å kjenne til minst et akronym. Dette sammenfaller med en stor studie fra Tyskland hvor man så på 721 rapportoverføringer fra ambulanspersonell til akuttmottak ved to ulike sykehus. Der viser resultatene at 99,4 % av rapportene avviker fra akronymene (8).

I bachelorutdanningen i sykepleie er det stort fokus på å beherske strukturert kommunikasjon i form av ISBAR. Fra praksisfeltet er egen erfaring og observasjon at det er lite fokus på dette, og at det benyttes i varierende grad. Det er blant sykepleierne sprikende meninger om hva som er viktig informasjon ved rapportoverføring. Dette medfører at hver enkelt sykepleier i stor grad følger sin egen mentale huskeliste. Noen begrunner dette med at de ønsker å gi informasjon som ikke passer inn i ISBAR, og at en eller flere punkter i ISBAR ikke er relevant for den aktuelle pasientsituasjonen. Andre har ikke et bevisst forhold til hvilken struktur de har uten å ha annen forklaring på det enn at de foretrekker å ta det i sin egen prioriterte rekkefølge.

Jeg erfarer at det også i praksisfeltet legges til rette for bruk av ISBAR ved at det deles ut huskelapper hvor innholdet under hvert enkelt punkt presenteres. Hvorvidt bruk av ISBAR er tema på fagdager og fagutvikling ved de ulike avdelingene i praksisfeltet er uvisst, men min egen erfaring er at det ikke er et hyppig tema. Kanskje kan det tenkes at helsepersonell ikke er komfortable med bruken av ISBAR grunnet manglende utdanning og opplæring i bruken av verktøyet.

Forskjellige behov for informasjon

For at en rapport skal kunne sies å være av høy kvalitet må innholdet være av spesifikk relevans. Det innebærer at ikke bare all relevant informasjon overføres, men også minst mulig irrelevant informasjon.

Behovet for informasjonsoverlevering er annerledes ved en konsultasjon med lege for å få forordnet et legemiddel enn ved en pasientoverlevering fra ambulansen til et traumeteam. Intensivsykepleiere opplever at i de får utilstrekkelig informasjon om pasientene ved rapportoverføring, men at det har vært en betydelig bedring etter implementeringen av ISBAR som standardisert kommunikasjonsform (14). Det kan tenkes at sykepleiere ved intensivavdelinger ville opplevd en ytterligere økning i

tilfredshet med rapportoverføringen dersom det ble utarbeidet et enda mer spisset akronym spesialisert for intensivpasienter. De fleste helseteam som overtar pasientansvar fra annet helsepersonell har trolig egne preferanser på hvordan informasjonen skal struktureres og hva innholdet skal være.

Behovet for spissede akronymer med bare relevante punkter og at all informasjon skal ha et eget punkt må også ses opp mot hvor mange ulike akronymer man skal utvikle og implementere. For mange ulike akronymer vil gjøre det vanskelig for helsepersonell som samvirker med mange ulike avdelinger, som for eksempel sykepleiere i akuttmottak, å huske hvilket akronym den mottakende avdeling foretrekker. Dette kan igjen medføre lavere etterlevelse og mindre hyppig bruk enn hva det er med dagens anbefalte akronym, ISBAR.

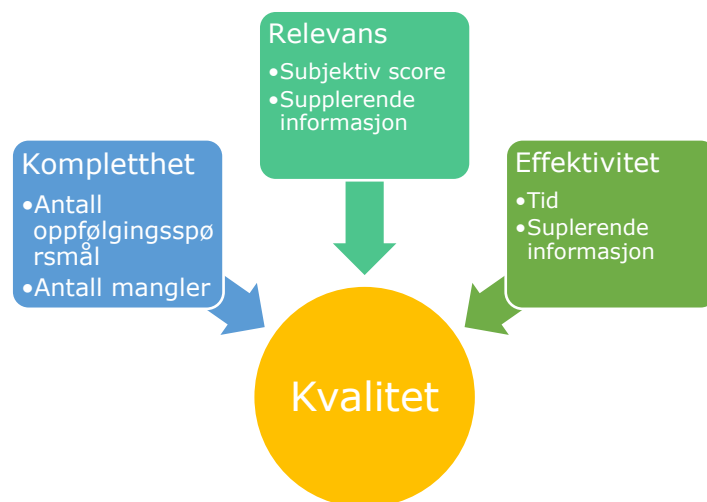
Pasienter er forskjellige og de ulike pasientforløp har sine egne særegenheter som vanskelig lar seg standardisere. Kanskje kan det tenkes at dersom standardiseringen øker, vil det medføre at informasjon som faller utenfor malen lettere blir utelatt. Dette kan eksempelvis være informasjon om pårørende, kulturelle momenter eller andre særegenheter som vil kreve et stort og generelt akronym for å omfatte.

