

SBAR

Ett möjligt kommunikationsverktyg?

FÖRFATTARE	Lena Klerfors Britt-Marie Zaman
PROGRAM/KURS	Fristående kurs Examensarbete på grundnivå HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kerstin Dudas
EXAMINATOR	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	SBAR – ett möjligt kommunikationsverktyg?
Titel (engelsk):	SBAR – a possible communication tool?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Examensarbete för kandidat i omvårdnad OM 5250 Fristående kurs
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Lena Klerfors Britt-Marie Zaman
Handledare:	Kerstin Dudas
Examinator:	Ingalill Koinberg

SAMMANFATTNING

World Health Organization (WHO) skriver att upp till 70 procent av alla patientavvikelser beror på bristande kommunikation och Socialstyrelsen skriver att 8,6 procent av patienterna inom slutenvården drabbas av en vårdskada. Hälso- och sjukvård är en riskfylld verksamhet och att använda checklistor och träna teamarbete ger en säkrare vård och bättre kommunikation. Många organisationer och myndigheter förespråkar nu SBAR, vilket står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation, som ett effektivt och säkert kommunikationsverktyg. Syftet med litteraturstudien var att kartlägga vilken evidens och vilka effekter SBAR har på patientsäkerhet, kommunikation och arbetsmiljö, samt hur SBAR kan implementeras. I studiens resultat framkom förbättrad kommunikation genom bättre struktur, rätt och tydligare uppgifter samt effektivare överlämningar. Självkänslan förbättrades genom bättre självförtroende, ökad tillfredsställelse och mer bestämda och nöjdare medarbetare. Samarbetet förbättrades genom ökad organisationsförmåga, bättre arbetsklimat och mindre syndabockstänkande. Det var enklare att fatta beslut, kritiskt tänkande förbättrades, överlämningar blev snabbare och tidigare ingripanden kunde göras. För att införa SBAR på ett hållbart och effektivt sätt bör införandet ske på sjukhusledningens initiativ, ha en ordentlig och tydlig införande- och utbildningsplan samt en lång uppföljningstid och utvärdering. Resultatet av litteraturstudien visar på goda effekter i organisation, arbetsklimat, självkänsla och patientsäkerhetskultur. Däremot saknas resultat på patientnöjdhet och om SBAR verkligen minskar antalet vårdskador, därför behövs mer forskning inom området.

Nyckelord: SBAR, kommunikationsverktyg, patientsäkerhet, överrapportering, överföring, team, självförtroende, arbetstillfredsställelse och patientsäkerhetskultur.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
LAGAR, FÖRESKRIFTER OCH RIKTLINJER	2
SBAR	3
Historik	3
Vad är SBAR	3
Tidigare forskning om SBAR	4
KOMMUNIKATION	4
Olika yrkesgruppers ansvar för kommunikation	5
Överrapportering	5
ARBETSMILJÖ	6
PATIENTSÄKERHET	6
Vad är patientsäkerhet	6
Hur mäts patientsäkerhet	6
Vad påverkar patientsäkerhet	7
Vad är en god patientsäkerhetskultur?	8
IMPLEMENTERING	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
FASER I ARBETSGÅNG VID LITTERATURÖVERSIKT	9
RESULTAT	12
KOMMUNIKATION	13
ARBETSMILJÖ	14
PATIENTSÄKERHET/PATIENTSÄKERHETSKULTUR	15
IMPLEMENTERING	15
Utvärdering	16
Användning av SBAR efter införandet	16
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
Kommunikation	18
Arbetsmiljö	19
Patientsäkerhet/patientsäkerhetskultur	19
Slutsats	21
REFERENSER	22
BILAGOR	
BILAGA 1 - Informationsbroschyr från SKL om SBAR	
BILAGA 2 - SBAR-kort akut situation	
BILAGA 3 - SBAR-kort icke akut situation	
BILAGA 4 - Artikelmatris	
BILAGA 5 - Definitioner/förklaringar	

INLEDNING

World Health Organization (WHO) anger att upp till 70 procent av alla patientavvikelser beror på bristande kommunikation (Better knowledge, 2009). Den nationella patientsäkerhets-konferensen i Stockholm, som genomfördes för sjätte gången 2011, har rönt ett stort intresse och fått fler och fler deltagare för varje år. I januari 2013 genomförs konferensen för sjunde gången, det har blivit angeläget för olika hälso- och sjukvårdsorganisationer att få delta och dela med sig av sina erfarenheter.

WHO arbetar med att förbättra patientsäkerheten över hela världen och har även tagit fram olika verktyg att använda i det dagliga arbetet, som varken är svåra eller kräver någon kostnad eller utrustning, t ex en checklista för säker operation, Clean hands kampanjen och följsamhetsmätningar för kläd- och hygienrutiner. Det mesta går att införa överallt i världen, med enkla medel. I Sverige arbetar hälso- och sjukvårdsorganisationer intensivt tillsammans med Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag samt de olika fackförbunden och intresseföreningar som finns för att patientsäkerhetsarbetet ska vara prioriterat i både planering och styrning av verksamheten och i det dagliga vårdarbetet. En nollvision av patientskador har anammats både nationellt och internationellt. Patienter förväntar sig inte att råka ut för en vårdskada utan förväntar sig en riskfri vård (Baker, Day & Salas, 2006). Vi har i litteraturgenomgången valt att studera kommunikationsverktyget Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation (SBAR) och belysa kommunikationen i överrapportering mellan olika medarbetare och i samband med övergångar till andra enheter, sjukhus eller vårdorganisationer.

BAKGRUND

Socialstyrelsens vårdskadestudie (2008) fann att 8,6 procent av patienterna inom slutna somatisk vård hade drabbats av någon form av vårdskada. Patienter som riskerade att drabbas var något fler i åldersgruppen över 65 år. Däremot sågs ingen signifikant skillnad mellan könen. De vanligaste vårdskadorna var inom områdena diagnostik, läkemedelsbehandling, invasiva åtgärder eller utebliven/försenad vårdåtgärd. Vårdskadestudien beskriver inte varför skadorna skett. Joint Commissions (2012) kartläggning av patientskador visar att så mycket som 80 procent av vårdskadorna handlar om kommunikationsbrister, vilket ger en uppfattning om problemets storlek avseende kommunikation och informationsöverföring. Socialstyrelsen (Informationsöverföring och kommunikation, 2012) hänvisar till en studie från Australien som granskade 30 000 vårdskador varav 11 procent hade orsakats av kommunikationsproblem medan 6 procent berodde på otillräcklig skicklighet hos utövaren (Zinn, 1995). De stora riskerna fanns inom kommunikation mellan vårdpersonal och patient, mellan olika aktörer i vården samt för patienter som överförs mellan olika vårdgivare (Joint Commission, 2012).

Hälso- och sjukvård är en riskfylld verksamhet och det finns tusentals risker och orsaker till att det blir fel varje dag, trots detta är det ändå få som avlider. Sjukvården är riskfylld på grund av sin komplexitet, då den ofta har en hierarkisk struktur och många

beslutsfattare med mycket ansvar, stort informationsflöde och tidsbrist (Baker et al., 2006). Det står helt klart att framtidens utveckling inom hälso- och sjukvård är mer beroende av ett bra teamarbete och en effektiv kommunikation, då den tekniska utvecklingen går fort och blir alltmer datoriserad. De som arbetar i vården får mycket information att hantera och ta ställning till inför beslut i patientvården (Baker et al., 2006).

När checklistor används blir det enklare och säkrare att strukturera arbetet, och tankarna vilket gör att bättre slutsatser kan dras i vårdarbetet (Frankel, Leonard & Denham, 2006). I hälso- och sjukvården tränas det väldigt lite på teamarbete och kommunikation jämfört med andra riskfyllda verksamheter såsom flyget och kärnkraften. Sjukvården har inte heller någon lång erfarenhet av att arbeta med att identifiera den mänskliga faktorn vid organisation av arbetet i sjukvården, vilket industrin varit föregångare med (Better knowledge, 2009).

Team gör färre misstag än individer och både teamträning och individuell träning behövs för att förbättras. Sjukvårdspersonal måste öva sig i att känna igen kritisk information när den kommer för att kunna arbeta optimalt på ett patientsäkert sätt (Miller, Riley & Davis, 2009). Enligt WHO har utbildning under allt från korta webbutbildningar till 2-3 dagars kurser i medvetande och närvaro tillsammans med träning av kognitiva färdigheter ett bra resultat och ger ett bättre teamarbete. Inom flyget och andra riskfyllda verksamheter har detta redan insetts sedan många år och där tränas riskfyllda moment regelbundet. Detta sätt att arbeta har nu börjat uppmärksammas även inom hälso- och sjukvården som en metod för att förbättra patientsäkerheten (Better knowledge, 2009).

LAGAR, FÖRESKRIFTER OCH RIKTLINJER

De nya föreskrifterna och allmänna råden i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011) fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Där anges att det är vårdgivaren, den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd till vissa funktionshindrade som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Syftet med de nya reglerna är att kvaliteten inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet inom lag om stöd och service till vissa funktionshindrade ska utvecklas och säkras på ett systematiskt sätt (Socialstyrelsen, 2012).

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och liknande verksamhet. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) säger att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Etiskt medgivande från patient beskrivs i Helsingforsdeklarationen från 1964, regler för forskning på människor. Det krävs informerat samtycke från försökspersoner som ska medverka i studier, konfidentialitet samt rätt att avbryta sitt deltagande. Detta följs och inga vetenskapliga tidskrifter publicerar forskningsartiklar som inte följer

Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen kom till för att skydda försökspersoner från farlig forskning utan medgivande och informeratsamtycke mot bakgrund av vad som skedde under andra världskriget på fångar i koncentrationsläger. Ett krav är att syftet ska vara att ta fram ny kunskap och skydda mot fysisk, psykisk och annan skada i samband med forskning. Från början var Helsingforsdeklarationen tänkt att tillämpas enbart på klinisk forskning men har vidgats även till andra typer av forskning (Helsingforsdeklarationen, 2008).

SBAR

Historik

Metoden SBAR startade inom den amerikanska marinen, togs in i flygindustrin och anammades och vidareutvecklades av Kaiser Permanente i Colorado (Thomas, Bertram & Johnson, 2009). Många organisationer och myndigheter såsom WHO, National Health Services, Institute for Healthcare Improvement, Socialstyrelsen m fl. förespråkar SBAR som kommunikationsverktyg.

Nätverket för patientsäkerhet, som består av SKL, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet och Vårdföretagarna, har anpassat SBAR till svenska förhållanden och tagit fram ett färdigt informationsmaterial. Materialet består av en kortfattad bruksanvisning och fem SBAR-kort för olika situationer (SKL, 2012). Socialstyrelsen beskriver att varje dag utväxlas tusentals budskap av olika slag inom hälso- och sjukvården. Det är inte svårt att inse att olika störningar och brister i kommunikationen är en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till vårdskada (Socialstyrelsen, 2012). Om verksamheten är specifik bör SBAR anpassas till lokala förhållanden och det ska tydligt framgå vilken typ av information som ska ges i varje steg. (SKL, 2012).

Vad är SBAR

Kommunicera på ett säkert sätt minskar risken för vårdskada, vilket är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Verktöget SBAR ger struktur och en säker vägledning hur dialogen ska ske mellan olika vårdgivare i vården. En av de vanligaste orsakerna till misstag i vården är att kommunikationen brustit mellan olika personer. Patientsäkerheten hotas om vårdens personal missförstår varandra när de ska överföra information om en patients tillstånd.

SBAR är ett sätt att lämna och ta emot viktigt information strukturerat och snabbt (SKL, 2012). För mer information se bilaga 1-3.

SBAR står för:

- Situation Sändaren ska kort beskriva för mottagaren varför kontakt tas.
- Bakgrund Sändaren ska kortfattat ge mottagaren relevant sjukdomshistorik.
- Aktuellt tillstånd Här ska sändaren rapportera fakta om nuläget till mottagaren.
- Rekommendation Sändaren ger mottagaren förslag på åtgärd och mottagaren återkopplar med ev. ordinationer och åtgärder. Samtalet avslutas med att sändaren försäkrar sig om att mottagaren inte har några fler frågor och att de båda är överens.

- **Identitet** I några artiklar har kommunikationsverktyget fått ett I innan SBAR där I:et står för patientidentitet för att ytterligare förstärka kommunikationsverktyget, ISBAR (Marshall, Harrison & Flanagan, 2009; Thompson, Collett, Langbart, Purcell, Boyd, Yuminaga, ... McCormack, 2011).

Varje steg i SBAR innebär att det endast ges den information som är avsedd i just det steget, detta leder till att all viktig information kommer med, samt att rapporteringen inte blir avbruten av frågor. Mottagaren vet att information kommer och risken för missförstånd minimeras. Om vårdpersonalen använder SBAR i sina överrapporteringar minskar riskerna för att information glöms bort eller misstolkas (SKL, 2012). Personer som överrapporterar med hjälp av SBAR förbereder sig också bättre inför själva rapporteringen, detta medför att risken för vårdskador minskar (Thomas et al., 2009). Thomas et al. (2009) påvisar även i sin artikel att studenter som fick öva överrapportering i rollspel lärde sig av studiekamraternas misstag på ett bättre sätt om överrapporteringen skett med SBAR .

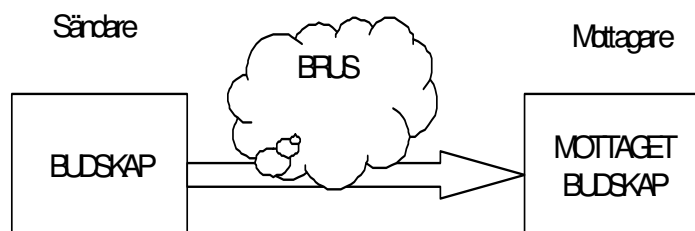
SBAR kan inte bara användas som ett verktyg mellan vårdens personal, utan fungerar lika bra i dialogen mellan personal, patienter och deras närstående (SKL, 2012). SBAR som kommunikationsverktyg bör anpassas till lokala förhållanden och det ska tydliggöras exakt vilken typ av information som ges i varje steg. För vissa situationer kan ytterligare kontrollrutiner behövas, exempelvis att mottagaren upprepar budskapet för att visa att det är korrekt uppfattat (Socialstyrelsen, 2012).

