

Sikker Mundtlig Kommunikation

Baggrund, begreber og litteratur

Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	5
Erfaringer.....	5
Anbefalinger	7
Hyppigt stillede spørgsmål og svar.....	8
Begreber	10
Referencer.....	14
Elektroniske ressourcer	18
Kontaktinformation.....	19
Bilag 1: Referencer til i 'Håndbog I Sikker Mundtlig Kommunikation' ..	20
Tjeklister generelt.....	20
ISBAR.....	20
Teambesked	20
Tjek-svar.....	20
ISBAR med SALSA.....	20
Teamleder og teammedlemmer	21
Briefing	21
Opsummering	21
Afrunding	21
Sikre Sætninger	21
Nødbremsen	22
Bilag 2: Anvendelse af CRM-begreber	23

Introduktion

Opgørelser viser, at op mod 70 pct. af alvorlige utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet helt eller delvist skyldes kommunikationsproblemer (Joint Commission, 2004). Oprindeligt stammer forskningsresultater om sammenhængen mellem sikkerhed og kommunikation fra luftfarten, hvor der findes tilsvarende data (Helmreich 2000). I luftfarten har denne viden medført, at man siden slutningen af 1970'erne har undervist og evalueret alt personale i kommunikation, teamledelse og samarbejde – også kaldet *Crew Resource Management* (CRM) (Helmreich, 1999). CRM tager udgangspunkt i erkendelsen og accepten af, at mennesker begår fejl, og at sikker kommunikation ikke kan tages for givet - men at det kan læres. Målet er, at hvert personalemedlem bliver bevidst om sin egen og andres roller under tværfagligt samarbejde og lærer metoder til effektivt og præcist at modtage og videregive information. CRM understreger vigtigheden af, at samarbejde foregår i en åben og tryk atmosfære, hvor alle frit kan udtrykke tanker, bekymringer og overvejelser på tværs af faggrænser og position i organisationen – med det formål at styrke sikkerheden.

CRM blev etableret på en NASA-workshop i 1979, der fokuserede på at forbedre sikkerheden i luftfarten på baggrund af optagelser fra de 'sorte bokse'. Forskningsresultater præsenteret på workshoppen viste nemlig, at den væsentligste årsag til flyulykker var menneskelige fejl som følge af svigt i beslutningstagning, ledelse, kommunikation og samarbejde i cockpittet. CRM er siden blevet introduceret overalt i luftfarten inkl. luftvåbnet, og har siden 1992 været et lovkrav for piloter, der flyver kommercielt i USA og Europa.

CRM og andre former for undervisning af tværfaglige teams i kommunikation, teamledelse og samarbejde er med succes overført til andre sektorer, fx atomindustrien, militæret og off-shoreindustrien. I sundhedsvæsenet viser erfaringerne med teamundervisning, at undervisningen kan tilføre sikkerhed og kvalitet i patientbehandlingen og samtidig give personalet en oplevelse af et bedre arbejdsmiljø. Dette beskrives i afsnittet 'Erfaringer'.

En del af erfaringerne fra CRM-undervisning i andre højrisikobrancher er inddraget i læringssættet i Sikker Mundtlig Kommunikation. Men hvor CRM indeholder både kommunikation, teamledelse, samarbejde, beslutningstagning, opgaveløsning og situationsbevidsthed er Sikker Mundtlig Kommunikation koncentreret omkring kommunikationsdelen med særlig vægt på kommunikation om patientbehandling og teamsamarbejde. Denne prioritering skyldes dels en forudgående kvalitativ analyse af utilsigtede hændelser (Raboel, 2007) og fokusgruppeinterviews med dansk sygehuspersonale (endnu ikke publiceret), dels en prioritering af indholdet af hhv. et todageskursus for undervisere og et endagskursus for sygehuspersonale.

Erfaringer

En række - særligt amerikanske - hospitalsorganisationer har valgt at undervise i kommunikation, teamledelse og samarbejde i enten enkelte afdelinger eller i hele organisationen. Her er nogle af erfaringerne herfra:

Awad et al. beskriver, hvordan undervisning af personalet på en operationsgang med fokus på en tværfaglig præoperativ briefing-procedure gav personalet en markant forbedret oplevelse af andre personalegruppers evne til kommunikation. Fire måneder efter undervisningen af hele personalegruppen blev der gennemført

præoperative briefings forud for alle operationer, og der blev registreret et signifikant øget antal patienter, der modtog profylaktisk antibiotika og DVT-profylakse som udtryk for forbedret klinisk praksis (Awad, 2005).

DeFontes et al. beskriver, hvordan indførelse af en præoperativ briefing-procedure med tilhørende tjekliste, medførte en reduktion af forvekslingskirurgi fra 3 tilfælde til 0 pr. år, en stigning på 19 % i medarbejdertilfredshed samt en reduktion i medarbejderudskiftning i sygeplejegruppen på 16 % (DeFontes, 2004).

Fisher et al. beskriver, hvordan undervisning i kommunikation, teamledelse og samarbejde medførte en signifikant forbedret oplevelse af teamsamarbejde og – kommunikation blandt deltagerne (Fisher, 2000).

Jain et al. beskriver, at en kombination af tværfaglige stuegange, en daglig briefing af afdelingens personale om visitation, indførelse af 'bundles' til at sikre evidensbaseret behandling samt fokus på teamsamarbejde medførte signifikant færre utilsigtede hændelser, reduceret indlæggelsestid og færre omkostninger (Jain, 2006).

Mann et al. beskriver, hvordan en gennemgribende indsats for styrkelse af den tværfaglige kommunikation i en obstetrisk klinik medførte en signifikant forbedret 'weighted adverse outcome score' (som et udtryk for antallet af utilsigtede hændelser sammenholdt med alvorligheden af dem), en reduktion i henlæggelser til erstatninger til patienter på 50 % og en 10 % reduktion i forsikringsbetaling for læger (Mann, 2006).

Morey et al. beskriver, at et tværfagligt undervisningsprogram i kommunikation, teamledelse og samarbejde medførte en oplevelse af signifikant forbedret teamsamarbejde, markant færre utilsigtede hændelser (fra 30,9 pct. til 4,4 pct.) samt oplevelse af større støtte fra arbejdspladsen (Morey, 2002) blandt deltagerne.

Rivers et al. beskriver, hvordan undervisning i kommunikation, teamledelse og samarbejde i en kirurgisk enhed medførte en reduktion i kirurgiske optællingsfejl på 50 %, at 81 % oplevede, at kurset ville styrke deres effektivitet på OP og at 75 % oplevede, at de blev bedre til deres arbejde (Rivers, 2003).

Taylor et al. beskriver, at undervisning i kommunikation, teamledelse og samarbejde i et diabetesambulatorium medførte en gennemsnitlig reduktion i konsultationsvarigheden i ambulatoriet på 10 minutter. Efter undervisningen implementerede man en tjekliste for konsultationernes indhold. Den medførte, at andelen af patienter, der modtog alle relevante forebyggende tiltag steg signifikant fra 70 % til 74 %. En tjekliste for introduktion af nyt personale medførte, at denne kunne afkortes fra flere dage til en enkelt dag (Taylor, 2005).

AHRQ har udgivet rapporter i samarbejde med bl.a. det amerikanske forsvarsministerium (Department of Defense (DoD)) om de amerikanske 'teamtraining programs', der evaluerer tre udbredte programmer anvendt ved undervisning i kommunikation, teamledelse og samarbejde: MedTeams, Medical Team Management og LifeWings. Rapporterne konkluderer, at programmerne har de ønskede elementer af bl.a. indlæringsmetoder og tværfaglig undervisning, men at undervisningen bør målrettes ved i større grad at afdække kursusedtagernes behov, og at det er væsentligt at lægge en strategi for at fastholde indsatsen (AHRQ, May 2006, Baker, 2003, Baker, 2007).

