

Kommunikasjon mellom leger og sykepleiere - en fare for pasientene?



Prosjektoppgave på profesjonsstudiet medisin, Universitetet i Oslo

Student: Ida Susanna Fattah
Veileder: Pål Gulbrandsen

Anerkjennelse

Hamar sykehus har tatt meg godt imot og hjulpet med gjennomføring av denne prosjektoppgaven og en lærerik praksis. Gjennom måten jeg har blitt møtt på av ledelse og ansatte har organisasjonen et ønske om å skape en lærende kultur som legger et godt grunnlag for kvalitetsforbedring.

Jeg ønsker å takke de ansatte ved det medisinske bibliotek på Rikshospitalet for uvurderlig hjelp, alltid med et smil om munnen, og deres tilsynelatende uendelige kunnskap om databaser og siteringsverktøy. Det er intet annet enn inspirerende.

Min søster, Sabina Fattah, har delt av sin kunnskap om kvalitativ analyse og forskerlivets mange spennende ekspertiseområder. Takk for at du har stilt opp når jeg trengte det mest.

Til slutt vil jeg takke min dyktige og tålmodige veileder, Pål Gulbrandsen, som har gitt gode råd om oppgaven og livet for øvrig. Jeg er glad for at jeg har fått muligheten til å samarbeide med deg.

Innhold

Abstract	4
Bakgrunn	5
Innledning	6
Materiale og metode.....	8
<i>Intervjuer</i>	8
<i>Kvalitativ analyse</i>	8
<i>Litteratursøk</i>	9
Resultater	10
<i>Hva er god kommunikasjon?</i>	10
<i>Kommunikasjonssvikt og pasientsikkerhet</i>	13
<i>Mangelfull opplæring</i>	15
Diskusjon.....	18
<i>Metodediskusjon</i>	18
<i>Resultatdiskusjon</i>	21
<i>Ulike oppfatninger</i>	23
<i>Profesjonsrollene og deres utfordringer</i>	24
<i>Konsekvenser av mangelfull opplæring</i>	27
Konklusjon	30
Litteraturliste	31

Abstract

ENGLISH TITLE: Communication between physicians and nurses – a threat to patients?

BACKGROUND: The microsystem level of health care is where health care providers and patients meet, and poor interprofessional communication at this level can be harmful to patients. The Emergency room at the hospital of Hamar was chosen as a microsystem to investigate how nurses and physicians would describe these challenges.

METHOD: Qualitative study with 14 semi-structured interviews, including 7 junior physicians and 7 nurses. Data were coded and analysed thematically with focus on interprofessional and intraprofessional communication as it was perceived by participants, regarding the effect on patient safety.

RESULTS: The data suggested that there was insufficient in-house training, especially among the junior doctors who did not work on a daily basis in the Emergency room, but on a shift basis. The nurses worked primarily in the Emergency department, and intraprofessional communication amongst nurses was described positively by themselves. This was in contrast to interprofessional communication which was mostly described as of variable quality. When speaking about communication, the participants tended to describe practical barriers and workload more than specific communication elements, or they attributed communication difficulties to personality rather than skills. Many participants had examples of how heavy workload could affect patients, where prolonged waiting was the most common statement. But also dangerous “mishaps” were described, putting patients’ lives at risk.

CONCLUSION: Findings in this qualitative inquiry supported descriptions in the literature. Nurses and junior doctors attribute communication difficulties that are potentially harmful to patients more to workload and personality factors rather than specific skills.

Bakgrunn

Helt siden min første pasientsikkerhetskonferanse med Legeforeningen i 2011 har jeg vært lidenskapelig opptatt av temaet. "Hva er egentlig *pasientsikkerhet*?" Å gi et kort svar på dette er vanskelig. Det er en skummel tanke at sikkerhetsnett i deler av helsevesenet tidvis ikke er bedre enn oppmerksomheten til legen som er på vakt (gjerne mange timer på overtid). Min overbevisning er at ytterst få i helsevesenet ønsker å skade pasienter, og at når det skjer er det grunnet systemsvikt. Behandling av pasienter i helsevesenet er ofte avhengig av tverrfaglig kompetanse der flere profesjoner bringer inn synspunkt fra ulike fagfelt og har ulik ståsted. Som en del av min interesse for pasientsikkerhet ble jeg nysgjerrig på å lære mer om kommunikasjon mellom profesjonene (8).

Det var ingen tvil om at jeg skulle skrive om pasientsikkerhet, men nøyaktig hva ble først avklart da jeg begynte i praksis ved Hamar sykehus. Her skulle jeg opprinnelig se på vaktskifterutinene til legene, men ble fort gjort oppmerksom på at det var utfordringer i forbindelse med kommunikasjon mellom leger og sykepleiere i akuttmottaket. Da jeg foreslo å skrive oppgave for å se nærmere på problemstillingen ble jeg møtt med entusiasme fra kollegaer og ledelsen.

Knappe ressurser og mangel på tid og opplæring blir gjerne trukket fram som forklaringer på hvorfor helse- og omsorgstjenesten ikke har fått på plass systemer for styring, kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig vet vi at mye handler om hvordan ressursene brukes og om kultur og tradisjoner. Kvalitetsarbeid handler om å skape en lærende organisasjonskultur (2).

Jeg håper denne oppgaven kan bistå i prioritering av ressursbruk og identifisering av forbedringsområder som gir størst mulig effekt på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Innledning

På Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo inngår prosjektoppgaven som en obligatorisk del av studiet.

Oppgaven tar utgangspunkt i akuttmottaket på Sykehuset Innlandet Hamar som klinisk mikrosystem (1) for å beskrive kommunikasjon mellom leger og sykepleiere.

Definisjon av klinisk mikrosystem:
En liten gruppe mennesker som jobber sammen på regelmessig basis for å gi behandling og omsorg til en bestemt gruppe pasienter (1).

Forståelse av et mikrosystem er helt nødvendig for å implementere kvalitetsforbedring ettersom tiltakene ofte innebærer en kulturendring (9). De kliniske mikrosystemene er essensielle byggesteiner i helsesystemet og stedet der pasienter og behandlere møtes. Kvaliteten og verdien av behandlingen i et stort helsesystem kan ikke være bedre enn tjenestene generert av de små systemene den består av (1, 2). Derfor kan kliniske mikrosystemer anses som selve hjørnesteinen av helsevesenet (9) der større deler av kvalitetsforbedringsinnsatsen bør finne sted (10).

Et system kan ofte assosieres med bildet av et velfungerende maskineri, mens i virkeligheten passer det vi vet om helsevesenet dårlig med en slik beskrivelse (11). Pasientsikkerhet er blitt definert som frihet for uheldig skade, som kan skyldes at planlagte handlinger ikke blir utført som tiltenkt eller at det brukes feil plan for å oppnå et mål (4). I 2013 oppstod det ved 8 % av alle somatiske pasientopphold en pasientskade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser (12). Til tross for dette viser erfaring at det er krevende å innføre endringer som gir varige forbedringer (12). Det kliniske mikrosystemet blir derfor et spesielt viktig fokusområde i pasientsikkerhetsinnsatsen ettersom et velfungerende mikrosystem kan stoppe, forhindre eller dempe feil fra å forårsake pasientskade (11). Fordi det er her pasient og behandler møtes, er det også på dette nivået at reelle endringer i pasientbehandlingen vanligvis kan, og må, gjøres (11).

«Mye er bra i norsk helsetjeneste. På mange områder viser internasjonale sammenligninger og nasjonale undersøkelser at vi oppnår gode resultater. Dette skyldes ikke minst dyktige og kompetente ansatte. Samtidig ser vi at det er utfordringer. Kvaliteten i helsetjenesten varierer for mye, og for mange blir skadet eller dør for tidlig som følge av svikt og uønskede hendelser. Selv der de medisinske utfallene kan være gode, vet vi at pasienter i møtet med helsetjenesten opplever mangler innen kommunikasjon, samordning og for lange ventetider.» (2)

Evnen til å yte trygg helsehjelp av god kvalitet er helt avhengig av tverrfaglig samarbeid (13, 14), der spesielt effektiv *kommunikasjon* mellom alle medlemmer av helseteamet fremheves som et viktig punkt (15). Effektiv teamarbeid har også en støttende rolle for å kunne gi *pasientsentrert* behandling (5). Mangelfullt samarbeid og kommunikasjon har direkte negative konsekvenser for pasientbehandling (16), der misnøye med jobben blant leger og sykepleiere som konsekvens av dette påvirker kvaliteten av behandlingen (17). Dårlig *kommunikasjon* blir igjen fremhevet som grunnleggende årsak til pasientskade.

Samarbeid mellom helseprofesjoner i behandlingssammenheng er nødvendig fordi ingen profesjon kan møte alle pasients behov alene (18), men dessverre er ikke optimalt samarbeid selvgenererende (6). Det er mange hinder som må overvinnes for effektiv kommunikasjon, kanskje spesielt på grunn av sykepleierrollens utvikling fra å være «observatør» for legen til autonom helsearbeider (9). Denne redefineringen ovenfor leger kan være grunnlag for konflikt i det daglige arbeidet (19), som i sin tur kan føre til at sykepleiere unngår kontakt med leger for og «ikke være til bry» (20).

Grunnlaget for å forstå hvilke barrierer tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon har, ligger i forståelsen av selve begrepet «samarbeid» (21), der leger og sykepleiere ikke nødvendigvis legger samme betydning i ordet (9). Viktigheten av å overkomme disse utfordringene blir imidlertid svært tydelig når forskning antyder at forbedringer i ytelse av helsetjenester sannsynligvis er sterkere koblet til bedre kommunikasjon, koordinering og inkluderende miljø enn på forbedrede kliniske ferdigheter (22).

Med utgangspunkt i et klinisk mikrosystem som jeg tilhørte under praksis på studiet, ville jeg undersøke gjennom kvalitative intervjuer hva som preget kommunikasjonen både internt blant leger og sykepleiere og mellom profesjonene. Denne oppgaven belyser hvordan kommunikasjonen oppleves på Hamar samtidig som jeg ønsket å avdekke forhold av betydning for pasientsikkerheten, og har til hensikt å drøfte noen av årsakssammenhengene til at det er slik.

Materiale og metode

Intervjuer

Jeg gjennomførte 14 semistrukturerte individuelle intervjuer med 7 leger og 7 sykepleiere. Deltakere ble plukket ut gjennom forespørsel mens de var på jobb i akuttmottaket over to tilfeldig utvalgte arbeidsdager. De som sa seg villige ble tildelt informasjonsskriv om prosjektets hensikt i forkant, og ble bedt om å samtykke til bruken av materialet på opptak (Se «Infoboks 1»). Sykepleierne var kun ansatt i tilknytning til akuttmottaket, mens legene jobbet turnus i akuttmottaket og hørte opprinnelig til medisinsk eller kirurgisk avdeling på sykehuset. For å få nok leger i utvalget oppsøkte jeg derfor også avdelingene.

Det var stor variasjon i arbeidserfaring mellom sykepleierne som ble intervjuet. Blant legene var det ingen overleger i utvalget ettersom de sjeldent jobbet i akuttmottaket. Dermed bestod utvalget av turnus- og assistentleger fra både medisinsk og kirurgisk avdeling.