ABCDE

Flere av informantene oppgir akronymet ABCDE som et akronym for rapportoverføring. Hvorvidt dette er et egnet akronym for rapportoverføring er diskuterbart. Det kan være et godt verktøy for å strukturere informasjon om fysiologisk organfunksjon og vitale parametere, men sier alene ingenting om hva som har skjedd med pasienten eller hvilken behandling og hvilke tiltak som er iverksatt.

Akronymers innvirkning på kvalitet

Begrepet *kvalitet* er i denne oppgaven operasjonalisert som bestående av tre bestanddeler: Kompletthet, relevans og effektivitet (se Figur 4). Disse vil diskuteres separat, men vil i stor grad avhenge av, og påvirke hverandre i en praktisk rapportsituasjon.



Figur 4 Egen operasjonalisering av begrepet "kvalitet"

Sikre et minimumsinhold (kompletthet)

For at en rapport skal kunne sies å være av høy kvalitet må den ha høy kompletthet. Altså må den inneha all relevant informasjon om pasienten og dens forløp.

Et interessant funn er at 6 av 11 oppfølgingsspørsmål og rapporterte mangler ved rapportene går på hvilke tiltak og hvilken behandling som er iverksatt prehospitalt. Hverken ISBAR eller ABCDE inneholder et eget punkt for hvilke tiltak og behandling som er iverksatt. Dette kan tyde på at helsepersonell er påvirket av akronymer de har opplæring i og at disse spiller inn på deres ubevisste strukturering av rapporten. Hvilke tiltak og behandling som er iverksatt kan være avgjørende informasjon for ivaretagelse av pasientsikkerheten. Et eksempel på dette kan være at hvilke legemidler pasienten

allerede har fått kan påvirke hvilke legemidler, og i hvilken dose mottakende avdeling kan gi for å treffe med terapeutisk dose.

På den andre siden viser en studie fra England at sykepleierne i akuttmottak etter innledende undersøkelser og behandling klarte å gjengi færre detaljer av rapporter hvor en fast struktur ble benyttet (49,2 %) enn ved rapporter med «fri struktur» (56,6 %) (12). Det kan tenkes at en rapport som slavisk følger et akronym fremstår som mer maskinell, og med lavere grad av selvstendige vurderinger av relevansen av innholdet. Dersom dette medfører at sykepleieren ikke er oppmerksom på innholdet hjelper det lite at det prehospitalt personellet formidler all informasjon. Pasientsikkerheten er ikke bare avhengig av at prehospitalt personell husker å formidle all informasjon, men også at informasjonen blir oppfattet og nyttiggjort av mottakende sykepleier.

At bruk av en bevisst, standardisert struktur er nødvendig for å sikre at all relevant informasjon overleveres og oppfattes av mottakende enhet blir i flere studier poengtert (7, 9, 14, 15). Våre funn sammenfaller med en stor studie fra Tyskland som viser at særdeles få av rapportene forholdt seg til strukturen de var ment å følge (8). Det kan tenkes at dersom flere helsepersonell hadde fulgt en mer strukturert mal for rapportoverføring ville antallet uønskede hendelser blitt redusert. Prehospitalt personell med lang erfaring har gjerne egne huskelister ut fra hva de mener er viktig. Dette medfører at uerfarent personell ofte har uklar kommunikasjon og at for mye av det som formidles er irrelevant. Dette igjen fører til at traumeteamet mister fokus på rapporten (7).