Endvidere er der publiceret beskrivelser af undervisningsprogrammer i kommunikation, teamledelse og samarbejde fra Kaiser Permanente (Leonard, 2004; McFeeran, 2005), Vanderbilt University Medical Center (Gaffney, 2005) og Harvard Hospitalerne (Crico/RMF, 2007, Frankel 2006). De indeholder ikke kliniske resultater, men undervisningsprogrammer og erfaringer. Bl.a. viser erfaringerne, at det er vigtigt at uddanne hele personalegruppen aktivt, da man derved opnår den største effekt. Det er ikke effektivt kun at udvælge en mindre gruppe, og forvente at de lader metoderne 'sive' ud i resten af afdelingen.

Der findes i Danmark allerede en del erfaring med simulatorbaseret undervisning i CRM (Andersen, 2005), idet Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS) gennem en årrække har undervist bl.a. tværfaglige grupper af læger og sygeplejersker i akut kommunikation ved hjertestop og traumer (Andersen, 2006). Erfaringerne herfra er ligeledes inddraget i Sikker Mundtlig Kommunikation. Anvendelse af simulatorer indgår ikke i Sikker Mundtlig Kommunikation, men simulatortræning er værdifuldt i uddannelsen af sundhedspersonale i kommunikation, teamledelse og samarbejde, og kan supplere undervisningen i Sikker Mundtlig Kommunikation.

Anbefalinger

En række førende internationale patientsikkerheds- og kvalitetsorganisationer anbefaler undervisning af sundhedspersonale i kommunikation, teamledelse og samarbejde:

Institute of Medicine (IOM): IOM udgav i 1999 rapporten 'To Err is Human' (6). Denne rapport var medvirkende til at iværksætte den store indsats for forbedring af patientsikkerheden i USA. I rapporten anbefaler IOM at styrke effektivt teamsamarbejde: "Train in teams those who are expected to work in teams" (Kohn, 1999).

Joint Commission of Accreditation in Healthcare Organizations (JCAHO) anbefaler i deres 2007 National Patient Safety Goal 2: "*Improve the effectiveness of communication among caregivers*". I 2A anbefales brug af 'write and read back' ved telefonordinationer. I 2E hedder det: "*Implement a standardized approach to hand-off communications including an opportunity to ask and respond to questions*". Goal 4 søger at reducere forekomsten af forvekslingskirurgi vha. bl.a. en briefing (4A) (Joint Commission, 2007 I og II).

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) gennemgår i "*Making health care safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices*" fra 2001 i kapitel 44 evidensen bag anvendelse af CRM i sundhedsvæsenet. Her konkluderes det, at erfaringerne fra luftfarten er relevante i sundhedsvæsenet, særligt i teams, der håndterer akutte patienter (Pizzi, 2001).

World Health Organization (WHO) arbejder på at etablere løsninger til internationalt brug. Blandt de ni standarder, der p.t. er i høring findes "*Preventing patient care handoff error*", der anbefaler, at der implementeres en standardiseret proces for overførsel af ansvar for patienter mellem enheder eller vagthold, hvor personalet får mulighed for at stille hinanden spørgsmål (her fremhæves kommunikationsmetoden SBAR, se s. 11). Desuden anbefales det at styrke kommunikationen ved at forhindre afbrydelser og indføre read-back og check-back-procedurer (svarer til closed loop-procedurer, se s. 12). WHO anbefaler i "*Preventing*

wrong site surgery" brug af en briefing med aktiv kommunikation forud for operationer for at opnå konsensus om indgrebet for at forhindre utilsigtede hændelser (WHO, 2007).

Group Interaction in High Risk Environment (GIHRE) er en arbejdsgruppe, som består af førende europæiske og amerikanske kommunikationseksperter, lingvister, personer med luftfartsbaggrund og repræsentanter fra sundhedsvæsenet. De har gennem fem år analyseret erfaringer med mundtlig kommunikation til forebyggelse af fejl i højrisikobrancher. I en rapport fra 2004 giver de 25 anbefalinger til klar kommunikation bl.a. brug af tydelig ledelse i ustrukturerede situationer, at anvende sprogbug, der understreger betydningen af holdindsats, at lære de yngste at være ærlige om deres manglende erfaring, at bruge standardiserede vendinger ved kommunikation i kritiske situationer – særlig ved kommunikation uden øjenkontakt, og lære sundhedspersonale at udtrykke sig og lytte (Sexton, 2004).

National Health Service (NHS) konkluderer i "*Team Resource Management: A program for troubled teams*" at effektivt teamwork er afgørende for patientbehandlingen, og at det skal støttes og udvikles gennem flere processer for at forbedre og udvikle personalets evner til samarbejde. Dette kan fx gøres gennem et *Team Ressource Management*-program, der igen bør lære fra andre brancher som fx luftfarten (National Health Service, 2003, Arthur 2003)).

Institute of Healthcare Improvement (IHI) har udviklet kommunikationsredskabet SBAR (der i Sikker Mundtlig Kommunikation kaldes ISBAR) til brug på amerikanske hospitaler, og foreløbig har over 400 hospitaler tilsluttet sig til at anvende redskabet (Institute Of Healthcare Improvement, 2004).

Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed anbefaler i 'Specifikke Patientsikkerhedsstandarder – udvalgte procedurer med et forbedringspotentiale' brug af 'Korrekt kommunikation vedrørende behandlinger og procedurer', der bl.a. indeholder en anbefaling af tjek-svar af mundtlige ordinationer og inddragelse af erfaringer fra luftfarten. Rapporten anbefaler desuden 'Fem trin til forebyggelse af forvekslingskirurgi', der bl.a. indeholder en briefing (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2005).

Sammenfattende anbefaler de største internationale patientsikkerheds- og kvalitetsorganisationer uddannelse af sundhedspersonale i kommunikation, samarbejde og teamledelse. I samråd med DIMS har Selskabet derfor etableret et undervisningskoncept, der:

- fokuserer på kommunikation om patientbehandling og ved teamsamarbejde
- vil undervise personalet tværfagligt og sammen med de kolleger, de arbejder sammen med til dagligt
- kan gennemføres med relativt få omkostninger
- søger at indarbejde kompetencerne til brug i både akutte og ikke-akutte situationer

Hyppigt stillede spørgsmål og svar

Her følger en række kritiske spørgsmål og svar, som kommende undervisere selv stiller eller må være forberedt på at svare på:

Spørgsmål: "Vi har så travlt til daglig. Hvordan skal vi få tid til Sikker Mundtlig Kommunikation?"

Svar: "Det sparer tid at gøre det rigtigt fra begyndelsen. Hvem har ikke oplevet et indgreb blive forsinket eller at miste data om en patient ved en overflytning, fordi udstyr eller oplysninger manglede? Tager man tid på de enkelte redskaber, bliver det klart, at det reelt ikke tager lang tid at anvende redskaberne"

Spørgsmål: "Hvordan kan en afdeling tage alt personalet ud af klinikken en hel dag for at undervise dem i Sikker Mundtlig Kommunikation?"

Svar: "De fleste afdelinger holder ind i mellem temadage. Her vil det være oplagt at undervise i Sikker Mundtlig Kommunikation. En anden mulighed er at dele undervisningen over flere dage og evt. kun tage 20 personer ud, men så fx slå sig sammen med anden afdeling, der i øvrigt samarbejdes med. Begge dele kan lade sig gøre, hvis det planlægges i god tid."

Spørgsmål: "Taber jeg ikke autoritet som teamleder, hvis jeg beder om hjælp fra alle de andre?"