Ettersom deltakere ble lovet anonymitet og utvalget er relativt stort med tanke på sykehusets størrelse kan jeg ikke oppgi fordelingen av deltakere basert på kjønn, arbeidserfaring eller stilling. De vil kun bli oppgitt som lege 1-7 (L1-L7) og sykepleier 1-7 (S1-S7). Sitater som avslører slik informasjon om deltakere har ikke blitt inkludert i oppgaven som sitater. Informasjon fra sitatene har blitt anonymisert hvis de har vært nødvendige for å illustrere et poeng.

Kvalitative intervjuer ble valgt som metode for å belyse deltakernes egne opplevelser av kommunikasjon i akuttmottaket. Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide (se «Infoboks 2»), som veileder for gjennomføring av intervjuet. Rækkefølgen på spørsmålene varierte hos noen deltakere grunnet naturlige overganger mellom temaer, og enkelte tilleggsspørsmål ble brukt som oppklaring.

Det ble brukt lydopptaker under intervjuene og intervjuene ble transkribert og anonymisert før analyse.

Kvalitativ analyse

Til å analysere de transkriberte intervjuene ble Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering brukt (23). Dette etter inspirasjon fra veileder som selv har brukt metoden

Infoboks 1: Informasjon om intervju – Prosjektoppgave medisinstudiet

Alle studenter på medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo må skrive en hovedoppgave som kalles «Prosjektoppgave». Til min oppgave ønsker jeg å skrive om kommunikasjon mellom leger og sykepleiere. Jeg gjennomfører intervju der du blir bedt om å fortelle om dine erfaringer.

Formålet med undersøkelsen er å beskrive inter- og intraprofesjonell kommunikasjon slik den oppleves av leger og sykepleiere med tilknytning til akuttmottaket ved Hamar sykehus. Det vil særlig legges vekt på å avdekke forhold ved kommunikasjonen som kan ha betydning for pasientsikkerheten.

Når opptaket settes på blir du bedt om å samtykke til at jeg kan lagre opptaket og bruke en transkripsjon av det du sier som grunnlag for oppgaven min. Du vil bli identifisert som «lege» eller «sykepleier» på akuttmottaket til Hamar sykehus. Lydfilene vil bli oppbevart på en kommunikasjons-lab, på datamaskin uten tilgang på internett. Dersom du ønsker det kan du motta beskjed om når lydfilen er slettet.

Jeg forbeholder meg retten til å bruke informasjonen jeg samler inn til senere oppgaver, eller til publisering av funnene. Du vil som sagt kun bli identifisert som «lege» eller «sykepleier».

Jeg takker hjertelig for at du ønsker å delta!

i sitt arbeid (24). I min oppgave har jeg valgt ut 3 temaer som var gjennomgående i intervjuene, i ulike nyanser og formuleringer: hva som kjennetegner god kommunikasjon, konsekvenser av kommunikasjonssvikt for pasientsikkerhet og mangelfull opplæring.

Alle temaene presenteres i resultatdelen av oppgaven. Svakheter ved metoden drøftes i diskusjonsdelen. Sitatene som er benyttet er redigert for skriftlig fremstilling.

Litteratursøk

Med et tema i grenseland mellom samfunnsvitenskap, psykologi og medisin ble de første forsøk på litteratursøk svært omfattende selv med systematisk bruk av passende søkebegreper.

Gjennomlesing av funn fra litteratursøket gjorde det enklere å utelukke artikler utover det aktuelle tema. Dette resulterte i utforming av "eksklusjonskriterier":

- artiklene var på andre språk enn engelsk eller skandinaviske språk (disse ble utelukket fra søkeresultatet i PubMed)
- artiklene omhandlet kommunikasjon i for spesifikke situasjoner (25)
- settingen for artiklene var fra omgivelser preget av annen sykehuskultur (26, 27)
- kommunikasjonen som ble omtalt var fokusert rundt andre enn leger og sykepleiere (28, 29)
- artiklene omhandlet i for stor del utredning av effekten til spesifikke verktøy for bedring av kommunikasjonen (30)
- artiklene var ikke tilgjengelige i fulltekst

I epidemiologi brukes ofte betegnelsen "indekspasient" for å markere hvor spredning av smitte kan ha oppstått. Jeg finner det passende i denne sammenheng å kalle de 3 artiklene jeg valgte å ta utgangspunkt i (9, 16, 18) som "indeksartikler". Jeg brukte referanselistene i disse artiklene for å høste frem flere relevante artikler, og supplerte med artikler fra mitt eget litteratursøk (7, 15, 31-34), og anbefalinger fra veileder og andre relevante personer min veileder satte meg i kontakt med.

Infoboks 2: Intervjuspørsmål

- Da du begynte å arbeide i akuttmottaket her, fikk du opplæring i hvordan dere bør kommunisere muntlig, skriftlig eller på annen måte?
- Hvor god synes du denne opplæringen var?
- Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere i akuttmottaket?
- Hvilke likheter og ulikheter har denne sammenliknet med kommunikasjonen internt mellom legene/sykepleierne (den gruppen vedkommende hører til)?
- Kan du beskrive hvordan du opplever at kommunikasjonen med legene/sykepleierne påvirker arbeidssituasjonen din?
- Kan du beskrive hvordan du opplever at kommunikasjonen med legene/sykepleierne påvirker behandlingen pasienten mottar?
- Kan du gi meg ett eksempel på at kommunikasjonen har hatt spesielt positiv effekt? (fortell)
- Kan du gi meg ett eksempel på at kommunikasjonen har hatt spesielt negativ effekt?

Dersom det ikke kommer frem i svarene:

- Hva slags kommunikasjonsbarrierer opplever du i akuttmottaket? (i videste forstand; også fysiske og kulturelle)
- Hvilke muligheter ser du for bedring av kommunikasjonen?
- Kan du beskrive opplæringen som gis i kommunikasjonsrutiner (i mottaket)?

Resultater

Hva er god kommunikasjon?

Det var flere eksempler på positive effekter av kommunikasjon, spesielt kommunikasjon som bedret arbeidsflyt ble beskrevet som positivt.

«Det er jo noen sykepleiere som man har jobbet mye med og kjenner godt. De er flinkere til å få ting til å flyte, og gjøre litt ekstra ting, selv om det strengt tatt kunne sagt at det var min arbeidsoppgave. Og da er det jo veldig ålreit å jobbe og morsommere å jobbe. Og så er det jo noen som er litt mer vrang og sier at «dette er en legejobb, det må du gjøre» og så glir det dårligere og ting tar lenger tid. Og så klager man igjen om at det tar lenger tid.»(L5)

«Det er noen sykepleiere som er veldig flinke til å liksom gjøre ting selv. De er kjempeflinke til å gjøre min jobb så jeg slipper å be om ting, og da - ja det letter arbeidet mitt veldig og jeg føler meg veldig trygg på å gi beskjeder og at det kommer gjennom. Mens andre ganger så blir det sånn at man går og maser «kan du ta blodprøver» og så blir det ikke gjort og så spør man igjen, og ja - det blir vanskelig kommunikasjon for da blir jeg den som maser, og det er ikke noe hyggelig.» (L3)

Det å avlaste hverandre ble også ansett som positivt hos en av sykepleierne:

«Det hender at jeg tar imot beskjeder og gjør forordninger på en annen pasient og viderebringer det til min kollega hvis jeg har 5 minutter ledig. Og sånn føler jeg det er den andre veien. Så vi hjelper hverandre så godt vi kan.» (S1)

Det å gå inn til pasienter sammen ble påpekt å være en effektivisering av arbeidsflyt, der man raskt fikk gitt behandling og oppklart ting (L1, L6 og S6).

«Det er noen ganger det bare tar utrolig kort tid å ta en innkomst, det er i de situasjonene der vi kan gå inn i rommet samtidig. Så har man lagt en plan på få minutter. Da er det veldig lett for turnuslegen å fullføre prosessen, så er det plutselig i boks.» (L1)

«At vi går inn til pasienten samtidig og tar imot informasjon, det er veldig positivt. Når vi spør om noe så tar legen tak i det og ordner opp i det. Alt som skjer raskt og effektivt er på en måte det beste for pasienten og dette her er jo et akuttmottak, de skal ikke ligge her i hundre år.» (S6)

«De som har vært her i sånn 20 år, og vet litt hva dette innebærer. De stiller flere spørsmål om hva de lurer på der og da, og man får kanskje avklart ting.» (L1)

«Det er sånn jo kjappere tilbakemelding jeg får jo fortere får jeg hengt opp væske, gitt medikamenter, og jo fortere får jeg kjørt pasienten på post og får de ut av mottak. Det er jo en win-win situasjon for både legen og avdelingen, og pasienten» (S1)

Samtidig kommenterte to av legene at for stort fokus på å få pasientene raskest mulig ut av mottak kunne være belastende:

«De sykepleierne har lett for å ville sende folk ut av akuttmottaket og få ting unna, uten at vi helt vet hva som er planen videre.» (L1)

«Jeg syns sykepleierne her er veldig flinke og veldig hyggelige, uten dem ville jeg ikke klart å gjøre den jobben jeg gjør, men det er litt slitsomt når man blir presset til å få unna pasienter før man er klar fordi det er mangel på rom.» (L2)

Det var et spesielt tett forhold mellom sykepleiere i mottaket, der det ble sagt at de «prater godt sammen», «hjelper hverandre» (S1) og «samarbeider godt» (S2). Det stod i kontrast til den variable kommunikasjonen ovenfor legene fordi «vi kjenner jo hverandre bra, og dere kommer for en kort periode, så klart det er forskjell der» (S5). Noen sykepleiere forklarer nærmere:

«Vi skjønner hverandre kanskje litt bedre, det er vi som ser og er hos pasientene, legene kommer innom, gjør sitt og så går de igjen. Da kan vi snakke sammen om det vi har opplevd og det vi ser. Det er ikke så lett med legene, de har ikke vært der og sett og opplevd det.» (S3)

«Vi som sykepleiere som jobber her har et mye tettere forhold, for vi er jo sammen med hverandre mye oftere. Er det dårlige pasienter går vi ofte to og to sammen. Og vi prater om ting på forhånd og planlegger litt også før pasienten kommer, f.eks. hvordan vi skal gjøre ting, så vi vet akkurat hva den andre skal gjøre. I og med at vi jobber mer sammen, så blir man jo mer kjent, og da går ofte kommunikasjonen bedre og lettere. Enkelte ganger trenger man ikke si noen ting for man vet hva den andre gjør.» (S7)

«Ja, jeg syns at sykepleierne diskuterer pasienter mye mer med hverandre, og det gjør vi ofte ikke med legene. Det er mye mer kommunikasjon mellom sykepleier, det syns jeg.» (S4)

Det var ulike forklaringer på hvorfor kommunikasjonen internt mellom sykepleiere sammenliknet med den ovenfor legene var så annerledes.