Nasjonal traumeplan sier at prehospitalt personell underveis til sykehus og ved overlevering skal kommunisere «skademekanisme, funn, tilstand og tiltak til traumeteamet på mottakende sykehus» (16). Disse momentene for informasjon sammenfaller med akronymet MIST, som tar for seg nettopp skademekanisme, identifiserte skader, tegn og symptomer og iverksatte tiltak og behandling.

Informasjonens kliniske relevans og felles situasjonsforståelse

Felles akronymer på tvers av profesjoner og avdelinger vil bidra til felles mentale modeller, felles språk og en bedre forståelse for hva som kan forventes i rapporten (7, 20). Dette medfører at mottakende sykepleier lettere kan følge med på rapporten og stille relevante oppfølgings spørsmål og etterspørre avglemte opplysninger. ISBAR effektiviserer og gir en mer standardisert overlevering av pasienter. Sykepleierne blir både tryggere på rapportoverføring og på å overta ansvaret for pasienten (14). I andre tilfeller enn ved traumemottak, som for eksempel rapportoverføring per telefon har rapportgivende sykepleier og mottakende sykepleier enda færre kommunikasjonsmetoder å spille på. I disse situasjonene vil felles mentale modeller være enda viktigere enn ved ansikt-til-ansikts rapportoverlevering. Dersom ISBAR hadde blitt bedre implementert som kommunikasjonsverktøy kan man se for seg at mottakende sykepleier selv kunne sitte med et skjema, og ha en klar forventning om hva som skal opplyses om i hvilken rekkefølge. På denne måten vil mottakende sykepleier kunne fange opp eventuelle mangler og sikre at all relevant informasjon overleveres og dermed bedre pasientsikkerheten. Oppfølgings spørsmålene fungerer som et sikkerhetsnett for at all relevant informasjon skal overføres. Dersom dette sikkerhetsnettet svikter vil det medføre en mangelfull rapport som i ytterste konsekvens går ut over pasientsikkerheten og at lov om helsepersonell §4 ikke innfris.

En av våre informanter sier at «jo mer ustrukturert rapporten fremstår, jo mer relevant må innholdet være.» Dette taler for at en rapportoverføring som følger en standardisert

struktur som er kjent for mottakende helseteam vil sørge for mer oppmerksomhet på den prehospital rapporten og sørge for en bedre felles situasjonsforståelse i traumeteamet. En av våre informanter sier også at en rapport uten en tydelig struktur som presenterer mye irrelevant informasjon kan bli avbrutt for at teamet skal komme i gang med egen undersøkelse. Mer akutte tilstander medfører også større grad av utålmodighet med å komme i gang med egen undersøkelse og behandling. Sett i sammenheng med at dette også er de pasientene hvor den prehospital rapporten inneholder meget viktig informasjon er dette en stor risiko for pasientsikkerheten.

Tidsbruk

Funnene i vår studie viser en tidsbruk som varierer mellom 30 sekunder og 150 sekunder med et gjennomsnitt på 102 sekunder. Hva som er idealtid vil være vanskelig å si noe om ettersom tidsbruken på rapportoverføring til traumemottak varierer ut fra skademekanikkens og pasientens kompleksitet, samt traumeteamets individuelle forventninger til informasjon. Våre funn viser heller ingen tydelig sammenheng mellom traumeteamets subjektive score og tidsbruk.

For enkelte av pasientene som tas imot av et traumeteam teller hvert sekund. Til tross for dette kan det argumenteres for at tidsbruken til rapportoverføring i de fleste tilfellene i all hovedsak omhandler teammedlemmenes egen utålmodighet og ikke pasientens behov for rask behandling. Pasienten har i de aller fleste tilfellene vært under behandling på skadestedet og i transportfase i relativt lang tid før ankomst til akuttmottaket. Flere av våre informanter sier at i de tilfeller hvor forflytning av pasienten begynner før rapporten er avgitt blir det som regel mye summing i rommet og manglende fokus på rapporten fra prehospital tjenester, dette sammenfaller også med våre observasjoner i observasjonsperioden. En felles forståelse av hva som skal sies vil kanskje bidra til et tydeligere slutt punkt for når pasientansvaret er overført og teamet kan begynne sine undersøkelser.