Svar: "Målet med teamsamarbejde er at give patienten den bedst mulige behandling. En leder, der træffer de rigtige beslutninger, mister ikke autoritet. Oprindeligt er metoderne udviklet i bl.a. luftfarten og militæret, hvor målet ikke var at nedbryde hierarkier, men at sikre, at der blev truffet de rigtige beslutninger."

Spørgsmål: "Hvad hvis jeg 'siger til', men teamlederen bliver sur over mit input?"

Svar: "Det er vigtigt, at alt personalet uddannes i Sikker Mundtlig Kommunikation, da det gerne skulle forebygge, at et vigtigt input til teamet misforstås som unødigt indblanding. Og det er vigtigt, at den enkelte afdeling eller sygehus gør det klart, at inputs fra alle i teamet er værdsat. Og endelig må den enkelte gøre op med sig selv, om det ikke i den sidste ende er bedre at opleve en sur teamleder end at se en patient tage skade."

Spørgsmål: "Hvornår skal vi anvende redskaberne? I akutte eller ikke-akutte situationer?"

Svar: "Sikker Mundtlig Kommunikation kan anvendes i både akutte og ikke-akutte situationer. Det er en fordel at lære at anvende redskaberne i ikke-akutte situationer, for så er det lettere at anvende dem, når det bliver akut, og man virkelig har brug for at kommunikere effektivt."

Spørgsmål: "Jeg var med til en afrunding, men det samme problem opstod ugen efter. Har det overhovedet nogen effekt?"

Svar: "En afrunding, der ikke fører til relevante ændringer, er værdiløs, og gør at redskabet hurtigt mister sin betydning. Omvendt er en afrunding, der hurtigt medfører relevante ændringer, meget værdifuld. Alle, der modtager rapporteringer om utilsigtede hændelser efter afrundinger, må derfor være forberedt på at handle."

Spørgsmål: "Jeg har brugt redskaberne i den sidste tid, men jeg kan ikke mærke nogen forskel. Betyder det overhovedet noget, at vi gør det?"

Svar: "Ja, det betyder noget. Og det betyder noget at få det at vide. Det er en stor fordel for implementeringen, hvis afdelings- eller sygehusledelsen registrerer data om anvendelse af redskaberne og formidler succeshistorierne videre til personalet fx et forebygget forvekslingsindgreb, vellykkede overflytninger og anvendelse af briefinger ved så-og-så-mange procent af operationerne".

Begreber

Følgende liste definerer de begreber, der anvendes i Sikker Mundtlig Kommunikation. Begrebslisten er sammensat ud fra bl.a. 'Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2003', en fordanskning af engelske/amerikanske begreber, og endelig defineres enkelte af begreberne for første gang. Henvisninger til modul A, B, C, D og E betegner undervisningsmodulerne for undervisere. Modul 1,2,3,4 og 5 er moduler for sygehuspersonalet.

Advarselssignal (Am.: *Red flag*): Et tegn på, at en utilsigtet hændelse kan ske. Som regel kan man ved retrospektive analyser af utilsigtede hændelser registrere, at der var flere advarselssignaler forud for hændelsen. Se modul B/2.

Afrunding: En kort, præcis og konstruktiv samtale mellem medlemmerne af et team efter en netop overstået opgave. Formålet er at evaluere teamsamarbejdet og forebygge gentagelse af utilsigtede hændelser ved at rapportere disse i rapporteringssystemet. Se modul D/4.

Aktiv fejl: defineres som en fejl udløst af en aktiv handling, udført af en person med direkte patientkontakt. Se modul B/2.

Anaesthetists Non-Technical Skills (ANTS): Et program udviklet ved University of Aberdeen til uddannelse og observation af anæstesiologer i viden, holdninger og kunnen i ikke-tekniske færdigheder, dvs. de færdigheder, der, integreret med medicinsk viden og kliniske tekniske færdigheder, kendetegner sikker og velkvalificeret behandling.

Assertion: En tilkendegivelse af, at noget er sandt eller rigtigt. Anvendes som udtryk for, at man er i stand til at udtrykke, hvad man mener. Se modul B/2.

Briefing (Am.): Kortfattet session eller *time out* forud for en opgave om patienten/patienterne, teamet, planen og evt. ressourcer. Se bl.a. modul D/4.

Crew Resource Management (CRM) (Am.): Begreb introduceret i luftfarten i slutningen af 1970'erne. Tager udgangspunkt i erkendelsen og accepten af, at mennesker begår fejl, og at sikker kommunikation ikke kan tages for givet - men at det kan læres. Hvert personalemedlem skal være bevidst om sin egen og andres roller under tværfagligt samarbejde og skal anvende metoder til at modtage og videregive information præcist. CRM understreger vigtigheden af, at samarbejde foregår i en åben og tryk atmosfære, hvor alle frit kan udtrykke tanker, bekymringer og overvejelser på tværs af faggrænser og position i organisationen - med det formål at styrke sikkerheden. Undervisning i CRM er bredere end indholdet i Sikker Mundtlig Kommunikation og dækker både situationsbevidsthed, beslutningstagning, opgaveløsning, teamledelse, kommunikation og samarbejde. CRM-kurser er et lovkrav i kommercielle luftfartsselskaber i USA og Europa. Se modul A/1.

Den Menneskelige faktor (Am.: *Human factor*): De forhold, der påvirker menneskers interaktion med omgivelserne. Se modul B/2.

Feedback: En kommunikationsproces, hvor en netop overstået opgaveløsning evalueres, og der er mulighed for at stille spørgsmål. (Modul C/3).

Fejl: Mangelfuld gennemførelse af plan eller valg af forkert plan til at opnå et bestemt mål. Se modul A/1.

Fiksationsfejl (Am.: *fixation error*): At fastholde en fejlantagelse, dvs. en fejl der opstår, fordi der fikseres på en del af opgaven i stedet for at bevare overblikket. Se modul B/2.

Forebyggelig hændelse: En hændelse, der kunne være undgået ved bedre udnyttelse af tilgængelig viden og teknologi. Se modul A/1.

Fortællinger: (Am.: *Storytelling*): Metode til udbredelse af viden, der indebærer en fortælling med det formål at præsentere anekdoter, understrege en pointe, understøtte et synspunkt, præsentere materiale der ikke findes i forskningen eller visualisere ideer. Er et vigtigt redskab i Sikker Mundtlig Kommunikation, der bl.a. tager udgangspunkt i deltagernes egne oplevelser af utilsigtede hændelser. Se modul A/1.

Fælles forståelse (Am.: *Over all awareness* eller *Common mental model*): Alle teammedlemmer kender opgaven og planen. Den fælles forståelse skabes vha. kommunikation fx briefing og opsummeringer. Se modul B/2.

Gensidig opbakning (Am.: *Mutual Support*): Evne og velvilje til at hjælpe kolleger og forudse deres behov. Se modul B/2.

Hint-and-hope-kommunikation: Kommunikationsform, hvor afsenderen antyder budskabet uden at sikre sig, at modtageren hører det eller forstår det. Se modul C/3.

Ikke-forebyggelig hændelse: En hændelse, hvor skade ikke kunne undgås i den konkrete situation trods korrekt udnyttelse af tilgængelig viden og teknologi. Se modul A/1.

ISBAR (am.: *SBAR*): Et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling. Dansk version af den amerikanske SBAR-metode, der er udviklet til sikker kommunikation mellem mandskabet i atomubåde. Kan anvendes ved behov for supervision (fx at ringe efter lægen eller en mere erfaren kollega), ved fremlæggelse af cases på konferencer og ved vagtskifte. Står for **I**dentifikation (Identificering af patienten (og evt. den der ringer)), **S**ituation (En kort og præcis fremlæggelse af problemstillingen), **B**aggrund (Den kliniske baggrund fx indlæggelsestidspunkt og -årsag), **A**nalyse (Afsenderens fortolkning af ovenstående) og **R**åd (Afsenderen giver eller beder om et råd fra modtageren). Se modul C/3.

