

SBAR = ökad patientsäkerhet?

FÖRFATTARE	Emma Fridlund
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete i omvårdnad/ 180 högskolepoäng/ OM5250
	VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Catarina Wallengren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



*Ett stort tack till min handledare Bodil Augustsson som gett mig värdefulla råd och
väglett mig under examensarbetet*

Titel (svensk):	SBAR = ökad patientsäkerhet?
Titel (engelsk):	SBAR = improved patient safety?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad, 180 högskolepoäng/OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Emma Fridlund
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Catarina Wallengren

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Bristfällig kommunikation är en av de vanligaste orsakerna till de skador som uppkommer inom vården. Hälso- och sjukvården är en komplex miljö där information om den enskilda patienten ska överföras mellan personal. Det ställs höga krav på att informationsutbytet sker på ett korrekt och tydligt sätt då detta är grunden till att fatta adekvata medicinska beslut och på sätt kunna vidta de åtgärder som krävs. Socialstyrelsen och Svenska Kommuner och Landsting är några av de aktörer som förespråkar att kommunikationsverktyget SBAR ska användas i svensk sjukvård för att säkerställa informationsöverföring och på så sätt höja patientsäkerheten. SBAR är en akronym som står för S-situation, B- bakgrund, A-aktuellt och R- rekommendation och hjälper utövaren att strukturera informationen och minska risken för att viktig information utelämnas vid informationsöverföring. **Syftet:** Att belysa vilka möjligheter och hinder det finns i att använda kommunikationsverktyget SBAR.

Fördjupningsarbetet genomfördes som en systematisk litteraturstudie vilken innefattade 13 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** visar på att möjligheterna med användandet av SBAR bidrar till en ökad patientsäkerhet genom färre felmedicineringar, minskat antal oväntade dödsfall samt möjligheten att snabbare kunna vidta åtgärder.

Kommunikationen förbättrades mellan vårdpersonal genom att informationen blev bättre strukturerad, tydligare och mer korrekt. Teamwork utvecklades genom att samarbetet förbättrades och arbetssättet blev mer lösningsfokuserat och mindre anklagande. Självförtroendet ökade bland sjuksköterskor som använde SBAR vilket bidrog till ett bättre arbetsklimat. Hinder till att använda SBAR var implementeringssvårigheter och motstånd till att förändra sitt arbetssätt. Följsamheten i att tillämpa SBAR var ibland lågt vid uppföljningar. **Diskussion:** Resultatet av litteraturstudien visar att det saknas stark evidens vad gäller ökad patientsäkerhet och minskade antal vårdskador vid användandet av SBAR. Det finns dock en tendens till positiv påverkan på patientsäkerheten. Mer forskning inom området behövs där långtidsutvärderingar mäter SBAR´s exakta effekter på patientsäkerheten.

Nyckelord: SBAR, kommunikation, patientsäkerhet, omvårdnad, teamwork, överrapportering.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kommunikation.....	1
Vård och kommunikation.....	2
Sjuksköterskans ansvar.....	3
Säker vård.....	4
Säkerhetskultur.....	5
Teamwork.....	5
SBAR – ett kommunikationsverktyg.....	6
Hur SBAR används.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Litteratursökning.....	7
Analys.....	9
Etiskt ställningstagande.....	9
RESULTAT	9
Ökad patientsäkerhet.....	10
Förbättrad kommunikation.....	10
Utveckling av teamwork.....	11
Förbättrat Arbetsklimat.....	11
Motstånd och svårigheter till implementering.....	12
Dålig följsamhet i användning.....	12
Orsaker till utebliven tillämpning.....	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	14
SLUTSATS	18
REFERENSER	19
BILAGOR	
Bilaga 1 SBAR – akut/icke akut situation	
Bilaga 2 Artikelöversikt	

INTRODUKTION

INLEDNING

Under min verksamhetsförlagda utbildning som sjuksköterskestudent har jag vid ett flertal tillfällen fått uppleva situationer där kommunikationen har brutit och missförstånd uppstått mellan personal. Detta har föranlett att patientens säkerhet har riskerats. Händelserna har väckt mitt intresse för kommunikationens betydelse för att kunna praktisera en säker vård.

Bristfällig kommunikation är en av de vanligaste orsakerna till de skador och tillbud som inträffar inom hälso- och sjukvården. Världshälsoorganisationen (WHO) förespråkar användandet av standardiserade strategier för överföring av information (WHO, 2007). Jag har valt att belysa möjligheter och hinder med att använda det strukturerade kommunikationsverktyget SBAR´s (Situation, Bakgrund, Aktuell tillstånd, Rekommendation).

BAKGRUND

Kommunikation

Kommunikation innebär att någon slags information ska överföras mellan människor. Det kan ses som ett utbyte av kunskap, tankar eller idéer mellan två eller fler personer. Målet med kommunikation är att uppnå en ömsesidig förståelse. Orden kommunikation härstammar från de latinska orden *communicare* (göra någon delaktig i), *communicatio* (ömsesidigt utbyte) och *communio* (något som går att dela). Kommunikationens kärna är att komma överens om något eller göra något gemensamt. En människa kan kommunicera muntligt, skrivet eller med hjälp av sitt kroppsspråk. Att uttrycka sig verbalt innebär att man använder sig av orden i språket (Fossum, 2007).

Kommunikation beskrivs ofta med hjälp av ”radiomodellen”, där man har en sändare som skickar information till en mottagare. Mellan dessa finns ett brus som kan störa kommunikationen. Det är en mycket förenklad bild av hur kommunikation fungerar och kritiseras då den anses vara asymmetrisk och inte beakta omgivningens påverkan. Kommunikationen inom vården är betydligt mer komplicerad än vad modellen beskriver (Fossum, 2007; Shannon, 1948). Svedberg (2007) beskriver kommunikation på ett likartat sätt men betonar vikten av att människor påverkas av sin omgivning samt vilka känslor vi upplever. Detta kan bidra till att samtalets innebörd kan tolkas olika beroende på vart man har sin fokus. Ett budskap kan på så vis uppfattas helt annorlunda mellan två individer och kan leda till missuppfattningar. Shannon (1948) beskriver att orsaken till icke-fungerande kommunikation är att det saknas gemensamma överenskommelser. Informationen som överförs innehåller ofta överflödigt information vilket bidrar till att förståelsen hos mottagaren försvåras och kan ibland även missförstås. Pfrimmer (2009) belyser att tidigare forskning visat på att mellan 40-60 procent av budskapet går förlorat i kommunikationen mellan människor. För att överbrygga svårigheterna i att budskapets ska nå fram till mottagaren är det av största vikt att man är medveten om riskerna för missförstånd och att man försöker vara tydlig i sin kommunikation.

Vård och kommunikation

Kommunikation och informationsöverföring är en viktig del för att kunna ge en god och säker vård. Studier gjorda internationellt visar att under åren 1995-2006 är brister i kommunikationen den vanligaste orsaken till uppkomsten av vårdskador (WHO, 2007). Hälso- och Sjukvårdens kvalitetsinstitut, det amerikanska The Joint Commission (JCAHO), konstaterar att cirka 60 procent av de incidenter som sker i vården beror på bristande kommunikation vid personalskifte, mellan professioner, inom professionen och mellan enheter/vårdgivare (Sharp, 2012).

Överföring av information mellan vårdpersonal, mellan personal och patient och mellan olika enheter i vårdprocessen är vanligt förekommande inom vården. Detta i sig är ett riskmoment då information lätt kan missförstås eller utebli. Då överföring av viktig information inte fungerar mellan yrkesutövare hotas patientsäkerheten. Om patienters tillstånd inte vidarebefordras till annan personal, provsvar saknas eller inte förmedlas, journalanteckningar inte skrivs in i tid alternativt är svåra att förstå medför risker som kan ge omfattande skador för den enskilda patienten (Socialstyrelsen, 2009).

