

Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell

Ellen Benestad Moi

Universitetslektor

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Ulrika Söderhamn

Professor

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Gunhild Nordbø Marthinsen

Universitetslektor og ph.d.-stipendiat

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Sylvi Monika Flateland

Førstelektor

Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Universitetet i Agder

Kompetanse

Kvalitativ metode

Pasientsikkerhet

Spesialsykepleierstudenter

Teamarbeid

Sykepleien Forskning 2019 14 (74699) (e-74699)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.74699

Sammendrag

Bakgrunn: ISBAR er en pasientsikker kommunikasjonsstruktur som bidrar til forenklet, effektiv, strukturert og forventet kommunikasjon mellom helsepersonell. Det finnes ingen forskning på masterstudenters erfaringer med å anvende ISBAR i Norge. Tidligere har det blitt etterlyst utdanningsstrategier som sikrer at studenter trener på pasientsikker kommunikasjon.

Hensikt: Å belyse spesialstudenters erfaringer med å bruke ISBAR som kommunikasjonsstruktur i klinisk praksis i et masterprogram i spesialsykepleie.

Metode: Studien har et kvalitativt beskrivende design med tre fokusgruppeintervjuer. Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Studentenes kommunikasjon ble mer bevisst, strukturert, oversiktlig og forutsigbar. De formidlet objektive, tydelige og konkrete observasjoner og endringer i stedet for synsinger. Studentene kom oftere med egne løsningsforslag og avklarte medisinske forordninger. Å bruke ISBAR førte til at de følte seg tryggere på sin egen kommunikasjon og kompetanse, ble bedre på teamarbeid og opplevde større pasientsikkerhet. Studentene hadde imidlertid utfordringer med å bruke ISBAR fordi denne kommunikasjonsstrukturen ikke var implementert.

Konklusjon: Å anvende ISBAR gir økt bevissthet om egen strukturerte kommunikasjon og kompetanse samt bedre evne til å få raskere oversikt over pasientsituasjoner. Funnene kan synliggjøre betydningen av systematisk opplæring og simulering med ISBAR-strukturen for å øke pasientsikkerheten, både i utdanningen av spesialsykepleiere og i spesialisthelsetjenesten.

Teamarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell er sentrale faktorer for kvalitet og pasientsikkerhet (1, 2). Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (3).

Kommunikasjonssvikt i behandlingsteam er en av de hyppigste årsakene til uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, og cirka 70 prosent av årsakene er menneskelig svikt knyttet til ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon, ledelse og det å ta avgjørelser (1, 4, 5). Kommunikasjonssvikt skjer blant annet på grunn av manglende struktur og standardisering (6).

Kommunikasjonsstrukturen Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd (ISBAR) ble utarbeidet for å standardisere og sikre effektiv kommunikasjonsoverføring i det amerikanske forsvaret. ISBAR ble utviklet til helsevesenet rundt 2000-tallet (1, 7) (tabell 1).

Tabell 1. ISBAR – strukturert kommunikasjon

| | |
|-------------------------|--|
| I identifikasjon | Oppgi <ul style="list-style-type: none"> • hvem du er • hvor du er • pasientens navn, alder, ev. kjønn og avdeling |
| S situasjon | Hva er problemet/årsaken til kontakt? <ul style="list-style-type: none"> • Jeg ringer fordi ... (beskriv) • Jeg har observert vesentlige endringer ... (ABCDE) • Jeg har målt følgende verdier ... (RF*, SpO2₂, puls/rytme, BT[^], kapillærfylling, tp.#) • Jeg har fått prøvesvar ... |
| B bakgrunn | Hvis det haster og/eller du er bekymret – gi beskjed! Kort og relevant sykehistorie <ul style="list-style-type: none"> • Innleggelsesdiagnose og -dato • Tidligere sykdommer av betydning • Aktuelle problemer og behandling/tiltak til nå • Allergier |
| A analyse | Analyse (vurdering av situasjon og bakgrunn) <ul style="list-style-type: none"> • Jeg tror problemet/årsaken til pasientens tilstand er (respiratorisk, sirkulatorisk, neurologisk). • Jeg kjenner ikke problemet, men tilstanden er forverret. • Pasienten er ustabil, vi må gjøre noe. • Jeg er bekymret. |
| R råd | Be om konkrete råd og tiltak og tydeliggjør forventninger <ul style="list-style-type: none"> • Jeg foreslår ... / Hvilke tiltak anbefaler du? • Umiddelbare tiltak • Utredning/behandling • Hvor ofte skal jeg ... • Når skal jeg ta kontakt igjen? Når kommer du? • Bekreft beskjeder og tiltak med «closed loop». |

Tabellen er en tilpasset versjon etter inspirasjon fra ulike ISBAR-modeller nasjonalt og internasjonalt. Den er anvendt i masterprogrammet i spesialsykepleie.