«Legene, altså de er mer på å finne ut av en plan, mens sykepleiere de gjør det de skal gjøre liksom. Altså, det blir bare annerledes fordi det er forskjellige arbeidsoppgaver. Det er kanskje litt lettere å kommunisere med leger, spesielt når jeg selv er lege.» (L7)

«Det er jo forskjellige ting man kommuniserer om. Med sykepleierne blir det mer fordeling av arbeidsoppgaver, mens med legene blir så er det jo mer at jeg får et råd og gjør det. Ja, kanskje lettere med legene.» (L3)

En annen lege forklarte med ulikt fokus, og at sykepleiere ønsket enklere beskjeder:

«Nei det er jo ofte litt forskjellig fokus når vi snakker om pasienter. Da blir det litt diskrepanser på hva man - i kunnskapsnivå. At sykepleiere fokuserer på sine ting og vil at ting skal gå fort og enkelt og pasienter skal - når vi snakker om akuttmottaket - komme seg ut av mottaket fort og bare det er en plan så er det greit. Så man må være litt sånn enkel og gi litt enklere beskjeder da. Hvis man kommuniserer med leger så kan man kanskje tenke litt mer høyt og man snakker kanskje mer samme språk og kan reflektere litt mer over ting. Det syns jeg er den store forskjellen. Sykepleiere må kanskje ha - man må være litt mer tydelig og gi litt enklere beskjeder. Og det forventer de og, de vil ikke ha masse utgreinger om hvorfor det kan være sånn eller sånn. Mer konkret.» (L5)

Dette med et «enklere språk» ble i tillegg påpekt av to sykepleiere:

«Altså mellom oss sykepleiere så går det kanskje en litt lettere tone, og vi snakker kanskje litt - misforstå meg rett - et litt annet språk enn hva man gjør med legene, kanskje litt enklere.» (S3)

«Noen [leger] er flinke til å prate med et litt enklere språk, holdt jeg på å si - noen kan bli litt for tekniske kan man si. Bare litt enklere så skjønner ofte pasienten det også. Vi skjønner en del vi, men blir det litt for spesifikke prosedyrer som man ikke har vært borti før så kan det bli litt vanskelig.» (S7)

Som sterk kontrast til dette fortalte en sykepleier at «en del sykepleiere er veldig irriterte på ting de må gjøre fordi de ikke skjønner hvorfor de må gjøre det, istedenfor å bare gjøre den oppgaven jeg ber dem om.» (L1)

Andre hadde eksempler der sykepleiere og leger jobbet sammen for å løse vanskelige situasjoner:

«Pasientene kan ofte være veldig utfordrende og kommunikasjonen kan låse seg. Der syns jeg at sykepleierne er veldig hjelpelige. Det var en vakt der en pasient låste seg helt for meg fordi han hadde måttet vente lenge på lege, og da kom sykepleier inn og løste det greit. Neste gang var det andre veien, der en pasient skjelte ut sykepleier og jeg kom inn og forklarte situasjonen.» (L4)

«Noe som jeg kanskje setter en del pris på er hvis man har vanskelige pasienter i akuttmottaket som kommer inn og det er litt uforklarlig hva som har skjedd, så er det noen sykepleiere som er veldig flinke til å ta initiativ selv og snakke med pårørende, grave litt, finne ut av hva som faktisk har skjedd, og hjelpe meg litt med den jobben. Det er jo veldig nyttig. Da kommer man liksom raskere til bunns i hva som har skjedd enn hvis det bare er legen som skal sitte og finne ut av det.» (L5)

Legene satte spesielt pris på sykepleiere som bidro med sin kunnskap og hjalp legene med å holde oversikt:

«Det er veldig positivt når man får hjelp av sykepleiere som har opplevd ting tusen ganger og vet veldig godt hva man burde rekvirere og ordne og får hjelp til det, fordi de foreslår det på eget initiativ.» (L2)

«Det er veldig mange av sykepleierne som er flinke på det å holde oss oppdatert og komme og gi beskjeder om at pasienten er dårlig, og det setter jeg kjempepris på. Det er mange flinke som holder oss oppdatert når vi har mange vi må fly mellom, de vet når de skal komme og si ifra.» (L3)

«At en sykepleier ser på blodprøver og gir deg svaret når de tenker at du ikke har fått det med deg fordi du har masse annet å gjøre. Det tenker jeg at åpenbart er noe som er bra, at man ikke har oversett en blodprøve eller noen andre undersøkelser som er gjort fordi man har hatt mye å gjøre (...) Noen kunnskapsrike sykepleiere kan jo også bidra diagnostisk med tanker om hva som er viktig og kanskje hjelpe deg på rett spor.» (L5)

Samtidig nevnte en sykepleier at hun følte nye turnusleger ikke turte å si ifra når de trengte hjelp, til tross for at flere av legene satte pris på det. «Det blir litt sånn ubehagelig [for legene]. Det er mange nye, mye utbytting her og folk vet ikke hva de skal gjøre, og ja, de tør ikke si «Jeg vet ikke». Det tror jeg er det største problemet vi har.» (S4)

En lege og en sykepleier kommenterte at med mye utskiftning blant legene måtte sykepleiere ofte gjenta seg (L2 og S3) og dette kunne potensielt også være en utfordring.

Internt mellom legene ble kommunikasjonen beskrevet med ord som «varierende» (L1), «personavhengig» (L5) og «avhengig av antall pasienter i mottaket» (L2). Det kunne se ut som en blåkopi av beskrivelsen av kommunikasjon mellom leger og sykepleiere. Her forteller noen av legene litt om kommunikasjonen:

«Det hadde sikkert vært en fordel om man følte det var litt lettere å ringe de mest erfarne og få de til å komme innom mottak.» (L1)

«Det er avhengig av om man i det hele tatt får tak i folk. I hovedsak er [kommunikasjonen] god, for det meste.» (L2)

«Jeg har ikke hatt noen problemer med det så langt. Det kan noen ganger være vanskelig å få tak i dem, men når man først får tak i dem er kommunikasjonen veldig god.» (L3)

«Internt mellom legene syns jeg kommunikasjonen er veldig god, alle er veldig villige til å lære fra seg og stille opp.» (L4)

«Litt mer toveis kommunikasjon mellom leger, men ellers gis stort sett den samme informasjonen [som til sykepleiere]» (L6)

Kommunikasjonssvikt og pasientsikkerhet

Da deltakere ble bedt om å beskrive kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere var det en sykepleier som mente at den i det store og hele var god (S5) og en lege som mente at den som regel var «ok» (L7). Den ble også beskrevet som «litt for dårlig ofte» (L1) og ikke den beste, med fokus på at det var et stort skille mellom leger og sykepleiere (S2). I alle de andre svarene ble kommunikasjonen beskrevet som «varierende», «personavhengig» og betinget av pågang i akuttmottaket.

Hvis det var mye å gjøre sa flere at «ting glipper» (S1, L4, L5, S3, S7), som innebar at informasjon ikke ble formidlet eller at prosedyrer ikke ble utført innen rimelig tid med ulike forklaringer på hvorfor. Hvis man ytterligere tok med de som beskrev forsinkelser i overføring av informasjon mellom leger og sykepleiere med andre formuleringer var det kun én (S5) av alle 14 deltakere som ikke nevnte noe om forsinkelser i kommunikasjon mellom leger og sykepleiere. Dette var helt uavhengig av hvordan de beskrev kommunikasjonen forøvrig.

Deltakere ble også spurt om hvordan de mente pasientbehandling kunne påvirkes av kommunikasjon i akuttmottaket, og her hadde alle deltakere unntatt én (S5) eksempler på negativ påvirkning. Mange av eksemplene var med utgangspunkt i travle tider der ting kunne «glippe», og historiene varierte mellom lange ventetider og potensielle alvorlige hendelser.

Her er en leges opplevelse av prosessene som fører til forsinkelser:

«Hvis vi har vært inne hos pasienten og ikke finner riktig sykepleier å gi beskjeder til, spesielt siden de ikke har calling eller telefon, så drøyer det litt. En stund senere kommer sykepleier og spør om pasienten kan gå hjem eller på post, og det kan de jo ikke fordi jeg ikke fikk gitt beskjed til sykepleier om ting som skulle gjøres. Vi turnusleger vet jo gjerne heller ikke hva som er planen videre, fordi vi ikke har fått konferert med våre bakvakter eller overleger og venter på beskjeder fra dem. Det blir ofte litt misnøye som går utover alle som jobber og pasienten. Pasientene blir jo veldig utålmodige og misfornøyde med at ting ikke skjer og skjønner ikke hvorfor de må vente 3 timer på små avgjørelser. (...) Det var en pasient som skulle ha en røntgen oversikt abdomen, og bakvakt hadde rekvirert dette. Pasienten ble liggende i flere timer før sykepleier til slutt spurte om pasienten var blitt kjørt opp, mens turnuslegen ikke visste om at det var blitt rekvirert i det hele tatt. Det viste seg at røntgenavdelingen hadde ventet på pasienten i mange timer på grunn av kommunikasjonssvikt. Det er ikke så alvorlig, men det gjentar seg helt unødvendig i forskjellige situasjoner fordi man ikke snakker sammen om hva som skal skje.» (L1)

Flere leger fortalte om at det ofte var fremkommeligheten av beskjeder til sykepleiere som avgjorde pasientens ventetid i akuttmottaket:

«Pasientbehandlingen kan fort påvirkes hvis beskjeder ikke kommer frem, f.eks. hvis jeg tenker at jeg er ferdig med en pasient og ikke får tak i sykepleier skriver jeg det kanskje bare opp på tavlen, «pasienten er klar». Da kan det hende beskjeden ikke kommer frem. Det kan også være omvendt der sykepleier ikke finner meg, så blir det mye unødvendig venting på pasienten fordi vi ikke får gitt beskjeder til hverandre.» (L3)

«Et typisk eksempel [på negative effekter av kommunikasjon på pasientbehandling] er at en beskjed ikke når frem om hva man faktisk vil. F.eks. hvis en sykepleier skal hjelpe deg med å ta en urinprøve, så glipper det da på et eller annet sted, og man venter på denne urinprøven og så går tiden.» (L5)

En sykepleier forklarte fra hennes ståsted:

«Hvis ikke [kommunikasjonen] er tydelig nok, f.eks. hva direkte vi skal gjøre, at pasienten er ferdig her nede eller om det er noe mer spesielt vi venter på så kan ventetiden i mottak bli lenger fordi legene føler de er ferdig med det, men ikke gitt beskjed til oss. Så ligger pasienten der og venter unødvendig. Eller det kan ta litt lenger tid før en behandling blir startet opp, f.eks. om de brått bestemmer seg for at de skal ha antibiotika og glemmer å si ifra til oss, og så vil de jo helst at vi skal gi medisiner før de reiser på post. Pasientene vil gjerne ha mat og drikke, og det har vi ikke her.» (S7)

Legene kunne ofte gi beskjeder til koordinator (S3) eller en sykepleier som ikke hadde ansvaret for pasienten (S1 og S6), hvilket under travle forhold kunne føre til at informasjonen ikke kom frem til riktig sykepleier og forsinket igangsettelse av behandling (S3). Hvis informasjon ble gitt gjennom flere ledd kunne det resultere i feilinformasjon, og at pasientene i verste fall kunne få feil medisiner (S6).

Flere sykepleiere fortalte også om utfordringene de møtte under travle forhold der pasientene ikke ble tilsett av lege:

«Hvis det er noen som er avklart og triagert, samtidig som det er mye å gjøre, så tar det lang tid før noen tilser pasienten. I mellomtiden kan triagen endre seg og det er ikke alltid vi har mulighet til å observere og ta nye målinger. Da er det vanskelig å fange opp de som fort blir dårlige. F.eks. en sepsispasient der det tar lang tid å komme i gang med behandlingen.» (S1)

«Jeg hadde en septisk og skikkelig dårlig pasient som var triagert orange, og det tok et par timer før legen kom. Når jeg fikk blodprøvesvaret så skjønnte jeg at noe måtte det skje. Jeg måtte bare dra legen inn og si at nå må du gjøre noe.» (S2).