Vården är uppbyggd av överrapporteringar. Det sker informationsöverföring mellan vårdteamet runt patienten, mellan olika vårdlag men också mellan vårdenheter och olika vårdgivare (Socialstyrelsen, 2009). Överrapporteringar mellan personal anses vara den viktigaste faktorn till att kunna skapa kontinuitet i vården samt att kunna utföra adekvat medicinsk vård och omvårdnad (Dowding, 2001). Pezzolilesi et al. (2010) fann att de tillbud/avvikelser som studien undersökte stod felaktiga överrapporteringarna för 45 procent och uteblivna överrapporteringar för 29 procent. Siemsen et al. (2012) poängterar att det genomsnittliga antalet överrapporteringar mellan professioner för en patient är cirka 20 stycken under en vårdvistelse. Utöver detta tillkommer andra överrapporteringar då patienten exempelvis skickas iväg på en röntgenundersökning.

För att kunna bedriva en säker vård ställs det höga krav på att informationsöverföring utförs på ett korrekt och tydligt sätt då informationsutbyte är grunden till att fatta adekvata medicinska beslut och på så sätt kunna vidta de åtgärder som krävs (Wallin & Thor, 2008). Tydlig kommunikation är i synnerhet viktig då en patient blir akut försämrad. I ett sådant sammanhang är ofta situationen i sig kaotisk och personalen behöver arbeta under tidspress. Kommunikationen behöver också vara väl fungerande i andra sammanhang inom vården, till exempel vid överrapporteringar av patienter vid personalskifte. Det är av yttersta vikt att budskapet når fram på ett felfritt sätt så att inget utelämnas eller missförstås. På så vis kan tillbud/vårdskador undvikas (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). Lindh och Sahlqvist (2012) har beskrivit några vanliga orsaker till kommunikationsfel mellan personal inom hälso- och sjukvården:

- Informationen som ges är ofullständig, felaktig eller saknas
- Hur viktig informationen egentligen är, framgår inte tydligt och angelägenheten i situationen undervärderas
- Bekräftelse mellan sändare och mottagare uteblir
- De eventuella oklarheter som uppkommer i kommunikationen reds inte ut
- Informationen blir endast tillgänglig för ett fåtal och inte för de som informationen berör
- Ansvar för informationen blir otydlig och vad som ska göras, när det ska göras och av vem blir inte överenskommet.

Yrkeskategorierna inom hälso- och sjukvårdens organisation har genomgående goda kompetenser inom sina professionsområden. De olika professionerna inom området tränas i att arbeta självständigt inom sin disciplin och får de kliniska kunskaperna som är nödvändiga för att kunna bedriva god vård. Utbildning i att kunna kommunicera effektivt och att kunna samarbeta i multidisciplinära team saknas allför ofta (Lindh & Sahlqvist, 2012; Sharp, 2012). Ett undantag är dock Göteborgs Universitet där teamsamverkan tränas i sjuksköterskeutbildningen (Göteborgs Universitet, 2013).

Hierarkiska mönster och förhållningssätt är värden som existerar i vården vilket kan medföra svårigheter att ifrågasätta varandras arbete och ha en negativ inverkan på kommunikationen (Lindh & Sahlqvist, 2012; Sharp, 2012). Litteraturen beskriver hur sjuksköterskor och läkare är utbildade till att kommunicera på olika sätt. Sjuksköterskor kommunicerar ofta deskriptivt och är mer detaljerade i sin beskrivning. Sjuksköterskor uttrycker sällan förslag till medicinska diagnoser, patientens problem eller situation. Läkare använder sig av korta uttalanden som innehåller specifik fakta angående patientens situation, ofta med medicinsk innebörd (Haig, Sutton & Whittington, 2006). De olika kommunikationsstilarna leder till en dysfunktionell kommunikation mellan de två professionerna vilket kan hota patientsäkerheten (Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

Sjuksköterskans ansvar

Omvårdnad är en sjuksköterskas primära kunskapsområde. Syftet med omvårdnad är att den person som vårdas i möjligaste mån ska vara oberoende och självständig. Målet är att patienten ska uppleva hälsa samt känna sig delaktig och trygg i den vård som ges (Svensk Sjuksköterskeförening, 2009). All omvårdnad utgår från patientens sociala, fysiska och andliga behov och utifrån patientens egna förutsättningar. Utgångspunkten är patientens egna önskningar och uppsatta mål. Sjuksköterskan ska kunna se patientens resurser och verka utifrån hälsan och i den kontext en eventuell sjukdom levs i. Sjuksköterskan ska i sitt yrkesutövande ha kunskap och kompetens till att bedöma en patient i syfte att främja hälsa, lindra lidande och bota sjukdom (Willman, 2009). Det centrala i omvårdnaden är den person som vårdas. Människan i patientmötet ska ses som unik och ska bemötas med respekt. Delaktighet och trygghet är något en patient och dess närstående ska uppleva vid en god omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2009).

En god omvårdnad innebär att sjuksköterskeyrkets centrala värdegrund beaktas och eftersträvas i yrkesutövandet. De centrala delarna i värdegrunden består av att det i patientmötet finns en respekt för värdighet, integritet och självbestämmande hos patienten. Det ska skapas en förutsättning för hopp, tillit och ett minskat lidande trots närvaro av sjukdom och ohälsa. Värdegrunden syftar till att sjuksköterskan har ett sådant förhållningssätt gentemot patienten att man är lyhörd för det patienten upplever och förmedlar. Förhållningssättet innebär även att man i möjligaste mån eftersträvar patientens delaktighet i vård och behandling (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010).

En sjuksköterska ska ha kunskap som är förankrad i omvårdnadsteori och evidensbaserad vetenskap. Evidensbaserad hälso- och sjukvård innebär att ha ett förhållningssätt som grundar sig i att tillämpa den bästa befintliga vetenskap som underlag för att ta beslut inom vården (Willman et al., 2011).

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor står det bland annat att sjuksköterskan ska ha förmåga att kommunicera med patienter, dess närstående och med kollegor. En sjuksköterska ska inneha kompetensen till att kunna konsultera, informera och samverka med hela vårdkedjan. För att säkra en god kvalitet på den vård som ges ansvarar hon för att en korrekt informationsöverföring sker mellan olika aktörer inom vården (Socialstyrelsen, 2005). En fungerande kommunikation tillsammans med sjuksköterskans kompetens inom omvårdnad är grundläggande för att kunna utöva en säker vård med hög kvalitet (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Säker vård

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är definitionen på patientsäkerhet ”skydd mot vårdskada”. Ett fundamentalt krav på hälso- och sjukvården är att uppkomna skador till följd av en medicinsk åtgärd eller en brist på en sådan ska minimeras och begränsas (Socialstyrelsen, 2004). En vårdskada är något som under andra omständigheter skulle kunna undvikas. Exempel på vårdskador kan vara felaktig läkemedelsgivning, förväxling av patienter, felaktig behandling, utebliven eller oriktig diagnos, bristande omvårdnad som leder till exempelvis trycksår eller vårdrelaterade infektioner (Lindh & Sahlqvist, 2012).

Socialstyrelsen redogör att varje år drabbas 100000 patienter inom den svenska hälso- och sjukvården av vårdskador. Under 2007 drabbades 8,6 procent av patienterna inom somatisk slutenvård av en vårdskada. De vanligaste förekommande vårdskadorna var felaktig läkemedelsbehandling, skador vid operativa ingrepp eller vårdåtgärder som uteblivit alternativt fördröjts (Socialstyrelsen, 2008).

Vårdskador kan ofta identifieras som en brist i verksamheten såsom bristfälliga rutiner eller felaktig kommunikation och informationsöverföring (Lindh & Sahlqvist, 2012; Öhrn, 2009). Patientsäkerhetsbegreppet brukar delas in i tre olika delar. Den första delen innehåller mer övergripande risker som egentligen är relativt enkelt att undvika med rutiner. Den andra delen innebär de konsekvenser som eventuellt kan uppstå då man avgör vilken behandling en patient ska få utifrån ett nytto/riskperspektiv. Den tredje delen innefattar de risker som finns utifrån hälso- och sjukvårdens uppbyggnad och struktur, exempel vilka resurser som finns eller hur tillgängligheten ser ut (Socialstyrelsen, 2004).