*RF = respirasjonsfrekvens

2SpO2 = oksygenmetning

^BT = blodtrykk

#tp. = temperatur

Hva er ISBAR?

ISBAR er et av flere rammeverk for kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientsituasjoner, og det antas å bidra til økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell kommuniserer mer strukturert, fokusert og konsist (1, 8, 9). Det amerikanske helsevesenet implementerte ISBAR omkring 2003 og har forbedret kommunikasjon som overordnet mål i pasientsikkerhetsarbeidet (1).

Norge startet et nasjonalt program for pasientsikkerhet i 2014 (10), men først i 2017 ble det fokusert på kommunikasjon mellom helsepersonell (11). I barne- og intensivsykepleierutdanningene legges det føringer for mer oppmerksomhet på teamarbeid, pasientsikkerhet samt kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende, men teamkommunikasjon presiseres ikke (12, 13).

Tidligere forskning og hensikt med studien

Internasjonale studier viser en reduksjon i uventet død fra 0,99 til 0,34 promille samt signifikante og selvopplevde forbedringer i kommunikasjon, teamarbeid og sikkerhet etter at ISBAR ble implementert (1, 14–16). Sykepleiere prioriterte mer hensiktsmessig og følte seg bedre forberedt (16, 17), opplevde større evne til å formidle pasientproblemer, bedre kommunikasjonsflyt, større trygghet på egen rolle og bedre kommunikasjon og interaksjon med behandlingsteamet (9, 14–16).

Internasjonale opplæringsprogrammer om kommunikasjon og ISBAR viser bedre observasjons- og vurderingsevne (16–19). Studier med trening på teamarbeid og kommunikasjon med fullskalasilulering viser kun små signifikante forbedringer sammenliknet med andre undervisningsmetoder. Simulering anbefales likevel for å trene på kommunikasjon og teamarbeid (16, 17, 20, 21).

Det er lite forskning som bekrefter at lærte egenskaper blir overført til praksis (9). Wang og medarbeidere (19) viser at studenter ønsker å bruke ISBAR i klinisk praksis etter opplæring. Bowling (20) etterlyser utdanningsstrategier som sikrer at studenter utfører pasientsikker sykepleie.

Det er ikke funnet forskning om masterstudenters erfaringer med å bruke kommunikasjonsstruktur i faktiske pasientsituasjoner i en norsk kontekst. Hensikten med studien er derfor å belyse spesialstudenters erfaringer med å bruke ISBAR som kommunikasjonsstruktur i klinisk praksis i et masterprogram i spesialsykepleie.

Metode

Design

Studien har et kvalitativt, beskrivende design med fokusgruppeintervju.

Utvalg

Alle masterstudenter (n = 18) i fjerde semester med spesialiseringen barne- eller intensivsykepleie ble forespurt om å delta av ledelsen ved en aktuell utdanningsinstitusjon i Sør-Norge. En student ønsket ikke å delta, og en annen var syk på datainnsamlingsdagen. Seksten studenter deltok. Alle var kvinner fra 27–49 år med erfaring som sykepleier fra 4–16 år.

Kontekst

Masterprogrammet i spesialsykepleie anvendte både teoriundervisning og fullskalasimulering av ikke-tekniske ferdigheter (6). Det var ikke et eget opplæringsprogram i ISBAR-strukturen, men undervisningen var inspirert av et opplæringsprogram om kommunikasjon og teamarbeid (22).

Første semester besto av to timers ressursforelesning om teamarbeid og kommunikasjon i et pasientsikkerhetsperspektiv, med ISBAR som valgt kommunikasjonsstruktur. Studentene gjennomførte rollespill på ISBAR-kommunikasjon i forbindelse med undervisningen.

I løpet av 2.–4. semester gjennomførte de fem dager med cirka tolv fullskalasimuleringer, der ISBAR og teamarbeid var et av læringsutbyttene. Studentene ble oppfordret til å anvende ISBAR i klinisk praksis på sykehus.