Kommunikasjonssvikt kunne også være årsaken til at operasjoner ble forsinket:

«Det var en pasient som skulle ha et inngrep der det hadde vært litt frem og tilbake med spising - og så hadde pasienten spist noe som gjorde at han ikke fikk operasjon på flere dager på grunn av fridager. Det koster i alle fall penger og er kjedelig for pasienten.» (L7)

En lege påpekte at pasienter også rett og slett kunne bli glemt og dette forårsaket lang ventetid (L7). En sykepleier beskriver at å mase på legene bare forsinket prosessene og dermed også forverret pasientbehandlingen ytterligere fordi legene blir stresset av det (S4), og (L7) forteller at mas fra sykepleiere oppleves som negativt: «Du vet at jeg er opptatt, prøver så fort vi kan. Så det gjelder å finne en mellomting.». Dersom dette førte til at

arbeidsmiljøet blir opphetet, kunne det resultere i emosjonelle utblåsninger noe pasientene også registrerte:

«Det var en pasient som kommuniserte at en lege stod og bar seg i gangen - han høres så sur ut, sa han. Og det er på en måte ikke noe positivt at det blir pratet slik i gangene. [Sykepleierne] tar oss kanskje ikke noe nær av det, men når pasienten hører det - hvis den legen kommer inn til pasienten etterpå så vil han jo være litt skrekkslagen kanskje. Redd for å si ifra hvordan han har det hvis han ikke er helt fornøyd.» (S6)

Behovet for raske beskjeder kunne i sin ytterste konsekvens ende i uheldige hendelser:

«Hvis en tenker litt høyt og sier ting før jeg har tenkt ferdig, så blir gjerne behandlingen gitt. Etterpå kommer man på at man kanskje burde tenkt litt lengre hos noen. F.eks. har det blitt gitt blodfortynnende til pasienter som hadde marevanbruk når de kom inn med et hjerteinfarkt eller lungeemboli. Da var INR under terapeutisk område - så det var på sin plass for så vidt - men det visste vi ikke da.» (L6)

En lege trakk paralleller mellom mangelfull opplæring og kommunikasjonssvikten i mottaket: «Arbeidsflyten i akuttmottaket er avhengig av strukturert kommunikasjon, og i akuttmottaket uten opplæring og struktur så det blir det kaotisk med lang ventetid for pasientene (...) Det er veldig utfordrende når det er nye sykepleiere, for da skal man som urutinert og ny lege jobbe med nye sykepleiere i et akuttmottak og det blir uheldig. Da faller ofte ting bort, selv om man prøver å kommunisere.» (L4)

Mangelfull opplæring

Det var store forskjeller mellom lege- og sykepleiergruppen når det gjaldt opplæring i kommunikasjonsrutiner, og gruppene presenteres derfor separat med sykepleiergruppen først.

Sykepleiere beskrev forskjellige rutiner for opplæring der spesielt tidligere erfaring hadde stor innvirkning.

«Opplæringen går litt etter hvor erfaren man er og hvor godt man kjenner til dokumentasjonssystemet som brukes. Det er litt om hvordan vi skal forholde oss til turnusleger og poster når vi gir rapport. Så det er ikke veldig omfattende opplæring. (...) Altså, den er god nok (...)» (S1)

«Fordi jeg hadde erfaring tok de vel egentlig litt sånn for gitt at jeg var kjent med rutiner. Men jeg ba om å få litt opplæring. Skriftlig fikk vi med tanke på skjemaer vi bruker, muntlig ingenting. [Opplæringen] var midt på treet.» (S3)

«(...) Mye av det skriftlige visste jeg, men jeg måtte bli opplært av kollegaer på hvordan jeg helt spesifikt skulle skrive f.eks. notater.» (S7)

Når det gjaldt kommunikasjon var det én av syv som hadde fått innføring i det, men da ovenfor laboratoriet og sykepleiere på sengepostavdelingene, ikke legene (S4). Hun var også den eneste som direkte sa at opplæringen var god.

Flere av sykepleierne fortalte om følgesvakter som en del av opplæringen (S2, S5, S6 og S7), uten at det ble helt tydelig om dette var en del av den offisielle opplæringen. Sosialt nettverk hadde positiv innvirkning på hvor fornøyd de var med opplæringen (S2 og S5).

«Jeg fikk fadder, en sykepleier som jeg skulle følge og fikk egentlig ikke så mange vakter med henne, men det var veldig greit å henge seg på en kjent. (...) Jeg tror kanskje det er litt avhengig av hvem du går sammen med. Jeg var heldig og fikk god opplæring, men det er jo mye å sette seg inn i. Det er mye man ikke rekker, som f.eks. prosedyrer som man ikke gjør så ofte.» (S2)

«Jeg ble kastet inn da jeg begynte, men jeg kjente folk som jobber her så det var helt greit. Learning by doing.» (S5)

«Det er ikke noe offisiell opplæring, bare at du først går sammen med en sykepleier og ser litt hva de gjør. Etter det må du egentlig bare finne ut hva som er best for deg når det gjelder hva som er viktig å få med seg.» (S7)

En erfaren sykepleier fortalte at hun hadde utbytte av tidligere klinisk erfaring med tanke på hva hun skulle se etter og rapportere om: «For meg som har jobbet i helsevesenet en stund så kan det hende at ting var litt enklere enn for en nyutdannet som kommer hit. Men jeg syns ikke [opplæringen] var sånn kjempegod.» (S3)

I legegruppen var det en mer unison beskrivelse av opplæringen, der den ble beskrevet som mangelfull eller fraværende, både med tanke på kommunikasjonsrutiner og generell opplæring i mottaket.

«Det var vel egentlig bare «nå har du vaktuke» og så ble vi satt i arbeid uten å vite så veldig mer om hva det innebærer. Det var bare å møte opp og begynne å jobbe. Så, jeg tror ikke vi kan si at det har vært noe helst form for opplæring. Og ikke noe om hvordan kommunikasjonen skal foregå heller.» (L1)

«Nei, ingen spesifikk opplæring på [kommunikasjon i mottaket]. Tror det var sånn at man finner ut av det selv egentlig. [Opplæringen] var nesten fraværende.» (L6)

«Nei, jeg fikk ikke opplæring. Learning by doing. Man prøver seg litt fram, finner ut av ting - man har fått retningslinjer på noen klassiske ting. Ellers har det ikke vært sånn veldig organisert syns jeg.» (L7)

«[Opplæringsprosessen] er ikke-eksisterende. Det er rett og slett ikke noe opplæring, og på direkte spørsmål om hvorvidt det var opplæring så fikk jeg nei, og det måtte man bare forholde seg til.» (L2)

De resterende legene beskrev introduksjonsdager med gjennomgang av praktiske rutiner, men med lite fokus på arbeid i akuttmottaket, noe som ofte ble kalt «vakt».

«Vi hadde to introdager og i løpet av de to dagene så ble alt gjennomgått, det vil si alt av det praktiske med innlogging, pc-tilgang, tilgangskort og omvisning, samt alt faglig og praktisk. Da var vi nedom akuttmottaket, men fikk ingen spesifikk opplæring om hvordan man jobber i der, hvordan man fører inkomstjournaler, hvor utstyr er eller hvordan man generelt jobber i mottak. Så jeg hadde min første dag på jobb i akuttmottak uten opplæring.» (L4)

«Jeg hadde vel to dager på post, en dag med opplæring, eller, der jeg hadde en annen lege med meg. Tredje dagen hadde jeg vakt [i mottaket] alene, så jeg hadde egentlig ingen opplæring.(...) Jeg fikk tilbud om å gå ned på kveldstid kvelden før jeg skulle gå vakt og skrive overtid et par timer for å få opplæring. Jeg fikk egentlig ikke gjort det, var så vidt med to timer, men da har jo den som har vakt veldig mange arbeidsoppgaver og har ikke så mye tid til veiledning, det blir litt sånn at man bare observerer egentlig.» (L5)

«Det var en dag med omvisning, så var det å begynne rett på og så spørre underveis. Så [opplæringen] var ikke tilstede, det ble ingen opplæringsdager, ingen følgevakter, så jeg gikk rett på nattevakt. Da hadde jeg en veldig snill bakvakt.» (L3)

En sykepleier konstaterte at hun mente behandlingen som pasientene mottok ble påvirket av kommunikasjonen: «Det er ikke noe rart når du er turnuslege, helt ny, og ikke alltid vet hva som skal gjøres. Jeg føler noen ganger at ikke alle får samme opplæringen, at de vet ikke hva som er deres oppgaver og hva som er våres.» (S4)

Diskusjon

Metodediskusjon

Spørsmålene som ble stilt i intervjuene har naturligvis hatt innvirkning på innholdet i intervjuene, og dermed preget hvilke temaer jeg har kunnet trekke ut fra deltakernes svar. Spørsmålene var ment å være åpne, men informasjonsskrivet som ble delt ut i forkant kan ha påvirket deltakernes innstilling til intervjuet alt ettersom hva de selv tillegger ordet «pasientsikkerhet».

Det ble avsatt et eget rom for gjennomføring av intervjuet, men det forekom forstyrrelser under intervjuene som kan ha innvirket på deltakernes opplevelse av anonymitet. Disse avbrytelsene kan ha ført til brudd i assosiasjonsrekkene til deltakere og ført til oppstykkede svar. Lydopptakeren ble plassert synlig på et bord og kan ha fungert avskrekkende for noen. Grunnet gjennomføring av intervjuene i arbeidstiden følte kanskje deltagerne press på å komme seg tilbake til arbeid, spesielt ved avbrytelser, til tross for at jeg hadde fått godkjennelse fra ledelsen og tydelig formidlet dette.

Ettersom jeg selv har hatt tilknytning til sykehuset gjennom praksis kan det i noen tilfeller diskuteres hvor tilfeldig utvalget i realiteten ble med tanke på at de som takket ja muligens ville bistå meg i min oppgaveskriving som kollegaer. Bekjentskap kan også ha preget svarene til deltakere. De som takket nei til å delta oppga ingen grunn til at de ikke ønsket å delta.

I intervjuer kan deltakere vegre seg for å snakke om vanskelige forhold (24). Til tross for dette hadde alle deltakere eksempler på hvordan kommunikasjon kunne gå utover pasientbehandling. Jeg valgte å ta utgangspunkt i konkrete eksempler, og kan derfor ha lagt større vekt på gode eksempler på negative effekter fremfor generelle utsagn om god kommunikasjon og positive effekter i mottaket.

Svakheter ved den kvalitative analysen er først og fremst at jeg utførte arbeidet alene og uten tidligere erfaring. Som Malterud (23) påpeker kan det være en styrke at analysene gjøres parallelt av ulike personer. Informasjon og bistand fra veileder var essensielt i denne delen.

Valg av tema var et vanskelig arbeid uten tidligere erfaring fra kvalitativ analyse, og måtte utføres flere ganger med samtlige utbyttinger. Navngivning av tema måtte være dekkende for innholdet og tilhørende sitater. Etter samtale med veileder ble jeg klar over at jeg muligens opplevde denne kategoriseringen som vanskelig fordi jeg satt igjen med noe intetsigende resultater på enkelte områder. Mitt forsøk på å forstå og definere hva god kommunikasjon var ble utfordrende fordi spørsmålet egentlig ikke ble besvart av deltakere.

Det ble raskt et dilemma mellom å belyse mulige årsaker til hvorfor kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere på Hamar sykehus er som den er, og det å foreslå forbedringer fra litteraturen. Jeg valgte å fokusere hovedsakelig på det førstnevnte ettersom det var hovedtema for oppgaven, selv om flere artikler diskuterer begge deler.