Varje patient som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården ska känna sig trygg. Säkerhet inom vården är en av de viktigaste parametrarna som mäter vårdens kvalitet. En förbättrad patientsäkerhet nås genom att man aktivt och systematiskt arbetar med avvikelshantering, riskanalyser, analyser och åtgärder av de tillbud och negativa händelserna som uppstått och inte minst ett förebyggande arbete (Socialstyrelsen, 2008).

Det finns både lagar och föreskrifter som anger hur man ska arbeta med patientsäkerheten i en vårdverksamhet. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskriver att den vård som bedrivs ska uppfylla de krav som gäller för god vård genom att arbeta för att patienten ska ha effektivitet, kontinuitet och säkerhet i vården. Patientsäkerheten anses i allmänhet vara den mest fundamentala delen i kvalitetsarbetet. I föreskriften ”Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”

understryks just säkerhet för patienten som den främsta aspekten avseende kvalitetsarbetet (SOSFS 2005:12).

Från den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) som syftar till att vården ska bli säkrare. Patienter ska också ha det lättare att anmäla en eventuell felbehandling. Till skillnad från tidigare lagstiftning innebär den nya lagen att vårdgivare har ett mer bestämt ansvar för att arbeta systematiskt för patientsäkerhet. Vårdgivare ska arbeta för att förebygga och minimera vårdskador samt utreda avvikelser där det har skett en skada eller skulle kunna ha orsakat en skada (Socialstyrelsen, 2011).

Medarbetare inom vården har ett ansvar att verka för patientsäkerheten genom att rapportera avvikelser, arbeta med riskanalyser, åtgärdsförslag och uppföljning av resultat. Vårdgivaren är skyldig att anmäla uppkomna skador eller risk för skador till Socialstyrelsen. Vid skador av allvarigare grad går ärendet vidare till Lex Maria. Lex Maria försöker få klarhet i vad som har hänt och bedömer händelsen objektivt och försöker därefter finna en handlingsplan för att liknande händelser inte ska inträffa igen (SFS 2010:659).

Säkerhetskultur

Säkerhetskultur brukar definieras med hur ett arbete utförs, vilka attityder som råder hos medarbetarna samt de oskrivna reglerna som finns. En positiv säkerhetskultur innebär att medarbetarna är mer villiga att anmäla avvikelser jämfört med en arbetsplats som har en negativ kultur. Patientsäkerheten kan endast förbättrats om avvikelserna faktiskt rapporteras. Säkerhetskulturen påverkas av hur ledningen styr verksamheten. Det är dock svårt för ledningen att få en snabb förändring i säkerhetskulturen då utvecklingen sker under lång tid (Sharp, 2012).

Teamwork

Den moderna sjukvården idag är specialiserad med avancerad medicinsk apparatur, olika tillgängliga behandlingsalternativ och professionalisering. Yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården måste kunna samarbeta för att bedriva en säker och god vård. Ett optimalt samarbete inom ett multidisciplinärt team kan endast ske om medlemmarna har liknande värderingar och gemensamma mål. Etablerade revir, hierarkiska strukturer måste upphöra att existera och medarbetarna måste vara villiga att kunna delge exklusiv kunskap till deltagarna i teamet. I ett teamarbete där man har olika inställning, saknar insikt i den andra professionens kunskap riskerar att hota patientsäkerheten (Bihari Axelsson & Axelsson, 2009; Johansson, Eklund & Gosmah-Hedström, 2010). Verbal och skriftlig kommunikation måste fungera inom teamet för att säkerställa informationsöverföring men också för att få förståelse och för att kunna skapa ömsesidiga överenskommelser (Johansson et al., 2010).

Webster (2002) betonar att grunden till en framgångsrik sjukvård är beroende av korrekta diagnoser och samordnade behandlingsplaner. Personalen inom vården måste ha god förmåga att kommunicera effektivt och tydligt för att kunna få en helhetsbild av patienten genom att använda sig av all tillgänglig kunskap som de olika yrkeskategorierna får vid mötet med patienten. Detta skapar en förutsättning till att ta adekvata beslut och kunna erbjuda en säker vård. Baker et al. (2006) påpekar att

professioner inom hälso- och sjukvården måste bli bättre på att samarbeta då team gör färre misstag jämfört med enskilda individer vilket påverkar patientsäkerheten.

SBAR – ett kommunikationsverktyg

SBAR står för situation - S, bakgrund - B, aktuellt tillstånd - A och rekommendation – R (Lindh & Sahlqvist, 2012). Med hjälp av att strukturera upp sin kommunikation skapar man en förutsättning för ett säkert och korrekt utbyte av information (Wallin et al. 2008). SBAR kan användas både vid akuta och icke-akuta situationer där information om en patient ska överföras. Se bilaga 1.

Inom hälso- och sjukvården är informationsöverföring mellan personal och mellan aktörer i vårdkedjan ett riskmoment för patientens säkerhet. Mycket information försvinner vid överrapporteringar mellan medarbetare men också då en patient förflyttas mellan olika verksamheter. SBAR är ett kommunikationsverktyg som används för att strukturera upp kritisk information och minimera risken för att information går förlorad eller missförstås. SBAR är utvecklad av den amerikanska flottan med syfte att på ett standardiserat sätt överföra kritisk information. Kommunikationsmodellen används även inom NASA´s rymdprogram och kärnkraftsindustrin där man behöver kunna kommunicera strukturerat, snabbt och på ett säkert sätt (Wallin et al., 2008). Modellen började användas inom sjukvården under 90-talet som en del i Crew Resource Management (CRM) med nytta av att kunna kommunicera effektivt mellan vårdgivare (Sharp, 2012). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) översatte SBAR som kommunikationsmodell för att den skulle vara anpassad till den svenska vården (Lindh & Sahlqvist). Modellen introducerades i Sverige under 2010 och har efter det börjat användas av flertalet sjukhus runt om i landet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2010)

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting är några av de organisationer som förespråkar SBAR som kommunikationsmodell inom vården.

Hur SBAR används

S – situation

Under S presenterar man sig själv för mottagare med namn, titel och vart man ringer ifrån. Därefter presenterar man även varför man har tagit kontakt. Man beskriver patienten med namn, ålder och placering samt patientens situation.

B – bakgrund

Här ges saklig information om patientens bakomliggande sjukdomar, diagnos, undersökningar och behandlingar. Informationen ska vara relevant för situationen så att mottagaren kan få ett sammanhang av läget.

A – aktuellt tillstånd

Här sker en sammanfattning av de viktigaste fakta i rådande situation. Informationen ska innehålla aktuellt tillstånd och eventuella förändringar som skett i patientens status såsom vitalparameterar eller liknande.

R – rekommendation

Här presenterar du vilka åtgärdsförslag du har och vad du tror att patienten behöver. Sändaren har också här möjlighet att bekräfta dina förslag eller ge nya. Mottagare och

sändare kommer överens vilka åtgärder som ska genomföras. Kommunikationen kan här förstärkas genom att ge utrymme för frågor (Lindh & Sahlqvist, 2012; Sveriges Kommuner och Landsting, 2010).

PROBLEMFORMULERING

Bristande kommunikation mellan vårdpersonal är den vanligaste orsaken till alla de skador och incidenter som uppstår inom vården. SBAR är ett kommunikationsverktyg som anses vara ett bra instrument att använda för att kvalitetssäkra kommunikationen inom vården och på så vis öka patientsäkerheten. Då Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting förespråkar att SBAR ska användas inom svensk hälso- och sjukvård finns ett intresse att studera vad forskningen visar om detta kommunikationsverktyg.

SYFTE

Utifrån en litteraturstudie belysa vilka möjligheter och hinder det finns med att använda kommunikationsverktyget SBAR.

METOD

Denna litteraturstudie har följt Fribergs (2006) beskrivna tillvägagångssätt för litteraturbaserade examensarbeten. Det innebär att olika steg har följts för att kartlägga forskningsområdet.

Litteratursökning

Helikopterperspektiv

En pilotsökning i databaserna Cinahl och PubMed utan begränsningar gjordes för att undersöka om det fanns tillräckligt med vetenskaplig forskning gjord inom området.