Metodediskusjon

Vi tok noen hensyn i valg av metode og utformingen av intervjuguide som medførte inngåelse av kompromisser som kan ha senket validiteten til instrumentet for å sikre at datainnsamlingen kunne gjennomføres rent praktisk. Samtlige intervju ble gjennomført muntlig med oss selv som referent. Svarene kan være påvirket av at vi var to som gjennomførte intervjuene hver for oss, og at spørsmålsstillingen kan ha vært forskjellig fra gang til gang. Dette ble forsøkt motvirket i hospiteringsperioden ved at vi snakket med potensielle informanter sammen for å få en felles forståelse av hva vi var ute etter. Vår underbevisste ordlegging, og kroppsspråk kan ha påvirket informantene til å vektlegge enkelte momenter mer enn andre. På den andre siden medførte den muntlige spørsmålsstillingen at vi kunne oppklare eventuelle misforståelser og forklare begrep som ikke var kjent for informantene. For eksempel måtte flere informanter få forklart hva et akronym er.

Vi valgte å kombinere observasjoner med spørreskjema og strukturert intervju. Kombinasjon av metoder bidrar til å se situasjonen fra flere ulike vinkler, og den ene metodens svakheter kan oppveies av den andres styrker (21). Observasjonene ga oss også god tilgang på tilleggsdata som supplement til spørreskjema. Fordelen med observasjon som metode i vår studie var at det gir oss mulighet til å innhente data som er umulig å innhente på annen måte, for eksempel måling av tid. Vi slapp også å bruke mer enn nødvendig av informantens tid ved å dra dem ut av deres arbeid.

Intervjuene ble gjennomført like i etterkant av den innledende undersøkelsen. Dette kan ha gjort at informantene har vært følelsesmessig påvirket av det de har vært med på og at resultatene er påvirket av dette. På den andre siden er også all informasjon friskt i minne, og risikoen for feilinformasjon som følge av feilattribuert hukommelse reduseres.

Informantene ble intervjuet like på utsiden av akutttrommene hvor den innledende undersøkelsen ble gjennomført. Dette medførte at vi ikke var på tomannshånd når spørsmålene ble besvart, og at tilstedeværelse av annet helsepersonell kan ha påvirket svarene. Blant annet kunne ambulanspersonell ved noen av intervjuene høre svarene fra traumeteamet hvor rapporten ble vurdert. Det var også tilfeller hvor intervjuet ble avbrutt av andre som krevde informantens oppmerksomhet. Alle intervjuene ble likevel fullført i sin helhet.

Måten informantene ble rekruttert på, med et sannsynlighetsutvalg kan gi et mer representativt utvalg sammenliknet med et mer selektivt utvalg eller påmelding. Antallet traumemottak som ble observert var betydelig lavere enn ambisjonen i prosjektskissa. Dette medførte at vi fikk et litt dårligere datagrunnlag enn hva vi ønsket oss, men at datagrunnlaget allikevel er godt nok til å se tendenser og mønstre. Andelen forespurte som ønsket og hadde mulighet til å delta (95,5 %) var bra og styrker studiens validitet.

Vi valgte å inkludere alle traumeledere, sykepleiere i mottak og prehospitalt personell med datasamling av bakgrunn, erfaring og profesjon for å se på sammenhenger. Dessverre kunne ikke denne bakgrunnsdataen brukes da det ville blitt mulig å identifisere informantene i ettertid grunnet traumeteamenes personellsammensetning.