Datasamling

Vi gjennomførte tre fokusgruppeintervjuer januar 2016, direkte etter siste simulering i fjerde semester. En fokusgruppe besto av fire barnesykepleierstudenter, og to fokusgrupper besto av henholdsvis fem og sju intensivsykepleierstudenter. Førsteforfatteren ledet to intervjuer, tredjeforfatteren ett intervju.

Andreforfatteren var bisitter i alle fokusgruppeintervjuene og ivaretok sekretærfunksjonen (23).

Vi brukte en intervjuguide med to åpne spørsmål om positive erfaringer og utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis. Vi brukte lydopptaker, og intervjuene ble transkribert ordrett av to av forfatterne.

Intervjuene varte fra 57 til 70 minutter og ble gjennomført på et møterom på utdanningsinstitusjonen.

Analyse

Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse med induktiv tilnærming til datamaterialet (24). Rådata (68 sider) ble lest som helhet og delt i meningsenheter ved hjelp av NVivo 11 Pro (25). Utsagn ble kondensert og systematisert etter innhold, beskrevet og delvis fortolket til underkategorier og videre abstrahert til tre hovedkategorier (24) (tabell 2 og 3). Fortolkningen er avhengig av forskernes forforståelse (24).

Alle forfatterne er lærere, og tre er intensivsykepleiere med erfaring fra ISBAR og simulering. Resultatene underbygges med sitater fra alle fokusgruppeintervjuene, der ulike stemmer fremkommer.

Tabell 2. Fra kondensert meningsenhet til hovedkategori

| Kondensert meningsenhet | Underkategori | Hovedkategori |
|---|--|--|
| Det som er positivt med ISBAR, er råd fra legen. Noen ganger får en diffuse svar og blir forvirret. Det at du bekrefter – mente du sånn, skal jeg gjøre sånn? Det er kanskje det viktigste. | Foreslår tiltak og krever tydelige tilbakemeldinger | Mer bevissthet og bedre struktur på egen kommunikasjon |
| Jeg synes legen setter pris på anbefalinger når vi har en formening og vurdert situasjonen. Det er ikke ovenfra og ned lenger, vi kan diskutere ting. | Trygg på egne vurderinger og opplevelse av respekt | Økt bevissthet på egen kompetanse |
| De som har jobbet der lenge. Jeg ser det som en kjempeutfordring. Jeg stilte bare et åpent spørsmål om ISBAR på avdelingen, er dette noe? NEI! Vi trenger ikke det, det ligger i vår naturlige del å tenke på det, sa de. Vi jobber på refleks, vi er ikke interesserte i dette. For det er jo en holdning man har i avdelingen generelt, men spesielt de gamle som har jobbet lenge i gamet, var ikke interessert i å innføre nye tiltak. Vi vil gjøre det som vi alltid har gjort det – vi kan det! | Savnet at ISBAR ikke var implementert på praksisfelt | Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis |

Etiske hensyn

Studien er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 45068) og gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (26) om frivillighet og anonymisering. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og alle ga skriftlig samtykke.

Resultater

Tabell 3. Hovedkategorier og underkategorier

| Hovedkategori | Underkategori |
|---|---|
| Mer bevissthet og bedre struktur på egen kommunikasjon | Felles konkret språk |
| | Økt struktur på kommunikasjonen Foreslår tiltak og krever tydelige tilbakemeldinger |
| Økt bevissthet på egen kompetanse | Trygg på egne vurderinger og opplevelse av respekt ISBAR kan anvendes i ulike situasjoner |
| | Vanskelig å følge ISBAR-strukturen mekanisk Savnet at ISBAR ikke var implementert på praksisfelt |

Mer bevissthet og bedre struktur på egen kommunikasjon

Mange studenter hadde erfaringer med at sykepleieren og legen kommuniserte med ulikt språk. Å anvende ISBAR ga dem økt bevissthet om hvor viktig det er med lik kommunikasjon i innhold og språk.

Studentene opplevde at pasientproblemet ble formidlet tydeligere og mer konkret når de brukte ISBAR. Kommunikasjonen med legen ble bedre, og studentene mente at de fikk et likere språk.