Avgränsningar

Efter att ett helikopterperspektiv var anlagt för att säkerställa att det fanns tillräckligt material för att fortsätta fastställdes vilka inklusions- och exklusionskriterier som skulle gälla. Artiklarna som kunde inkluderas skulle finnas tillgänglig i fulltext i databaserna. Den skulle vara publicerad i en vetenskaplig tidskrift. Artikeln skulle vara skriven på engelska. Ingen specifik begränsning gjordes på årtal då kommunikationsverktyget SBAR är en ny företeelse inom vården. Både kvantitativa och kvalitativa studier eftersöktes.

Sökord

För att finna relevanta sökord i databaserna användes MeSH-termer vid sökning i PubMed och Thesaurus-termer vid sökning i Cinahl. I övrigt användes fritextsökning. Sökord kombinerades ihop med den booleska termen AND för att begränsa antal träffar.

Aktuella sökord: *SBAR, Patient Safety, Communication, Nursing, Communication Tool, Handoff, Handover, Interprofessional communication, effectiveness, adherence*. För närmare presentation av sökkombinationerna se tabell 1 och 2.

Sekundärsökning och slutligt urval

De utvalda artiklarnas referenslistor lästes igenom och titlar/källor som verkade intressanta eftersöktes för att eventuellt få ytterligare vetenskapligt material. Många artiklar väckte intresse men gick inte att få tillgång till i fulltext vilket bidrog till att de exkluderades. Abstract studerades om titlarna väckte ett intresse. Om abstraktet verkade motsvara syftet och artikeln uppfyllde inklusionskriterierna lästes artikeln. 29 artiklar lästes i sin helhet varav 16 artiklar fick uteslutas då de inte svarade mot syftet alternativt var av för dålig kvalitet.

Kvalitetsgranskning

13 artiklar valdes sedan ut och genomgick en granskning med utgångspunkt i Fribergs (2006) kvalitetsindikationer för studier med kvalitativ respektive kvantitativ ansats. Även Willman och Stoltzs (2011) granskningsprotokoll användes som stöd. Vid granskningen fokuserades det på om problemet och syftet var formulerat, om metoden var väl beskriven, urvalet av respondenter var representativt och om adekvat statistisk mätning av resultat hade använts. Artiklarna granskades också utifrån framställt resultat kopplat till forskarnas argument, metoddiskussion samt etiskt resonemang. Kvaliteten på artiklarna graderades i betyget hög respektive medel. Om samtliga av ovanstående granskningspunkter fanns i artikeln graderades den till att ha hög kvalitet. Vid exempelvis stort bortfall av respondenter trots samtliga granskningspunkter bedömdes artikeln vara av medelkvalitet. Om någon av granskningspunkterna inte skulle finnas i artikeln skulle den ha bedömts som låg och därmed exkluderats. Ingen av de utvalda artiklarna bedömdes med betyget låg. Kvalitetsgranskningen återfinns i artikelöversikten vid respektive artikel, se bilaga 2. Metoderna i några av studierna kan diskuteras men författaren till detta fördjupningsarbete ansåg ändå att studierna var tillräckligt trovärdiga att de kunde användas. 13 artiklar motsvarade syftet och ansågs vara tillförlitliga för att stå till grund för resultatet i detta arbete. Fem stycken använde sig av en kvalitativ ansats (Boaro, 2010; Compton, 2012; Marshall, 2009; Miller, 2009; Siassakos, 2011) och fem stycken med kvantitativ (De Meester, 2013; Field, 2011; Kesten, 2011; Ludikhuize, 2011; Woodhall, 2008). Tre studier var kombinerade och hade både kvalitativa och kvantitativa ansatser i sin undersökning (Becket, 2009; Clark, 2009; Donahue, 2011).

Tabell 1. Databassökning i Cinahl

Databas	Datum	Sökord	Begränsningsar	Träffar	Lästa Abstract	Granskade Artiklar	Använda Artiklar
Cinahl	130319	SBAR	Peer-Reviewed	75	9	2	2
	130319	SBAR AND Patient Safety	Peer-Reviewed	36	6	2	1

Tabell 2. Databassökning I PubMed

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstract	Granskade Artiklar	Använda artiklar
PubMed	130319	SBAR	Inga	120	20	10	5
	130331	Patient Safety AND Handover	Inga	113	15	5	2
	130331	Patient Safety AND Communication AND SBAR	Inga	33	3	2	1
	130418	SBAR And Interprofessional communication	Inga	16	3	2	1
	130418	SBAR AND Adherence	Inga	1	1	1	1

Analys

Efter att artiklarna kvalitetsgranskats analyserades innehållet utifrån Friberg (2006) föreslagna tillvägagångssätt för litteraturbaserade arbeten. Först lästes varje artikel förutsättningslöst. Därefter bearbetades dessa separat. Efter att artiklarna lästs ett flertal gånger markerades nyckelord. Exempel på nyckelord som markerades var kommunikation, teamwork, självförtroende, motstånd för att nämna några. Därefter sorterades nyckelorden efter möjligheter och hinder för att representera syftet. Likheter och skillnader urskiljdes och jämfördes mellan studierna vilket bidrog till att huvudteman framträdde. Under möjligheter upptäcktes fyra huvudteman vilka var ökad patientsäkerhet, förbättrad kommunikation, utvecklat teamwork och förbättrat arbetsklimat. Under hinder hittades tre huvudteman vilka var motstånd och svårigheter till implementering, dålig följsamhet i användning och orsaker till utebliven tillämpning. De övergripande huvudtemana användes för att sammanställa resultatdelen. De kvantitativa artiklarna undersökte främst hur kommunikationen förändrades och avvikelser/tillbud hade minskat i antal. De kvalitativa studierna belyste i första hand subjektiva upplevelser och uppfattningar av SBAR.

Etiskt ställningstagande

Patel och Davidsson (2011) betonar att då forskning utförs med människor ska det alltid ingå ett etiskt ställningstagande hos forskarna. För att en studie ska kunna användas ska det framgå ett etiskt resonemang. Tolv studier har blivit godkända i en etisk kommitté. En av studierna (Ludikhuize et al., 2011) för ett etiskt resonemang där de hänvisar till ett PM i Dutch Central Committee där ett etiskt godkännande inte är nödvändigt då man kontrollerar användningen av en inhämtad kunskap i en organisation. Forskarna säkerställde dock anonymiteten i studien.

RESULTAT

Möjligheter i att använda SBAR presenteras utifrån temana ökad patientsäkerhet, förbättrad kommunikation, utvecklat teamwork och förbättrat arbetsklimat. Hinder till att använda SBAR presenteras utifrån temana motstånd och svårighet till implementering, dålig följsamhet till användning och orsaker till utebliven tillämpning

Möjligheter med att använda SBAR

Ökad patientsäkerhet

De Meester et al. (2013) studie visade på en betydelsefull minskning av antalet oväntade dödsfall efter införandet av SBAR. Öväntade dödsfall minskade från 0.99/1000 till 0.34/1000 inläggningar. Kommunikationen och samarbetet mellan personalen visade också på betydande förbättringar efter implementeringen av SBAR.

Field et al. (2011) undersökte SBAR-verktygets effekt på patienter som medicinerades med waran i särskilt boende. Efter införandet av SBAR minskade mängden tillbud gällande medicinering i form av felaktig dos i relation till pk-värde, felaktigt intervall och typ av medicin. Patienterna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen påvisade väsentliga skillnader vad gäller medicinens terapeutiska intervall.

Fem studier (Clark, 2009; De Meester, 2013; Field, 2011; Kesten, 2011; Siassakos, 2011) visade att personalen blev bättre på att snabbare identifiera förändringar hos patienten vilket bidrog till att åtgärder sattes in tidigare. Att snabbare vidta åtgärder menade forskarna borde bidra till en ökad patientsäkerhet utan säkerställda bevis på att så var fallet. De Meester et al. (2013) påvisade i sin studie att efter implementeringen av SBAR ökade antalet oplanerade överflyttningar till intensivvårdsavdelningen avsevärt, från 13,1/1000 till 14,8/1000 inläggningar. Forskarna ansåg att detta berodde på att personalen blivit bättre på att bedöma en patients tillstånd och agerade för att tidigare sätta in åtgärder.