Konklusjon

Vi har i denne studien sett på hvilke akronymer som er i bruk og hvilken innvirkning de har på kvaliteten i rapportoverføringen fra prehospitale tjenester til traumeteam. Blant deltakerne i utvalget, benyttes akronymer i svært liten grad. Det er derfor med utgangspunkt i denne studien isolert vanskelig å konkludere med hvilken innvirkning bruk av akronymer har på kvaliteten av rapportoverføringen. Det vi derimot ser en tendens til er at de akronymene som er kjent for helsepersonell påvirker rapportoverføringen uten at akronymene bevisst er benyttet. Kanskje kan det sies at det mest utbredte akronymet i norske sykehus, ISBAR, ikke er optimalt for rapportoverføringen mellom prehospitale tjenester og traumeteam da det mangler et eget element for iverksatte tiltak og behandling.

Det er påfallende at bruken av akronymer ser ut til å være lite implementert i klinisk praksis som et standardisert verktøy ved muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell. Dette til tross for helsedirektoratets anbefaling, at litteraturen stort sett er entydig og at helsepersonell både pre- og inhospitalt stort sett er enige i akronymers positive effekt. Videre forskning bør undersøke om akronymene er for spissede eller for uspesifikke for den enkelte situasjon og hvorfor de ikke benyttes i større utstrekning i dagens helsevesen. Det hadde vært interessant å se en randomisert kontrollert studie med bruk av akronymers effekt på kvaliteten i rapportoverføring.

Referanser

1. Storvik J-E, Vinjevold O-P. Traumatologi: Traumemottak St. Olavs hospital. EQS St Olavs hospital [Internet]. 2021 Mai 3.
2. Fealy G, Donnelly S, Doyle G, Brenner M, Hughes M, Mylotte E, et al. Clinical handover practices among healthcare practioners in acute care services: A qualitative study. Wiley Journal of Clinical Nursing. 2018 August 2:80-8.
3. Rapporten. Meldingsordningene årsrapporter [Internet]. 2018 Mai. Available from: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/_attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.
4. Folkehelseinstituttet. Skader og ulykker i Norge [Internet]. 2021 Oktober 14. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/skader-og-ulykker-i-norge/>.
5. Traumeplan NKT. Innledning og bakgrunn [Internet]. 2020 November 10. Available from: <https://traumeplan.no/index.php?action=showtopic&topic=PAt8pVGd>.
6. Traumeplan NKT. Overføring av alvorlig skadd pasienten [Internet]. 2019 Mai 1. Available from: <https://traumeplan.no/index.php?action=showtopic&topic=MCYqCMsw>.
7. Simonsen R. Hvordan kan man oppnå høyere grad av resilens ved overlevering? [Master]: Stavanger; 2018.
8. Ehlers P, Seidel M, Schacher S, Pin M, Fimmers R, Kogej M, et al. Prospective Observational Multisite Study of Handover in the Emergency Department: Theory versus Practice. Western Journal of Emergency Medicine. 2021 Mars 1:401-9.
9. Brun-Pedersen K, André B. Pasientoverlevering kan bli tryggere. Sykepleien. 2017 12 8.
10. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) 2022 [cited 2022 1 April]. Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2.
11. Helsedirektoratet. Muntlig kommunikasjon2021.
12. Talbot R, Bleetman A. Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work? Emergency Med J. 2007 April 10:539-42.
13. Curry Naryan M. Using SBAR Communicationsin in efforts to Prevent Patient Rehospitalizations. Home Healthcare Nurse. 2013 October:504-15.
14. Tangvik LS, Kinn-Mikalsen MA, Johnsgaard T, Reime MH. Sykepleieres erfaringer før og etter implementering av ISBAR – en kartleggingsstudie. Sykepleien. 2021 Desember 6.
15. Moi EB, Söderhamn U, Marthinsen GN, Flateland SM. Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. Sykepleien. 2019 Januar 9.
16. NKT-Traume. Traumesystem [Internet]. 2007 Oktober 9. Available from: <https://nkt-traume.no/wp-content/uploads/2019/08/Traumesystem-2006-endelig-rapport.pdf>.
17. Legevakhåndboken. ABCDE-prinsipper2022.
18. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften), kapittel 3 §11 FOR-2015-03-20-231 Lovdata2015 [cited 2022 27.05]. Available from: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231#KAPITTEL_3.
19. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2020.
20. Owen C, Hemmings L, Brown T. Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. Emergency Medicine Australasia. 2009 April:102-7.
21. Thidemann I-J. Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2020.