Valg av artikler kan ha vært preget av personlige preferanser av forfatteres språkbruk (forståelighet og humor), gjenkjennelse av beskrevne situasjoner, og artikler som fremhevet budskap jeg selv ønsket å formidle. Kulturforskjeller forskjeller mellom land har redusert overføringsverdien av enkelte artikler, men fungerer for å belyse ulike problemstillinger. Et skjevt maktforhold mellom leger og sykepleiere har blitt illustrert i flere artikler, uten at dette i

stor grad samsvarer med funnene fra Hamar sykehus. Sitatene som er blitt brukt har gjennomgått oversettelse og språket kan derfor avvike noe fra originalteksters formulering.

Ettersom artiklene skulle fungere som støttelitteratur ble det ikke gjennomført strukturert litteratursøk. I tillegg ble ikke eksklusjonskriterier benyttet fra starten, og det ble ikke laget noen «ekte inklusjonskriterier». I starten var målet å «sondere terrenget» og først etter å ha lest noen titalls artikler innså jeg at tolkning av ordenes betydning kunne variere mellom artikler. Jeg valgte, som presentert i innledningen, å ta utgangspunkt i noen hovedartikler. I PubMed finnes det funksjon som finner frem relaterte artikler. Denne funksjonen ble brukt med utgangspunkt i flere av artiklene.

En manglende overlapp mellom søkeresultatet i litteratursøk og referanselistene i «indeksartiklene» kan ha sammenheng med tidsbegrensningen i søket. For å oppnå et overkommelig antall relevante artikler ble søket begrenset til litteratur fra de siste 5 årene. Kommunikasjon er ikke et tema som utdateres med samme hastighet som basalmedisinske fag, så tidsbegrensningen kunne vært økt eller fjernet. Flere relevante norske artiklene ble tildelt av veileder fordi de ble publisert mer enn 5 år tilbake i tid.

Retningslinjer for å styrke evidensnivået i kvalitativ forskning har blitt fulgt (35), se «Infoboks 3». Jeg har også brukt «sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning» fra kunnskapsbasertpraksis.no for å vurdere arbeidet (36).

Kvalitativ analyse tillater et fenomen å bli utforsket fra ulike perspektiver. Studiene kan utføres i normalomgivelsene der fenomener finner sted og har innvirkning på ekte omgivelser, noe som øker validiteten av studien for individer som har blitt beskrevet (37). Resultatene fra denne oppgaven kan bistå Hamar sykehus i identifisering av hvilke utfordringer de står ovenfor når det gjelder implementering av nye kvalitetstiltak. Den kan bekrefte temaer de allerede kjenner til, men den kan forhåpentligvis også bidra med å samle flere perspektiver.

En påstått begrensning av kvalitativ forskning er at den alene mangler evnen til å formidle forståelse om helsearbeidere og pasienters behov; spørsmål som grundig gjennomført kvalitativ forskning kan besvare. Kvalitativ metodologi kan også gi innsikt i vanskelige tema om pasientsikkerhet i medisinen. For å forstå hvorfor ting går galt i helsetjenesten må man forstå konteksten, atferden og prestasjonene til individene i systemet (helsearbeidere og pasienter) og deres overbevisninger, holdninger og kultur. Forsøk på å kvantifisere uheldige hendelser i forbindelse med helsehjelp har tidligere vist seg å være vanskelig, kvalitativ forskning er derfor en styrke og nødvendighet i denne typen forskning (38). Til tross for oppgavens begrensning i størrelse, håper jeg den kan bidra til å gi økt innsikt i hvorfor «ting glipper».

Infoboks 3:

- **Refleksivitet (at forskeren presenterer sitt eget ståsted på temaet som utforskes)**

Mitt standpunkt og min bakgrunn presenteres delvis under «Bakgrunn» for oppgavevalg, der det bør foreligge lite tvil om at jeg selv ser en sammenheng mellom pasientsikkerhet og samarbeid i helsetjenestene. Jeg er i tillegg overbevist om at kvalitetsforbedring, effektivisering og trivsel (for helsepersonell og pasienter) vil påvirkes positivt av økt tverrfaglig samarbeid. Etter mange års engasjement bærer min retorikk og overbevisning preg av en serie åpenbaringer som har funnet sted i rollen som fagpolitisk studentrepresentant, medisinstudent i alle ansiennitetssjikt og som nylisensiert lege.

- **Valg av passende metode for utforskning av problemstillingen**

Metoden ble valg i samråd med veileder, der kvantifisering i form av spørreundersøkelser også ble luftet. Prosessen med å skape gode nok spørsmål ble for omfattende og ideen ble tidlig forkastet. Målet var dessuten å utforske kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere fremfor å bekrefte eller avkrefte forhåndsbestemte antagelser. Derfor var en kvalitativ fremgangsmåte det mest passende.

- **Systematisk og tydelig presentasjon av fremgangsmåte for datainnsamling**

Data ble innhentet på en «5 på gaten»-måte, der informasjonsskriv ble delt ut i forkant av intervjuet, se «Materiale og metode: intervju». Begrensningen av antall deltakere ble gjort i forkant i samråd med veileder, slik at belastningen med transkribering ikke skulle bli for stor.

- **Presentasjon av ideer og perspektiver for datatolkning**

Jeg lette aktivt etter en sammenheng mellom kommunikasjon og pasientsikkerhet, slik formålet var med oppgaven, men jeg kan ha lagt mye fokus på kommunikasjonssvikt som utgangspunkt. Dette har i så tilfelle preget hvilke eksempler som trekkes frem. Temavalg var en vanskelig prosess ettersom de skulle være gjennomgående i flere av intervjuene. De mest gjennomgående temaene var de jeg selv hadde stilt spørsmål om.

- **Beskrivelse av prinsipper og prosedyre for dataorganisering og analyse**

Dette beskrives nærmere i «Materiale og metode».

- **Vurdering om funnene er relevante for oppgavens studiets formål**

Dette diskuteres under «Diskusjon: resultatdiskusjon».

Resultatdiskusjon

De fleste deltakere henviste til praktiske utfordringer om tilgjengelighet, fremfor å beskrive hvorfor de mente kommunikasjonen var god eller dårlig. De beskrev samarbeid og utfordringer med denne, ikke *kommunikasjonens* rolle i samarbeidet. Deltakere fortalte om hvilke muligheter de hadde for å kommunisere og med hvilken frekvens kommunikasjonen kunne oppstå. Dette kunne ha sammenheng med manglende innsikt i hva som kreves for å ha en tydelig kommunikasjon med kollegaer (39), og dermed også mangel på ordforråd til å beskrive det. Det ble vanskelig å definere *kvaliteten* av kommunikasjonen basert på svar som «den er god». Dette er et funn i seg selv som bør følges opp av videre med mer dyptgående kvalitativ forskning.

Det kan også henge sammen med at det mangler en felles forståelse av hva kommunikasjon og samarbeid innebærer. Implementeringen av kvalitetsforbedringsstrategier på ethvert nivå i sykehus vil være avhengig av at kjerneprofesjonene innen medisin og sykepleie samarbeider (9). Asymmetrien rundt forståelsen av begrepet *samarbeid* må vektlegges om samarbeid skal bety mer enn bare ord (9, 21). Forskning på holdninger til teamarbeid indikerer at helsepersonell ikke forstår hvilken påvirkning psykososiale forhold har på klinisk ytelse og at forbedret teamarbeid kan bidra til økt tilfredshet blant ansatte og bedrede pasientutfall (22).

Utydelig kommunikasjon mellom profesjonene kan resultere i forsinket pasientbehandling og hyppigere medisinske feil som kan sette pasientenes sikkerhet i fare (17). Dette presenteres også i denne oppgaven, der venting og forsinkelser var vanlig og glipp av mer alvorlig karakter lett kunne oppstå under pressede forhold. En formulering som er brukt om norsk helsetjeneste, er at den er god på overlevelse, men dårligere på opplevelse. Med det siktes det til at selv om utfallene av en behandling kan være gode, erfarer mange pasienter at kommunikasjonen og organiseringen ikke er god nok. Møtet med helsetjenesten kan da bli en tilleggsbelastning for pasienten, som allerede er i en utsatt situasjon. Det er for mye uklar informasjon og venting, og mange opplever å måtte forholde seg til et stort antall helsepersonell og avdelinger, og mange ulike deler og nivåer av helsetjenesten (2).

Noe som ikke ble tatt med i resultatet var at enkelte deltakere mente årsaken til at ting glapp var mangel på ansatte, de fleste pekte på manglende tilgjengelighet. Å sikre pasientsikkerhet og et bærekraftig helsebudsjett betinger at helseprofesjonene, spesielt sykepleie og medisin, er i stand til å nå nye høyder når det gjelder gjensidig respekt og en mer fleksibel form for samarbeid (40). Det kan ikke utelukkes at budsjettkutt er en bidragsfaktor (41), men det kan også foreligge flere forklaringer som deltakere ikke har belyst i sine svar.

Tall fra en amerikansk rapport for perioden 2004-2014 viste at tilfeller der forsinket behandling førte til død eller varig tap av funksjon var kommunikasjon hovedårsaken til dette i flesteparten av tilfellene. Samme rapport viser til at kommunikasjon var en viktig årsak til feilmedisinering med dødelige eller alvorlige utfall som følge (42). Se tabellene nedenfor.

Root Cause Information for Delay in Treatment Events Reviewed by The Joint Commission (Resulting in death or permanent loss of function) 2004 through 2012 (N=790) <i>The majority of events have multiple root causes</i>		Root Cause Information for Medication Error Events Reviewed by The Joint Commission (Resulting in death or permanent loss of function) 2004 through 2012 (N=378) <i>The majority of events have multiple root causes</i>	
Communication	634	Medication Use	334
Assessment	619	Leadership	284
Human Factors	545	Human Factors	271
Leadership	535	Communication	270
Information Management	247	Assessment	160
Continuum of Care	212	Information Management	144
Care Planning	141	Physical Environment	67
Physical Environment	134	Care Planning	40
Medication Use	61	Continuum of Care	37
Patient Rights	20	Patient Education	10

I resultatet antyder legene manglende opplæring i mottaksarbeid. I samtale med ledelsen i etterkant av intervjuene har opplæringen av sykepleiere blitt innstrammet. Kombinert med stor utskiftning av personale forklarer dette hvorfor tverrfaglig samarbeid kan ha vært utfordrende (40). Flere årsakssammenhenger diskuteres i de neste avsnittene.

**Status quo er ikke akseptabel
 og kan ikke lenger tolereres. På tross av (...)
 tilsynelatende uoverkommelige barrierer er det rett
 og slett ikke akseptabelt at pasienter skades i samme
 helsesystem som skal tilby heling og omsorg. (4)**

Ulike oppfatninger

Effektiv kommunikasjon krever mer enn bare en utveksling av informasjon. Rammene for kommunikasjon settes av ulike oppfatninger mellom sykepleiere og leger og helsemiljøer med fokus på tradisjonelle roller (32). Konflikter kan oppstå mellom leger og sykepleiere delvis på grunn av ulikt fokus (6). Sykepleiere fokuserer på pasienter og teamarbeid, mens legene ser på hele pasientbehandling som en individuell oppgave (6), der «navnløse sykepleiere» blir et middel for å fullføre arbeidsoppgaver (32). Denne upersonlige fremstillingen passer dårlig med funn fra akuttmottaket på Hamar.