Tidigare forskning om SBAR

Forskningen inom SBAR-området är relativt begränsad då kommunikationsverktygets användning inom hälso- och sjukvård inte har använts under någon längre tid. I en reviewartikel med genomgång av 46 olika artiklar beskriver Riesenberg et al. (2009) 24 olika kommunikationsverktyg och dess effekter, mest förekommande var SBAR. Artikeln genererar inga svar om SBAR har någon effekt på patientsäkerheten, utan hon är överraskad av avsaknaden av utfallsstudier. Riesenberg et al. (2009) finner inte heller vilket sätt som är det mest effektiva att implementera kommunikationsverktyg på. Det saknades även kritiska eller negativa rapporter. I artikeln riktas också kritik mot att implementera nya arbetssätt utan evidens som stöder dess effekt.

KOMMUNIKATION

Det finns en sändare och en mottagare av ett budskap, ibland fungerar inte kommunikationen som den ska på grund av störande brus och budskapet går förlorat, vilket kan få allvarliga konsekvenser. På 40-talet beskrev Shannon et al. (1948) att den mänskliga faktorn var orsaken till varför kommunikationen inte alltid fungerade, på grund av att



Figur 1
Illustration föreställande en enkel kommunikationsmodell efter Shannon et al 1948 sid. 2

överenskomma och gemensamma koder saknades. Överflödiga information gör att det uppstår onödiga svårigheter hos mottagaren att tyda och förstå meddelandet (Shannon et al., 1948). Kommunikationsmodellen skapades från början för att beräkna och effektivisera telefonins kapacitet i USA, som ville använda informationskanalerna så effektivt som möjligt. Shannon hävdar att modellen passar inom alla typer av kommunikation. Shannon identifierade problem på olika nivåer såsom tekniska problem, semantiska problem och effektivitetsproblem. Sändaren bestämmer vilket budskap som ska sändas och mottagaren bestämmer vilket budskap som tas emot. Bruset som kan komma emellan sändare och mottagare är inte avsett att ingå i meddelandet och kan göra att meddelandet är ett annat när det kommer fram till mottagaren, se figur 1 (Shannon et al., 1948). I modernare beskrivningar av Shannons kommunikationsmodell finns det även en återkopplingsfunktion inlagd, brusfaktorn kan förekomma i hela processen inte bara under sändningen utan även under återkopplingen. Kommunikation beskrivs i dag mer som en interaktion och en mer eller mindre gemensam aktivitet och handlar allt mer om en process (Larsson, 2009).

Ett fenomen som beskrivs av Grebo & Sandell (2001) är skillnader i manlig och kvinnlig kommunikation. De beskriver att män talar mer i monologstil och är mer angelägna att visa upp det dem vet. Män är också mer abstrakta och faktaorienterade. Genom att tala i påståendeform och använda fackspråk demonstrerar de kompetens och auktoritet. Kvinnor däremot uttrycker sig mer generellt, enklare, talspråksnära och vardagligt. De använder också fler känslord och är mer person- än sakorienterade, vilket gör att kvinnor kan uppfattas som osäkra och mindre trovärdiga.

Olika yrkesgruppers ansvar för kommunikation

Sjuksköterskor och läkare utbildas olika och kommunicerar på olika sätt. Generellt beskriver sjuksköterskan sina tankar genom ett beskrivande talspråk. Läkarna är däremot fostrade i att tala kort och blir otåliga av att vänta på en sjuksköterskas mer beskrivande formulering. Sjuksköterskor känner ofta oro inför kontakt med läkare, vilket kan försena åtgärder och beslut i ett patientärende. Oerfarna sjuksköterskor kan lätt glömma vad de ska säga eller glömma att ta med viktig fakta inför frågor som kan komma upp vid en läkarkontakt (Thomas et al., 2009).

Vårdförbundet beskriver i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att hon/han ska ha förmågan att planera, konsultera, informera och kommunicera/samverka med andra aktörer i vårdkedjan samt verka för adekvat informationsöverföring och samverka för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet (Socialstyrelsen, 2012). Läkarförbundet anser att patientsäkerhet bland annat handlar om att förebygga och undanröja orsaker till risker, rutiner och regler, utbildning, kunskap och kompetens. Patientsäkerhet handlar om tydlig kommunikation mellan de som arbetar i vården (Läkarförbundet, 2012).

Överrapportering

Överrapportering definieras av Edwards och Woodard (2008) som en patientspecifik information vilket kommuniceras mellan två personer eller två team för att främja kontinuitet och ge säker vård. SKL (2012) menar att överrapportering är ett forum för informationsutbyte och uppdatering av organisatorisk karaktär. Med en fastställd

struktur för hur kommunikation och informationsöverföring ska gå till minskar risken att viktig information glöms bort eller missuppfattas (SKL 2012). För att förebygga att irrelevant och icke adekvat information tas med i överrapportering kan en strukturerad modell för informationsöverföring användas, vilket rekommenderas av organisationer som WHO (2009) och Joint Commission (2010).

ARBETSMILJÖ

Pascual et al. (2011) anser att en sjuksköterskas självförtroende kan ökas genom övning, då övning ger en bättre självsäkerhet och självkänsla. Tillfredsställelse betyder enligt Svenska akademiens ordlista (2012) att vara tillfreds eller nöjd genom att behov eller förväntningar är uppfyllda utifrån ens känslor och samvete. Saari et al. (2004) menar att arbetstillfredsställelse är en samlad värdering av nöjdhet utifrån negativa och positiva aspekter. Aspekter som kan mätas är arbetsbelastning, stress, ledningens stöd, inflytande och återkoppling. Dessa aspekter återfinns även i de patientsäkerhetskulturmätningar som görs enligt Socialstyrelsens handbok för mätning av patientsäkerhetskulturen (Socialstyrelsen, 2012).

PATIENTSÄKERHET

Vad är patientsäkerhet

I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definieras skydd mot vårdskada som resultatet av åtgärder som skyddar mot risker, tillbud och negativa händelser. Definition av vårdskada är lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (SFS 2010:659). Inom annan riskfylld verksamhet såsom flyget och industrin har fokus legat på säkerhet för medarbetarna och deras relationer, medan i hälso- och sjukvården involveras även patienten och dess anhöriga i säkerhetsperspektivet (Better knowledge, 2009).

Hur mäts patientsäkerhet

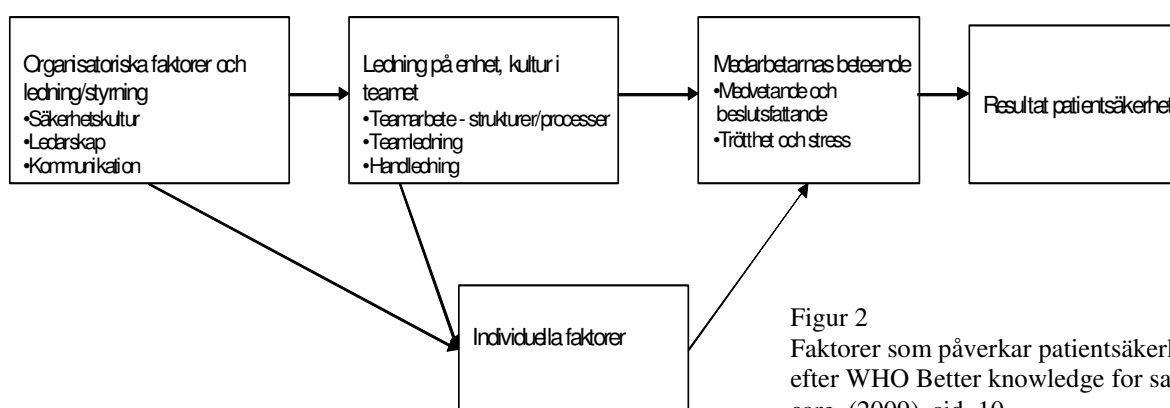
Attityder och värderingar som påverkar patientsäkerheten på en arbetsplats är patientsäkerhetskultur. För att lyckas med att skapa en god patientsäkerhetskultur spelar attityder och värderingar en stor roll. Det finns stora risker i vården, så stora att ett säkerhetsarbete måste finnas, som påminner om andra riskfyllda branschers säkerhetsarbete ute i samhället. Grunden är att medarbetarna ska vara medvetna om de risker som finns. Om alla är medvetna om riskerna kan ett systematiskt arbete starta för att minska dem. Misstag ska kunna diskuteras både öppet och konstruktivt. Patientsäkerhetskulturen mäts genom enkäter. Syftet är att kartlägga styrkor och svagheter i kulturen för att hitta områden att förbättra (SKL, 2012).

Frågor som ställs i en patientsäkerhetskulturmätning är benägenhet att rapportera händelser, sammantagen säkerhetsmedvetenhet, självskattad patientsäkerhetsnivå, antal rapporterade avvikelser och den närmaste chefens agerande kring patientsäkerhet. Vidare ställs frågor om lärandeorganisation, samarbete inom vårdenheten, öppenhet i kommunikationen, återföring och kommunikation kring avvikelser och en icke straff- och skuldbeläggande kultur då misstag görs. Dessutom ingår frågor om arbetsbelastning och personaltäthet, högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete,

samarbete mellan vårdenheterna, överlämningar och överföringar av patienter och information mellan vårdenheter och mellan arbetspass. Därtill efterfrågas antal rapporterade risker, information och stöd till patient/närstående vid negativ händelse och information och stöd till personal vid negativ händelse (Socialstyrelsen, 2012).

Vad påverkar patientsäkerhet

Enligt WHO finns det flera viktiga faktorer som påverkar patientsäkerhet i relationen mellan organisation och mänskliga faktorer. Vid brister i organisation, ledning och medarbetarnas beteende kan patientsäkerheten påverkas negativt och leda till fel och misstag (Better knowledge, 2009), se figur 2.



Figur 2
Faktorer som påverkar patientsäkerhet efter WHO Better knowledge for safer care. (2009), sid. 10.

Det finns många organisatoriska faktorer och orsaker i ledning och styrning som kan påverka patientsäkerheten såsom säkerhetskultur, ledarskap och kommunikation. Säkerhetskulturen i en organisation är produkten av individuella och grupper värderingar, attityder, uppfattningar, kompetens och beteendemönster som bestämmer engagemang, stil och skicklighet av en organisations hälsa och säkerhetsledning (Better knowledge, 2009).

Teamarbete innebär att människor med olika kompetens måste samarbeta med gemensamma arbetsuppgifter. Nästan allt arbete inom vård utförs av tvärprofessionella grupper i allt från olika operationsteam, skiftbyte hos personal på avdelningar, kliniker och andra behandlingsenheter. Inom akutsjukvården finns även tillfälliga teamledare som ansvarar för att koordinera arbetet under kortare tid, men på en kvalificerad nivå (Better knowledge, 2009).

Medarbetarnas beteende påverkar patientsäkerheten med hur de förstår vad som är på gång, vad det betyder och vad som kan ske inom de närmsta minuterna och timmarna. Beslutsfattande är ett riskfyllt moment, för att fatta ett beslut behövs en medvetenhet om situationen, ställa sig frågorna; vad är problemet, vilka risker finns och hur lång tid har jag på mig. Det är också en risk att låta bli att fatta beslut. Stress och trötthet är faktorer som påverkar förmågan till bra beslutsfattande (Better knowledge, 2009).

Vad är en god patientsäkerhetskultur?

I en god patientsäkerhetskultur ingår utredning och analys där lärdom dras av de misstag som görs, klimatet är öppet och tillitsfullt, personal och patienter får stöd om något hänt. Riskanalyser och all personal bibringas ett gott säkerhetstänkande (Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2012).

IMPLEMENTERING

Roselius och Sundell (2008) definierar implementering som procedurer för säkerställande och införande av nya metoder i verksamhet med varaktighet. De beskriver också implementering som en process i sex steg. Processen börjar med ett behov av en ny metod. Därefter förankras behovet i verksamheten. Sedan väljs lämplig metod ut och planering av genomförandet görs. Detta följs av utbildning i den nya metoden och därefter stöttning vid start och som sista steg ska det säkerställas att metoden används av all personal fortsättningsvis. I boken beskrivs också de vanligaste misstagen vid implementering t ex ineffektiv metod, otillräcklig planering och information. Författarna menar att när metoden är implementerad och alla använder den, så börjar det långsiktiga arbetet med att säkra fortsatt användning. För att detta ska fungera krävs att metoden används som överenskommit. Modifieringar ska inte göras förrän metoden satt sig och utvärdering genomförts. Eventuella modifieringar måste också noggrant utvärderas för att inte följsamheten ska minska. Det tar mellan två och fyra år att implementera en ny metod enligt Roselius och Sundell (2008). Enligt Christer Olsson (personlig kommunikation, VG-regionens KUL-turdag 25 oktober 2012) tar det tre veckor för en ny vana att bli en vana även om den utför dagligen och så långt som tre månader om den nya vanan endast görs ett par gånger i veckan.

PROBLEMFÖRMULERING

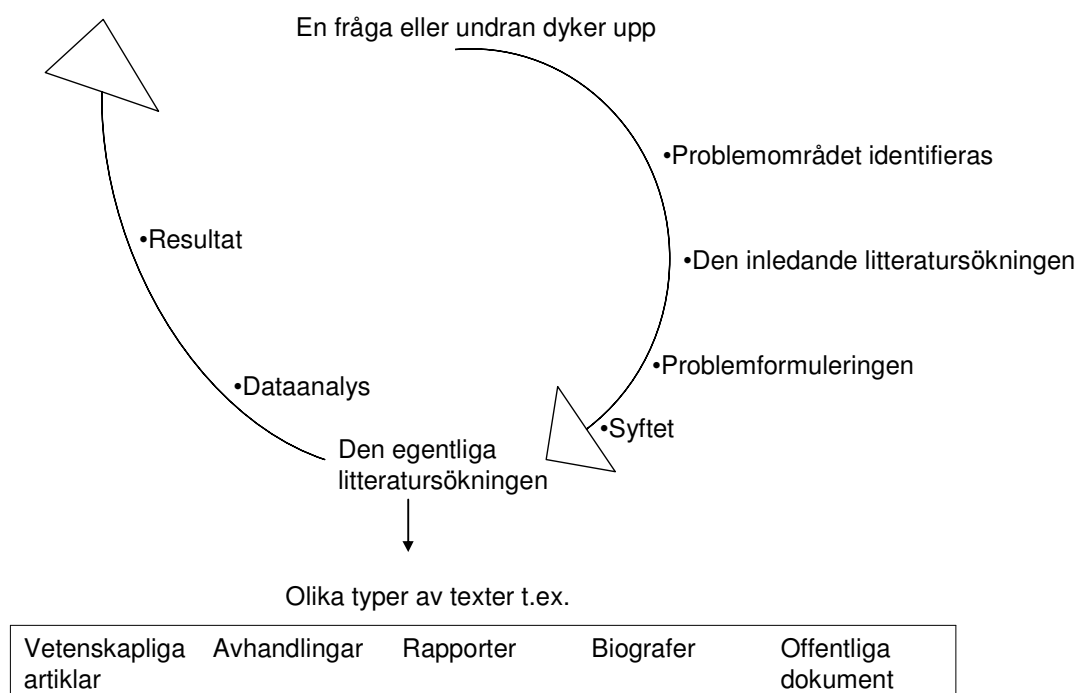
Sjukvården har inget bra överrapporteringsystem vilket kan leda till missförstånd i vårdens övergångar. WHO skriver att så mycket som 70 procent av alla patientavvikelser beror på bristande kommunikation (Better knowledge, 2009). Kommunikationsverktyget SBAR har börjat implementeras både nationellt och internationellt inom sjukvården. Det anses vara ett bra instrument för att förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och borde därigenom öka patientsäkerheten. Finns det någon evidens för att SBAR har goda effekter i vårdarbetet?