Kerneårsagsanalyse (Am.: *Root cause analysis*): Analyseproces, der søger at forhindre gentagelse af en alvorlig utilsigtet hændelse ved at afdække hændelsesforløbet, identificere de grundlæggende årsager til, at en utilsigtet hændelse kunne ske og lægge handlingsplaner, der reducerer risikoen for gentagelse.

Kognitivt hjælpemiddel: Redskab, der støtter brugeren kognitivt til at gennemføre en procedure efter forskriften, så opgaven gennemføres struktureret og som planlagt. Forebygger, at dele af proceduren glemmes som følge af begrænsninger i den menneskelige mentale kapacitet. Eksempler er en tjekliste (se dette) til præoperativ briefing eller beslutningsstøtte til elektronisk medicinordination.

Kommunikation: af latin: *communicare*, «at gøre fælles». En udveksling af informationer. Se modul C/3.

Komplikation: Optræden af nye sygdomme eller sygdomsprocesser, som er en følge af en allerede tilstedeværende sygdom eller en følge af sundhedsvæsenets ydelser. Se modul A/1.

Latent fejl: En skjult fejl, der er indlejret i systemer og organisationer, og som kan udløses i bestemte situationer eller ved aktiv handling. Se modul B/2.

Nærfejl (eller **nærhændelse**): En fejl, der når at blive korrigeret i tide før gennemført handling. Se modul A/1.

Nødbremsen (Am.: *Two challenge rule*): Begreb, der stammer fra luftfarten, hvor nødbremsen betegner, at et teammedlem (typisk co-piloten) maksimalt må give udtryk for et sikkerhedsproblem to gange. Svarer teamlederen (fx kaptajnen) ikke adækvat, går man ud fra, at vedkommende ikke *kan* reagere, og man overtager derefter selv instrumenterne. I sundhedsvæsenet er denne regel oversat til, at teamet stopper op, hvis et teammedlem to gange har udtalt en bekymring for patientsikkerheden. Modul B/2.

Opsummering (Am.: *Huddle*): Ved en opsummering skaber teamet overblik over opgaven for at dele viden eller finde løsninger på problemer. Fx kan teamlederen fortælle kort, hvad der er sket, og hvad planen er, hvilke problemer der er, og hvilke løsningsmuligheder, der er. Se modul D/4.

Overdragelse af patientansvar (Am.: *Hand-off, handover*): Udtryk for, at man overdrager ansvaret for en patient til en anden, enten i forbindelse med et vagtskifte eller en overflytning af patienten fra én enhed til en anden. Bl.a. Joint Commission anbefaler standardisering af *hand off*, da oplysninger om fx medicin, overvågningsniveau og behandling ofte er komplekse. I Sikker Mundtlig Kommunikation foreslås det at anvende redskabet 'ISBAR med SALSÅ', der er en huskeregel for de informationer, der kan kommunikeres ved overflytning af en patient. Se modul C/3.

Patientsikkerhed: Sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme. Se modul A/1.

Patientsikkerhedsrepræsentant (eller patientsikkerhedsansvarlig): Den medarbejder i en afdeling, der sammen med afdelingsledelsen medvirker til rapportering og analyse af utilsigtede hændelser samt implementering af handlingsplaner, der søger at forebygge gentagelse.

Risikomanager (eller risk manager): Medarbejder på sygehusniveau med ansvar for analyse af utilsigtede hændelser samt implementering af handlingsplaner.

Samarbejde: Handling i et team med et fælles mål.

SBAR: Se ISBAR.

'Sig til' (Am.: *Speak up*): En 'Sikker Sætning' (se dette), der opfordrer teammedlemmerne til at være opmærksomme på patientsikkerheden og påtale evt. usikkerheder indtil de er korrigeret. Se modul B/2 og D/4.

Sikre sætninger (Am.: *Critical Language*): Vendinger, som man er bevidst om betydningen af. Anvendes i luftfarten, hvor særligt samtalen i cockpittet og til tårnet ved *take off* og landing er struktureret. Se modul D/4.

Simulation: En efterligning af virkeligheden, der kan involvere rollespil med eller uden teknologi. Deltageren indsættes i realistiske omgivelser, som ændrer sig afhængigt af deltagerens handlinger og en realistisk klinisk proces, således, at det endelige udkomme ikke kan afgøres på forhånd. Virker realistisk men er uden risiko for de involverede.

Simulator: Udstyr, fx. et computerprogram, som reagerer som et givent system på kontrollerede inputs.

Skriv-ned-og-læs-op (Am.: *Write-and-read back*): Sikker procedure ved fx telefonordinationer, hvor modtageren af beskeden noterer detaljerne, inden de gentages for afsenderen. Se modul C/3.

Situationsbevidsthed (Am.: *Situation awareness*): Begreb, der udtrykker, at man er på forkant med tingene, indsamler informationer, anvender informationerne til at danne sig et overblik og planlægger, hvad der skal ske. Se modul B/2.

Sygehuspersonale: Betegnelsen for klinisk, paraklinisk, service- og administrativt personale på sygehusene, der udgør målgruppen for Sikker Mundtlig Kommunikation.

Team: En gruppe med to eller flere deltagere med definerede roller, en fælles opgave, et fælles mål, i en dynamisk proces og i en afgrænset periode. Se modul D/4.

Teambesked (Am.: *Call Out*): Metode til kommunikation af vigtig information til alle deltagere i et team. Teambeskeden kan fx anvendes ved behandling af kritisk syge patienter, hvor en større gruppe personale hver især er aktive omkring patienten, og alle har brug for den samme information. Se modul D/4.

TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance & Patient): Et undervisningsredskab i train-the-trainer-format fra den amerikanske patientsikkerhedsorganisation Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) og Department of Defense (DoD). TeamSTEPPS bygger på erfaringerne fra undervisning i CRM på militærhospitaller gennem mere end 20 år. Materialet er tilgængeligt for alle på <http://www.usuhs.mil/cerps/teamstepps.html>.

Time-out (Am.): En kort afbrydelse af de pågående aktiviteter med det formål at udveksle ideer eller skaffe overblik over situationen (jvf. 'briefing' og 'opsummering'). En time out forud for et operativt indgreb anbefales af Sundhedsstyrelsen. Se modul B/2 og D/4.

Teammedlemmer: Deltagere i et team (se dette).

Teamleder: Leder af et team, hvis opgave det er at anvende teammedlemmernes inputs til at skabe overblik og det bedste resultat. Se modul D/4.

Tjekliste: Tjeklister inddeles i to hovedtyper: 1) Læs-og-kontroller ('*Read and verify*'): Efter at alle forberedelser er gjort, gennemgås tjeklisten for at sikre, at alt er gjort og gjort korrekt. Dette er den mest almindelige form for tjekliste og kan sidestilles med brugen af indkøbslister i supermarkedet. I sundhedsvæsenet kan denne type tjekliste anvendes inden afslutningen af en stuegang, ved overdragelse af opgaver ved et vagtskifte eller i forbindelse med transport af en patient mellem afdelinger eller sygehuse. 2) Læs-og-udfør ('*Read and do*'): Dette er en tjekliste, der kun anvendes i specielle situationer som fx ved et hjertestop, alarmering ved brand, eller når en sjældent anvendt klinisk procedure skal gennemføres eller en uerfaren medarbejder skal gennemgå en kompleks opgave. Tjeklisten gennemgås og følges trin for trin. I dagligdagen kender vi denne type fra fx bageopskrifter og manualer til indstilling af uret på dvd-afspilleren. Se 'Kognitivt hjælpemiddel'. Se modul C/3.