En studie utført på et akuttmottak i Sverige undersøkte de tidlige fasene i innføring av tiltak for å øke teamarbeid. Under sine observasjoner så de at diskusjon og avgjørelser om utskrivingsplaner sjeldent var initiert av legen. Det var først og fremst sykepleiere som ba om planen og dets status (34). Dette kommer frem i denne oppgaven der sykepleiere ble oppfattet som mer fokusert på å få pasientene på post eller ut av akuttmottaket. Dette kunne være stressende for legene som gjerne ville fullføre de nødvendige undersøkelsene og ventet på tilbakemeldinger fra sine bakvakter.

Godt samarbeid betyr for legene å ha deres terapeutiske avgjørelser effektivt gjennomført og å bli holdt informert om deres effekt (9). Dette kommer til uttrykk i oppgaven der legene definerte positive effekter av kommunikasjon at de ble holdt oppdatert på prøveresultater og at sykepleiere bisto med «legeoppgaver». Da legene definerte ulikhetene i kommunikasjon beskrev de det som «oppgavefordeling». I tre kvalitative studier vurderte legene kvaliteten på samarbeid, effektivitet og tilfredshet høyere enn sykepleiere (17). Resultatet kunne bære preg av skillet mellom hvordan to profesjoner definerte lege-sykepleiersamarbeid (17).

Yngre leger rapporterte om sykepleiere som ikke alltid forstod rasjonale bak visse typer behandling. Etersom sykepleiere hadde begrenset med tid, valgte de heller å utføre oppgaver som de selv anså som viktigere. Ulikheten i prioritering av oppgaver førte til utvikling av frustrasjon mellom leger og sykepleiere og forsinket behandling i noen tilfeller (17). Dette kommer også frem i resultatene, der sykepleiere fortalte at de ikke forsto hva legene ba om, og ønsket klare budskap, noe legenes innspill støttet opp under. Samtidig oppstod det frustrasjonen når en av legenes beslutninger ikke ble gjort uten motstand.

Noen studier viser at leger har en tendens til å vurdere pasienttilstander basert på objektive verdier som vitaltegn og laboratorieprøver, mens sykepleiere bruker mer intuisjon, observasjon og forståelse av sykdomsopplevelse. Leger hadde dermed en tendens til å prioritere tilsyn av pasienten hvis sykepleiere ga faktabaserte informasjon om forverring av vitalparametere fremfor generelle observasjoner av pasienten (17). Under avsnittet om pasientsikkerhet kom dette frem som et eksempel, der sykepleiere måtte oppsøke legene for å få pasienttilsyn. En mulig forklaring er at lege og sykepleier i disse situasjonene snakket «ulike språk».

**God, profesjonell kommunikasjon
og gjensidig respekt er nøklene til
suksess innen samarbeid. (6)**

Profesjonsrollene og deres utfordringer

En forskjell mellom leger og sykepleiere er også det juridiske ansvaret ovenfor pasienten (3). Distansering av sykepleiere kan dermed forklares med at legene som juridisk ansvarlige er redde for å overse kliniske funn ved å legge for mye vekt på forslag fra sin nærmeste partner, sykepleieren (33). Dette påpekes ikke direkte i oppgaven, men en lege forteller at han «tenkte høyt» ovenfor en sykepleier, slik han sannsynligvis ville gjort med en legekollega, noe som førte til at blodfortynnende ble gitt til en pasient på Marevan uten at INR ble målt. Slike episoder kan føre til at leger ikke «sier ifra» og heller blir sittende og vente på bakvakt uten å diskutere med sykepleiere. Samtidig kan sykepleiere oppfatte dette som underlig siden de ofte diskuterer pasientene internt om de trenger hjelp. Det presenteres som et blandingsbilde når noen leger setter pris på avlastning, mens andre ikke «tør å si ifra». Dette kan skyldes normal variasjon av personlige preferanser. Det kan også hende at legene ikke kommuniserer godt nok hva de setter pris på av bidra fra erfarne sykepleiere i ulike situasjoner. Dersom en lege trenger diagnostisk hjelp i en komplisert sak vil de trolig heller avvente svar fra en mer erfaren lege enn en sykepleier på grunn av den juridiske hierarkien. Konsekvensene av feil i diagnostisering og behandling er betydelig grovere enn om det bestilles feil blodprøver. I begge situasjoner står legen igjen med ansvaret. Dette gjør legen til den juridisk ansvarlige i et samarbeid med andre profesjoner, et ansvar som kan være tungt å bære for unge leger (43).

Lov om helsepersonell
Kapittel 2: Krav til helsepersonells yrkesutøvelse,
§ 4. Forsvarlighet.

(...) Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den

En studie fra Nord-Italia så på den «kognitive arbeidsfordelingen» mellom leger og sykepleiere. De observerte at i noen lege-sykepleierpar krysset arbeidsfordelingen de tradisjonelle profesjongrensene. Sykepleierne fikk en viktig rolle i å fremheve viktig informasjon, hun ble legens «memory keeper» og bearbeidet arbeidsflyt for legen. Denne omfordelingen av oppgaver bidro til bedret informasjonsflyt, og sykepleierne selv anså dette som en forlengelse av oppgaven i å bistå legen. Målet var å hjelpe legen så vedkommende kunne holde fokus på hver enkelt pasient (33).

Ved stor pasientpågangen kunne legen glemme pasienter. En lege bestilte samme undersøkelse to ganger, og en annen innså ikke at laboratorieresultatene var kommet inn på en pasient med kraftig forverring siden første vurdering og trengte umiddelbar sykehusinnleggelse (33). Også legene på Hamar innrømmet at pasienter og prøveresultater kunne glemmes. I rollen som «memory keeper» husket sykepleieren hvilke laboratorieresultater som var kommet og hvilke de fortsatt ventet på, de hadde også en viktig funksjon i å bistå legen med avgjørelsen om pasienter skulle legges inn eller skrives ut. I denne settingen stod gjerne sykepleier på slutten av vekten og observerte det legen skrev inn i journalen, for å hindre skrivefeil på grunn av trøtthet (33).

Sykepleierrollen som beskrevet over var relatert til hvor godt forholdet var mellom lege og sykepleier (33). På Hamar ble en slags kompetansevurderingen nevnt da legene beskrev taknemligheten ovenfor slik «memory keeping». Uten at legene direkte sa at de ikke satte pris på råd fra mindre erfarne sykepleiere, brukte de beskrivelser som «sykepleiere som har opplevd ting tusen ganger» og «kunnskapsrike sykepleiere».

Det er tidligere blitt diskutert at leger og sykepleiere kanskje tillegger samarbeid ulike betydninger, noe som kan ha konsekvenser for hvordan profesjonene oppfatter hverandre. I en norsk studie ble legenes kompetansenivå skåret høyt av både legene selv og sykepleiere. Tallene fra studien viste at legene var usikre på sykepleierne kompetanse. Dette kunne

henge sammen med at de følte de mottok mindre informasjon fra sykepleiere, noe de var avhengig av for å gjøre jobben deres. Sykepleiere anså seg selv som mer selvstendige og ikke lenger legenes «førstelinje-observatører». Usikkerheten rundt kompetanse kunne være et uttrykk for misnøye med mengden og kvaliteten av klinisk informasjon de fikk fra sykepleiere (9). Derfor kan også utsagnet fra en lege om påminnelser fra «sykepleiere som er flinke til å holde oss oppdatert» tolkes som en kompetansevurdering.

Leger kan oppfatte utradisjonelle oppgavefordelinger som en «invasjon av deres ansvarsområder». I studien fra Nord-Italia uttrykte leger at de ikke likte å bli kommandert da sykepleier ga anbefalinger eller påminnelser (33). I andre studier kunne legene overse andre helseprofesjoners forslag fullstendig (15). Påminnelser ble i noen tilfeller betegnet som «masing» av legene på Hamar sykehus. En teori er at dette var et uttrykk for misnøye fra legene fordi de føler seg stresset og «kommandert». Det kan også trekkes slutninger om at legene ikke så betydningen av det sykepleier «maste om» på grunn av «språkbarrierer», som tidligere diskutert.

Utvidelse av sykepleierroller fant sted hvis legene oppfattet det som en forbedring av arbeidet i akuttmottaket, men ble hindret av blant annet «profesjonsbeskyttende» kultur. I studien fra Nord-Italia viste de at dersom legene avsto fra å bistå sykepleiere fordi det var «sykepleieroppgaver», førte dette til stopp i arbeidsflyten. I akuttmottak der hastighet og fleksibilitet er nødvendig vil rigide, tradisjonsforankrede profesjonsbarrierer føre til gnisninger og merarbeid for begge parter (33). Til tross for mye likheter har profesjonene ulike oppgaver å gjennomføre relatert til pasienten (9), og de er avhengige av hverandre for å få tilfredsstillt pasientens behov (18). Profesjonskultur og stolthet kan ofte være forankret i «kompetansemopol» (9), eller som en lege beskriver at hans arbeidsoppgaver er en «legejobb» er derfor ønsket ikke sykepleier å avlaste ham med det.

Forskjellene i status og autonomi knyttet til stereotypiske idealer om at sykepleiere er «tjenestepiker» for legene, mens legene anser seg selv som ledere av behandlingsteamet risikerer å gjøre samarbeid til en veldig undertrykkende opplevelse for sykepleiere (17). For sykepleiere betyr ikke samarbeid nødvendigvis kun å kommunisere medisinske observasjoner eller administrere medikamenter, men også å bli verdsatt for deres selvstendige bidrag til helingsprosessen (9). En mangelfull forståelse for sykepleiers rolle kan føre til ineffektivitet i samarbeidet mellom leger og sykepleiere, og det risikeres at sykepleiers perspektiv overses; de har hyppigere kontakt med pasienter og pårørende og kan ha informasjon som er relevant for behandlingsavgjørelser (17).

En norsk studie beskrev at i motsetning til sykepleiernes humanistiske utdanningsbakgrunn, der følelser er en viktig del av behandlingen, virket legene mer opptatt av de ikke-følelsesmessige aspektene ved jobbsituasjonen. Dersom kommunikasjonen førte til konflikt, ville legene i mindre grad tenke at sinne kunne ha negative effekter på arbeidsplassen på grunn av overbevisning om at orden og effektivitet i organisasjonen var et rasjonelt anliggende (44). Dette kommer ikke frem av resultatene i denne oppgaven, og virker til å være noe generaliserende.

I tilfeller der samarbeid førte til uenighet valgte sykepleiere og leger mellom å ignorere konflikten eller å engasjere seg i den, men de foretrakk å overse den (44). I en annen studie indikerte deltakere generelt å være fornøyd med nivået av samarbeid, og opplevde noen ganger situasjoner der samarbeidet var mindre optimalt (6). Dette likner noe på beskrivelsen fra Hamar sykehus der kommunikasjonen var «varierende» og «personavhengig». I studien, som er nevnt over, ble ikke uenigheter omtalt som «konflikter», men heller som «friksjon» (6).

Det var tydelig i den norske studien at leger oftere var involvert i atferd preget av sinne enn de andre profesjonsgruppene. De ble sinte på hverandre, men hyppigst var sinnet rettet mot sykepleiere. Dette skyldtes at de var avhengige av samarbeid med sykepleiere for å

gjennomføre pasientbehandling. Sykepleierne på den andre siden rapporterte at sinneatferd, spesielt fra legene, var den følelsen som ble vanskeligst å forholde seg til (44).