Becket et al. (2009) visade att implementering av SBAR påverkade personalen till att bli bättre på att följa avdelningens rutiner och riktlinjer och på sätt förbättrades säkerhetskulturen och indirekt patientsäkerheten. I Donahue et al (2011) studie ökade avvikelserapporteringarna efter införandet av det strukturerade kommunikationsverktyget. Färre avvikelser gick däremot vidare till anmälan jämfört med innan implementeringen av SBAR. Forskarna ansåg att detta tydde på SBAR bidrog till en positiv säkerhetskultur och att personalen fick en ökad medvetenhet om patientsäkerhetsarbetet.

Förbättrad kommunikation

SBAR som kommunikationsverktyg bidrog till positiva effekter på kommunikationen mellan yrkesgrupper. Införandet av SBAR kvalitetssäkrade informationsöverföringen genom att informationen som gavs blev bättre strukturerad, mer saklig och koncis. Informationen som överlämnades med hjälp av SBAR innehöll mer adekvat information och blev därmed mer innehållsrik (Becket, 2009; Boaro, 2010; Clark, 2009; Compton, 2012; Kesten, 2011; Marshall, 2008; Siassakos, 2011; Woodhall, 2008). SBAR bidrog till att den som skulle ge rapporten behövde vara mer förberedd och mer fokuserad på vad som var relevant för patientens situation vilket skapade en mer tillfredställande informationsöverföring. Forskarna betonar att SBAR skapade förutsättningar till att minimera risken för utebliven information och missförstånd (Donahue, 2011; Woodhall, 2008). Becket et al. (2009) ansåg att SBAR möjliggjorde att överrapporteringar var mer effektiva och inte tog lika lång tid i anspråk som sedvanliga överrapporteringar.

Woodhall et al. (2008) och Compton et al. (2012) beskriver i sina studier att efter implementering av SBAR förbättrades kommunikationen mellan läkare och

sjuksköterskor markant. Rapportens adekvata innehåll skapade en bättre möjlighet för läkarna att ta kliniska beslut. SBAR-verktyget hjälpte till att få bukt med svårigheterna av sjuksköterskor och läkares olika kommunikationsstilar (Woodhall et al., 2008). Ett annat fynd i Clark E et al. (2009) studie var att även den skriftliga dokumentationen blev tydligare.

Syftet i Marshall et al. (2009) studie var att undersöka om ISBAR (en modifierad struktur av SBAR där man lagt till I, identitet) hade någon effekt på kommunikationens tydlighet och innehåll i en simuleringsövning. Läkarstudenter randomiserades i två olika grupper där en grupp fick en 40-minuters utbildning i ISBAR och kontrollgruppen fick utbildning först efter simuleringen. Under det kliniska scenariot fick studenterna ringa till en mer erfaren kollega för råd. Interventionsgruppen fick övergripande högre poäng avseende kvaliteten och innehållet i den information som skulle förmedlas telefonledes jämfört med kontrollgruppen. Studiens resultat antyder att användning av ISBAR-verktyget förbättrade läkarstudenternas kommunikationsfärdigheter. Forskarna lyfter att det inte behövdes mer än 40 minuters undervisning av ISBAR för att få tydliga förbättringar i kommunikationens kvalitet

Utveckling av teamwork

Becket et al. (2009) utvärderade SBAR's effekt på kommunikationen mellan personalen samt deras samarbete och hur det påverkade patientsäkerheten. Utvärderingen bestod av en pre- och postenkät. Enkäten bestod av olika delar som var inriktade på teamwork och patientsäkerheten. Resultatet av enkäten visade en betydelsefull skillnad vad gäller teamwork och patientsäkerhet. Teamwork förbättrades genom att personalens attityder gentemot varandra förändrades samt att kommunikationen och samarbetet interprofessionellt förbättrades. Personalen upplevde efter införandet av SBAR att de fick en bättre insikt i avvikelserapportering. De upplevde att det var lättare att diskutera felaktiga beslut i gruppen och få feedback och förslag. Personalgruppen var nöjdare med hur kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare utövades.

Boaro et al. (2010) fann i sin studie att det tvärprofessionella teamet som använde SBAR blev duktigare på att lösa problem tillsammans istället för att anklaga en individ. Syndabockstänket försvann och teamet fick ett mer lösningsfokuserat arbetssätt. Ytterligare en studie undersökte effekten av införandet av SBAR avseende kommunikation, samarbete och kritiska incidenter. Interventionen visade på betydelsefulla förbättringar på samtliga punkter (De Meester et al., 2013).

Förbättrat arbetsklimat

Fem studier beskrev att personalen upplevde en högre tillfredsställelse av att kommunicera med hjälp av SBAR. Verktyget bidrog till att sjuksköterskorna blev mer förberedda innan ett samtal med läkaren angående en patients tillstånd. Strukturen på informationen förbättrades och därmed blev överföringen mer effektiv. (Becket, 2009; Clark, 2009; De Meester, 2013; Donahue, 2011 & Woodhall, 2008). Sjuksköterskorna upplevde att de fick ett bättre självförtroende när de kunde använda sig av SBAR-verktyget vilket bidrog till en högre arbetstillfredsställelse. (Beckett, 2009; Clark, 2009; De Meester, 2013 & Woodhall, 2008). Clark et al. (2009) fann att efter införandet av att

kommunicera i SBAR-format upplevde 80 procent av sjuksköterskorna sig mer självsäkra när det tog kontakt med läkare. Den gemensamma uppfattningen av SBAR bland respondenterna var att det var ett bra verktyg för nyutexaminerade sjuksköterskor.

Donahue et al. (2011) hade liknande resultat i sin studie där de undersökte effekten av SBAR på undersköterskor/vårdbiträden. SBAR hjälpte personalen att ha mod till att ta kontakt med en annan yrkeskategori gällande en patients förändrade tillstånd. Det skapade en mer tillfredsställande arbetsmiljö samt ett ökat självförtroende bland personalen.

Hinder med att använda SBAR

Motstånd och svårighet till implementering

Flertalet forskare stötte på ett visst motstånd initialt vid införandet av SBAR (Becket, 2009; Clark, 2009; Woodhall, 2008). Beckett et al. (2009) redogjorde att det fanns ett visst motstånd från läkarnas sida att delta i utbildning inom SBAR. Läkarna uppgav att de redan hade kunskap i SBAR och att de tyckte att det var något sjuksköterskorna behövde lära sig. Woodhall et al. (2008) beskrev att läkarna inledningsvis motsatte sig R:et (rekommendation) i SBAR. De ifrågasatte om en sjuksköterska verkligen skulle rekommendera en medicinsk åtgärd.

Implementeringen av SBAR försvårades då en del enheterna var extremt belastade under införandeperioden. Det bidrog till ett minskat deltagande från personalens sida vad gäller utbildning och brukandet av SBAR. Den höga arbetsbelastningen medförde att personalen under rådande omständigheter inte välkomnade ett nytt projekt och arbetssätt (Becket, 2009; Clark, 2009).

Clark et al. (2009) upptäckte ytterligare ett hinder med användandet av SBAR som kommunikationsverktyg. Forskarna hade svårigheter att få personalen att delta i utbildningstillfällena. De fann det problematiskt att efter implementeringen få medarbetarna att faktiskt använda verktyget då en stor del av personalen arbetade halvtid alternativt kom från bemanningsfirmor. Avsaknad av kontinuitet i personalstyrkan försvårade dessutom fortsatt implementering.

Dålig följsamhet i användning

Ludikhuize et al. (2011) utvärderade användningen av SBAR hos sjuksköterskor som ett år tidigare fått utbildning i kommunikationsverktyget. Studien visade att endast en av de 47 sjuksköterskor som var tränade i SBAR använde detta vid en telefonkontakt med läkare då en patients tillstånd försämrades. Vid mätning och analys av informationsöverföringens innehåll av vitala parametrar, som står till grund för läkarens kliniska bedömning, var det enbart 60 procent av informationen som förmedlades vidare till läkaren. Forskarna ansåg att kommunikationen saknade struktur och information gick förlorad vid sjuksköterske-läkarkontakten. Forskarna fastslog att trots tidigare utbildning av SBAR var graden av tillämpning förvånande låg.