Tjek-svar (Am.: *closed loop*): En kommunikationsform, der sikrer præcise overleveringer af vigtige beskeder fx det rigtige stue-nr. ved tilkald af et hjertestop-team eller en korrekt dosis ved en medicinordination. Afsenderen siger beskeden, modtageren gentager for at sikre, at beskeden er korrekt forstået, og afsenderen godkender. Se modul C/3.

Tværfaglig: Handling, der indebærer medvirken af flere fag eller faggrupper.

Utilsigtet hændelse: En ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Se modul A/1.

Referencer

Nedenstående referencer danner baggrund for Sikker Mundtlig Kommunikation. For en prioritering af evt. publikationer til undervisningsbrug henvises til afsnittet om undervisningsmateriale i 'Introduktion til Læringssættet'.

- **Agency for Healthcare Research and quality** (I). DoD Medical Team Training Programs: An independent Case Study Analysis. AHRQ Publication No. 06-0001. May 2006.
- **Agency for Healthcare Research and quality** (II). TeamSTEPPS. Pocket guide. AHRQ Publication No. 06-0020-2. June 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>
- **Agency for Healthcare Research and quality** (III). TeamSTEPPS. Guide to action. AHRQ Publication No. 06-0020-4. September 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>
- **Andersen** PO: Effective resuscitation team dynamics. In: American Heart Association Provider manual: Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) 2006.
- **Andersen** PO, Østergaard HT, Østergaard D: Akut kommunikation for turnuslæger. Udvikling af et struktureret curriculum for teamsamarbejde. Dansk Selskab for Medicinsk Uddannelses Årsdag 2005.
- **ANTS:** Se: Fletcher, 2003 og Flin 2003.
- **Arora** V, Johnson J, Lovinger D et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care*;14:401-7.

- **Arthur** H, Wall D, Halligan A. Team resource management: a programme for troubled teams. *Clin Gov* 2003;8:86-91.
- **Awad** SS, Fagan SP, Bellows C et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *Am J Surg* 2005;190:770-4.
- **Baker** D, Gustafson S, Beaubien J et al. Medical Teamwork and patient Safety: The Evidence based relation. 2003, Agency for Health Care Research and Quality, Rockville, Maryland, USA.
- **Baker** DP, Beaubien JM, Holzman AK. DoD medical team training programs: An independent case study analysis. Prepared for Agency for Health care Research and Quality. AHRQ, Rockville, MD. Maj 2006.
- **Baker** DP, Gustafson S, Beaubien JM. Team training in health care: a review of team training programs and a look towards the future. *Adv Pat Saf* 2007;4:253-69.
- **Blake** S, Kohler S, Rask K et al. Facilitators and barriers to 10 National Quality Forum Safe Practices. *Am J Med Qual* 2006;21:323-34.
- **Burke** CS, Salas E, Wilson-Donnelly K et al. How to turn a team of experts into an expert medical team: Guidance from the aviation and military communities. *Qual Saf Health Care* 2004;13:i96-i104.
- **Christian** CK, Gustafson ML, Roth EM et al. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery* 2006;139:159-73.
- **Cole** E, Crichton N. The culture of trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs* 2006;15:1257-66.
- **Crico/RMF**: Teamwork as a tool for patient safety. 2007. <http://www.rmfi.harvard.edu/education-interventions/articles/teamwork-as-a-tool-for-patient-safety.aspx>
- **Dahlberg** R. Den menneskelige faktor. Historiens svageste led. Aschehoug, København, 2004.
- **Dansk Selskab for Patientsikkerhed** og Sundhedsstyrelsen: Specifikke Patientsikkerhedsstandarder. Udvalgte Procedurer med et forbedringspotentiale. Marts 2005.
- **DeFontes** J, Surbida S. Preoperative Safety Briefing Project. *The Permanente Journal*, 2004; 8:21-7.
- **DiMeglio** K, Padula C, Piatek C et al. Group cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team building approach. *J Nurs Adm.* 2005;35:110-20.
- **Ejlskov** M. 'Kommunikation under pres'. Foredrag, Temadag for Anæstesiaafdelingen, Hvidovre Hospital, 23. nov. 2006.
- **Fisher** J, Phillips E, Mather J. Does crew resource management work? *Air Medical Journal* 2000; 19:137-9.
- **Fletcher** G, Flin R, McGeorge P et al: Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaest*, 2003;90:580-88.
- **Flin** R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Qual Saf Health Care* 2004;13:i80-i84.
- **Frankel** A, Leonard M, Denham CR. Fair and just culture, team behaviour and leadership engagement: the tolls to achieve high reliability. *Health Ser Res* 2006; 41:1690-709.
- **Gaffney** FA, Harden SW, Seddon R: Crew Resource Management: The Flight Plan for Lasting Change in Patient Safety. HCPRO Inc., Marpelhead, MA, USA, 2005.
- **Grogan** EL, Stiles RA, France DJ et al. The Impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. *J Am Coll Surg* 2004;199:843-8.
- **Haig** KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, 2006;32; 167-75.

- **Hales** BM, Pronovost PJ. The checklist – a tool for management and performance improvement. *J Crit Care* 2006;21:231-5
- **Harrison** TK, Manser T, Howard SK et al. Use of cognitive aids in a simulated anesthetic crisis. *Anest Analg* 2006;103:551-556.
- Harvard <http://www.rmf.harvard.edu/education-interventions/articles/teamwork-as-a-tool-for-patient-safety.aspx>
- **Helmreich** RL, Schaefer HG. Team performance in the Operating Room. s. 225-55. I: Bogner MS. *Human Error in Medicine*, 1994, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- **Helmreich** RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *Int J Av Psych* 1999;9:19-32.
- **Hohenhaus** S, Powell S, Hohenhaus JT. Enhancing patient safety during handoffs. Standardized communication and teamwork using the SBAR-method. *AJN* 2006;106:72A-74A.
- **Helmreich** RL. On Error Management: Lessons from aviation. *BMJ* 2000; 320:781-85.
- **Herman** N, Andersen HB, Schjøler T et al. Rekommandationer for rapporteringer af utilsigtede hændelser på sygehuse. Risø og Dansk Institut for Medicinsk Simulation 2002.
- **Institute of Healthcare Improvement**. SBAR: A situational briefing model. 2004. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>
- **Institute of Medicine**: To Err is Human. Building a safer Health care system. 1999.
- **Jain** M, Miller L, Belt D et al. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual. Saf. Health Care* 2006; 15:235-9.
- **Joint Commission** International Centre for Patient Safety. International Patient Safety Goals 2007 (I). www.jointcommission.org
- **Joint Commission** International Centre for Patient Safety. National Patient Safety Goals 2007 (II). www.jointcommission.org
- **Joint Commission Resources**. Patient Safety Pocket Guide. JCAHO, December 2006.
- **Joint Commission** Root Cause Statistics 2004. http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg
- **Kamp** A, Koch C. Arbejdsulykker i dansk industri : nye strukturer, sikkerhedskultur eller ulykkesfugle. København, Arbejds miljøfondet, 1998.
- **Karsh** BT, Holden RJ, Alper SJ et al. A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. *Qual Saf Health Care* 2006; 15:i59-i65.
- **Kirkpatrick** DL. Evaluating Training Programs. Madison, Wisconsin: American Society for Training and Development, 1975.
- **Kohn** LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human. Building a Safer Health Care System. Washington National Academy Press, 1999.
- **Larsen** K. Teamtræning på fødegangen. *Ugesk Laeger* 2007;169:68-70
- **Leonard** M, Graham S, Bonacum D. The Human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual. Saf. Health Care* 2004; 13:i85-i90.
- **Lingard** L, Regehr G, Espin S. Perceptions of Operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine* 2005;80:S75-79.