SYFTE

Genom litteraturstudie kartlägga vilken evidens och vilka effekter SBAR har på patientsäkerhet, kommunikation och arbetsmiljö, samt hur SBAR kan implementeras.

METOD

I arbetet har tankeprocessens faser enl. Friberg (2006) följts, vilket betyder att en fråga, som leder till en fundering, dyker upp och ligger till grund för problematiseringen. Tankeprocessens banor är ingen rak väg utan förflyttning fram och tillbaka sker i processen under arbetets gång, se figur 3. Litteraturöversikt görs då kunskapsläget inom ett visst fält kartläggs.



Figur 3
Tankeprocessens faser
efter Friberg (2006), sid. 28

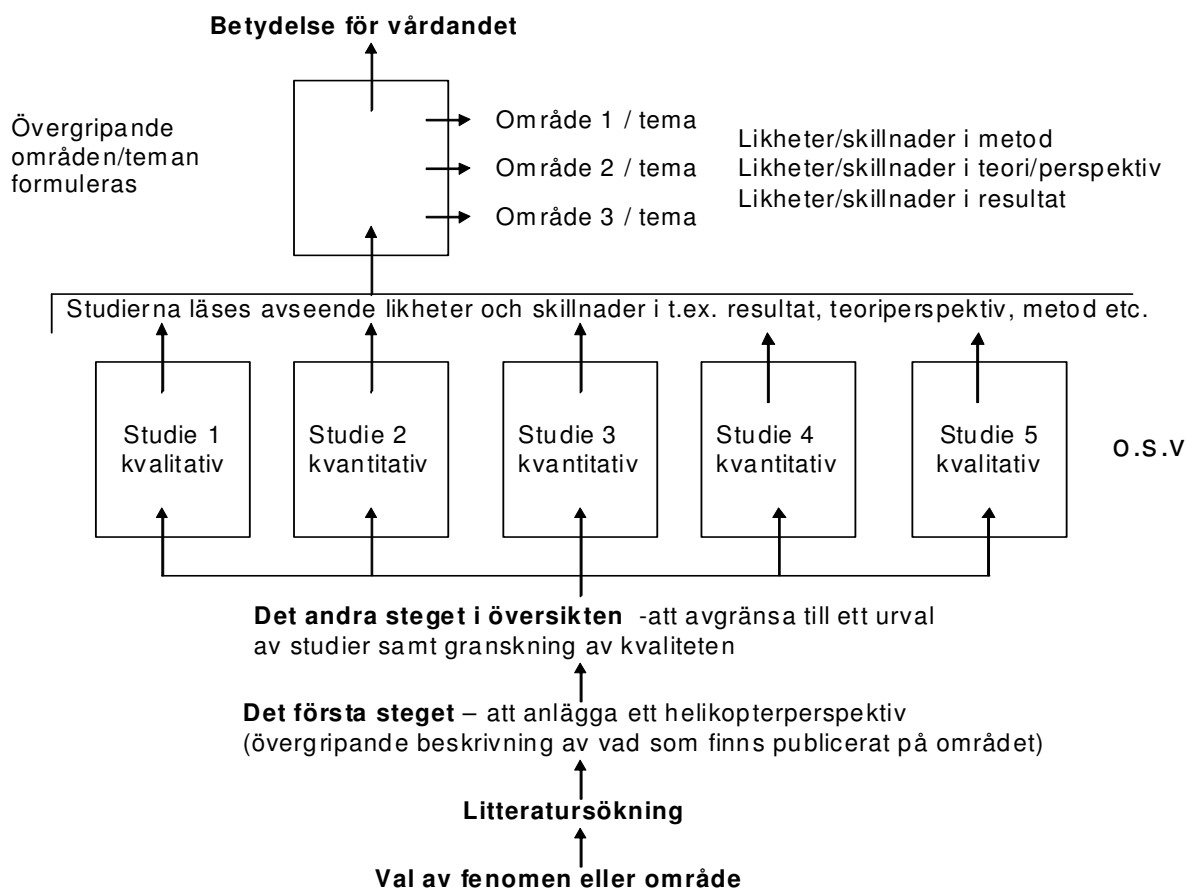
FASER I ARBETSGÅNG VID LITTERATURÖVERSIKT

Det första steget – anlägga ett helikopterperspektiv och inte låsa sig (Friberg, 2006). Sökning av artiklar påbörjades genom en pilotsökning brett i Cinahl och PubMed. Sökning gjordes även via sökmotorn Google i avseende att se vilken kunskap som fanns ute bland myndigheter och hälso- och sjukvårdsorganisationer. Sökning i Summon gjordes för att hitta lämpliga sökord och lämpliga inklusions- och exklusionskriterier inför den riktiga sökningen.

Det andra steget – avgränsa sig, urval måste göras, vissa studier exkluderas och andra inkluderas (Friberg, 2006). MeSH termer söktes via Göteborgs Universitets hemsida.

Sökningar gjordes i PubMed och Cinahl med sökordet SBAR eller SBAR i kombination med andra ord såsom: interdisciplinary communication, patient safety, care transitions, shift report, over report, giving report and communication tool. SBAR

kombinerades även med ordet patient. Sökningarna baserades på Flemings struktur i kombination med AND och OR. Utgångspunkt var artiklar med avgränsning att de skulle vara kvalitetsgranskade (peer review), samt inte vara research articles.



Figur 4
Arbetsgång enl. Friberg
(2006), sid. 119

Inklusions- och exklusionskriterier användes för att få fram de artiklar som uppfyllde kriterierna: SBARs effekt på patientsäkerheten, SBAR effekt för vårdpersonal/studerandes verbala kommunikation och arbetsmiljö. Artikeln skulle finnas tillgänglig i fulltext i databasen eller genom vidare sökning i andra bibliotek eller sökmotorer med kriteriet att det skulle vara avgiftsfritt att läsa den i fulltext. Den skulle också vara skriven på engelska. Ingen årtalsbegränsning användes då inga äldre artiklar fanns före år 2006.

Sökning gjordes efter både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Artikelsökningarna gjordes under februari och mars månad 2012, se tabell 1. Fribergs granskningsprotokoll användes för att kontrollera studiernas kvalitet utifrån olika frågeställningar (Friberg, 2006) se tabell 2, och utförlig artikelmatris/ granskningsprotokoll i bilaga 4.

Tabell 1 Sökprotokoll

Datum för sökning	Databas	Sökord	Avgränsning	Träffar	Granskade	Använda artiklar
2012-02-24	Cinahl	SBAR		70		
2012-02-24	Cinahl	SBAR	Peer review	49	25	2,4,5,7
2012-02-24	Cinahl	SBAR, interdisciplinary communication	Peer review AND	3	3	4
2012-02-24	Cinahl	SBAR, patient safety	Peer review AND	22	16	2, 4, 5, 7, 18
2012-02-24	Cinahl	SBAR, care transitions	Peer review AND	3	3	
2012-02-24	Cinahl	SBAR, shift report	Peer review AND	2	1	
2012-02-24	Cinahl	SBAR, over report	Peer review AND	0	0	
2012-02-24	Cinahl	SBAR, giving report	Peer review AND	0	0	
2012-02-24	Cinahl	SBAR, communication tool	Peer review AND	8	6	5, 18
2012-03-02	PubMed	SBAR		114	81	2, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 18, 19, 21
2012-03-02	PubMed	SBAR, interdisciplinary communication	AND	15	10	4, 8, 14, 18
2012-03-02	PubMed	SBAR, patient safety	AND	31	27	2, 4, 5, 7, 14, 18, 21
2012-03-02	PubMed	SBAR, care transitions	AND	5	5	21
2012-03-02	PubMed	SBAR, shift report	AND	1	0	
2012-03-02	PubMed	SBAR, over report	AND	0	0	
2012-03-02	PubMed	SBAR, giving report	AND	0	0	
2012-03-02	PubMed	SBAR, communication tool	AND	22	20	5, 8, 14, 18, 21

Sökning i PubMed och Cinahl med enbart SBAR gav tillsammans 163 träffar. Vid noggrannare genomgång inföll inte alla artiklarna inom urvalskriterierna se tabell 1. I PubMed användes tio av artiklarna och i Cinahl användes fem artiklar. Dessa fem återfanns i båda databaserna.

I de första sökningarna i PubMed och Cinahl hittades ett antal artiklar som uppfyllde kriterierna. Därefter söktes artiklar utifrån referenser i andra artiklar samt referenser som hänvisats till på Institute for Healthcare Improvement, SKL, WHO, National Health Services hemsidor under ämnet SBAR. På så vis framkom ytterligare fem artiklar, som lästes och kontrollerades för godkännande enligt kriterierna.

Tabell 2 granskningsprotokoll

	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
Titel				
Författare				
Tidskrift				
Årtal				

Sökning av litteratur gjordes gemensamt. De abstrakt som verkade uppfylla kriterierna lästes och inkluderades alternativt exkluderades, detta gjordes enskilt med efterföljande diskussion om artikeln uppfyllde kriterierna för inklusion. En stor holländsk studie exkluderades då den visade sig vara en designstudie. Gemensamt valdes 15 artiklar ut och inkluderades i studien. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar hittades, många hade både kvalitativa och kvantitativa ansatser. Alla artiklar var publicerade mellan 2006 och 2012. Litteraturreferenser har skrivits med hjälp av APA-systemet.

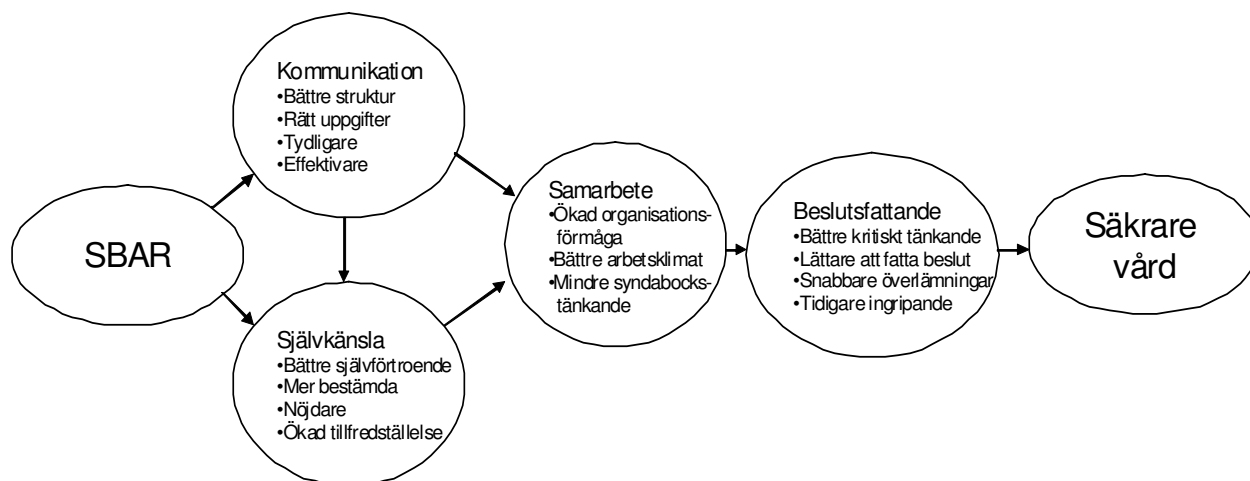
Analysera studiernas övergripande område (Friberg, 2006)

- Läs igenom studierna flera gånger
- Sök likheter/olikheter
- Gör en sammanställning

De artiklar som inkluderades lästes i fulltext först enskilt, därefter gemensamt och granskningsprotokoll fördes för varje artikel se bilaga 4. Efterhand framkom tydliga nyckelord vilka noterades på post-it lappar, grupperades i huvudgrupper och undergrupper.

RESULTAT

Av de artiklar som analyserats var tio från USA, tre från Australien och två från Kanada. De är gjorda på universitet och på större och mindre sjukhus. Deltagarna har till största delen varit sjuksköterskor och läkare samt studenter på sjuksköterske- och läkarutbildningar. Artiklarna är både kvalitativa och kvantitativa. Några har initierats som pilotstudie inför ett breddinförande på sjukhus, andra studier har utvärderat införandet av SBAR. De studier som utförts på institutioner syftade till att utvärdera SBAR-verktygets effekter på kommunikation mellan/inom yrkeskategorier. Artiklarna ville visa på en förbättrad kommunikation, teamkänsla och patientsäkerhet samt utvärdera om SBAR förbättrar processer för överlämning mellan olika vårdgivare både inom och utanför sjukhusen och vilka effekter införandet av SBAR fått vad gäller patientsäkerhetskultur, kommunikation och teamkänsla, se figur 5.



Figur 5 SBARs effekt för säkrare vård.
enl .Britt-Marie Zaman & Lena Klerfors

KOMMUNIKATION

Den största risken för kommunikationsmissar var mellan sjuksköterskor och läkare och därefter kom kommunikationsmissar läkare emellan enligt en enkätundersökning (Telem et al., 2011).