Ytterligare en studie undersökte tillämpningen av SBAR hos sjuksköterskor. Sjuksköterskorna blev observerade i realistiska simuleringsövningar. Användandet av SBAR mättes under tre tillfällen i en kritisk situation där information skulle överföras

mellan yrkeskategorier. Studien visade att SBAR användes inkonsekvent av sjuksköterskorna. 65 procent använde SBAR vid första tillfället, 46 procent vid andra och 57 procent vid tredje tillfälle. Forskarna ansåg att om sjuksköterskorna inte ger en fullständig rapport till läkaren saknas förutsättning för att ta adekvata medicinska beslut och patientsäkerheten hotas. I studien upptäcktes att korrekt och klar information till läkaren uteblev vid 35-54 procent av simuleringsövningarna (Miller et al., 2009)

Orsaker till utebliven tillämpning

I studien gjord av Compton et al. (2012) beskrivs svårigheter med att implementera SBAR i sjukvårdsverksamheter. Denna deskriptiva studie beskriver att den vanligaste orsaken till att sjuksköterskorna inte ville använda sig utav SBAR var att man inte var bekväm i att använda metoden. Andra orsaker var bristande kunskap och förståelse hur metoden skulle användas, att de hellre använde sig utav en egen rapportmetod alternativt att SBAR upplevdes som allt för tidskrävande. Ett annat hinder som forskarna stötte på var att SBAR ofta sågs som ett dokument och inte som en verbal teknik.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Litteratursökningen gjordes enligt Fribergs (2006) olika steg för litteraturbaserade examensarbeten. Tillvägagångssättet blir därmed systematiskt upplagt och ökar tillförlitligheten i studien. En styrka i att arbeta systematiskt är att man minimerar risken att redan förutfattade meningar och tidigare erfarenheter påverkar valet av artiklar samt resultatet av arbetet. Artikelsökningen gjordes huvudsakligen i PubMed och Cinahl. Dessa databaser användes då de är inriktade på medicin och omvårdnad vilket var relevant för syftet. Databasernas medicinska termer (MeSH alternativt Thesaurus) användes och fritextsökningar utfördes. Ytterligare sökningar i The Cochrane Library och Scopus gjordes för att säkerställa att ingen relevant artikel förbisågs. Manuella sökningar gjordes utifrån artiklars referenslistor, så kallad sekundärsökning, för att ytterligare garantera att ingen artikel med betydelsefullt innehåll utelämnades. Artiklarna som användes undersökte både kvalitativ och kvantitativa parametrar vilket gör att SBAR som kommunikationsverktyg belyses utifrån ett bredare perspektiv.

Forskningsmetodiken har skiljts sig åt mellan studierna (observationer, enkät, skattningsskalor, ljuddataanalys, bedömningsformulär) vilket bidrar till att SBAR-verktygets möjligheter och hinder undersökts utifrån olika aspekter. Detta ser författaren som en styrka. Artikelöversikten presenterar de olika forskningsmetoderna (bilaga 2).

Databassökningarna genomfördes främst utan begränsningar. Förklaringen till det är att SBAR som kommunikationsverktyg inom vården är en ny företeelse vilket bidrar till att forskningsområdet är limiterat och att tillgängligt vetenskapligt material är relativt begränsat. Mättnad i sökningen uppnåddes snabbt i databaserna då samma artiklar dök upp då sökorden kombinerades på olika sätt. Sökningarna har även gjorts fortlöpande under uppsatsskrivningens studietid vilket minimerar risken att någon ny forskning utelämnades.

Artiklarna hade i regel gjorts i Nordamerika samt Australien (Becket, 2009; Boaro, 2010; Clark, 2009; Compton, 2012; Donahue, 2011; Field, 2011; Kesten, 2011; Marshall, 2009; Miller, 2009; Woodhall, 2008). Tre artiklar hade utförts i Europa (De Meester, 2013; Ludikhuize, 2011; Siassakos, 2011). Ingen nordisk artikel användes i denna studie. Forskningens nationella ursprung kan utgöra en svaghet i att belysa SBAR´s möjligheter och hinder då hälso- och sjukvårdens uppbyggnad kan se olika ut beroende på vilken världsdel den utövas i. Det hade varit mer intressant att ha forskning från fler länder och framförallt från nordiska länder. De flesta studier är gjorda med ett relativt lågt deltagarantal alternativt utförda på mindre sjukhus utan kontrollgrupp vilket gör att resultaten ofta inte kan generaliseras till större sammanhang. Uppföljningstiderna var i många fall korta vilket bidrog till att det inte var möjligt att utvärdera effekten på patientsäkerheten.

De utvalda artiklarna undersöker SBAR i olika sammanhang, från simuleringsövningar, på en vårdavdelning till särskilt boende. Deltagarna i studierna är från olika yrkeskategorier. Det kan både ses som en styrka och en svaghet. Styrkan är att vården faktiskt innebär att olika yrkesgrupper och vårdgivare arbetar tillsammans och kommunicerar med varandra. Då bör det vara på sin plats att undersöka SBAR i olika sammanhang och se vilka möjligheter och hinder som uppstår. Nackdelen är att sammanhangen just ser olika ut vilket gör det svårt att generalisera resultaten. Många artiklar av intresse fick exkluderas på grund av att de inte fanns tillgängliga i fulltext. Risken finns att viktig forskning utelämnades. Om det funnits ekonomiska tillgångar till att beställa artiklar skulle det kunna ha påverkat resultatet i studien.

Kvalitetsgranskningen utgick från Fribergs (2006) kvalitetsindikationer. Även granskningsprotokoll från Willman och Stoltz (2011) användes som stöd. Styrkan är att ha klara direktiv vad som ska eftersökas i artiklarna för att garantera en god kvalitet. Brister i kvalitetsgranskningen relaterat till författarens egen kunskapsnivå i ämnet kan ha påverkat bedömningen av artiklarna.

Examensarbete på kandidatnivå brukar i regel göras parvis. I detta fall gjordes det enskilt vilket kan ses som en svaghet. Artiklarna lästes bara av en person vilket skulle kunna påverka urvalet och kvalitetsgranskningen av artiklarna.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka vilka möjligheter och hinder det finns med att använda kommunikationsverktyget SBAR. 13 studier stod till grund för resultatet i detta fördjupningsarbete och visar på att SBAR kan bidra till förbättrad patientsäkerhet, kommunikation, teamwork och arbetsklimat. SBAR kan vara svårt att implementera i en vårdkontext då motstånd och dålig följsamhet i tillämpning kan finnas. I enlighet med resultatet besvaras litteraturstudiens syfte.

Möjligheter med att använda SBAR

Åtta studier visade att SBAR förbättrar kommunikationen genom att innehållet blev mer relevant för rådande situation och tydligheten ökade (Becket, 2009; Boaro, 2010; Clark, 2009; Compton, 2012; Kesten, 2011; Marshall, 2009; Siassakos, 2011; Woodhall, 2008). Då kommunikationens kvalitet ökade och att den blev mer effektiv utgår forskarna att SBAR påverkar patientsäkerheten i en positiv riktning då man minskar

riskerna till att information uteblir. Flera av studierna visade att SBAR bidrog till att personalen blev mer strukturerade och organiserade i sin kommunikation. Det finns en viss rimlig logik i att anta att patientsäkerheten borde förbättras med en bättre kommunikation mellan vårdpersonal, vilket stämmer överens med Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings avsikt med rekommendationen av SBAR.

Endast två studier i denna litteraturoversikt visade på betydelsefulla förbättringar vad gäller en minskning av rapporterade avvikelser/tillbud (De Meester, 2013 & Field, 2011). Många av studierna hade korta utvärderingsperioder vilket gjorde det omöjligt att se om SBAR hade inverkan på patientsäkerheten. Det är anmärkningsvärt att det vetenskapliga underlaget för SBAR-verktygets påverkan på patientsäkerheten är ytterst litet. Riesenberget al. (2009) fann i sin litteraturoversikt att det vetenskapliga underlaget för SBAR var begränsat och att det saknades studier av hög kvalitet inom området. Samma forskare betonar att det finns risker med att införa metoder som saknar evidens för vilka effekter de ger. Ilan (2012) instämmer och kritiserar att SBAR-verktyget implementeras utifrån utlåtanden från experter och inte utifrån högkvalitativa studier. Då hälso- och sjukvården ska vara grundad på evidensbaserad vetenskap bör forskning visa på SBAR's egentliga effekt.