Sinneatferd har direkte implikasjoner for behandlingskvaliteten og hvordan mennesker jobber sammen, og kan være farlig for pasientbehandling (44). I en artikkel om «disruptive behavior», eller aggressiv atferd, beskrives de alvorlige konsekvensene av sinte leger. Sykepleiere eller farmasøyter fikk mye høyere terskel for å kontakte lege fordi de begynte å tvile på sine kliniske beslutningsevner. De unngikk dermed f.eks. å «dobbeltsjekke» medisiner (20). Den norske studien viste at sinneatferd reduserte kommunikasjonsflyt, teamfunksjon og produktivitet og dermed kvaliteten av pasientbehandlingen. På det personlige plan reduserte det sykepleieres motivasjon til å jobbe, økte ønske om å slutte i jobben og sykefraværet, og reduserte sosial atferd, tillit og forpliktelse (44). Konsekvensene av sinneatferd understreker viktigheten av å ha gode rutiner for å ta tak i konflikter eller «friksjon». Samtidig er årsakene til sinneatferd blant leger ikke belyst i den utvalgte litteraturen.

I en studie fra Canada observerte forskere at utenfor avtalte aktiviteter hørte tverrfaglige interaksjoner til sjeldenhetene. Interaksjoner mellom sykepleiere var mer innholdsrike og karakterisert av toveisdiskusjon. Legenes interaksjoner med andre helseprofesjoner var vanligvis korte og enveisrettede, mens deres interaksjoner med hverandre, til tross for å være sjeldne, var mer preget av dialog. Dermed var uformelle sosiale interaksjoner primært på et intraprofesjonelt plan (7). Mangelen på uformelle møter mellom leger og annen helsepersonell kan påvirke de profesjonelle relasjonene på avdelinger. Dette skyldes at sosial interaksjon er grunnlaget for utvikling av tillit, en følelse av formål og tilfredshet på arbeidsplassen (7), og sannsynligvis viktig for å unngå konflikter.

Kvinnenes inntog inn i legeyrket kan ha bidratt til å endre maktbalansen mellom sykepleiere og leger, der kjønn som fellestrekk har vært en måte å redusere kvinnelige legers status for å øke sykepleiernes (45). Det kan håpes at mye har skjedd siden studien ble publisert for 14 år siden, men det var slående at 9 av 11 kvinnelige leger i studien opplevde mindre assistanse, mindre respekt og lavere status fra sykepleiere enn sine mannlige kollegaer. De mannlige legene i denne undersøkelsen bekreftet funnet. Også styrkingen av sykepleierfaget som et kvinnedominert yrke i forlengelse av kvinneverettighetsbevegelsen på 80-tallet kan ha bidratt til redefinering av sykepleierrollen (46).

Profesjonene er også avhengige av å gjøre sine profesjonsspesifikke oppgaver. I den svenske studien, som tidligere er blitt nevnt, ble det innført flere tverrfaglige tiltak. Det var store forskjeller mellom planlagte og observerte tiltak. En av forutsetningene for samarbeid var tilgjengelighet (34), noe funnene i oppgaven også peker mot. Felles visitter kan øke effektiviteten og kvaliteten av pasientbehandling, og bedre lege-sykepleier-kommunikasjon med reduksjon av oppklarende telefonsamtaler i etterkant. Dessverre kan sterkt arbeidspress påvirke viljen til å ta visitt som et team (17). Optimale samarbeidsforhold ble beskrevet av flere på Hamar sykehus som felles opptak av pasienthistorie med rask oppklaring av videre tiltak sammen. Da det ble hektisk kunne dette glippe og profesjonene, kanskje på grunn av profesjonsspesifikke oppgaver, fant hverandre ikke. Det er viktig å ha felles områder der tverrfaglige team kan møtes (34), noe som antyder en kobling mellom fysiske omgivelser og utforming av tverrfaglig atferd.

Samarbeid mellom leger og sykepleiere fungerer som en barrierebryter, fremmer kommunikasjon og skaper miljøet for å levere «sømløse» helsetjenester. Dessverre står historiske fremforhandlede profesjonsroller med tilhørende autonomi i veien for en enkel overgang fra profesjonsforankret arbeid til samarbeid (40). Dersom profesjonell autonomi og samarbeid ansees som motsetninger, blir det trolig vanskelig for disse egenskapene å sameksistere i et tverrfaglig helsevesen (21).

Utfordringen er å kultivere et felles moralsk grunnlag som representerer kontinuitet og kollektiv læring, fremfor å forsvare hvert profesjonsområde som en unik og isolert øy av kunnskap. Leger og sykepleiere jobber ofte side ved side med fokus på samme pasient, men med parallelle agendaer og separate mål, metoder og dokumentasjoner. Kontinuitet betegnes som å ha en tildelt kontaktperson, men pasienten blir en del av to ulike forløp, legens og sykepleiers. På denne måten står pasientfokus og kontinuiteten av pasientens behandling i fare for å bli en profesjonssak, fremfor et kollektivt anliggende (47).

Makt og statusforhold er «elefanten i rommet»; tilstede i aller høyeste grad, men sjeldent anerkjent. Uten å ta tak i dette, vil utvikling av effektive strategier for styrking av tverrfaglige team kun foregå på et overfladisk nivå. (5)

Konsekvenser av mangelfull opplæring

En umiddelbar teori i analysearbeidet var at manglende og sprikende opplæring av nyansatte i mottaket kunne påvirke arbeidsflyten på grunn av lite kjennskap til rutiner. Dette kombinert med det som nå er blitt lagt frem om kommunikasjonsbarrierer mellom leger og sykepleiere kan forklare noe av grunnlaget for at «ting glapp» ved stor pasientpågang på Hamar sykehus.

Uten verktøy for å identifisere og diskutere tverrfaglige problemer vil legeavgjørelser tas i isolasjon, som etter gamle profesjonsroller. Selv om dette kan være passende for protokoll-dreven behandling av pasienter med enkle og forutsigbare tilstander, kan det svikte hos pasienter med komplekse tilstander som krever skreddersydd, tverrfaglig behandling (7). De yngste legene har høyere risiko for å gjøre alvorlige feil, og en må forvente at dette er på grunn av høyere nivåer av emosjonelt stress i tillegg til manglende erfaring. Det kan være grunnlag for å tro at mesteparten av tidlige emosjonelle problemer, for eksempel depresjon, skyldes mangel på ferdigheter og kompetanse ettersom kombinasjonen av høye krav og lite kontroll er patogent for mental helse (43). I intervjuene blant legene kom det frem at også tilgjengeligheten internt mellom legene var varierende, noe Tyssen og Vaglum også beskriver i sin artikkel som utilstrekkelig støtte fra erfarne kollegaer og et hovedsakelig lite tilfredsstilt behov for veiledning hos yngre leger. Det er funnet relasjoner mellom jobbstress og både selvmordstanker og mental helse blant legepraktikanter, selv justert for personlighet og tidligere mental helse. Arbeidsgiver bør derfor være oppmerksom på hvordan unge leger opplever sine arbeidsforhold. Sykehus og arbeidsplasser burde sikre adekvat veiledning og et klima for læring av både kliniske- og kommunikasjonsferdigheter (43). Når det ikke tilbys opplæring i forbindelse med vaktarbeid i akutt-mottaket på sykehuset kan dette i seg selv oppleves som en stressende situasjon, og utløser mulig et større behov for oppfølging med tanke på å sikre unge legers vel og ve.

En studie fra Sveits viste at «residents», det som på mange måter tilsvarer turnusleger i Norge, og sykepleiere viste en åpenhet for økt ansvarsdeling. Selv om de ofte fulgte tradisjonelle roller med legen som leder, viste turnuslegene og sykepleiere andre former for tverrfaglige interaksjoner som fordeling av ansvar og beslutningstaking, gjensidig lytting med utveksling av forslag (14). En annen studie viste at mindre erfarne leger muligens lettere godtok sykepleieres avgjørelser om pasientbehandling (18), slik som vi ser blant de fleste legene i denne oppgaven. Forklaringen på at unge leger er mer tilbøyelige for råd fra sykepleier kan henge sammen med påstanden fra Tyssen og Vaglum (43) om manglende

oppfølging fra erfarne leger. Yngre leger kan også vise større vilje til nye samarbeidsmønstre ovenfor sykepleiere.

En norsk studie så på hvordan utenlandske leger opplevde å begynne i Norge. De beskrev at «legene, både innenfor allmenntjeneste og sykehustjeneste, fortalte om utrygghet på grunn av mangelfull opplæring og oppfølging, og manglende tilbakemeldinger. Utrygghet og usikkerhet i oppstartsfasen er også kjent fra norske legers beskrivelse av den første tiden i arbeid. Dette tyder på at mange arbeidsplasser innenfor norsk helsetjeneste kan være tjent med å vurdere hvordan nyansatte tas imot.» (24)

En positiv atmosfære preget av samarbeid mellom leger og sykepleiere er helt nødvendig for god kvalitet på helsetjenestene i sykehus. Et dårlig samarbeidsklima mellom leger og sykepleiere er ikke bare et problem for de to partene, men også for pasientene (19). Effektiv tverrfaglig arbeid forutsetter et høyt nivå av felles forståelse, såkalt «intersubjektivitet», blant de som jobber sammen. I situasjoner som krever raske handlinger er «felles intuisjon» det optimale (48). Dette fenomenet beskrev en av sykepleierne om jobben med kollegaer hun kjente godt, der de hadde en usagt forståelse av hverandres handlinger. «Fellesintuisjon» mellom to profesjoner krever planlagte intervensjoner (48), en felles plattform for samøving. Barrierer til gode tverrfaglige relasjoner er blant annet tidspress, mangelen på gode rutiner eller av forståelse for hverandres roller og oppgaver, dårlig støtte i organisasjonen, fravær av klar ledelse, ulike tradisjoner og profesjonelle verdier, og ulike mål og prioriteringer (16). Slike øvingsplattformer bør unngå å preges av disse barrierene.

Opplæring og trening i tverrfaglig samarbeid kan øke effektivitet, sette pasienten i sentrum og forbedre utfallene av pasientbehandling i sykehus (7). Gjensidig forståelse av holdninger for samarbeid kan fungere som et første steg for leger og sykepleiere i å møte utfordringene med å jobbe sammen, og bidra til løsninger for å styrke partnerskapet (17). Det oppfordres til bedre rolleforståelse gjennom tverrfaglig opplæring, og en forsterkning av atferd som bedrer teamarbeid (14). Gjennom «Patient safety curriculum» oppfordrer WHO også til nedbrytningen av uniprofesjonelle siloer i utdanning og på arbeidsplassen (21).

Økt oppslutning rundt bedring av tverrfaglig samarbeid er basert på en økende mengde bevis som demonstrerer at dårlig kommunikasjon mellom helseprofesjoner skader pasienter. (7)

Mye av ansvaret for å følge opp manglende evner til samhandling faller tilsynelatende på arbeidsgivere, men bør i realiteten deles med utdanningsinstitusjonene. Legen Leonard Stein fortalte allerede i 1967 om «the doctor-nurse-game», der forholdet mellom sykepleiere og leger var beskrevet som et spill med ulike regler, hvorav alle selvsagt var uskrevne. Stein beskrev også at selve fundamentet for dette spillet var utdanningene, der legene og sykepleierens holdninger ble skapt. Han fortalte at spillet utartet seg som en slags nevrose, som begge profesjoner hadde hatt godt av å kvitte seg med (49). Mye har endret seg siden, men hans skildring av profesjonssiloer er fremdeles et element som i stor grad preger utdanningsinstitusjonene i Norge.