Kommunikationen mellan yrkesgrupper förbättrades och effektiviserades när SBAR införts. Vid en simulerad telefonrapportering mellan läkarstudenter sågs att de som hade fått utbildning i ISBAR (identitet, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation) fick med sig bättre och tydligare uppgifter vid sin rapportering. En undersökning på sjuksköterskestudenter visar att studenternas organisationsförmåga, kommunikation och kritiskt tänkande samt beslutsfattande förbättrades med SBAR. En annan enkätundersökning visar att 68 procent av sjuksköterskorna ansåg att kommunikationen blivit bättre och att de fick reda på det som behövdes vid överlämningarna, 72 procent ansåg också att kommunikationen blivit effektivare. En tydligare dokumentation av sjuksköterskorna vid kontakt med läkare och ett tidigare ingripande vid ett förändrat patientstatus var andra positiva effekter efter införandet av SBAR (Beckett, 2009; Marshall, 2009; Thomas, 2009; Clark, Squire, Heyme, Mickle, & Petrie, 2009). Det fanns ingen skillnad i tidsåtgång om SBAR användes eller inte i kommunikationen (Thompson et al., 2011).

I en studie var SBAR-checklistan ett verktyg i IT-journalen vilket hjälpte till att få med sig alla fakta vid överrapportering från sjukhuset till primärvården. Det var också ett bra hjälpmedel för ny och oerfaren personal. Det ingick även en utvärderingsfunktion i systemet som direkt visade vad som missats vid överrapporteringen (Singh, Roberts, Singh, Heider, Norris, Porreca, & Singh, 2011). I en jämförelse gjord med hjälp av tre olika kommunikationssätt eller verktyg, SBAR, SOAP (Subjective , Objective, Assessment, Plan) och MAN (Medical Admission Note) visade det sig att SBAR:s struktur var lättast att följa. I 60 procent av överlämningarna mellan läkarna på IVA saknades rekommendation oberoende av vilket sätt eller vilket verktyg som användes. Det sågs att det var svårt att ge läkarna åtgärdsrekommendationer även i en annan studie där sjuksköterskors kommunikation med läkare undersöktes (Ilan, 2012; Raica, 2009).

Vid ett sjukhus i Australien ansåg 71 procent av läkarna att struktur och innehåll i överlämningar mellan läkare förbättrades med ISBAR. Personalen upplevde också att färre viktiga detaljer utelämnades. Inspelningar på 44 Junior Medical Officers (AT-läkare) överlämningar visade på en förbättring av förmågan att få med sig viktig information vid rapportering i 13 av 19 viktiga kärnkategorier om kommunikationsverktyget ISBAR användes (Thompson et al., 2011).

ARBETSMILJÖ

Flera artiklar beskriver att personalen och då främst sjuksköterskorna kände sig mer självsäkra, hade bättre självförtroende och kände en ökad nöjdhet och arbetstillfredsställelse efter införandet av SBAR. De kände sig också mer bekväma vid kontakt med läkare. (Beckett, 2009; Thomas, 2009; Raica, 2009; Woodhall, 2008; Dingley, Daugherety, Derieg & Persing, 2009; Haig, 2006; Clark, 2009; Thompson, 2011). Självsäkerhet och bestämdhet hade ökat från 35,6 till 38,6 av 100 enligt Communication Self-Efficacy Survey i Raicas (2009) undersökning. Clark et al. (2009) beskriver i en enkätundersökning att 80 procent av sjuksköterskorna kände sig säkrare när de kommunicerade med läkarna efter införandet av SBAR. I en annan undersökning på sjuksköterskestudenter framkom att studenternas känsla av säkerhet ökade och rädslan minskade (Thomas et al., 2009). Teammedlemmarna kände att de hade större befogenheter och påverkansmöjligheter över beslut när SBAR användes enligt Haig et al. (2006).

Kommunikationsverktyget SBAR förbättrade strukturen på och ökade effektiviteten vid rapporter. Bland sjuksköterskorna upplevde 62 procent att SBAR hjälpte till att strukturera deras rapport till läkare och 72 procent av läkarna tyckte att överlämningarna blev mer strukturerade och effektivare. Även dokumentationen blev tydligare och bättre vid rapport mellan sjuksköterskor och läkare. Vilket både sjuksköterskor och läkare ansåg ledde till bättre resursutnyttjande. Kommunikationen förbättrades och överlämningsrapporterna innehöll det som var av vikt att få reda på ansåg 68 procent av sjuksköterskorna. Detta gav tidigare ingripanden och snabbare överlämningar. SBAR-införandet innebar att patientens väntetid till åtgärd förkortades. Läkarna kände en bättre säkerhet och kände att de tog hand om akutsituationer på ett bättre sätt än tidigare (Clark, 2009; Dingley, 2009; Thomas, 2009).

På en hjärtklinik och en klinik för medicinsk onkologi vid ett sjukhus i USA med 350 vårdplatser gjordes en pilotstudie som visade att sjuksköterskornas organisationsförmåga ökade marginellt enligt enkätundersökning efter att SBAR var infört. Läkarna tyckte i en enkätundersökning på en kvinnoklinik i Pittsburgh, att rapporterna blivit effektivare och mer precisa. Läkarna tyckte också att sjuksköterskorna var bättre förberedda vid kontakt då SBAR var infört. De fick bättre information vilket gjorde att det var lättare att fatta beslut angående patientens fortsatta vård och behandling. Samarbetet blev bättre och arbetsklimatet förbättrades (Beckett, 2009; Woodhall, 2008; Raica, 2009).

PATIENTSÄKERHET/PATIENTSÄKERHETSKULTUR

I en enkätundersökning på ett sjukhus i Cleveland med 280 vårdplatser ansåg 33 procent av medarbetarna att syndabocktänkandet var ett problem före SBAR-införandet. Efter SBAR-införandet var det bara 21,7 procent som ansåg detta. Enkäten visade också att rapportering av förändringar i patientstatus ökade från 18,6 procent till 30 procent, medarbetarna ansåg även att ledningen satsade mer på patientsäkerhet, där en ökning från 78 procent till 86 procent sågs (Donahue et al., 2011).

En tydlig förbättring sågs både på en pediatrik klinisk och på en rehabiliteringsklinik i USA, på helhetsintryck, patientsäkerhet, medarbetarnas förmåga till lärande och förbättring, feedback vid fel samt support från chefer och ledare. Samarbetet inom verksamheten och med andra enheter blev bättre, personalen ansåg även att bemanningen ökades enligt enkätundersökning efter införandet av SBAR (Velji, Baker, Fancott, Andreoli, Boaro, Tardif, ... & Sinclair, 2008; Beckett, 2009). En ökning av rapporterad patientnytta visade Velji et al. (2008) medan Beckett et al. (2009) endast kunde påvisa en marginell ökning av patienttillfredsställelsen. På två mindre sjukhus i USA sågs en trend till ökning angående antal registrerade avvikelserapporter, men antalet avvikelser som ledde till åtgärd minskade (Velji, 2008; Donahue, 2011). I en enkätundersökning med 44 Junior Medical Officers (AT-läkare) ansåg 74 procent att patientvård och säkerhet förbättrades efter införandet av ISBAR (Thompson et al., 2011).

Två mindre sjukhus i USA som införde SBAR visade att frekvensen av läkemedelsavstämningar vid inskrivning ökade från 72 procent till 88 procent och vid utskrivning från 53 procent till 89 procent. I journalgranskning enligt metoden Global Trigger Tool visade mätningar att antal avvikelser minskade från 89,9/1000 till 39,96/1000 patientvård dagar varav läkemedelsavvikelser minskade från 29,97/1000 till 17,64/1000 patientvård dagar (Haig, 2006; Donahue, 2011).

Mätning i journalsystem på en operationsavdelning vid ett sjukhus i New York 30 dagar före och 30 dagar efter införandet av SBAR gav en minskning av antalet felaktiga ordinationer från 14,5 procent till 12,2 procent, i kontrollgruppen sågs ingen minskning utan däremot en mindre ökning. Antalet elektroniska ordinationer var 13 233 stycken med hälften före och hälften efter införandet av SBAR (Telem et al., 2011).

IMPLEMENTERING

Alla artiklar beskriver att SBAR införts med hjälp av utbildning och rollspel från 40 minuter till två dagar. Utbildning har genomförts på olika sätt, t ex föreläsningar, rollspel med eller utan ljud- eller filminspelning och/eller diskussioner. Utbildningens innehåll har varierat från kort information till kvalificerad utbildning om teamarbete, kommunikationstekniker, problemlösning och empati. I en undersökning av sjuksköterskestudenter sågs, i de rollspel som gjordes vid införandet av SBAR, att studenterna lärde sig av varandras misstag och blev efter hand bättre på att få med viktig information (Marshall, 2009; Thomas, 2009; Beckett & Kipnis, 2009; Haig, Sutton & Whittington, 2006).

Ambassadörer och mentorer bestående av chefsläkare, chefsjuksköterskor och andra ledningspersoner samt de redan ”sålda” medarbetarna gjorde reklam och stöttade införandet av SBAR. Som påminnelse trycktes flyers, klistermärken och T-shirts upp med budskap, budskapet fanns även på datorernas skärmläskare. Som hjälp och stöd i arbetet skapades SBAR-kort och checklistor anpassade för verksamheterna. Ett sjukhus hade infört en safety hotline samt månadsvis frågesport med belöning (Haig, 2006; Woodhall, Vertacnik & McLaughlin, 2006).

Utvärdering

Utvärdering gjordes i de flesta fall i form av enkät eller självvärderingstest före och efter utbildning eller senare. Andra sätt var att analysera och värdera ljud- eller videospelningar enligt olika skalor eller att mäta andel felaktiga elektroniska ordinationer i journalsystem före och efter införandet av SBAR. Revidering och anpassning av SBAR-kort gjordes utifrån analyser och fokusdiskussioner på enheterna (Marshall, 2009; Ilan, LeBaron, Christiansson, Heyland, Day & Cohen, 2012; Telem, Buch, Ellis, Coakley & Divino, 2012).

Användning av SBAR efter införandet

Efter utbildning och implementering av SBAR ansåg medarbetarna att de alltid eller i stor utsträckning använde kommunikationsverktyget vid överrapportering och en del använde det även i diskussioner (Beckett, 2009; Boaro, Fancott, Baker, Velji, & Andreoli, 2010; Woodhall, 2008). Användningsfrekvens av kommunikationsverktyg mättes efter olika långa tidsintervall. I Clark et al. (2009) artikel uppmättes användningen av SBAR till 96 procent några månader efter införandet. En annan studie beskriver att 74 procent använde SBAR direkt efter utbildningen, vid mätning två år senare hade användningen ökat till 90 procent (Donahue, Miller, Smith, Dykes & Fitzpatrick, 2011).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En litteraturöversikt av vetenskapliga artiklar har gett en uppfattning om hur kunskaps- och forskningsläget inom området kommunikationsverktyget SBAR ser ut. Syftet var att genom litteraturstudie kartlägga vilken evidens och vilka effekter SBAR har på patientsäkerhet, kommunikation och arbetsmiljö, samt hur SBAR kan implementeras.

Inledningsvis diskuterades vilka sökord som skulle användas och om det bara skulle handla om kommunikation mellan personal eller om kommunikation mellan personal och patient skulle tas med. Efter diskussion och granskning av de studier som funnits i den preliminära sökningen exkluderades kommunikation till patient för att begränsa arbetet.

En styrka i litteraturstudien är att sökning gjorts i databaserna vid flera olika tillfällen för att inte missa någon artikel som publicerades sent under genomgången. I artiklarna

som hittades via referenser eller hemsidor, som Institute for Healthcare Improvement, SKL, WHO, National Health Services, kontrollerades referenser med manuell sökning. Då studiens vetenskapliga område är relativt nytt hittades inte så många artiklar. Detta kom även Riesenberget al. (2009) fram till i sin översiktsartikel om forskning kring SBAR-verktyget. Genom att söka på olika sätt och inte begränsa sökordet återfanns samma artiklar, vilket gjorde att datamättnad konstaterades snabbt. En annan styrka i genomgången var att de mest relevanta artiklarna utifrån frågeställningen valdes ut, därefter granskades kvaliteten. Studierna är lätta att förstå då de är gjorda i sjukhusmiljö/akademisk student miljö.

Sammanställningen gjordes efter att artiklarna lästs flera gånger enskilt och ett mönster med nyckelord framkom tydligt efter hand. Dessa nyckelord noterades vid gemensam genomgång på post-it lappar och grupperades därefter i huvudgrupper och undergrupper. Resultatupplägg har gjorts efter dessa huvud- och undergrupper.

Studierna är utförda både på stora universitetssjukhus och på mindre lokala sjukhus, två av studierna utspelades på universitetet för läkarutbildning och för sjuksköterskeutbildning. Studierna är gjorda i USA, Australien och Kanada. Inga studier är gjorda i Asien, Ryssland eller Europa. En holländsk designstudie som hittades verkade intressant då den dels var stor med 400 patienter och dels hade en lång uppföljningstid, vilket de flesta av de lästa studierna inte hade. Korta uppföljningstider beskrivs även av Riesenberget al. (2009), som inte heller hittade några kvalitativa utfallsstudier, utan bara små studier vilka inte beskriver om patientsäkerheten blivit bättre.

Det begränsade fyndet av artiklar bekräftades i Riesenberget al. (2009) översiktsartikel, där relativt få artiklar och begränsade resultat funnits. I 46 olika artiklar beskrevs 24 olika kommunikationsverktyg och dess effekter. Det fanns inga svar på om SBAR har någon effekt på patientsäkerheten, inte heller vilket sätt som är det mest effektiva att implementera kommunikationsverktyg på (Riesenberget al., 2009).

RESULTATDISKUSSION

Det är förvånande att inte finna några artiklar som beskriver negativa resultat eller att SBAR inte skulle införas efter pilotprojekt. En förklaring kan vara att studierna är gjorda i USA, Kanada och Australien, vilket kanske skulle kunna påverka resultatet då de är utförda på privata sjukhus eller institutioner och inte vill skylta med något som varit negativt. Detta visade även Riesenberget al. (2009) i sin översiktsartikel där hon såg att det saknades kritiska och negativa rapporter. Resultatet i den holländska pågående studien (Merten, Lubberding, Wagtendonk, Johannesma & Wagner, 2011) blir förhoppningsvis intressant, då den är europeisk och innehåller ett stort antal patienter.

Av 15 artiklar hänvisar 13 artiklar (Beckett, 2009; Boaro, 2010; Clark, 2009; Dingley, 2009; Donahue, 2011; Haig, 2006; Ilan, 2012; Marshall, 2009; Raica, 2009; Singh, 2011; Telem, 2011; Thomas, 2009; Velji, 2008) i sin bakgrund till Joint Commission om orsaker till fel i vården. Två artiklar hänvisar till andra Amerikanska artiklar (Thompson, 2011; Woodhall, 2008). Woodhall et al. (2008) hänvisar till Haig et al.