Studentene opplevde dermed at samarbeidet ble bedre, og de erfarte at dette samarbeidet kvalitetssikret pasientbehandlingen: «Hvis vi ikke har et felles språk å snakke mellom oss og legen, så får man ikke formidlet problemet ... Vi kommuniserer egentlig på helt forskjellig plan med ganske mange leger.» (ID1-7)

Enkelte studenter mente at ISBAR-strukturen var nyttig, effektiv og tidsbesparende, og at pasientproblemet ble formidlet raskere: «Man sparer litt tid også hvis man er strukturert ...» (ID1-4)

«Strukturen og systematikken i ISBAR gjorde kommunikasjonen mer oversiktlig og forutsigbar.»

Etter opplæring og simulering med ISBAR var alle studentene enige i at det var nødvendig med en strukturert kommunikasjon. Strukturen og systematikken i ISBAR gjorde kommunikasjonen mer oversiktlig og forutsigbar.

Studentene glemte ikke viktig informasjon, og de følte seg dermed tryggere. De formidlet også pasientproblemer mer objektivt. Da studentene ga informasjon, fokuserte de på konkrete observasjoner og endringer i stedet for synsinger: «Ved hjelp av ISBAR blir det mer konkret! En forteller hva som er problemene, ikke hva en føler selv. Det er mer objektive observasjoner som kommer frem.» (ID1-1)

Studentene var enige i at ISBAR hadde gjort det lettere å formidle egne løsningsforslag knyttet til pasientbehandlingen. Alle uttrykte at ISBAR også hadde gjort dem bevisste på hvor viktig det var å be om råd og tydelige tilbakemeldinger og bekrefte avtaler og forordninger som var foretatt. Dermed ble ISBAR et verktøy til å unngå misforståelser, og nødvendig informasjon om pasientene ble kvalitetssikret:

«Innen kommunikasjon med legene prøver jeg å bekrefte beskjeder. Senest i går avventet jeg en tablett. 'Da avventer vi den', foreslo jeg. 'Det er helt riktig', sa legen. Jeg har ikke foreslått tiltak veldig bevisst [til legen] før.» (ID2-3)

Økt bevissthet på egen kompetanse

De fleste studentene var enige i at ISBAR hadde gjort dem tryggere på egne vurderinger i kommunikasjonen med legen. Trygghet på egne vurderinger gjorde dem mer bevisste på egen kompetanse: «Det er en struktur som viser at en har forstått og har mye kompetanse. Den hjelper til å bli mer analytisk.» (ID1-7)

ISBAR var spesielt nyttig å bruke i akutte situasjoner fordi studentene raskt fikk oversikt over pasientsituasjonen. Oversikt over pasientsituasjoner medførte at de følte seg bedre forberedt og kunne være i forkant dersom det oppsto komplikasjoner: «Jeg tenker mer fremover, tenker verstefallstenkning. Dette kommer frem når en bruker ISBAR.» (ID1-7)

Flere studenter erfarte at når de anvendte ISBAR, fikk de tilbakemelding fra legen om at deres observasjoner, vurderinger og løsningsforslag var relevante. Det ga dem god mestringsfølelse, og de opplevde å få respekt hos legene. De oppdaget dermed at de kunne bidra med sin egen kompetanse i pasientbehandlingen.

Ved å bruke ISBAR ble det mer rom for faglige diskusjoner, noe som medførte enighet om behandling og videre planer for pasienten. Studentene erfarte at bruk av ISBAR førte til et godt teamarbeid og bedre pasientsikkerhet: «Jeg synes legen setter pris på anbefalinger. Når vi har en formening og har vurdert situasjonen, det er ikke ovenfra og ned lenger. Vi kan diskutere ting.» (ID3-2)

Det var stor enighet om at ISBAR-strukturen var viktig for alle sykepleierne, men spesielt for nyutdannede sykepleiere. Enkelte studenter mente at erfarne sykepleiere fikk frem nødvendig informasjon også uten å bruke en fast kommunikasjonsstruktur.

Studentene var imidlertid usikre på om det var ISBAR, eller det at de hadde økt sin faglige kompetanse, som gjorde dem tryggere på egne vurderinger: «En får mer kunnskap av å gå to år på skole, og det har betydning for innholdet i vurderingene mine i ISBAR.» (ID3-3)

Flere studenter hadde også positive erfaringer med å bruke ISBAR i muntlig rapportering og skriftlig dokumentasjon. Dette gjaldt i kommunikasjon mellom sykepleiere, ved overflytting av pasient, på legevisitt samt i kommunikasjon med pårørende: «Jeg bruker også ISBAR når jeg rapporterer til andre avdelinger, når vi har en pasient som skal flyttes, eller til rapportering generelt.» (ID3-1)

Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis

Til tross for at de fleste studentene syntes ISBAR-strukturen var nyttig i akuttsituasjoner, erfarte enkelte at det kunne være utfordrende å følge strukturen «mekanisk» fordi «det tar mange år å få det under huden» (ID3-2). En annen utfordring var at studentene fokuserte mer på rekkefølgen i ISBAR enn på innholdet som skulle formidles, og brukte da lengre tid.