Siemsen et al. (2012) påpekar att överrapporteringar inom vården sker i komplexa miljöer och att det inte finns en enskild och snabb lösning för att kvalitetssäkra denna process. Det är inte enbart själva informationsöverföringen som hotar säkerheten för den enskilda patienten utan det finns generella utmaningar i form av dysfunktionella IT-system, säkerhetskultur, oklara riktlinjer för vem som bär ansvaret för patienten, arbetsmiljöfrågor och otillfredsställande teamwork. Dessa faktorer kan alla påverka en säker överrapportering. Wallin och Thor (2008) poängterar att man inte ska förlita sig helt på att använda sig av ett standardiserat kommunikationsverktyg. Missförstånd och utebliven information kan fortfarande uppkomma. Bruset mellan sändare och mottagare kan fortfarande uppstå och som Svedberg (2007) påpekar kan omgivning och vart mottagaren har sin fokus påverka vilken uppfattning man har av det som förmedlas. Andra forskare har varnat för att standardiserade kommunikationsverktyg kan bidra till att SBAR ses som ett dokument och inte som en verbal teknik vilket gör att överrapporteringen blir en överföring av data och inte ger utrymme för en givande diskussion mellan yrkesutövare om en patients status och behandling (Riesenberget al., 2009; Compton, 2012).

Enligt Robinson et al. (2009) definierar sjuksköterskor och läkare effektiv kommunikation som klar, tydlig, precis och som bygger på verifikation. Effektiv kommunikation förstärktes då den som förmedlade informationen var trygg och korrekt i det som sades och att det som kommunicerades blev bekräftat och lyssnat på. SBAR kan vara en potentiell utväg för att öka kvaliteten och kommunikationen i vården. Då flera studier visade att SBAR gav ett bättre självförtroende, bättre bedömningsförmåga och genererade i effektivare kommunikation så stöds användandet av SBAR (Becket, 2009; Clark, 2009 & Donahue, 2011). I några av studierna framkommer det att sjuksköterskorna blir bättre på att värdera en patients förändrade status och ser till att åtgärder vidtas snabbare efter införandet av SBAR (Becket, 2009; Boaro, 2010 & Siassakos, 2011). Möjligtvis kan det vara så att SBAR i sig och då speciellt "A" (aktuellt tillstånd) utgör en grund till att faktiskt identifiera dessa vitala parametrar som står till grund för korrekta beslut. Resultatet i detta arbete visar på att sjuksköterskornas självförtroende ökade efter införandet av SBAR. Med hjälp av SBAR vågade de ta

kontakt med läkaren och blev bättre på att bedöma en patients tillstånd. Ett ökat självförtroende skapar ett bättre arbetsklimat och påverkar din arbetsprestation. Ett ökat självförtroende och en säkerställd kommunikation borde även ge en ökad kvalitet i de olika omvårdnadsaspekterna. En trygg och säker sjuksköterska ger en god omvårdnad vilket bidrar till en säker vård. I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska beskrivs att det krävs en god förmåga att kommunicera med patienter, dess närstående och med annan personal inom vården (Socialstyrelsen, 2005). Kommunikation är ett av de viktigaste verktygen i en sjuksköterskas yrkesutövande och med en säkerställd kommunikation lyfts kvaliteten av omvårdnaden och det skapar en förutsättning till att i förlängningen påverka patientsäkerheten positivt.

Bristfällig kommunikation mellan professioner inom vården är ofta knutet till olika kommunikationsstilar samt till den yrkesstatus och hierarki som präglar hälso- och sjukvården. SBAR-verktyget kan eliminera dessa hinder genom att informationen struktureras och tydliggörs och en gemensam förståelse fås för de som jobbar inom vården. Gemensamma värderingar, mål och effektiv kommunikation är grundpelaren för ett bra teamwork. Dunsford (2009) instämmer med att SBAR-verktyget underlättar kommunikationen mellan yrkeskategorier. De olika kommunikationsstilar varje profession använder sig utav, grundat på innehåll i utbildning och arbetskultur, kan avhjälpas och på så vis tolkas mellan professioner. Woodhall et al. (2008) framhåller SBAR som ett sätt att överbrygga läkares och sjuksköterskors olika kommunikationsstilar. SBAR-verktyget hjälper yrkeskategorier att få en gemensam förståelse över det som kommuniceras. Överrapporteringar bör därmed underlättas och viktig och relevant information överförs på ett korrekt vis.

Litteraturen beskriver att sjuksköterskans allomfattande deskriptiva kommunikationsstil inte är helt anpassad till en organisation där fler yrkeskategorier ska samarbeta och kommunicera. I studien gjord av Miller et al. (2009) framkom det att läkarens uppfattning var att sjuksköterskor behövde bli bättre på att ge en mer tydlig och riktad information för att läkaren skulle bli nöjd och för att kunna ta adekvata medicinska beslut. I en modern hälso- och sjukvård som ständigt förändras måste man vara öppen för att förändra och använda sig av nya strategier för att säkerställa patientsäkerheten. En sjuksköterskas detaljrika berättande om en patients tillstånd är inte alltid kompatibelt med läkarens precisa medicinriktade kommunikation, framförallt då situationen kräver snabba beslut. Det bör eftersträvas att i högre grad införa undervisning i grundutbildningen för vårdpersonal om kommunikationens betydelse för att utföra en säker vård. Studenter bör under utbildningens gång kontinuerligt få kunskap i kommunikationsstrategier och få utrymme till att reflektera över sina egna färdigheter i kommunikation. Ovanstående är en aspekt som bör tas i beaktande vid planering av innehållet i sjuksköterske- och läkarprogrammet.

SBAR verkar också som ett hjälpmedel att strukturera upp kommunikationen på ett enkelt sätt. Akronymen SBAR är lätt att komma ihåg och bidrar till att de som kommunicerar vet vad som ska komma härnäst och vad som ska förväntas. Om en del missas i SBAR, exempelvis B-bakgrund är det lätt att få en överblick av vad som utelämnas i informationsöverföringen och man kan på sått säkerställa att rapporten är riktig och med rätt innehåll. Verktyget gör att det är enkelt att använda både för den erfarna och oerfarna medarbetaren.

Hinder med att använda SBAR

I detta fördjupningsarbete finner jag det överraskande att det finns ytterst få studier som beskriver hinder och negativa utfall med införandet av SBAR. Riesenberget et al. (2009) hade samma upptäckt där författaren till artikeln hade svårigheter att finna material som beskrev kritik mot SBAR. Enligt Staggers och Biaz (2013) är sjuksköterskors överrapporteringar ett ämne som väckt ett intresse världen över. Publicerat material innehåller mestadels sjuksköterskors egna subjektiva uppfattningar om olika överrapporteringsmetoder. Innehållet i dessa studier är intressant men innehåller sällan kritiska och negativa aspekter utav olika kommunikationsverktyg och beskriver enbart positiva effekter. Förklaringen till brist på kritik är kanske att forskning där negativa resultat framkommer aldrig publiceras. Min litteraturstudie fann inga studier som beskrev direkta negativa effekter vid brukandet av SBAR utan enbart implementeringssvårigheter och dålig följsamhet (Becket, 2009; Clark, 2009; Ludikhuizen, 2012; Miller, 2009 & Woodhall, 2008).