(2006). Thompson et al. (2011) hänvisar till Haig et al. (2006) och Woodhall et al. (2008), båda dessa hänvisar i sin tur till Joint Commission. Det kan bero på att det inte finns så många andra stora undersökningar gjorda på orsaker till fel i vården, dessutom är de flesta artiklarna som analyserats gjorda i USA (Haig, 2006; Woodhall, 2008; Raica, 2009; Singh, 2011; Thomas, 2009; Dingley, 2009; Donahue, 2011; Telem, 2011; Velji, 2008; Beckett, 2009). Socialstyrelsen hänvisar i Informationsöverföring och kommunikation (2012) till en stor studie i Australien (Zinn, 1995) där 30 000 vårdskador har granskats. En fråga är varför ingen, inte ens de australiensiska artikelförfattarna, hänvisar till den artikeln. Skillnaden i resultat är slående då Joint Commission kommit fram till att så mycket som 80 procent av vårdskadorna kan bero på kommunikationsbrister medan den australiensiska studien visade på endast 11 procent. Det skulle kunna bero på att undersökningarna eventuellt är gjorda på olika sätt och kanske vårdskada har definierats på olika.

Ilan et al. (2012) jämförelse av olika kommunikationsverktyg visade att SBAR:s struktur var lättast att följa, vilket kan tala för att det är SBAR som ska införas/användas i hälso- och sjukvården som kommunikationsverktyg. Det förstärks av att de flesta artikelförfattarna beskriver SBAR som ett verktyg som är lätt att använda och inga större investeringar i form av dyr utrustning eller material krävs.

När det gäller etiskt prövning (Helsingforsdeklarationen, 2008) var det endast beskrivet av Singh et al. (2011). Då de flesta artiklarna inte har med patienter i själva studien är det inte heller nödvändigt att ansöka om etiskt tillstånd. Fundering gjordes på den etiska aspekten i att ge en grupp utbildning i ett bra arbetssätt, men inte en annan grupp, som Marshall et al. (2009) beskriver i sin artikel om läkarstuderande. Efter undersökningens slut fick även den andra gruppen samma utbildning. När pilotprojekt inför breddinförande görs får alla utbildning efter utvärdering.

Effekten av SBAR är utvärderad utifrån olika perspektiv såsom känsla av säkerhet och värderingar där personalen värderar effekt på kommunikation, tillfredsställelse och effektivitet (Beckett, 2009; Boaro, 2010; Clark, 2009; Dingley, 2009; Donahue, 2011; Haig, 2006; Ilan, 2012; Marshall, 2009; Raica, 2009; Telem, 2011; Thomas, 2009; Thompson, 2011; Velji, 2008; Woodhall, 2008). Utvärdering skedde med hjälp av olika metoder t ex enkäter och mätningar och analyser på ljud- och filminspelningar. Analyser gjordes även vid kommunikationstillfällen under ordinarie patientarbete. Andra metoder som användes var IT-baserat mätverktyg, journalgranskningsverktyget Global Trigger Tool samt fakta såsom antal rapporterade avvikelser och avvikelser funna i journaler, väntetid till åtgärd, vilket kan stärka artiklarnas trovärdighet och resultat.

Kommunikation

Både Ilan et al. (2012) och Raica (2009) såg att åtgärdsrekommendation ofta saknades vid kommunikationen, vilket kan bero på den hierarkiska strukturen i sjukvården. I artikeln av Telem et al. (2011) sågs att kommunikationsbrister främst skedde mellan sjuksköterskor och läkare. Skillnader mellan manlig och kvinnlig kommunikation beskrivs av Grebo och Sandell (2001), män är faktaorienterade och talar i påståendeform och kvinnor är talspråksnära och använder känslord i högre utsträckning. Då de flesta sjuksköterskor är kvinnor och de flesta läkare är män kan

detta kanske fortfarande påverka kommunikationen negativt. En fundering som dyker upp är om detta problem blir mindre i takt med att könsfördelningen i de båda yrkesgrupperna förändras.

SBAR-tekniken gav en förbättrad kommunikation mellan yrkesgrupper genom att relevanta och tydliga uppgifter framkom vid rapportering. Flera av studierna visade att organisationsförmåga, kritiskt tänkande och beslutsfattande också förbättrades med SBAR-verktyget. Detta faller sig naturligt med tanke på att SBAR hjälper till att strukturera innehållet i rapporten och en del av bruset i form av oviktiga detaljer försvinner med automatik.

Arbetsmiljö

Flera artiklar (Beckett, 2009; Thomas, 2009; Raica, 2009; Woodhall, 2008; Dingley, 2009; Haig, 2006; Clark, 2009) beskriver att främst sjuksköterskorna kände sig mer självsäkra och ökade på sitt självförtroende när SBAR införts. Sjuksköterskorna kände sig mer bekväma vid kontakt med läkare, då de med SBAR-verktyget var mer förberedda när läkaren ställde följdfrågor (Woodhall et al., 2008). SBAR-verktyget hjälpte dem att strukturera sina rapporter bättre och såg till att de fick med alla väsentliga uppgifter. Även kommunikationen läkare emellan förbättrades och många läkare upplevde att det blev lättare och gick snabbare att fatta beslut om behandlingsåtgärder utifrån rapporter de fick av kollegor eller sjuksköterskor. Alla dessa faktorer kan i sin tur vara en förklaring till att de kände sig mer nöjda och att arbetstillfredsställelsen ökade.

Att öva på SBAR i team och rollspel gjorde att lärdom av andras misstag på ett effektivt sätt kunde tas, det fattades också bättre och klokare beslut efter rollspel (Beckett, 2009; Woodhall, 2008; Raica, 2009). Det verkar redan vara känt på många sjukhus runt om i landet att teamövning är bra, då olika simulatorcentrum skapats för praktiska övningar i team (Karolinska Institutet, 2002; Västra Götalandsregionen, 2010). Idag används dessa center för teamövning på de mest akuta och allvarliga situationerna som kan hända (Karolinska Institutet, 2002; Västra Götalandsregionen, 2010), men borde kunna användas även vid införande av t ex SBAR.

Patientsäkerhet/patientsäkerhetskultur

Analys av artikelgenomgången visar inga tydliga förbättringar om det verkligen blir färre vårdskador efter införandet av kommunikationsverktyget SBAR. Resultat på förbättringar syns i patientsäkerhetskulturmätningarna där frågorna till medarbetarna bygger på känslor och erfarenheter (Beckett, 2009; Boaro, 2010; Clark, 2009; Dingley, 2009; Raica, 2009; Ilan, 2012; Thomas, 2009; Thompson, 2011; Velji, 2008; Woodhall, 2008; Marshall, 2009) och ingen av dessa artiklar har evidens för att det verkligen blir mindre vårdskador med SBAR. Även Ilan et al. (2012) kritiserar detta då han i sin artikel beskriver att SBAR införts runt om i världen utan större evidens från forskning, det sker istället mot bakgrund av expertutlåtanden som säger att det är bra samt utifrån resultat från forskning på sjuksköterske- och läkarstudenter. Den holländska studien (Merten et al., 2011) har ett tydligt patientperspektiv, med antal uppmätta komplikationer sex månader efter operation, vårdtid, utvärdering av patienternas åsikt

om den information de fått samt om patienttillfredsställelse, som kan ge intressanta resultat.

I artikelgranskningen fanns enbart artiklar som beskrev att SBAR infördes och fick positiva effekter på patientsäkerheten. Ingen artikel beskrev att SBAR kunde ha negativa effekter. Samma resultat beskriver Riesenberget et al. (2009) i sin översiktsartikel och riktar kritik mot att implementera nya arbetsätt utan evidens som stöder dess positiva effekt.

Flera artiklar (Beckett, 2009; Donahue, 2011; Haig, 2006; Velji, 2008) beskriver att patientsäkerhetskulturen förbättrats efter SBAR införandet. Ingen av författarna presenterar dock några signifikanta förbättringar vad gäller ökning av antalet registrerade avvikelser. Ett par författare såg en viss ökning av antalet avvikelserapporter (Donahue, 2011; Velji, 2008) med en samtidig minskning av antalet avvikelser som ledde till åtgärd (Donahue et al., 2011). Antalet registrerade avvikelser borde öka då en god patientsäkerhetskultur gör det möjligt att öppet och konstruktivt diskutera de misstag som sker (SKL, 2012). En god patientsäkerhetskultur är viktig då vården är en riskfylld bransch. Om medarbetarna är medvetna om riskerna kan ett systematiskt arbete starta för att göra vården säkrare. Genom mätning av patientsäkerhetskulturen kartläggs styrkor och svagheter och förbättringsområden kan identifieras (SKL, 2012). Med längre uppföljningstider kanske en signifikant ökning av antalet registrerade avvikelser hade kunnat ses i artiklarna.

Endast tre artiklar (Haig, 2006; Telem, 2011; Singh, 2011) beskriver resultat av SBAR-införandet utifrån mätningar i journalsystem. En minskning av antalet felaktiga elektroniska ordinationer i journalsystemet påvisas av Telem et al. (2011) och en ökning av antalet läkemedelsavstämningar beskrivs av Haig et al. (2006). Singh et al. (2011) beskriver att IT-verktygets checklista baserad på SBAR får med sig viktig information i högre utsträckning. Dessa tre artiklar är de enda som beskriver positiva resultat av SBAR införande utifrån faktiska mätningar i journalsystem, men om detta verkligen leder till färre vårdskador kan inte utläsas.

Implementering

Alla artiklar uppger att SBAR infördes med hjälp av utbildning under olika former och under olika lång tid. Utbildningslängden verkade inte ha någon betydelse för effekten, det viktiga var att alla fick utbildning och fick möjlighet att öva praktiskt. Endast en artikel beskriver en uppföljningstid på två år (Donahue et al., 2011) övriga artiklar beskriver relativt korta uppföljningstider på några månader av effekter och fortsatt användning av SBAR. Detta skulle kunna påverka resultaten. Enligt Christer Olsson (personlig kommunikation, VG-regionens KUL-turdag 25 oktober 2012) tar det tid för en ny vana att bli just en vana även om den utförs varje dag och längre tid om den nya vanan görs mer sällan och enligt Roselius och Sundell (2008) tar implementering av en ny metod mellan två och fyra år, ibland ännu längre tid. Det hade därför varit intressant att se om resultatet blivit ett annat efter en längre uppföljningstid i den holländska studien (Merten et al., 2011) när den blir klar.

Slutsats

För att införa SBAR på ett hållbart och effektivt sätt bör införandet ske på sjukhusledningens initiativ, ha en ordentlig och tydlig införande- och utbildningsplan samt en lång uppföljningstid och utvärdering. Resultatet av litteraturstudien visar på goda effekter i organisation, arbetsklimat och patientsäkerhetskultur. Däremot saknas resultat på patientnöjdhet och om SBAR verkligen minskar antalet vårdskador, därför behövs mer forskning inom området.

REFERENSER

- Baker, D., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research, 41*(4 Part 2), 1576-1598.
- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality, 31*(5), 19.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., & Andreoli, A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care, 24*(1), 111-114. doi: 10.3109/13561820902881601.
- Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle, M., & Petrie, E. (2009). The PACT project: Improving communication at handover. *The Medical Journal of Australia, 190*(11 Suppl), s 125.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M., & Persing, R. (2009). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. In Agency for Healthcare Research and Quality (2008), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD.)
- Donahue, M., Miller, M., Smith, L., Dykes, P., & Fitzpatrick, J. (2011). A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *American Journal of Medical Quality, 26*(3), 206-211. doi:10.1177/1062860610387410.
- Edwads, C. & Woodard, E. K. (2008). SBAR for maternal transports: going the extra mile. *Nursing for Women´s Health 12* (6), 515-520.
- Frankel, A., Leonard, M., & Denham, C. (2006). Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: the tools to achieve high reliability. *Health Services Research, 41*(4 Part 2), 1690-1709.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur. s 27-121.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112.
- Grebo, U., & Sandell, R. (2001). *Språk och kön i förhållande till psykoterapi* (Psykoterapi: forskning och utveckling 2001:18). Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet.
- Haig, K., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). A shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal on quality and patient safety. 32*(3), 167-175.

Ilan, R., LeBaron, C. D., Christianson, M. K., Heyland, D. K., Day, A., & Cohen, M. D. (2012). Handover patterns: An observational study of critical care physicians. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 11-11. doi: 10.1186/1472-6963-12-11.

Joint Commission. (2010). *Orsaker till fel*. Hämtad 2012-09-17, från [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SE_Data_Summary_4Q_2010_\(v2\).pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SE_Data_Summary_4Q_2010_(v2).pdf).

Joint Commission. (2012). *Detaljerad lista om orsaker till fel*. Hämtad 2012-09-17, från <http://www.jointcommission.org/issues/article.aspx?Article=RZiHoUK2oak83WO8RkCmZ9hVSIJT8ZbrI4NznZ1LEUk%3D>.

Karolinska institutet (2002). *Simulatorcentrum*. Hämtad 2012-10-19, från <http://www.simulatorcentrum.se/>

Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1993). *The wisdom of teams: creating the high-performance organization*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press. s 45.

Larsson, L. (2009). *Tillämpad kommunikationsvetenskap*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur. s 32-48.

Läkarförbundet. (2012). *Läkarförbundet anser om kommunikation*. Hämtad 2012-03-02, från <http://www.lakarforbundet.se>

Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety In Health Care*, *18*(2), 137-140. doi:10.1136/qshc.2007.025247.

Merten, H., Lubberding, S., van Wagendonk, I., Johannesma, P. C., & Wagner, C. (2011). Patient safety in elderly hip fracture patients: Design of a randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, *11*(1), 59-59. doi: 10.1186/1472-6963-11-59

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, *17*(2), 247-255. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x.

Pascual, J., Holena, D., Vella, M., Palmieri, J., Sicoutris, C., Selvan, B., ... Schwab, C. (2011). Short simulation training improves objective skills in established advanced practitioners managing emergencies on the ward and surgical intensive care unit. *Journal of Trauma*, *71*(2), 330-338.

Raica, D. (2009). Effect of actionoriented communication training on nurses communication self efficacy. *Medsurg*, *18*(6), 343-346, 360.

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*, *24*:196-204

Roselius, M., & Sundell, K. (Red.). (2008). *Att förändra social arbete. Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia. s 14, 30-58.