For å få nok trening mente studentene at det var viktig å fokusere på ISBAR tidlig i helsefaglige utdanninger. Betydningen av mengdetrening ved hjelp av simulering ble fremhevet: «Det er veldig bra at vi har ISBAR i hver simulering. Jeg følte kanskje det var etter fjerde eller femte gangen, ja, det fungerer.» (ID2-4)

Studentene opplevde at legene kunne være utålmodige og avbrøt dem når de informerte om pasientsituasjoner etter ISBAR-strukturen: «[Det er en] ulempe hvis legen ikke er innforstått med ISBAR og lurert på om sykepleieren kan komme til poenget snart.» (ID2-1)

Enkelte studenter formidlet at det iblant kunne være vanskelig å komme med egne løsningsforslag og få respons på forslagene, spesielt fra nye leger: «Det kan være problematisk med nye leger hvis de føler seg overkjørt av sykepleiernes vurderinger og forslag.» (ID3-1)

«Studentene savnet at ISBAR-strukturen ikke var implementert og kjent på hele sykehuset.»

De fleste studentene erfarte at de ofte brukte ISBAR på legevisitter, under telefonkontakt med legen og i sykepleierappporter. Enkelte studenter formidlet at de anvendte ISBAR ubevisst, mens andre nesten ikke hadde brukt ISBAR, men ønsket å gjøre det. Studentene savnet at ISBAR-strukturen ikke var implementert og kjent på hele sykehuset. Enkelte studenter fikk kommentarer som følger: «Dette har jeg aldri hørt om ...» (ID1-2).

De fryktet imidlertid at det ville bli vanskelig å implementere en fast kommunikasjonsstruktur til erfarne sykepleiere, som mente de allerede kommuniserte pasientsikkert og strukturert: «[Det er] en kjempeutfordring med dem som har jobbet lenge. De vil gjøre det som de alltid har gjort, de kan det.» (ID1-7)

Siden ISBAR ikke var implementert på det aktuelle sykehuset, snakket studentene om ulike måter å implementere ISBAR på. Alle var enige i at «ISBAR er kommet for å bli» (ID3-2).

Flere foreslo å holde en fagdag der de fokuserte på ISBAR som kommunikasjonsstruktur. Samtlige mente at simulering var en egnet læringsmetode for å tilegne seg og anvende ISBAR-strukturen. Simulering vil kunne gi trening og direkte tilbakemeldinger på språk, innhold og struktur på kommunikasjonen: «Å bruke ISBAR på en fagdag. Man øver [og kan] bruke det i simuleringssituasjoner slik at alle kollegaer kommer gjennom kommunikasjonstrening. Det tror jeg er måten å lære det på.» (ID1-7)

Diskusjon

Mer bevissthet og struktur på egen kommunikasjon

Alle studentene opplevde at kommunikasjonen fikk en bedre struktur og språket ble mer konkret da de anvendte ISBAR. De ble mer bevisste på å formidle sentral og objektiv informasjon om pasienter, og språklige misforståelser ble unngått. Lik terminologi kan være et ledd i arbeidet med å unngå misforståelser og hindre kommunikasjonssvikt (1, 5).

Funnene samsvarer med studier som viser at ISBAR-strukturen gir forbedringer i både innhold og tydelighet i det som formidles – det skilles mellom vesentlig og uvesentlig informasjon (14, 16). Sykepleiere blir også bedre forberedt og prioriterer lettere (16, 17).

Studentene påpekte at ISBAR-strukturen var forutsigbar; de glemte ikke viktig informasjon og sparte dermed tid i akutte situasjoner. Denne forutsigbarheten bekreftes i forskning om ISBAR, og forutsigbarhet og effektivitet er noen av hensiktene med å implementere strukturen (1, 8).