Medisinstudenter utdannes i en kultur preget av konkurranse, som ofte fremmer individuell suksess og belønning, en holdning som gjør naturlig samhandling med andre profesjoner vanskelig. Det uttrykkes en bekymring for at det mangler måter å vurdere kandidaters evne til samarbeid (21), og foreslås at institusjoner som utdanner helsepersonell skal integrere tverrfaglig utdanning i pensum for å klare å møte kravene til et trygt og effektivt helsevesen (31). De fleste institusjonene anklages for ikke å ha gjort nok i integreringsarbeidet.

Tverrfaglig samhandling bør inngå i kjernepensum og anses som hjørnesteinen av pasientsentrert helsearbeid (31, 50).

Det gjøres heldigvis både forskning på dette (51), og det innføres tiltak i utdanning av helsepersonell i Norge (52). En studie sammenliknet utfallene av tradisjonell gruppeundervisning med simulering. Nesten alle deltakere rapporterte å ha en bedre forståelse for klinisk rolle etter simuleringen. Over halvparten av deltakerne sa at erfaringen forandret hvordan de så på sine roller i et klinisk team. Dermed kan simulering brukes i arbeidet med å styrke tverrfaglig samarbeid (51).

En studie fra Australia utforsket holdninger og erfaringer hos nylig uteksaminert helsepersonell om tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon i klinisk setting. De fant følgende: flere profesjonsfokuserte mål enn pasient- eller teamfokuserte, negativ stereotyping, hierarkisk kommunikasjon og konkurranse om tid med pasienten for å oppnå profesjonsspesifikke oppgaver. De nylig uteksaminerte legene, sykepleierne og farmasøytene anerkjente betydningen av kommunikasjon, samarbeid og pasientsentrert behandling, og følte en bedre forståelse av andre helseprofesjoners rolle ville bidra til bedre samarbeid. Interprofessional Education (IPE) ble brukt for å endre holdninger hos hovedsakelig lege- og sykepleierstudenter. Selv om studier fant bedringer i holdninger hos studenter, endret dette seg da de ble utsatt for stereotyping gjennom arbeidsplassen etter uteksaminering (15). Dette peker mot at parallelle tiltak i utdanning og på arbeidsplasser er viktig, slik at effektene fra utdanningen ikke «nuller ut» når studentene utsettes for klassiske profesjonsroller på arbeidsplassen. Teamfølelsen må dog være i balanse med profesjonsfølelsen for at medlemmene skal kunne bidra med egen ekspertise i det tverrfaglige teamet (15). Det bør derfor oppnås en balanse på sikt.

Utdanning og opplysning om roller og ansvarsoppgaver er et første steg mot å samle sprikende oppfatninger rundt arbeidsfordeling mellom leger og sykepleiere. En foreslått fordeling er at tradisjonell utdanning må opplyse leger og sykepleiere om deres respektive roller, der videreutdanning i arbeidslivet kan skreddersys så den forsterker fellesforståelsen (50). Kunnskapsgrunnlaget tilsier at denne forståelsen oppnås gjennom samhandling og simulering (51, 53, 54).

Konklusjon

Kunnskapsgrunnlaget tyder på at pasientsikkerhet påvirkes av dårlig kommunikasjon, spesielt mellom kjerneprofesjonene medisin og sykepleie. Dette understøttes av funnene i akuttmottaket på Hamar sykehus der kommunikasjonssvikt og hektiske perioder kunne gå utover pasienter. Mangelfull opplæring, varierende kvalitet på kommunikasjonen mellom profesjonene og redusert tilgjengelighet på medarbeidere kan være medvirkende årsaker.

Litteraturen fremlagt i denne artikkelen er ment å belyse mulige forklaringer på hvorfor kommunikasjonen svikter. Det pekes på blant annet betydningen av rolleforståelse, tverrfaglig opplæring, uformelle interaksjoner for å bygge tillit, konflikthåndtering og egnet fysisk infrastruktur i arbeidet med å gjøre samhandling og god kommunikasjon til minste motstandsvei.

Det foreligger også et kunnskapsgrunnlag som tilsier at tverrfaglig grunnutdanning og opplæring på arbeidsplassen, spesielt med simuleringstrening mellom profesjoner, gir økt bevissthet om ens egen og andres roller i klinikken. Dette kan i sin tur bidra til å redusere barrierer for kommunikasjon og for implementering av forbedringstiltak.

Dårlig kommunikasjon virker å være en fare for pasientene, men kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere trenger ikke å være det. Mye tyder på at tiltakene for å bedre tverrfaglig samarbeid kan være dyre, kompliserte og tidkrevende i det korte løp, men spørsmålet som gjenstår for det lange løpet er om vi har råd til å la være.

**Kommunikasjonen mellom helsepersonell,
sykehus og kommuner kan bli bedre,
og vi må styrke samhandlingen i og
mellom tjenestene. (2)**

Litteraturliste

1. Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr JJ, Godfrey MM, Headrick LA, et al. Microsystems in health care: Part 1. Learning from high-performing front-line clinical units. *Jt Comm J Qual Improv.* 2002;28(9):472-93.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 11 (2014-2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. 2014.
3. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
4. Kohn LT, Corrigan JMDMS. *To Err Is Human : Building a Safer Health System.* Washington, DC, USA: National Academies Press; 2000.
5. Hart CB. The "elephant in the room": using emotion management to uncover hidden discourses in interprofessional collaboration and teamwork. *J Interprof Care.* 2011;25(5):373-4.
6. Leever AM, Hulst MV, Berendsen AJ, Boendemaker PM, Roodenburg JL, Pols J. Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians - a qualitative study. *J Interprof Care.* 2010;24(6):612-24.
7. Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:494.
8. Tessem A-MV, Fattah IS. Brobygging igangsatt av studenter Oslo: Norsk Farmaceutisk Tidsskrift; 2014 [15.12.2014]. Tilgjengelig på: <http://www.farmatid.no/artikler/fag/brobygging-igangsatt-av-studenter>.
9. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Doctor and nurse perception of inter-professional cooperation in hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(6):491-7.
10. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Gulbrandsen P, Hjortdahl P. Hospital quality improvement in context: a multilevel analysis of staff job evaluations. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(6):438-42.
11. Mohr J, Batalden P, Barach P. Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Qual Saf Health Care.* 2004;13 Suppl 2:ii34-8.
12. Styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011 – 2013. Oslo: 2014.
13. Miller KL, Reeves S, Zwarenstein M, Beales JD, Kenaszchuk C, Conn LG. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *J Adv Nurs.* 2008;64(4):332-43.
14. Muller-Juge V, Cullati S, Blondon KS, Hudelson P, Maitre F, Vu NV, et al. Interprofessional collaboration between residents and nurses in general internal medicine: a qualitative study on behaviours enhancing teamwork quality. *PLoS One.* 2014;9(4):e96160.
15. Thomson K, Outram S, Gilligan C, Levett-Jones T. Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. *J Interprof Care.* 2015:1-7.
16. Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly.* 2010;140:w13062.
17. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev.* 2013;60(3):291-302.
18. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care.* 2014;28(6):526-33.
19. Hoftvedt BO, Falkum E, Akre V. [Perception among Norwegian hospital physicians of physician-nurse cooperation]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1998;118(2):249-52.
20. Kimes A, Davis L, Medlock A, Bishop M. 'I'm Not Calling Him!': Disruptive Physician Behavior in the Acute Care Setting. *Medsurg Nurs.* 2015;24(4):223-7.

21. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Interprof Care*. 2013;27(1):50-6.
22. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143-51.
23. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012;40(8):795-805.
24. Skjeggstad E, Gulbrandsen P, Sandal GM. Utenlandske legers opplevelse av å begynne i yrket i Norge. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2015;135(12-13):1129-32.
25. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S332-40.
26. Khademian Z, Sharif F, Tabei SZ, Bolandparvaz S, Abbaszadeh A, Abbasi HR. Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(4):333-9.
27. Jafari Varjoshani N, Hosseini MA, Khankeh HR, Ahmadi F. Tumultuous atmosphere (physical, mental), the main barrier to emergency department inter-professional communication. *Glob J Health Sci*. 2015;7(1):144-53.
28. Moser SS, Armer JM. An inside view. NP/MD perceptions of collaborative practice. *Nursing and health care perspectives*. 2000;21(1):29-33.
29. Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care*. 2005;14(1):71-7.
30. Manojlovich M. Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. *Med Care*. 2010;48(11):941-6.
31. Winterbottom F, Seoane L. Crossing the quality chasm: it takes a team to build the bridge. *Ochsner J*. 2012;12(4):389-93.
32. Crawford CL, Omery A, Seago JA. The challenges of nurse-physician communication: a review of the evidence. *J Nurs Adm*. 2012;42(12):548-50.
33. Gilardi S, Guglielmetti C, Pravettoni G. Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *J Adv Nurs*. 2014;70(6):1299-309.
34. Mazzocato P, Forsberg HH, Schwarz U. Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:70.
35. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8.
36. Høgskolen i Bergen. Kunnskapsbasert praksis.no 2012 [1. august 2015]. Tilgjengelig på: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>.
37. Merry AF, Davies JM, Maltby JR. Qualitative research in health care. *Br J Anaesth*. 2000;84(5):552-5.
38. Runciman WB, Baker GR, Michel P, Jauregui IL, Lilford RJ, Andermann A, et al. The epistemology of patient safety research. *Int J Evid Based Healthc*. 2008;6(4):476-86.
39. Gulbrandsen P, Finset A. Skreddersyddde samtaler : en veileder i medisinsk kommunikasjon. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
40. Reeves S, Nelson S, Zwarenstein M. The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nurs Inq*. 2008;15(1):1-2.
41. Bergheim CE. Sykehusansatte forteller om frykt og resignasjon. *Hamar Arbeiderblad* [Internet]. 19. november 2015. Tilgjengelig på: <http://www.h-a.no/nyheter/sykehusansatte-forteller-om-frykt-og-resignasjon>.
42. The Joint Commission. Sentinel Event Statistics Data - Root Causes by Event Type (2004 - 3rd Quarter 2015). Oakbrook Terrace: 2015.
43. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10(3):154-65.
44. Skjorshammer M. Anger behaviour among professionals in a Norwegian hospital: antecedents and consequences for interprofessional cooperation. *J Interprof Care*. 2003;17(4):377-88.

45. Gjerberg E, Kjolsrod L. The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse? *Soc Sci Med*. 2001;52(2):189-202.
46. Stein LI, Watts DT, Howell T. The doctor-nurse game revisited. *N Engl J Med*. 1990;322(8):546-9.
47. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ*. 2002;324(7328):36-8.
48. Billett SR. Securing intersubjectivity through interprofessional workplace learning experiences. *J Interprof Care*. 2014;28(3):206-11.
49. Stein LI. The doctor-nurse game. *Arch Gen Psychiatry*. 1967;16(6):699-703.
50. Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm*. 2007;37(2):68-70.
51. Reising DL, Carr DE, Shea RA, King JM. Comparison of communication outcomes in traditional versus simulation strategies in nursing and medical students. *Nurs Educ Perspect*. 2011;32(5):323-7.
52. Jakobsen RB. Tidsskriftet blogg [Internet]. Oslo: Tidsskrift for Den norske legeforening. 2013. [19. november 2015]. Tilgjengelig på: <http://blogg.tidsskriftet.no/2013/05/06/lege-og-sykepleiestudenter-bor-ove-mer-sammen>.
53. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Med Teach*. 2013;35(10):e1511-30.
54. Lateef F. Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*. 2010;3(4):348-52.