- **Lingard L**, Reznick R, Espin S et al. Team Communication in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. *Acad Med* 2002;77:232-7.
- **Lingard L**, Whyte S, Espin S et al. Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of utility from preoperative team briefings. *J. Interprof Care* 2006;20:471-83.
- **Lov om patientsikkerhed** 2003, http://147.29.40.91/_GETDOC_/ACCN/A20030042930-REGL
- **Madsen MD**. Human Factors – en måde at forbedre patientsikkerhed og minimere forekomsten af utilsigtede hændelser. Bilag II. Årsrapport 2006. Sundhedsstyrelsen, www.dpsd.dk.
- **Makary MA**, Mukherjee A, Sexton JB et al. Operating room briefings and wrong site surgery. *J Am Coll Surg* 2007;204:236-43.
- **Mann S**, Marcus R, Sachs B. Lessons from the cockpit: How team training can reduce errors on L&D. *Contemporary OB/GYN* 2006:1-7.
- **Marsch S**, Müller C, Marquardt K et al. Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. *Resuscitation* 2004;60:51-6.
- **Maurino DE**, Reason J, Johnston N, Lee RB. *Beyond Aviation Human Factors. Safety in High Technology Systems*. 1995, Ashgate Publishing, Vt., USA.
- **McFerran S**, Nunes J, Pucci D et al. Perinatal Patient Safety Project. A multicenter approach to improve performance reliability at Kaiser Permanente. *J Perinatol* 2005;19:37-45.
- **Miller LA**. Patient safety and teamwork in perinatal care. *Resources for clinicians*. *J Perinat Nurs* 2005;19:46-51.
- **Morey JC**, Simon R, Jay GD et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 2002; 37:1553-81.
- **Murray WB**, Foster PA. Crisis Resource management among strangers: principles of organizing a multidisciplinary group for crisis resource management. *J Clin Anesth* 2000; 12:633-8.
- **National Center for Patient Safety**. VHA National Patient Safety Improvement Handbook, 2000
- **National Health Service**, National Patient Safety Agency & British Medical Association. *Safe Handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. 2006 www.bma.org.uk
- **National Health Service** Modernisation Agency: *Team Resource Management. The aviation approach to patient safety in healthcare*. 2003. <http://www.globalaviation.com/downloads/Global%20TRMReportPart2.pdf> (som tilgæet 2007.2.14.)
- **Nielsen PE**, Goldman MB, Mann S et al. Effects of teamwork training on adverse outcomes and process of care in labor and delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:48-55.
- **Patterson E**, Roth E, Woods D et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care* 2004;16:125-132.
- **Patton KA**. *Hand-Off Communication. Practical Strategies and tools for Jcaho compliance*. HcPro 2006.
- **Pedersen BL**, Mogensen T (red.): *Patientsikkerhed. Fra Sanktion til læring*. Munksgaard Danmark, København 2003.
- **Pietrowski MM**, Hinshaw DB. The Safety checklist Program: Creating a culture of safety in intensive care units. *Strategies for building a hospital wide culture of safety*. Joint Commission Resources October 2006: 9-18.

- **Pizzi** L, Goldfarb NI, Nash DB: Chapter 44. Crew resource Management and its applications in medicine *in* Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM et al. Making Health Care Safer. A critical analysis of patient safety practices. Agency for Health care research and quality 2001.
- **Pronovost** P, Berenholtz S, Dorman T et al. Improving Communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care.* 2003;18:71-5.
- **Raboel** LI, A Ignaczak, J Anhoej et al. Validating root cause analysis for research purposes. Abstract, Patient Safety Research Conference, Porto, September 2007 (indsendt).
- **Rasmussen** J. The Concept of Human Error. Is it useful for the Design of Safe Systems in Health Care? I: Vincent C, Moll F. Risk and Safety in Medicine, 1999, London, Elsevier.
- **Ravnholt** MM, Jensen PB, Rytter L. Den gode henvisning og den gode epikrise. En indikatorbaseret auditundersøgelse. September 2005. www.dgma.dk
- **Reason** J. Human Error: Models and Management. *BMJ* 2000; 320:768-70
- **Reason** J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- **Reason** J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-770
- **Risser** DT, Rice MM, Salisbury ML. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1999;34:373-83.
- **Rivers** RM, Swain D, Nixon WR. Using Aviation Safety Measures to enhance patient outcomes. *AORN J*, 2003; 77:158-62.
- **Salas** E, Bowers C, Edens E. Improving teamwork in organizations. Applications of Resource Management Training. Lawrence Erlbaum Publishers, London 2001.
- **Schiøler** T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A: Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehusene. En retrospektiv gennemgang af journaler. *Ugeskr Læger.* 2001;163:5370-8.
- **Sexton** JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-749
- **Sexton** JB (ed.): The Better the team the safer the world. Golden rules of group interaction in high risk environments: Evidence based suggestions for improving performance. Ladenburg & Rüsclikon, Germany 2004.
- **Sexton** JB. Teamwork Climate and postoperative Sepsis in the surgical operating room. Association for Psychological Science Symposium. New York, 27 maj 2006.
- **Singh** H, Petersen LA, Thomas EJ. Understanding diagnostic errors in medicine: a lesson from aviation. *Qual Saf Health Care* 2006;15:159-64.
- **Taylor** CR, Hepworth JT, Buerhaus PI et al. Using crew resource management to improve diabetes care in a primary care setting. www.saferpatients.com 2005.
- **TeamSTEPPS**: Se 'Agency for Health Care Research and Quality'.
- **Thomas** EJ, Sexton B, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003;31:956-9.
- **WHO World Alliance for Patient Safety.**
http://www.jointcommission.org/NewsRoom/NewsReleases/nr_120406.htm
(Løsninger endnu ikke publiceret)

Elektroniske ressourcer

www.trygpatient.dk Dansk Selskab for Patientsikkerheds læringsæt og kerneårsagsanalyser til undervisningsbrug

www.patientsikkerhed.dk (links til litteratur, Sundhedsloven og diverse materialer)

www.herlevsimulator.dk Dansk Institut for Medicinsk Simulations hjemmeside. Links til kurser, medarbejdere og litteratur om bl.a. *Crew Resource Management*.

Kontaktinformation

Læringssettet kan bestilles på www.trygpatient.dk.

Evt. spørgsmål, kommentarer eller forslag til forbedringer til læringssettet sendes til info@patientsikkerhed.dk

Bilag 1: Referencer til i 'Håndbog I Sikker Mundtlig Kommunikation'

Tjeklister generelt

- Agency for Healthcare Research and quality. TeamSTEPPS. Pocket guide. AHRQ Publication No. 06-0020-2. June 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>
- Hales BM, Pronovost PJ. The checklist – a tool for management and performance improvement. J Crit Care 2006;21:231-5.
- Harrison TK, Manser T, Howard SK et al. Use of cognitive aids in a simulated anesthetic crisis. Anest Analg 2006;103:551-556.
- Joint Commission Resources. Patient Safety Pocket Guide. JCAHO, December 2006.
- Pietrowski MM, Hinshaw DB. The Safety checklist Program: Creating a culture of safety in intensive care units. Strategies for building a hospital wide culture of safety. Joint Commission Resources October 2006: 9-18.