Studentene mente effektiviteten var avhengig av om de opplevde at ISBAR var integrert i deres egen yrkesutøvelse. Vi tolker dette som at betydningen av gjentatte simuleringer er viktig for å oppnå læring, noe som støttes av Husebø og Rystedt (6).

Studentene fremhevet det å få råd som noe av det viktigste med ISBAR-strukturen for å unngå misforståelser og ivareta pasientsikkerheten. Økt bevissthet på å be om tydelige tilbakemeldinger og bekrefte avtaler gjorde at nødvendig informasjon om pasienten ble kvalitetssikret. Det er interessant at tidligere forskning ikke fremhever det å få råd som noe av det viktigste med ISBAR-strukturen, men skriver generelt om tydelighet i alle faktorene av strukturen (20).

Økt bevissthet på egen kompetanse

Større trygghet på egne vurderinger, egne analyser og økt mestringsfølelse var fremtredende funn.

Studentene syntes at de fikk lettere oversikt over pasienten og lå i forkant av potensielle problemer. Andre studier bekrefter at bruk av ISBAR gir bedre observasjons- og vurderingsevne, det blir lettere å ta avgjørelser, og selvtilliten blir bedre (9, 17).

«Større trygghet på egne vurderinger, egne analyser og økt mestringsfølelse var fremtredende funn.»

Studentene mente at de fikk mer respekt av leger når de brukte ISBAR. Det ledet til hyppigere faglige diskusjoner, som medførte enighet om behandlingsstrategier. Faglige diskusjoner og respekt fra leger underbygget og styrket deres kompetanse og faglige trygghet. Videre mente studentene at ISBAR åpnet for godt samarbeid og ga pasientsikker behandling. Disse funnene samsvarer med andre studier (18).

Studentene formidlet at ISBAR-strukturen, sammen med økt kompetanse gjennom utdanningen, gjorde dem mer analytiske og bevisste på å komme med egne innspill og refleksjoner. Det kan synes som om ISBAR-strukturen også kan være et verktøy for å utvikle klinisk vurdering og argumentasjon.

Studentene erfarte videre at ISBAR var nyttig i ulike rapportssammenhenger og i kommunikasjonen med pårørende. Det kan tyde på at studentene ubevisst har integrert ISBAR i sin yrkesutøvelse, og at de anvender ISBAR i flere situasjoner. Forskning viser at ISBAR også blir brukt i rapport- og legevisittssammenhenger (14, 15), og støtter studentenes erfaringer med at ISBAR kan anvendes i slike situasjoner.

Utfordringer med å bruke ISBAR i klinisk praksis

Studentene syntes det var tidkrevende å bruke ISBAR fordi denne kommunikasjonsstrukturen ikke var integrert i arbeidsrutinen på sykehuset. Det kom også frem at det var vanskelig å følge strukturen mekanisk, selv om de syntes det var lettere etter flere simuleringer med ISBAR. Disse funnene viser at mengdetrening med simulering er nødvendig.

Ulike studier viser at klasseromsundervisning alene gir små endringer i kommunikasjonen, mens både teoriundervisning og simulering viser en signifikant forbedring av kommunikasjonen til sykepleierstudenter (21, 27). En metaanalyse viste at simulering hadde en betydelig effekt sammenliknet med andre læringsstrategier (21).

Disse funnene og annen forskning underbygger anbefalinger om at sykepleierutdanninger bør integrere teoretiske og kliniske komponenter bedre samt endre utdanningsopplegget fra å fokusere på kritisk tenkning til å fokusere på klinisk argumentasjon (17).

Studentene ble ofte avbrutt av leger som ikke kjente ISBAR. Noen erfarte at enkelte leger ikke åpnet for dialog slik at studentene kunne formidle sine egne vurderinger. En systematisk oversiktsartikkel viser at ulike kommunikasjonsmåter, støtende oppførsel og kultur er barrierer for en effektiv sykepleier–lege-kommunikasjon (28), og bekrefter erfaringene til studentene.

«Studentene ble ofte avbrutt av leger som ikke kjente ISBAR.»

En viktig lederegenskap i teamarbeid er å lytte til innspill, innhente og formidle informasjon (2, 29). Godt teamarbeid kommer ikke med å bruke ISBAR alene. Menneskelige faktorer, ledelse og pasientsikker kultur er viktige forutsetninger for teamarbeid og pasientsikkerhet. Oppmerksomhet på å forbedre ikke-tekniske ferdigheter, interprofesjonelt samarbeid og lagprestasjon der alle kan si fra, er også viktige faktorer (29).