Saari, L., & Judge, T. (2004). Employee attitudes and job satisfaction. *Human Resource Management*, 43(4), 395-407.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2012). *Patientsäkerhetskultur*. Hämtad 2012-04-20, från <http://intra.sahlgrenska.se/sv/SU/Kvalitet/Patientsakerhet-2/Sakerhetskultur/>.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen

Shannon, C. E., & Weaver W. (1948). The mathematical theory of communication. Urbana Illinois: University of Illinois. *The Bell System Technical Journal*. 27(Oct), 379-423:623.656.

Singh, R., Roberts, A. C., Singh, A., Heider, A. R., Norris, T., Porreca, D., & Singh, G. (2011). Improving transitions in inpatient and outpatient care using a paper or web-based journal. *JRSM Short Reports*, 2(2), 6.

Socialstyrelsen. (2008). *Vårdskadestudie*. Hämtad 2012-08-20, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/2008-109-16_200810916_rev2.pdf.

Socialstyrelsen. (2009). *Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetskulturmätning*. Hämtad 2012-06-08, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8341/2009-126-12_200912612.pdf.

Socialstyrelsen. (2009). *Handbok för patientsäkerhetsarbete*. Hämtad 2012-06-08, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8341/2009-126-12_200912612.pdf.

Socialstyrelsen. (2011). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9*. Hämtad 2012-06-21, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9>.

Socialstyrelsen. (2012). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 2012-08-15, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>.

Socialstyrelsen. (2012). *Sjuksköterskans kompetensbeskrivning*. Hämtad 2012-11-15, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *SBAR*. Hämtad 2012-02-08, 2012-03-02, 2012-06-08, från http://www.sk1.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden.

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *SBAR bruksanvisning*. Hämtad 2012-11-15, http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden

Synonym.se. (2012). *Synonym till implementera*. Hämtad 2012-06-21, från <http://www.synonymer.se/?query=implementera> .

Telem, D., Buch, K., Ellis, S., Coakley, B., & Divino, C. (2011). Integration of a formalized handoff system into the surgical curriculum. *Archsurg, 146(1)*, 89-93.

Thomas, C., Bertram, E., & Johnson, D. (2009). The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educator, 34(4)*, 176-180. doi:10.1097/NNE.0b013e3181aaba54.

Thompson, J. E., Collett, L. W., Langbart, M. J., Purcell, N. J., Boyd, S. M., Yuminaga, Y., ... McCormack, A. (2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: A study in an australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal, 87(1027)*, 340-344. doi: 10.1136/pgmj.2010.105569

Velji, K., Baker, R., Fancott, C., Andreoli, A., Boaro, N., Tardif, G., ... Sinclair, L. (2008). Effectiveness of an adopted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quartely, 11 special issue*, 72-79.

Västra Götalandsregionen (2010). *Simulatorcentrum*. Hämtad 2012-10-19, från <http://www.vgregion.se/simulatorcentrum>

WHO. (2009). *Better Knowledge for safer care: Human factors in Patient Safety Review of Topics and Tools*. WHO/IER/PSP/2009.05 p6-7:17.

Woodhall, L. J., Vertacnik, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *Journal of Emergency Nursing, 34(4)*, 314-317. doi: 10.1016/j.jen.2007.07.007.

World Medical Association. (2008). *Helsingforsdeklarationen, Human Experimentation Code of Ethics*. Hämtad 2012-09-04, från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1816102/pdf/brmedj02559-0071.pdf>.

Zinn, C. (1995). 14000 preventable deaths in australian hospitals. *British Medical Journal, 310(6993)*, 1487-1487.

Bilaga 1 Informationsbroschyr från SKL om SBAR

Hämtad från SKLs hemsida 2012-02-17

SBAR för strukturerad kommunikation

En av de vanligaste bakomliggande orsakerna till tillbud och händelser i vården är, att det på ett eller annat sätt brustit i kommunikationen mellan personer eller olika verksamheter. God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen.

Hälsa- och sjukvården är en komplex och riskfylld verksamhet, där en stor mängd kritisk information om enskilda patienter överförs mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter. Otydlig kommunikation och informationsöverföring kan leda till att patientsäkerheten hotas. Med en fastställd struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen ska gå till, minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. En sådan struktur för kommunikation är SBAR, som står för:

Situation

Bakgrund

Aktuellt tillstånd

Rekommendation.

Nätverket för patientsäkerhet har tagit fram det material som finns i detta kuvert. Det består av en kortfattad bruksanvisning och 5 SBAR-kort. Samma material kan laddas hem från www.skl.se/patientsakerhet.

Därifrån kan man också streama en instruktionsfilm och hämta en mall för verksamhetsanpassade SBAR-kort och arbetsblad i A4-format.

Om ni vill börja använda SBAR

För att få genomslag med SBAR är det viktigt att alla yrkesgrupper inkluderas i denna kommunikationsform.

- Bekanta er med litteratur och artiklar om SBAR
- försäkra er om stöd från högsta ledningen
- presentera SBAR och syftet med verktyget för medarbetarna
- anpassa SBAR till den egna verksamheten. Det ökar förutsättningarna för ett framgångsrikt införande.
- lägg upp tvärprofessionella utbildningsprogram och avsätt tid för träning.

Nätverket för patientsäkerhet

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag
Sveriges Kommuner och Landsting
Sveriges Läkarförbund
Vårdförbundet
Vårdföretagarna



Landstingens
Ömsesidiga
Försäkringsbolag



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Sveriges
läkarförbund

Den medicinska professionens organisation



VÅRDFÖRBUNDET



Vårdföretagarna

Bilaga 2 SBAR-kort akut situation

SBAR-kort att använda hämtad på SKLs hemsida (2012-02-17)

Verksamhetsanpassat SBAR-kort att själv revidera hämtad på SKLs hemsida (2012-02-17)

SBAR – akut situation	
<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p>
<p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p style="text-align: right;">Bedömning</p>	<p>Rapportera A: luftväg B: andning C: puls, blodtryck, saturation D: medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/ rum/person E: temperatur, hud, färg, buk, urinproduktion, yttre skador. Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p style="text-align: right;">Tidsram</p> <p style="text-align: right;">Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag: omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling. Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen? Finns fler frågor? Är vi överens?</p>
Nätverket för patientsäkerhet	

SBAR – akut situation	
<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhets- bild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p style="text-align: right;">Bedömning</p>	<p>Rapportera A: luftväg B: andning C: puls, blodtryck, saturation D: medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/rum/person E: temperatur, hud, färg, buk urinproduktion, yttre skador. Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p style="text-align: right;">Tidsram</p> <p style="text-align: right;">Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag: omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling. Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen? Finns fler frågor? Är vi överens?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Nätverket för patientsäkerhet	

Bilaga 3 SBAR-kort icke akut situation

SBAR-kort hämtad på SKLs hemsida (2012-02-17)

Verksamhetsanpassat SBAR-kort att anpassa till egen verksamhet hämtad på SKLs hemsida (2012-02-17)

SBAR – icke akut situation	
<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p>
<p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status Bedömning</p>	<p>Rapportera Vitala funktioner. Aktuellt status kopplat till situationen. Jag bedömer att ...</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd Tidsram Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag; övervakning utredning/behandling vårdplanering/hjälptbehov överflyttning uppföljning. Hur ofta ... ? Hur länge ... ? När? Finns fler frågor? Är vi överens?</p>
<p>Nätverket för patientsäkerhet</p>	

SBAR – icke akut situation	
<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhets- bild av patientens tillstånd fram tills nu.</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status Bedömning</p>	<p>Rapportera Vitala funktioner. Aktuellt status kopplat till situationen. Jag bedömer att ...</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd Tidsram Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag; övervakning utredning/behandling vårdplanering/hjälptbehov överflyttning uppföljning. Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen? Finns fler frågor? Är vi överens?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nätverket för patientsäkerhet</p>	

Bilaga 4 Artikelmatris

Artikel 2	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Collaborative communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes</p> <p>Författare Cynthia D Becket Gayle Kipnis</p> <p>Tidskrift Journal of Healthcare Quality</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ studie</p> <p>PICOT-format = var vad, effekt, jämfört med... och tidsaspekt</p> <p>Evidence Based Practice – processen formade studien Norra Arizona</p> <p>Community hospital 271 sängar</p> <p>Barnklinik</p>	<p>Denna artikel vill studera effekten av SBAR ur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patientsäkerhetsperspektiv - samarbete personal - kommunikation personal jämfört med vanlig kommunikation/överskriftningsrapportering <p>Personalen fick utbildning och tiden mellan information och utbildning till mätning av effekt var 3 månader</p> <p>Detta skulle ligga till grund för ett breddinförande på hela sjukhuset och en hållbar förändring</p>	<p>Litteraturgenomgång vetenskapliga artiklar samt bredare sökning på ej publicerade artiklar.</p> <p>Studien gjordes i 2 delar för att få med både kvalitativa och kvantitativa mått/aspekter.</p> <p>Man valde att integrera 245 vårdpersonal + läkare</p> <ul style="list-style-type: none"> -Man utbildade personalen i SBAR-intervention -SBAR-teknik -Teambildning -Samverkansstrategier -Empati -Kommunikationsteknik -Problemlösningsstrategi <p>Medarbetarna fick föreläsning i 1 timma med rollspel, film med och utan SBAR</p> <p>Läkarna fick 20 min (samma innehåll, men filmen hemma)</p> <p>Ledningspersoner var mentorer för modellen då studien utfördes.</p> <p>Man följde upp med enkät före och efter 3 månader, intervju och observation efter 3 månader .</p>	<p>60 % svarade på enkät 1 40 % svarade på enkät 2</p> <p>Kvalitativt resultat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förbättrad kommunikation mellan yrkesgrupper - Förbättrat samarbete/teamarbete och arbetsklimate - Förbättrad tillfredsställelse i sitt arbete - Bättre samarbete mellan grupperna <p>Man kunde se att personalen använde SBAR i sitt dagliga arbete</p> <p>Kvantitativt: På 12 frågor av 27 i enkäten visade att det blivit signifikant bättre.</p> <p>Studien visar att SBAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förbättrar och effektiviserar kommunikation mellan yrkesgrupper - Patientsäkerhetsklimatet förbättrades - Den visar också att ledningens stöd måste finnas

Artikel 3	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams</p> <p>Författare Nancy Boaro Carol Fancott Ross Baker Karima Velji Angie Andreoli</p> <p>Tidskrift Journal of Interprofessional care</p> <p>Årtal 2010</p> <p>Land Kanada</p>	<p>Kvantitativ forskningsrapport</p> <p>Rehabilitation Institute and University of Toronto</p>	<p>Lära sig att implementera och utvärdera SBAR i en icke akut verksamhet.</p> <p>Man ville jämföra hur SBAR förbättrade kommunikationen i både akut och icke akut situation</p> <p>Man ville göra en pilotstudie innan breddinförande</p> <p>Man ville även använda SBAR som debriefingmodell</p>	<p>Fokusgrupper diskuterade tillsammans med patienter och anhöriga om kommunikationsbrister och hur man skulle kunna förbättra kommunikationen.</p> <p>Man implementerade SBAR under en 6 månaders period med tvärprofessionella grupper och utbildning i workshops.</p> <p>Alla yrkesgrupper inom sjukhuset var med. Med tonvikt på teamet</p> <p>De erfarna och ”sålda” stöttade de andra under införandet.</p> <p>Tog fram ett eget implementeringsverktyg med steg för steg guide</p> <p>SBAR som debriefingmodell då man diskuterade och följde upp riktiga incidenter och diskuterade grundorsaker till misstaget och om SBAR i det fallet hade hjälpt</p>	<p>SBAR användes vid analys av avvikelser som gav en mer lösnings fokuserad inställning än tidigare</p> <p>SBAR användbar för att: -strukturera verbal kommunikation -hjälpa teamet att avpersonifiera problem i administrativa frågor</p> <p>SBAR är implementerad och accepterad som kommunikationsverktyg av majoriteten medarbetare att användas i det dagliga arbetet.</p> <p>SBAR användbar i både akut och icke akut situation</p> <p>Man ska nu införa SBAR i fler delar av verksamheten</p>

Artikel 4	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel A Leadership Initiative to Improve Communication and Enhance Safety</p> <p>Författare Moreen Donahue Matthew Miller Lisa Smith Patricia Dykes Joyce J Fitzpatrick</p> <p>Tidskrift American Journal of Medical Quality</p> <p>Årtal 2011</p> <p>Land USA</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ forskningsrapport</p> <p>EMPOWER= tvärprofessionellt ledarskapsdrivet kommunikationsprogram initierat för att underlätta införandet av SBAR</p> <p>Danbury Hospital 280 PPS (paraprofessional personal)</p>	<p>Man ville använda SBAR för att förbättra kommunikationen och kultur av patient-säkerhet och samarbete speciellt för att undersköterskor och biträden inte var involverade i teamarbete och kommunikation</p> <p>Projektets mål var att översätta SBAR-metoden för att:</p> <ul style="list-style-type: none"> - använda bland PPS - reducera kultur och utbildningsbarriärer - undersöka effekten av EMPOWER på paramedicinsk personal (kommunikationspraxis och patient-säkerhetskultur) 	<p>Man använde IHI-modell för spridning av nya arbetssätt</p> <p>Alla sjukhusens vårdavdelningar använde samma utvärderingsmall</p> <p>Sjukhusets ledare spred SBAR-modellen</p> <p>Patientsäkerhetskulturen användes som mått på programmets effektivitet.</p> <p>Frekvens överrapporteringar av patientstatus mättes mellan PPS och frivilligarbetare med 42 mätmarkörer</p> <p>Enkät om patientsäkerhetskultur gjordes innan start</p> <p>Anpassning och implementering av träningsmodellen gjordes med EMPOWER-modulen.</p> <p>Fokusgrupper skapades för att diskutera strategier som skulle minska barriärer, öka kommunikationen samt identifiera strategier som stöd för SBAR</p>	<p>65% svarade på enkät 1 innan varav 39% hade rapporterat någon avvikelser ang. patientsäkerhet före projektet. 41 % svarade på enkät 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndabockstänkandet hade minskat från 33% till 21.7% - Ledningen satsade mer på patientsäkerhet från 78% till 86% - Rapporterade förändringar av patientstatus hade ökat från 18,6% till 30% <p>Diskussion med läkarna hade ökat</p> <p>Dessa uppgifter validerades också i nya FOKUS grupper</p> <p>Antalet rapporterade avvikelser ökade och användandet av SBAR ökade</p> <p>Patientsäkerhetsronder med ledningen permanentades</p> <p>Att använda SBAR är nu standard på sjukhuset och andelen som använder SBAR har ökat från 70 % till 90 % efter ett år.</p> <p>Antalet avvikelser ökade under perioden men andelen som gick till anmälan minskade</p>