ISBAR

- Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Journal on Quality and Patient Safety, 2006;32; 167-75.
- Hohenhaus S, Powell S, Hohenhaus JT. Enhancing patient safety during handoffs. Standardized communication and teamwork using the SBAR-method. AJN 2006;106:72A-74A.
- Institute of Healthcare Improvement. SBAR: A situational briefing model. 2004. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>

Teambesked

- **Agency for Healthcare Research and quality (III).** TeamSTEPPS. Guide to action. AHRQ Publication No. 06-0020-4. September 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>

Tjek-svar

- Specifikke patientsikkerhedsstandarder. Udvalgte procedurer med et forbedringspotentiale. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Joint Commission International Centre for Patient Safety. International Patient Safety Goals 2007. www.jointcommission.org

ISBAR med SALSA

- Arora V, Johnson J, Lovinger D et al. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. Qual Saf Health Care;14:401-7.
- Joint Commission International Centre for Patient Safety. National Patient Safety Goals 2007. www.jointcommission.org

- National Health Service, National Patient Safety Agency og British Medical Association. Safe Handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. 2006 www.bma.org.uk
- Patterson E, Roth E, Woods D et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *Int J Qual Health Care* 2004;16:125-132.
- Patton KA. Hand-Off Communication. Practical Strategies and tools for Jcaho compliance. HcPro 2006.
- Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L. Den gode henvisning og den gode epikrise. En indikatorbaseret auditundersøgelse. September 2005. www.dgma.dk

Teamleder og teammedlemmer

- Fletcher G, Flin R, McGeorge P et al: Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaest*, 2003;90:580-88.
- Sexton B (ed.): The Better the team the safer the world. Golden rules of group interaction in high risk environments: Evidence based suggestions for improving performance. Ladenburg & Rüschnik, Germany 2004.
- Agency for Healthcare Research and quality. TeamSTEPPS. Guide to action. AHRQ Publication No. 06-0020-4. September 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>

Briefing

- DeFontes J, Surbida S. Preoperative Safety Briefing Project. *The Permanente Journal*, 2004; 8:21-7.
- Lingard L, Whyte S, Espin S et al. Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of utility from preoperative team briefings. *J. Interprof Care* 2006;20:471-83.
- Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB et al. Operating room briefings and wrong site surgery. *J Am Coll Surg* 2007;204:236-43.
- Sexton B (ed.): The Better the team the safer the world. Golden rules of group interaction in high risk environments: Evidence based suggestions for improving performance. Ladenburg & Rüschnik, Germany 2004.

Opsummering

- Andersen PO: Effective resuscitation team dynamics. In: American Heart Association Provider manual: Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) 2006.
- Fletcher G, Flin R, McGeorge P et al: Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaest*, 2003;90:580-88.

Afrunding

- Awad SS, Fagan SP, Bellows C et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *Am J Surg* 2005;190:770-4.
- Fletcher G, Flin R, McGeorge P et al: Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br J Anaest*, 2003;90:580-88.

Sikre Sætninger

- Miller LA. Patient safety and teamwork in perinatal care. Resources for clinicians. *J Perinat Nurs* 2005;19:46-51.

- Murray WB, Foster PA. Crisis Resource management among strangers: principles of organizing a multidisciplinary group for crisis resource management. J Clin Anesth 2000; 12:633-8.
- Sexton B (ed.): The Better the team the safer the world. Golden rules of group interaction in high risk environments: Evidence based suggestions for improving performance. Ladenburg & Rüschnikon, Germany 2004.

Nødbremsen

- Agency for Healthcare Research and quality. TeamSTEPPS. Guide to action. AHRQ Publication No. 06-0020-4. September 2006.
<http://www.ahrq.gov/qual/teamstepps/>
- Miller LA. Patient safety and teamwork in perinatal care. Resources for clinicians. J Perinat Nurs 2005;19:46-51.

Bilag 2: Anvendelse af CRM-begreber

Af overlæge Kurt Nielsen, Dansk Institut for Medicinsk Simulation og Anæstesiafdelingen, Roskilde Sygehus

Her følger en beskrivelse af begreberne fra Crew Resource Management. En del af begreberne anvendes i Sikker Mundtlig Kommunikation. For at lette forståelsen, er begreberne her illustreret med en case: En medicinsk reservelæge modtager en patient med forværring i sin kronisk obstruktive lungesygdom (KOL). Vi følger lægen og patienten under patientens indlægges i den akutte medicinske modtageafdeling.

Situation awareness (Situationsbevidsthed)

Situationsbevidsthed handler om at være på forkant, opmærksom, bevidst om sine opgaver og gøre sit bedste. Følgende kompetencer er en del af situationsbevidsthed:

- **Samler og bruger al tilgængelig information:** Man indsamler aktivt al den information, der er relevant. Man vurderer disse data, så man er sikker på, at det, man senere kommer til at tage en beslutning ud fra, er korrekt. Fx kan man sammenligne normalt afhængige værdier og vurdere om mønsteret passer.
 - *Reservelægen spørger om symptomer, udvikling, og iværksætter nærmere undersøgelser. Patienten føles varm så der tages temperatur. Der ses på CRP og leukocytter. Man lytter på lunger, og der tages og vurderes et røntgen af thorax.*
- **Genkender og forstår:** Man prøver at genkende et mønster og vurderer om informationerne passer med mønsteret og forløbet indtil nu.
 - *Passer de indsamlede informationer med en akut forværring af den kroniske lungesygdom?*
- **Forventer og forbereder:** Man forestiller sig, hvad det videre forløb vil være, hvis det går som det plejer. Hvad er det værst tænkelige forløb? Hvor hurtigt kan patientens tilstand ændre sig? Og hvad skal man være specielt opmærksom på?
 - *Hos denne patient vil reservelægen nok tænke på respirationsinsufficiens - og hvis tilstanden udvikler sig: sepsis og kredsløbsinsufficiens.*
- **Er opmærksom på det rigtige:** Opmærksomhed er en begrænset ressource som skal bruges med omtanke: Det kan være hensigtsmæssigt at give noget sin udelte opmærksomhed, fokusere og ikke bliver distraheret. Men i andre tilfælde er det vigtigere, at man har overblik og ikke lader hele sin opmærksomhed indfange af detaljer.
 - *Hos vores patient skal reservelægen ikke kun fokusere på infektionen, men også være opmærksom på respirationen og kredsløbet.*

Decision making (Beslutningstagning)

Ud fra de indsamlede informationer tager man en beslutning om, hvad der nu skal ske. Det er vigtigt at pointere, at uanset hvad man gør, tager man en beslutning: At undlade at gøre noget er også et bevidst valg. Man overvejer alternativer og finder den rigtige balance mellem fordele og ulemper. Man sikrer sig, at beslutningerne tages ud fra korrekte data vha. reevalueringer og dobbeltcheck. For at kunne overskue situationen, er det væsentligt, at man er opmærksom på det rigtige. Beslutningstagning inkluderer følgende kompetencer:

- **Finder muligheder:** Man undersøger, hvad man kan gøre ved tilstanden. Findes der forskellige alternative muligheder?
 - *Kan man klare sig med at starte antibiotikabehandling med tabletter, eller det skal det være i.v.?*
- **Afbalancerer risici og muligheder:** Man orienterer sig om forskellige alternativer: Hvad er gevinsten, og hvad er de eventuelle bivirkninger eller mulige komplikationer?
 - *Skal vi vælge et bredspektret antibiotikum og være næsten sikre på effekt, men samtidigt øge risikoen for resistensudvikling. Eller skal vi vælge almindelig penicillin?*
- **Re-evaluerer:** Da tilstanden hurtigt kan ændre sig, bør man lige så hurtigt kunne ændre sine beslutninger. Det kræver, at man hele tiden orienterer sig og indsamler evt. nye data.
 - *Bliver vores patient hurtigt dårligere, måske med tegn på sepsis, skulle man måske give et bredspektret antibiotika?*
- **Dobbelttjekker:** Inden man træffer sin beslutning kontrolleres data igen. Reevaluering og dobbeltcheck anvendes for at forebygge en 'antagelsesbekræftende opfattelse', dvs. at man fastholder en diagnose selvom der er flere informationer der taler imod eller peger på noget andet (fiksationsfejl). Man er tilbøjelig til at vælge diagnoser man kender godt, og hvor man er sikker på behandlingen, og der findes 'modediagnoser' og diagnoser der er 'gået af mode'. Begge dele øger sandsynligheden for fiksationsfejl.
 - *Passer mønsteret stadig med at vores patient har en forværring i sin KOL. Eller er der noget, der er anderledes end det man normalt ser? Differentialdiagnoser bør overvejes: Lungeødem eller pneumoni? Er patientens bevidsthedsvækket? Kan det dreje sig om meningitis eller apopleksi?*
- **Er opmærksom på det rigtige:** Man undgår at blive optaget af praktiske gøremål som fx at lægge venflon, tage blodprøver og blande medicin, medmindre andre tager sig af at bevare overblikket, overvåge patienten og reevaluere løbende.