Studentene syntes det var utfordrende å anvende ISBAR-strukturen i et praksisfelt som ikke hadde implementert ISBAR. Norsk pasientsikkerhetsprogram har manglet tydelig fokusering på trygg kommunikasjon og derfor ikke vært prioritert ved en rekke sykehus. Først i 2017 ble ISBAR omtalt i tiltakspakken for sykehus: Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (11).

Man kan stille spørsmål ved om det er hensiktsmessig at studentene skal anvende ISBAR i klinisk praksis når ikke praksisfeltet har implementert kommunikasjonsstrukturen. Samtidig er det positivt at studenter får erfaring med å introdusere ny pasientsikker kunnskap til praksisfeltet. Studentene vil kunne få større bevissthet og mer kunnskap om aktuelle kvalitetstiltak til kollegaer, øke muligheten for pasientsikkerhet ved å anvende kunnskapsbasert praksis og stille seg til rådighet i fremtidige implementeringsprosesser (12, 13, 30).

Studentene fryktet det kunne bli en utfordring å implementere ISBAR hos erfarne sykepleiere som viste liten interesse og vilje til å endre sin egen kommunikasjonsstruktur. Studentene brukte imidlertid ISBAR i ulikt omfang, og enkelte brukte strukturen ubevisst. Disse funnene synes å ha likhetstrekk med utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis (30) og støtter det faktumet at lærte egenskaper ikke alltid blir overført til praksis (9).

Studentene foreslo fagdager der leger og sykepleiere fikk teoriundervisning og simulerte tverrfaglig. I simulering vil helsepersonell kunne få konkrete tilbakemeldinger på hva de faktisk sier, og ikke bare på hva de tror de sier. Kommunikasjon og teamtrening er sentrale faktorer for å skape og opprettholde en sikkerhetskultur (22, 29).

Metodiske overveielser

Studien er viktig da det ikke er gjennomført tilsvarende studier i Norge. Forfatterne forventet at utvalget ville være informasjonssterkt og ha et stort potensial til å belyse den aktuelle hensikten (23). Studien har mellom fire og sju kvinnelige respondenter i hver fokusgruppe, som er i tråd med anbefalinger (23, 24).

Homogenitet kan styrke gruppedynamikken ved at assosiasjonseffekter og tidligere felles erfaringer kan gjenkjennes. Det kan være en svakhet at ingen menn deltok. Det innsamlede datamaterialet hadde rikelig med sammenfallende funn, noe som kan tyde på metning.

Første- og tredjeforfatteren medvirket i alle simuleringene og fulgte studentene gjennom hele masterprogrammet. Førsteforfatteren holdt ressursforelesningen om ISBAR. Forfatternes forforståelse gir god forutsetning for å forstå hvordan ISBAR anvendes i en sykehuskontekst.

Studentene kan ha unngått å oppgi negative erfaringer og svart det de trodde intervjueren ønsket å høre siden intervjueren også var en av flere lærere på studiet. For å redusere denne risikoen var andreforfatteren til stede i alle fokusgruppeintervjuene. Intervjuerne veiledet ikke studentene i klinisk praksis, og vi informerte om forfatternes dobbeltrolle som både forskere og lærere før intervjuene.

Forforståelsen kan påvirke spørsmålsstillingen og analysen ved at momenter blir oversett eller undervurdert (24). Vi har forsøkt å klarlegge forforståelsen gjennom hele forskningsprosessen ved at tre av forfatterne har vært med i analyseprosessen. Andre kan likevel analysere og tolke funnene annerledes.

Konklusjon

Funnene i studien viste at studentene ble mer bevisste på sin egen kommunikasjonsstruktur når de brukte ISBAR i klinisk praksis. De opplevde dessuten større trygghet på egen kompetanse og kommunikasjon samt bedre evne til raskere å få oversikt over pasientsituasjoner. Disse momentene medførte økt pasientsikkerhet.

Det var imidlertid utfordrende for studentene å bruke ISBAR-strukturen siden den ikke var implementert på sykehuset. Funnene kan synliggjøre betydningen av systematisk opplæring og simulering med ISBAR-strukturen for å øke pasientsikkerheten, både i utdanningen av spesialsykepleiere og i spesialisthelsetjenesten.