Artikel 5	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel The teaching of a structured tool improves the clarity and content of inter-professional clinical communication</p> <p>Författare S Marshall J Harrison B Flanagan</p> <p>Tidskrift Quality & Safety Health Care</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land Australien</p>	<p>Randomiserad kvalitativ studie godkänd av etiska kommittén</p> <p>Monash University and Southern Helath Simulation and skills Centre</p> <p>Läkarstuderande</p>	<p>Suboptimal kommunikation har identifierats som en bidragande orsak till incidenter</p> <p>I denna studie ville man se om SBAR förbättrar kvalitet och innehåll i en simulerad klinisk telefonsituation mellan läkarstuderande</p>	<p>177 sistaårs medicinstuderenter gick en utbildning i patientsäkerhet.</p> <p>Av dessa deltog 168 st. Dom delades in i 2 grupper</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. träning i SBAR 2. ingen träning i SBAR <p>Dessa delades in i olika 17 team</p> <p>Utbildningen i gruppen som fick träning 40 minuter och innehöll filmvisning, rollspel och gruppdiskussion</p> <p>Utbildningen skedde 2-4 timmar innan det simulerade telefonsamtalet skulle äga rum</p> <p>I varje team fanns 5 studenter där en ringde och skulle be om hjälp/råd av en senior kollega detta i en patientsimulator i verklighetstrogen miljö</p> <p>Man spelade in telefonsamtalen</p> <p>2 oberoende observatörer gick igenom det inspelade materialet och bedömde kvaliteten utifrån ett bedömningsformulär samt mätte tydlighet på 20 bestämda punkter om innehåll och tydlighet på en 5-gradig skala.</p>	<p>Man fick en signifikant bättre och tydligare uppgifter och kvalitet i gruppen som gått SBAR-utbildning enl. bedömningsformuläret och den 5-gradiga skalan.</p> <p>Man drar också slutsatsen att det går att förbättra kommunikationen med denna lilla/korta utbildning på 40 minuter.</p>

Artikel 7	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel The SBAR Communication Technique Teaching Nursing Students Professional Communication Skills</p> <p>Författare Cynthia M Thomas Evelyn Bertram Doreen Johnson</p> <p>Tidskrift Nurse Educator</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p>	<p>Case study</p> <p>Ball State University Indiana</p> <p>Sjuksköterske-studerande</p>	<p>Sjuksköterskor har historiskt mest lytt order från läkarna med resultatet lite/dålig erfarenhet av tvärprofessionell kommunikation och risk för att det blir fel. Förväntningar finns i dag att studenter ska kunna kommunicera på ett säkert och effektivt sätt.</p> <p>Man vill nu hitta strategier för att förbättra kommunikationen för de nytexaminerade sjuksköterskorna.</p>	<p>Universitetet hade en 2 dagars workshop</p> <p>År 1 dag 1 gick man igenom läkarordinationer, incidentrapporter, och sjuksköterskeanteckningar samt såg på rollspel. Många ordinationer hade felaktigheter inlagda. Man värderade stud. förmåga att hitta fel, utifrån tydlighet, omfattning och djup, organisation av tankar och förmågan att vara koncis och korrekt i rollspelen.</p> <p>År 1 dag 2 tar studenterna rollen som charge nurse. Och skulle kritisk tänka, problemlösa och besluta. Sjuksköterskan skulle ringa läkaren och ge en statusrapport i en realistisk sjukhusmiljö. Studenterna fick omedelbar feedback.</p> <p>År 2 utfördes samma workshop i två dagar på nya studenter men då med verktyget SBAR.</p> <p>Värdering gjordes av</p> <ul style="list-style-type: none"> - kommunikation - beslutsfattande - organisationsförmåga - tidsplanering - kritisk tänkande - svettning - rädsla - fördröjd rapport - glömska - förberedelsestid 	<p>Fakulteten fann att</p> <ul style="list-style-type: none"> - säkerheten ökade - rädslan minskade - förmågan att organisera ökade - kommunikationen förbättrades - kritiska tänkande ökade - fattade bättre beslut. <p>Studenterna lärde sig av de andras misstag då de iakttog andra studenters rollspel om man använt sig av SBAR.</p> <p>Studenterna har fått ett redskap med potential för övergång till kliniks praktik</p>

Artikel 8	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Integration of a Formalized handoff System Into the Surgical Curriculum</p> <p>Författare Dana A Telem Kerri E Buch Steven Ellis Brian Coakley Cecilia M Divino</p> <p>Tidskrift Archives of surgery</p> <p>Årtal 2011</p> <p>Land USA</p>	<p>Kvantitativ utvärdering</p>	<p>Man hade på operation organiserat om så att man hade öppet 80-timmarsvecka och nu var beroende av frivilligarbetare, praktikanter och assistenter på ett annat sätt än tidigare.</p> <p>Man ville förebygga fel i alla överföringar / överrapporteringar.</p> <p>Med denna studie ville man evaluera och hitta de vanligaste felen och kommunikationsbristerna och utvärdera ett införande av SBAR på OP. som skulle ligga till grund för en standardiserad kommunikationsmodell i den kirurgiska läroplanen</p>	<p>Man införde SBAR med hjälp av rollspel och videofilm</p> <p>Ett 2,5 timmars program sattes ihop.</p> <p>45st fick träning och se en film med 3 händelser med och utan SBAR-metod. Händelserna var från verkligheten. Därefter fick de 2 nya händelser med frågan att hitta felen och diskutera detta i smågrupper.</p> <p>En enkät skickades ut till gruppen.</p> <p>Man mätte också de vanligaste felen 30 dagar före och 30 dagar efter SBAR-införandet via journalgranskning. Dessa data jämfördes med kontrollgrupp</p>	<p>Svarsfrekvensen på enkäten var 100 % och visade att man ansåg att den största orsaken till fel var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kommunikationsmissar mellan ssk och ST-läkare - därefter kom mellan läkarna <p>I mätningen andel felaktiga elektroniska order till 14,5% före och 12,2% efter, lite olika beroende på vilken typ av order det var. I kontrollgruppen fanns ingen sådan skillnad utan där ökade andelen istället</p>

Artikel 9	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Handover patterns: an observational study of critical care physicians</p> <p>Författare Roy Ilan Curtis D LeBaron Marlys K Christianson Daren K Heyland Andrew Day Michael D Cohen</p> <p>Tidskrift BioMedCentral</p> <p>Årtal 2012</p> <p>Land Kanada</p>	<p>Prospektiv observationsstudie</p> <p>421 sängar på sjukhuset 21 sängar på IVA</p> <p>Kingston General Hospital</p> <p>Universitets-sjukhus i Ontario</p>	<p>Inför ett införande av ett kommunikationsverktyg ville man jämföra 3 olika. Man ville karaktärisera och bedöma mönster i överlämnandet till och mellan IVA-läkare.</p> <p>Man valde ut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SBAR - SOAP - MAN <p>Man ville se vilket verktyg som passade deras verksamhet bäst och de dom fick fram skulle användas för vidare utveckling av verktyget och dess implementering.</p> <p>Studien pågick under nov 2008-juli 2009</p>	<p>Man gjorde en videobank med vanlig överrapportering i konferensrummet.</p> <p>I denna studie valde man att analysera en lagom mängd slumpmässigt utvalda data från dessa 21 överlämningar som skrivits ut. Alla rapporterare var omedvetna om undersökningsfrågorna och vad som skulle observeras.</p> <p>Inför varje överlämning valdes ett slumpmässigt kommunikationsverktyg.</p> <p>Två kodare valde därefter ut 4 patienter från varje kommunikationsverktyg och analyserade överrapporteringen. Och man räknade ord, tid, upprepning och osammanhängande delar.</p>	<p>Rapporteringstid var i genomsnitt 2 min och 58 sek per patient.</p> <p>Ålder och erfarenhet på läkaren spelade ingen roll.</p> <p>Man följde verktygets struktur bäst på: SBAR 77%, SOAP 66% MAN 62%.</p> <p>I 60% av överlämningarna saknades rekommendation oberoende av vilket kommunikationsverktyg som användes</p>

Artikel 13	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Effect of Action-Oriented Communication Training on Nurses Communication Self- Efficacy</p> <p>Författare Dagmar A Raica</p> <p>Tidskrift Medical-Surgical Nursing</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p>	<p>Kvasiexperimentell studie med före och efter tester</p> <p>Kvantitativ</p> <p>Pilotstudie före breddinförande</p>	<p>Man ville mäta effekten av träning av SBAR på sjukhuset.</p> <p>33 sjuksköterskor anmälde sig frivilligt att delta i studien.</p> <p>Man ville beskriva sjuksköterskornas självförtroende, medvetande/närvaro och organisationsförmåga i samband med kommunikation med läkarna</p>	<p>Man ville göra en litteraturgenomgång och pilotstudie för att i ett breddinförande kunna ge en actionorienterad utbildning av SBAR.</p> <p>Självevaluering av sjuksköterskornas förmåga att kommunicera med läkarna via enkät om säkerhet, bestämdhet, systematik, organisation, kommunikation och självförtroende med 20 frågor som värderas i en 5-gradig skala</p> <p>Studien var indelad i 3 delar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkät 1 före - Träning/implementering - Enkät 2 efter (4-5 veckor) 	<p>Enkätresultat före/efter: 71.96 ökade till 77.32</p> <p>Fördelat på:</p> <ul style="list-style-type: none"> -självssäkerhet/bestämdhet 35,6 ökade till 38.60 -systematik/organisation: 36.36 ökade till 38.72 <p>Enkät 1 visade att sjuksköterskorna hade ett gott självförtroende på sin förmåga att kommunicera patienters lab. svar och utvärdering. Svårast var att kommunicera med oförsämda läkare eller att insistera på specifik behandling/åtgärd.</p> <p>Enkät 2 visade att sjuksköterskorna såg ett förbättrat självförtroende om sin förmåga att kommunicera men dom var fortfarande osäkra på att föreslå behandling eller åtgärd framförallt om läkarna var oförsämda</p>

Artikel 14	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool For a Rehabilitation Setting Self-Efficacy</p> <p>Författare Karima Velji, G. Ross Baker, Carol Fancott, Angie Andreoli, Nancy Boaro, Gaé tan Tardif, Elaine Aimone, Lynne Sinclair</p> <p>Tidskrift Healthcare Quarterly</p> <p>Årtal 2008</p> <p>Land Kanada</p>	<p>Prospektiv Experimentell kvantitativ pilotstudie</p> <p>1520 arbetar på sjukhuset 43st arbetar på strokeenhet</p>	<p>Denna studie utvärderade effekten av ett anpassat SBAR verktyg för både akuta och icke-brådskande situationer inom en rehabiliteringsenhet med strokepatienter.</p>	<p>Studien var indelad i tre faser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anpassning av SBAR med hjälp av fokusgrupper - Implementering av SBAR i ett interprofessionellt team - Utvärdering av SBAR:s effektivitet <p>Denna artikel fokuserade främst på fas 3</p> <p>Man undersökte i för- och eftgerenkäterna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientsäkerhets-kultur - Personalens uppfattning om kommunikation - Avvikelse-rapportering - Patient-tillfredställelse <p>Svaren från strokerehabavd. jämfördes med hela sjukhuset. I studien var alla kategorier personal med och dess chefer/ledare.</p> <p>För att svaren skulle tolkas som en förbättring skulle skillnaden vara minst 5%.</p>	<p>Enkät 1: 415 svar Svarsfrekvens: 27% på sjukhuset 74% på rehab.enh.</p> <p>Enkät 2: 319 svar 22% på sjukhuset 62% på rehab.enh.</p> <p>Varav 86-87% var vårdpersonal</p> <p>Resultat stroke:</p> <p>Mer än 10% förbättring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helhetsintryck pat.säk. - Antal avvikelserapporter - Lärande/förbättring - Feedback vid fel - Support chefer/ledare <p>Mellan 5-10% förbättring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samarbete inom verksamheten - Bemanning - Samarbete med andra enheter <p>Vid jämförelse med hela sjukhuset hade stroke-enheten bättre svar i 12 av 12 dimensioner, varav 7 med en signifikant förbättring Patient-tillfredställelsen visade ingen synbar förbättring.</p> <p>Antalet avvikelserapporter ökade på hela sjukhuset under perioden(för få för att dra slutsats men visar på en trend till förbättring)</p>

Artikel 16	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Implementation of the SBAR Communication Technique in a Tertiary Center</p> <p>Författare Lorna J. Woodhall, Lisa Vertacnik, Maribeth McLaughlin</p> <p>Tidskrift Journal of Nursing Management</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p>	<p>Randomiserad kvantitativ kontrollerad studie</p> <p>Kvinnoklinik med ÖV, SV, förlossning, cancervård och rtg</p>	<p>Sjukhuset hade inget standardiserat sätt att kommunicera under kritiska händelser</p> <p>Man ville mäta och utvärdera effekten av SBAR-verktyget på vårdpersonalens kommunikation</p>	<p>En förberedande enkät gjordes, där läkare och sjuksköterskor tillfrågades om effektiv kommunikation med användning av 5 "yrkesspecifika" frågor. En 5-gradig skattningsskala användes för betygsättning. Enkäten visade att personalen ansåg att det fanns potential att förbättra kommunikationen. SBAR implementerades sjukhusövergripande på en gång. Sjukhusledningen ledde tillsynen. All personal utbildades både skriftligt och muntligt. Alla slutenvårdsavdelningar fick checklistor och mallar upptryckta. Flygblad med information skickades också ut.</p>	<p>De flesta mottog SBAR bra och tyckte om det för dess enkelhet. Ett visst motstånd fanns i början från läkare om R:et och sjuksköterskor om mallarna. SBAR överbyggade problemet med sjuksköterskors och läkares olika kommunikationsstilar. Sjuksköterskorna de var mer förberedda när de ringde läkare och kände sig därför säkrare vid kontakten. Läkarna tyckte att rapporterna hade blivit effektivare, uppstramad, kortfattade och mer precisa. De fick bättre information som gjorde att de hade lättare att fatta bra beslut i högre omfattning än tidigare. Tillfredsställelse/nöjdhet ökade mellan läkare/sjuksköterska. På akutrummet ansåg man att SBAR tagit bort feluppfattningar som berodde på antaganden. Läkaren och sjuksköterskan var nu på samma nivå från början. Ett år efter implementeringen visade enkäten att SBAR-verktyget användes vid alla skiftbyten/rapporter.</p>