Task Management (Opgaveløsning)

Efter man har taget en beslutning om, hvad der skal gøres, skal opgaven løses efter de gældende retningslinier. Dette kræver følgende kompetencer:

- **Planlægger og forbereder:** Man lægger en plan, og forberede afviklingen af planen, samt informere relevante samarbejdspartnere om planen.
 - *Vores patient skal have antibiotika, i.v. adgang, taget venyler og skal samtidigt observeres. Det vil nok være godt at være flere om opgaven, og helst fra flere forskellige faggrupper.*
- **Prioriterer:** Man begynder med det, der er mest presserende, så mindre vigtige opgaver ikke forsinker det væsentlige. Prioriteringen kan bygge på re-evalueringer og opsummeringer.
 - *Patienten, der indtil nu har trukket vejret sufficient, får pludselig svært ved at trække vejret. Blodtrykningen må derfor vige til fordel for understøttelse af respirationen.*
- **Følger standarder:** Der er ofte gjort et meget stort arbejde for at udarbejde vejledninger, procedurebeskrivelser og instrukser for de diagnoser man kan møde i en afdeling. Man kan ikke basere sig på udenadslære i en akut situation, og derfor er det vigtigt at anvende disse kognitive hjælpemidler.

- *Har afdelingen en instruks om behandling af KOL med akut forværring, eller kan afsnittet i kittelbogen om brug af antibiotika bruges?*
- **Finder og anvender ressourcer:** Man overvejer, om man kan klare opgaven selv eller om der er brug for ekstra personale, medicin eller udstyr.
- **Kender sine omgivelser:** Man er orienteret om, hvor de forskellige ressourcer befinder sig
 - *Jeg må kalde på en sygeplejerske og en bioanalytiker, for jeg har behov for at nogen finder medicin og tager blod fra til dyrkning. Er der en anæstesilæge i huset? Hvor lang er transporttiden til en mere specialiseret afdeling, hvis der bliver brug for det? Er der nok personer i vagt til at én kan ledsage patienten eller skal vi kalde ekstra mandskab ind?*

Teamwork (Samarbejde)

Man skal oftest være flere for at løse en opgave, som den i eksemplet, og i så fald kræves der samarbejde. Det kræver følgende kompetencer:

- **Koordinerer:** Alle i teamet kender opgaven, planen og målet. Dette opnås ved rolle- og opgavefordeling i teamet.
 - *Hvis vores patient bliver dårligere, mens vi er i gang med at forberede antibiotika, vil vi eventuelt tilkalde anæstesen, som kan vurdere om der er behov for behandling, der understøtter vejtrækningen.*
- **Afklarer kompetencer:** Alle har relevante opgaver i forhold til deres kompetence. Dette er en vanskelig kompetence, som kræver situationsbevidsthed.
 - *Der er nu mange opgaver: Anæstesen bør holde øje med og eventuelt behandle respirations- og kredsløbsproblemer. Sygeplejerskerne kan forberede overflytning til ITA. Internmedicineren kan planlægge terapiniveauet for det videre forløb i samarbejde med anæstesen.*
- **Deler viden:** Man sikrer, at alle i teamet har den nødvendige viden for at opgaven bliver løst tilfredsstillende. Vidensdeling kan fx ske vha. ISBAR, tjek-svar (*closed loop*) og klar og tydelig tale. Kommunikationen skal være relevant, og der skal jævnligt ske opsummeringer og reevalueringer for at sikre en dynamisk prioritering.
 - *Tilbage til patienten: Anæstesilægen tilkaldes vha. ISBAR:*
 - *Identifikation: "Det er medicinsk reservelæge. Jeg ringer angående Hanne Nielsen, cpr.-nr.: 123456-3456".*
 - *Situation: "Hun har KOL i akut exacerbation. BT er 100/70 og faldende, RF 40, SAT 79. Hun har 39,0, øget expectoration, tiltagende åndenød, a-punktur viser hypoxi, hypercapni, og respiratorisk acidose".*
 - *Baggrund "Hun har haft KOL gennem 20 år, jævn forværring over årene, nu akut forværring. Hun har følt sig sløj de sidste dage."*
 - *Analyse: "Jeg tror hun er ved at udtrætte respiratorisk, og måske har hun begyndende sepsis."*
 - *Råd: " Jeg foreslår at du kommer, gerne med det samme m.h.p. vurdering af mulighed for overflytning til intensiv afdeling".*
- **Leder teamet:** Lederen skal være synlig og kommunikere entydigt. Teammedlemmerne skal hjælpe og komme med input, hvis der er opgaver der kræver øget opmærksomhed. Hvis der er risiko for skade på patienten, skal der naturligvis gribes konstruktivt ind.

- *I vores case er der nu efterhånden mange mennesker på stuen. Derfor bør der være en, der påtager sig ledelsen. Det kan være den medicinske reservelæge, der tydeligt og kort briefer de tilstedeværende om situationen, lægger en plan sammen med relevante samarbejdspartnere, uddelegerer opgaverne, og påtager sig at reevaluere situationen jævnlige.*
- **Giver gensidig opbakning:** Man støtter, roser og hjælper hinanden og styrker derved samarbejdet. Omvendt kan samarbejdet svækkes, hvis der er indbyrdes konflikter i en gruppe. Det medfører risiko for skade på patienten.

Sammenfatning

Som det fremgår, er der glidende overgange mellem de forskellige begreber, og en del af begreberne optræder flere gange. Udgangspunktet for ovenstående er de tre CRM-typer, der særligt anvendes indenfor medicinsk simulation, nemlig Anaesthesia Crisis Resource Management (ACRM), Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) og Kernelæringsmål.

Elementerne kan deles op i individuelle- og samarbejdsfærdigheder:

Situationsbevidsthed og beslutningstagning er individuelle færdigheder.

Opgaveløsningen og samarbejde er forbundne og i sigens natur

samarbejdsfærdigheder. Elementerne griber ind i hinanden, og kan skabe synergi:

Personer med gode individuelle færdigheder medvirker til at samarbejdet bliver bedre, ligesom et godt samarbejde gør de enkelte medlemmer bedre. Dette er netop pointen med CRM. Når det lykkes, bliver resultatet den bedst mulige behandling.

Referencer

- Wiener EL, Kanki BG, Helmreich RL. Cockpit Resource Management. Academic Press, 1993.
- Koester T, Frandsen F (red.). Introduktion til psykologi: teori, anvendelse, praksis, 2. reviderede udgave; Kbh. 2005, Frydenlund grafisk.
- Howard SK, Gaba DM, Fish KJ et al. Anesthesia Crisis Ressource Management training. Teaching anaesthetists to handle critical incidents. Aviat Space Environ Med 1992;63:763-70.
- Fletcher G, Flin R, McGeorge P et al: Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. Br J Anaest, 2003;90:580-88.
- Andersen PO: Effective resuscitation team dynamics. In: American Heart Association Provider manual: Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) 2006.
- Tamuz M, Harrison MI. Improving Patient Safety in hospitals. Controbutions of high-reliable theory and normal accident theory. Helth Serv Res 2006;41:1654-76