Vi har ikke undersøkt langtidseffekter av å bruke ISBAR i opplæringen. Det er derfor viktig med en oppfølgingsstudie av studenter og annet helsepersonell som har hatt opplæring i ISBAR.

Referanser

1. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. (CNE SERIES). *Medsurg Nurs.* 2017;26(5):297.
2. Ballantrud R, Husebø SE. Strategier og verktøy for teamtrening. I: Aase K, red. *Pasientsikkerhet: teori og praksis.* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015. s. 248–62.

3. Saunes IS, Svendsby PO, Mølsted K, Thesen J. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf (nedlastet 13.12.2018).
4. St.Pierre M, Hofinger G, Simon R, Buerschaper C, SpringerLink. Crisis management in acute care settings: Human factors, team psychology, and patient safety in a high stakes environment. 2. utg. Berlin: Springer; 2011.
5. Helsedirektoratet. Årsrapport 2017: Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1446/Arssrapport2017_Meldeordningen.pdf (nedlastet 14.06.2018).
6. Husebø SE, Rystedt H. Simulering innen helsefag. I: Aase K, red. Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
7. Improvement I-IoH. SBAR technique for communication: a situational briefing model, 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx> (nedlastet 14.06.2018).
8. Sharp L. Effektiv kommunikation för säkrare vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
9. Buckley S, Ambrose L, Anderson E, Coleman JJ, Hensman M, Hirsch C, et al. Tools for structured team communication in pre-registration health professions education: a Best Evidence Medical Education (BEME) review: BEME Guide No. 41. Med Teach. 2016;38(10):966–80.

10. Saunes IS, Ringard Å. Hva gjøres for å bedre pasientsikkerheten? Satsinger i sju land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013. Rapport 17/2013. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_17_pasientsikkerhet_andre_land.pdf (nedlastet 14.12.2017).

11. Helsedirektoratet. Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (sykehus): Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram I trygge hender 24-7; 2017. IS-2583. Tilgjengelig fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/_attachment/4084?_download=false&_ts=159f9ca912b (nedlastet 14.12.2017).

12. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i barnesykepleie. Oslo: UFD; 2005. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/002/ddd/pdfv/269384-rammeplan_for_barnesykepleie_05.pdf (nedlastet 14.12.2017).

13. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Oslo: UFD; 2005. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf (nedlastet 14.12.2017).

14. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs, KG, Van Bogaert, P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. Resuscitation. 2013;84(9):1192-6.

15. Gausvik C, Lautar A, Miller L, Pallerla H, Schlaudecker J. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015;8:33-7.
16. Foronda C, Gattamorta K, Snowden K, Bauman EB. Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: a pilot study. *Nurse Educ Today*. 2014;34(6):e53-7.
17. Darcy Mahoney AE, Hancock LE, Iorianni-Cimbak A, Curley MA. Using high-fidelity simulation to bridge clinical and classroom learning in undergraduate pediatric nursing. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):648-54.
18. Shin H, Kim M. Evaluation of an integrated simulation courseware in a pediatric nursing practicum. *J Nurs Educ*. 2014;53(10):589-94.
19. Wang W, Liang Z, Blazeck A, Greene B. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Educ Today*. 2015;35(7):881-7.
20. Bowling AM. The effect of simulation on skill performance: a need for change in pediatric nursing education. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(3):439-46.
21. Hegland PA, Aarlie H, Strømme H, Jamtvedt G. Simulation-based training for nurses: systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2017;54:6-20.
22. Agency for Healthcare Research and Quality R, MD. AboutTeam STEPPS® 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/about-teamstepps/index.html> (nedlastet 30.10.2017).

23. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
24. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
25. QSR International. NVivo 11 pro for Windows. Tilgjengelig fra: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-product/nvivo11-for-windows/pro> (nedlastet 27.06.2017).
26. World Medical Association. Helsinkideklarasjonen. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (nedlastet 14.12.2018).
27. Kesten KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. J Nurs Educ. 2011;50(2):79–87.
28. Tan T-C, Zhou H, Kelly M. Nurse-physician communication – NDASH – An integrative review. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):3974–89.
29. Haerkens M, Jenkins D, van der Hoeven J. Crew resource management in the ICU: the need for culture change. Annals of Intensive Care. 2012;2(1):1–5.
30. Sandvik GK, Stokke K, Nortvedt MW. Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? Sykepleien Forskning. 2011;6(2):158–65. DOI: [10.4220/sykepleienf.2011.0098](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098)