Artikel 17	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements</p> <p>Författare Catherine Dingley, Kay Daugherty, Mary K. Derieg, Rebecca Persing</p> <p>Tidskrift Agency for Healthcare Research and Quality</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p>	<p>Pilotstudie</p> <p>477 sängar</p> <p>Denver Health Hospital Authority</p>	<p>Syftet med den här studien var att utarbeta, införa och utvärdera en övergripande teamkommunikationsstrategi. Detta skulle resultera i ett verktygsskit som är generaliserbart på andra vårdenheter. Det specifika syftet inkluderade införande av ett strukturerat kommunikationsverktyg, en standardiserad upptrappingsprocess för att underlätta snabb kommunikation, dagliga multidisciplinära patientcentrerade ronder där ett dagligt målblad användes och tvärprofessionella fokusmöten</p>	<p>Test gjordes före införande av SBAR för att hitta utgångsvärde att jämföra resultatet av det test som gjordes efter 24 månader med.</p> <p>Tre avdelningar var pilotavdelningar och valdes ut för att de representerade olika typer av enheter/organisation.</p> <p>Implementering och utbildning av verktyg och arbetssätt gjordes både i grupp och individuellt genom powerpoint presentation, praktiska övningar och videopresentationer med verkliga fall vilka gjordes i 2 steg.</p> <p>495 kommunikationstillfällen analyserades sedan. Budskapet spreds också med hjälp av webb-info, komihåg –kort och t-shirts.</p>	<p>Analysen av de 495 kommunikationstillfällena avslöjade minskad tid till behandling/åtgärd, ökad nöjdhet/tillfredsställelse med kommunikation bland sjuksköterskorna samt högre frekvens av och snabbare lösning på patientens problem.</p>

Artikel 18	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians</p> <p>Författare Kathleen M. Haig, Staci Sutton, John Whittington</p> <p>Tidskrift Journal on Quality and Patient Safety</p> <p>Årtal 2006</p> <p>Land USA</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>OSF St Joseph Medical Center Illinois</p>	<p>Sjukhuset hade haft en mycket allvarlig händelse med en kommunikationsmiss ang. blodförtunnande läkemedel i samband med ordination utifrån provsvar. Redan 2002 såg man på sjukhuset att varierande kommunikationssätt påverkade patientsäkerheten negativt. Utredning av näramissar och resultat av analys på rotorsak visade att man behövde ett standardiserat överrapporteringsystem. SBAR valdes. 2006 när nya nationella patient-säkerhetskrav ställdes på att alla inrättningar skulle ha ett standardiserat överlämningsystem som inkluderade möjligheten att ställa och besvara frågor påbörjades en mer intensiv implementering. Målet var att öka SBAR-användningen till 90% på ett år för att förbättra kommunikationen och teamarbetet.</p>	<p>Högsta chefssjuksköterskan valdes som verkställande ledare för projektet. Hon gjorde ronder, diskuterade SBAR med personalen i marknads-förings syfte och krävde att SBAR skulle användas vid förfrågningar. Den medicinske chefen ledde införandet och uppmuntrade alla att efterhöra SBAR-teknik vid överrapporteringar mm. Han förordade speciellt att ordet Rekommendation skulle användas. Marknads-föringen började ca 5 månader innan start. Ett tvärvetenskapligt team träffades en timma varannan vecka. En idé från gruppen var att sätta upp information om SBAR i hissarna. Nyckelpersoner utsågs för att sprida SBAR-tekniken. Under hösten 2004 utvecklades SBAR-verktyget med hjälp av personal på golvet. Man använde PDSA metoden för att komma fram till bästa sättet att implementera SBAR. I januari 2005 infördes SBAR på kirurg-kliniken och i mars på IVA och i april på resten av sjuk-huset. En ”hemlig” enkät fylldes i varje månad av 10 medarbetare som var slump-mässigt utvalda. De skulle beskriva vad SBAR står för och ge exempel på då man använt SBAR. Spridningsteamet införde också läkemedels-avstämningar och mätte avvikelserapporter. 20 journaler/månad granskades med hjälp av GTT för att hitta missar eller näramissar.</p>	<p>98% av personalen gick på utbildning om SBAR, 87% slutförde även träningsomgång två. 39% av läkarna gick en förkortad variant av utbildningen, målet var satt till 25%. Att starta med en liten grupp som trendsättare och låta dem sprida budskapet till sina kamrater var ett bra tillvägagångssätt. Historieberättandet främjade fördelarna med god kommunikation och påvisade riskerna med dålig. Ledningens engagemang påverkade positivt. Utplåningen av hierarkien mellan sjuksköterskor och läkare förbättrade kommunikationen och tillfredsställelsen. Teamet ansåg att man hanterade sina resurser bättre. Teammedlemmarna kände att de hade större befogenheter och påverkansmöjligheter över beslut och bättre arbetstillfredsställelse. Det total antalet avvikelser minskade från 89,9/1000 patientdagar till 39,96/1000 patientdagar. Läkemedelsavvikelsena minskade från 29,97/1000 patientdagar till 17,64 patientdagar. Läkemedelsavstämningar vid intagning ökade från 72% till 88% och vid utskrivning från 53% till 89%. Målvärdet 90% SBAR-användning överskreds med råge, 96% använde SBAR. Nästa steg är att integrera SBAR i datorsystem.</p>

Artikel 19	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel The PACT Project: improving communication at handover</p> <p>Författare Eileen Clark, Sally Squire, Anne Heyme, Mary-Ellen Mickle and Eileen Petrie</p> <p>Tidskrift The Medical Journal of Australia</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land Australien</p>	<p>Aktionsforskning Prospektiv experimentell kvantitativ kontrollerad studie</p> <p>Ett mellanstort privat sjukhus</p>	<p>Syftet var att beskriva och utvärdera PACT-projektet vars syfte vara att förbättra kommunikationen mellan sjukhuspersonal vid överrapporteringar. PACT = Patient bedömning, Tydlig kommunikation, Vårdkontinuitet, tillförlitligt teamarbete (Patient assessment, Assertive communication, Continuum of care, Teamwork with trust). Huvudmålet i studien var att förbättra kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen och därmed förbättra patientsäkerheten genom att utforma, genomföra och utvärdera standardiserat verktyg för klinisk överrapportering inom organisationen</p>	<p>Aktionsforskning användes för att införa och övervaka projektet, med sju sjuksköterskor i egenskap av kritisk referensgrupp. Två kommunikationsverktyg (SBAR och CAB SAVI) utvecklades för att standardisera och underlätta kommunikationen mellan skift och mellan sjuksköterska och läkare. Båda verktygen använde SBAR-principer. Alla sjuksköterskor gick på workshops med tydliga kommunikationsstrategier och fokuserade på klinisk bedömning av den försämrade patienten. Ett frågeformulär delades ut till sjuksköterskor och läkare före projektstart. Direkt efter projektet samlades enkätsvar in från sjuksköterskorna och kvalitetsdata från de sju i referensgruppen analyserades.</p>	<p>Huvudresultatet var att sjuksköterskorna förbättrade sin kommunikationsförmåga genom förbättrad struktur och innehåll vid överlämningarna. Innan start trodde 85% av sjuksköterskorna att kommunikationen behövde förbättras. Efter införandet tyckte 68% att kommunikationen vid överlämningarna hade förbättrats och 80% kände sig med bekväma vid kommunikation med läkare. Tidiga bevis stödjer användningen av ett standardiserat kommunikationsverktyg för överlämningar tillsammans med specifik utbildning i tydlig kommunikation och patientbedömning. Långtidsutvärdering av patientresultat behövs.</p>

Artikel 20	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital</p> <p>Författare James E. Thompson, Luke W Collett, Marc J Langbart, Natalie J Purcell, Stephanie M Boyd, Yuigi Yuminaga, Gemma Ossolinski, Clarissa Susanto</p> <p>Tidskrift Postgraduate Medical Journal</p> <p>Årtal 2011</p> <p>Land Australien</p>	<p>Barnsjukhus</p>	<p>Syftet var att fastställa effekten av överlämningsverktyge t ISBAR på AT- läkaröverlämningar.</p>	<p>44 AT-läkare som deltog i jourtidsöverlämningar under en tre-månaders period värvades. Jourtidsöverlämningar ljudinspelades och AT- läkarna deltog i en undersökning för att fastställa rådande uppfattning om överlämningarna samt övning. En timmas utbildning hölls. Därefter gjordes ytterligare ljudinspelningar för att mäta förändringar i överlämningsrapporterna.</p>	<p>Innan start tyckte 59% att en dålig överlämning påverkade deras förståelse för patientens kliniska situation. Efter införandet tyckte 71% att ISBAR gav en allmän förbättring i överlämnings- kommunikationen. Särskilt när det gällde struktur och innehållsöverensstämmels e. De som rapporterade kände sig också mer bekväma och de ansåg att patientsäkerheten hade ökat. De kände att de tog hand om akutsituationer på ett bättre sätt och med mer självförtroende. De trodde också att patientvård och säkerhet blev förbättrad. Ljudinspelningarna visade på ökad överföring av nyckel information på 13 av 19 kategorier under överlämningarna utan signifikant effekt på överlämningarnas varaktighet. ISBAR ökade AT-läkarnas uppfattningsförmåga vid överlämningskommunikat ion på ett tidsneutralt sätt. ISBAR ska nu övervägas vid alla AT- läkaröverlämningar.</p>

Artikel 21	Perspektiv (vetenskapliga eller andra teoretiska utgångspunkter)	Problem Syfte	Metod (urval, analys mm.)	Resultat
<p>Titel Improving transitions in inpatient and outpatient care using a paper or web-based journal</p> <p>Författare Ranjit Singh, Alan C Roberts, Ashok Singh, Arvela R Heider, Todd Norris, Dan Porreca, Gurdev Singh</p> <p>Tidskrift Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports</p> <p>Årtal 2011</p> <p>Land USA</p>	<p>138 sängar Community-hospital and its Primary Care Center</p> <p>New York state</p>	<p>Syftet var att utveckla en överföringsjournal för kommunikation inom enhet och avdelning samt för att använda i kommunikationen mellan sjukhuset och primärvården. Journalen skulle öka kvalitet och vårdssäkerhet och patientnöjdhet med timing, tillförlitlighet och meningsfull information för alla berörda. Målet var att ta fram en övergångsjournal och identifiera dess potentiella användningsområde.</p>	<p>Front-line personal utsågs för att utveckla journalen, först pappersbaserad sedan som ett IT-verktyg. 10 ssk och 12 läkare från både sjukhus och primärvård arbetade frivilligt med projektet.</p> <p>Mål var att:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utveckla ett standardiserat verktyg baserat på SBAR-format 2. Underlätta förbättrad kommunikation inom vårdpunkterna 3. Använda en bottom-up strategi 4. Skapa situationsanpassad medvetenhet och underlätta teamformation 5. Skapa visuella arbetsflödesmodeller för att hjälpa till att inskräpa en god säkerhetskultur. 	<p>Utveckling av överföringsjournalen både i pappersform och i webbaserat format blev lyckad.</p> <p>Identifikation av överföringsjournalens potentiella användning. De medverkande rekommenderade användning av verktyget som:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En checklista för att verifiera lämplig kommunikation för både sändare och mottagare 2. Ett granskningsverktyg för retrospektiv genomgång av överlämningar 3. Ett inlärningsverktyg <p>Två versioner skapades, en för intern överföring och en för överföring till primärvården. En journal utvecklad av front-line personal har potential att ge möjligheter till förbättring, inge ett systemtänkande, förbättra vårdkontinuiteten, förbättra följsamheten till säkerhetsmål, förbättra patient- och personalnöjdhet, reducera dubbelarbete och kostnader, inpränta teamarbete och ge ömsesidigt, känslomässigt och intellektuellt stöd. Ytterligare arbete för att utvärdera och sprida detta verktyg pågår. Det IT-baserade verktyget kunde analysera korrekt och inkorrekt information om överlämningen, det var självanalyserande.</p>

Bilaga 5 Definitioner/förklaringar

CSES: Communication Self- Efficacy Survey ett mätinstrument gjort speciellt för Raicas (2009) pilot studie.

GTT (Global Trigger Tool) är ett granskningsinstrument för att identifiera skador på patienter och följa frekvensen av dessa över tid. Granskningen och mätningen bidrar i sig inte till en ökad patientsäkerhet utan måste åtföljas av ett riktat förbättringsarbete. Regelbundna granskningar och mätningar ger ledningsansvariga på ett sjukhus eller en klinik möjligheter att följa effekten av patientsäkerhetsarbetet i organisationen.

IHI (Institute for Healthcare Improvement) anser att alla förtjänar en säker och effektiv hälso- och sjukvård, arbetar med vårdgivare och ledare över hela världen för att uppfylla detta löfte.

Likertskalan är en skala där forskaren mäter olika attityder hos respondenten. Attitydmätningen utgår ifrån en observation av en eller flera reaktioner från individerna. Måttenheten bestäms genom olika sifferskalor eller genom negativa/positiva påståenden för att få fram index över flera enkelställda frågor. Respondenten får då markera i vilken grad den instämmer i frågorna.

MAN står för "Medical Admission Note". MAN är en standardiserad mall för journalanteckning. Används inte som överrapporteringsverktyg (Ilan et al., 2012).

NHS (National Health Services) är den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Storbritannien. En särskild organisation finns här för att samordna insatser för hela landet att rapportera och ännu viktigare att lära av misstag och problem som påverkar patientsäkerheten.

Quizzes är en frågesport som utvalda medarbetare kunde göra för att öka kunskapen och medvetenheten om SBAR (Haig et al., 2006).

Safety hotline var ett särskilt telefonnummer medarbetare kunde ringa för att få hjälp med patientsäkerhetsfrågor och då framförallt SBAR (Haig et al., 2006).

SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) jobbar med att underlätta och stötta vårdens förmåga att förebygga, tidigt upptäcka risker och att mildra konsekvenserna när vårdskador inträffar.

SOAP står för "Subjective , Objective, Assessment, Plan". SOAP är ett minnesstöd för läkare, som hjälper till att komma ihåg att beskriva symptom, besvär, bedömning och plan (Ilan et al., 2012).

SoS (Socialstyrelsen) är en svensk statlig förvaltningsmyndighet, som sorterar under Socialdepartementet. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel.

WHO (World Health Organization) patientsäkerhetsorganisation skapades för att underlätta utvecklingen av patientsäkerheten och praxis inom alla medlemsstater och agera som en viktig kraft för att patientsäkerheten förbättras över hela världen.