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET RAPPORTOVERFØRING VED

TRAUMEMOTTAK?

Gir kjennskap til akronymer bedre situasjonsforståelse i rapportoverføring mellom helsepersonell ved traumemottak?

Invitasjon til å delta i vårt forskningsprosjekt:

Dette er en forespørsel til deg som er ambulanspersonell, luftambulanspersonell, traumeleder eller mottakssykepleier ved traumeteam, om å delta i en datainnsamling i forbindelse med vår prosjektbachelor. Våre navn er (*anonymisert*) og (*anonymisert*) og vi studerer 3. året på sykepleieutdanningen ved NTNU/ISM, Trondheim. Prosjektet vårt er en del av et oppdrag fra Avdeling for Traumatologi, og blir gjennomført i et samarbeid mellom studenter på NTNU og St. Olavs hospital. Vi som studenter skal innhente informasjon gjennom observasjoner og intervjuer, og senere skrive om dette i en bacheloroppgave, som utformes som en fagartikkel.

Hensikten med studien er å se på om kjennskap til akronymer/huskeregler gir bedre pasientsikkerhet i rapportoverføring mellom helsepersonell i forbindelse med traumemottak.

Hva innebærer prosjektet/Formålet med prosjektet:

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju som vil finne sted på St. Olavs. Det vil ikke bli gjort lydopptak av intervjuet, men det vil bli tatt skriftlig notater. All informasjon anonymiseres.

Datainnsamlingen vil foregå både ved observasjoner i sammenheng med rapportoverføringen i reelle traumemottak, og individuelle muntlige intervjuer i etterkant av mottaket. Det muntlige intervjuet inneholder to spørsmål til deg som er traumeleder, mottakssykepleier og ambulansarbeider i traumeteamet, og tar ca. 5-10 minutter å svare på.

Dine erfaringer og meninger er viktig for oss. Vi håper derfor du kan bistå oss i etterkant av traumeteamet, slik vi kan få gode data til oppgaven vår.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, kan du når som helst trekke samtykke ditt tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Alle opplysningene og innsamlet data vil bli anonymisert. Vi vil bruke direkte sitat fra datainnsamlingen i oppgaven vår, men vi vil ikke oppgi opplysninger som gjør at deltakeren kan gjenkjennes. Notatene vil destrueres etter studien er gjennomført og oppgaven leveres inn i juni 2022. Det kan bli aktuelt med en publisering av fagartikkelen i etterkant av sensur.

Ved spørsmål, ta kontakt med:

Student (*anonymisert*), tlf: (*anonymisert*), mail: (*anonymisert*)

Student (*anonymisert*), tlf: (*anonymisert*), mail: (*anonymisert*)

Veileder Ingrid Lødemel, tlf: (*anonymisert*), mail: (*anonymisert*)

Kontaktperson ved (*anonymisert*), mail: (*anonymisert*)

Dato:

Signatur

Blokkbokstaver

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

(*anonymisert*) & (*anonymisert*)

Tittel, rolle og antall år siden fullført grunnutdanning:

--

Kjenner du til noen akronymer eller huskereglar for rapport til annet helsepersonell?
Hvilke?

Brukte du et akronym for denne rapporten? Evt. hvilket?



Kunnskap for en bedre verden

Tid fra inn i rom til fullført rapport:

Oppfølgingsspørsmål fra traumeteam:

	Mekanisme	
	Injuries found	
	Signs&Symptoms	
	Treatment given	

Tittel, rolle og antall år siden fullført grunnutdanning:

I hvilken grad fikk du den informasjonen du ønsket fra prehospitaltjenester i deres rapport?

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad

Var det noe vesentlig informasjon som manglet i rapporten, evt. Hvilken?