Denna litteraturöversikt påträffade en del hinder till att implementera SBAR i organisationen. En av svårigheterna var att motivera personalen att delta i utbildningen men också till att faktiskt använda det (Ludikhuizen et al. 2011). Miller et al (2009) fann att användningen av SBAR ett år efter undervisning var förvånande låg. Förändringsarbete tar tid. Förväntningar på en viss intervention i arbetsmiljön kan vara höga och uppnås inte förväntade resultat inom rimlig tid så kan personalen tappa intresset till att använda metoden. Att försöka kommunicera med hjälp av SBAR och inte andra i personalen tillämpar metoden motverkar fortsatt användning (Leonard, 2004; Markley, 2008) Majoriteten av studierna som står till grund för resultatet i detta arbete utbildade enbart sjuksköterskorna i SBAR och inte övrig personal. Hur fungerar SBAR om motparten inte har kunskap om SBAR och inte kommunicerar på angivet sätt? Ska ett standardiserat kommunikationsverktyg fungera känns det angeläget att hela vårdkedjan genomsyras av detta arbetssätt vilket kräver optimala implementeringsmetoder. Becket et al. (2009) och Donahue et al. (2011) understryker ledningens roll och ansvar till en lyckad implementering. En aktiv och drivande ledning påverkar följsamheten hos personalen. Återkommande utbildningar och uppföljningar är ett krav för att ett arbetssätt ska användas kontinuerligt (Compton et al., 2012).

De Compton et al. (2012) fann att det fanns ett motstånd av läkare i samband med införandet av SBAR-verktyget. R:et ifrågasattes och frågan uppkom om sjuksköterskor verkligen ska ge en rekommendation. Sjuksköterskorna beskrev att det kändes obekvämt att behöva ge en rekommendation då de upplevde att de handlade utanför ramarna för sitt yrkesutövande. En bra och effektiv vård handlar om korrekta diagnoser och god omvårdnad. Sjuksköterskan är den person som arbetar närmast patienten och har därför möjlighet att identifiera förändringar i en patients tillstånd. Det kräver att sjuksköterskor ska ha kunskap i att bedöma en patient och kunna vidarebefordra informationen på ett felfritt sätt så att rätt åtgärder sätts in. Det kräver då att informationen är adekvat och når fram till mottagaren och att inte viktig information utelämnas.

SBAR skulle kunna hjälpa sjuksköterskan att inta ett kritiskt förhållningssätt där omvårdnaden höjs och informationsöverföring kvalitetssäkras.

SLUTSATS

Litteraturstudien visar att möjligheterna med användandet av SBAR förbättrar kommunikation och arbetsklimat samt utvecklar teamwork. Resultatet antyder att SBAR kan påverka patientsäkerheten i positiv riktning. Hinder med användandet av SBAR kan vara implementeringssvårigheter, motstånd till att förändra sitt arbetssätt samt dålig tillämpning. Små studier ger inte ett enhetligt svar på vilken effekt SBAR verkligen har. Faktorer som förbättrad kommunikation och arbetsklimat samt utvecklat teamwork är alla faktorer som i förlängningen kan påverka patientsäkerheten positivt. Det krävs långtidsutvärderingar som mäter SBAR´s effekt på patientsäkerheten. Forskningen behöver även inriktas på hur SBAR implementeras på bästa sätt och vilka verksamheter som är bäst lämpade för verktyget.

REFERENSER

- Baker, D., Day, R., & Slas, 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 Healthcare Quality, 31(5)*, 19-28.
- Bihari Axelsson, S., & Axelsson, R. (2009). Multidisciplinära team och ledarskap – från revirtänkande till altruism. I J. Berlin., E. Carlström., & H. Sandberg, (red). *Team i vård, behandling och omsorg*. (s149-167). Lund: Studentlitteratur.
- 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. E., & Petrie, E. (2009). The PACT Project: improving communication at handover. *Med J Aust, 190(11 Suppl)*. S125-127.
- Compton, J., Copeland, K., Flanders, S., Cassity, C., Spetman, M., Xiao, Y., & Kennerly, D. (2012). Implementing SBAR across a large multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf, 38(6)*, 261-268.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
- Donahue, M., Miller, M., Smith, L., Dykes, P., & Fitzpatrick, J. J. (2011). A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *Am J Med Qual, 26(3)*, 206-2011. doi: 10.1177/10628606103874.10
- Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *J Adv Nurs, 33(6)*, 836-846.
- Dunsford, J. (2009). Structured communication: improving patient safety with SBAR. *Nurse Womens Health, 13(5)*, 384-390. Doi: 10.1111/j.486X.2009.01456.x
- Field, T. S., Tjia, J., Mazor, K. M., Donovan, J. L., Kanaan, A. O., Harrold, L. R., . . . Gurwitz, J. H. (2011). Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. *Am J Med, 124(2)*, 179 e171-177. doi: 10.1016/j.amjmed.2010-09.017
- Fossum, B. (2007). Kommunikation – samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.

Göteborgs Universitet (2013). Sjuksköterskeprogrammet - Utbildningsplan 2013. Hämtad 2013-04-02, från: http://www.caresci.gu.se/digitalAssets/1446/1446969_utb-plan-ssk-v13.pdf

Haig, K., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commision 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 Serv Res*, 12, 11. doi: 10.1186/1472-6963-12-11

Johansson, G., Eklund, K., Gosman Hedström, G., (2010) Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17:101-116.

Kesten, K. S. (2011) Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ*, 50(2), 79-87. doi: 10.3928/01484834-20101230-02

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 1, 185-90. Doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i85

Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ludikhuize, J., de Jonge, E., & Goossens, A. (2011). Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments. *Resuscitation*, 82(11), 1428-1433. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.05.026

Markley, J., & Winbery, S. (2008). Communicating with physicians: How agencies can be heard. *Home Health Care Management & Practice*, 20(2), 161-168.

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

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *J Nurs Manag*, 17(2), 247-255. doi: 10.1111/j.1365.2834.2009.00978.x

Patel, R., & Davidson, B. (2011) *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Pezzolesi, C., Schifano, F., Pickles, J., Randell, W., Hussain, Z., Muir, H., & Dhillon, S. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *Int J Qual Health Care*, 22(5), 396-401. doi: 10.1093/intqhc/mzq048

- Pfrimmer, D. (2009). Teamwork and communication. *J Contin Educ Nurs*, 40(7), 294-295
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Littke, B.W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am j Med Qual*, 24(3), 196-204. Doi: 10.1177/1062860609332512
- Robinson, F.P., Gorman, G., Slimmer, L.W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nurs Forum*, 45(3). 206-216. Doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.0018.x
- SFS 1987:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2013-03-23, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2013-03-23, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- 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.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Siassakos, D., Bristowe, K., Draycott, T.J., Angouri, J., Hambly, H., Winter, C., . . . Fox, R. (2011). Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study. *BJOG*, 118(5), 596-607. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02843.x
- Siensen, I.M., Madsen, M. D., Pedersen, L. F., Michaelsen, L., Pedersen, A.V., Andersen, H. B., & Östergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scand J Public Health*, 40(5), 439-448. Doi: 10.1177/1403494812453889
- Socialstyrelsen (2004). *Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete – en översikt*. Hämtad 2013-03-24, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-1>
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2013-03-23, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen (2008) *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Hämtad 2013-04-01, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-109-16>
- Socialstyrelsen (2009). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 2013-03-27, från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Socialstyrelsen (2011). *Ny patientsäkerhetslag från den 1 januari 2011*. Hämtad: 2013-03-25, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011januari/nypatientsakerhetslagfranden1januari2011>

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2013-04-05, från http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/documents/2005_12.pdf

Staggers, N., & Biaz, J.W. (2013). Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *J Adv Nurs*, 69(2), 247-262. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06087.x

Svedberg, L. (2007). *Gruppsykologi – om grupper, organisationer och ledarskap*. (4:e upplagan) Lund: Studentlitteratur

Svensk Sjuksköterskeförening (2009). *Omvårdnad och god vård*. Hämtad 2013-04-18, från [http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%C3%A5rdnad%20\(4\).pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%C3%A5rdnad%20(4).pdf)

Svensk Sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2013-03-22, från http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). *SBAR minskar riskerna i vården*. Hämtad 2013-03-21, från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden

Sveriges Kommuner och Landsting (2011). *Säkrare vård och omsorg- grundläggande handbok i patientsäkerhet*. Hämtad 2013-03-23, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-640-8.pdf>

Wallin, C-J., & Thor, J. (2008). Klinik och vetenskap: SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 26-27(105), s 1922-1925. Hämtad 2013-03-21, från http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/9/9758/LKT0826s1922_1925.pdf

Webster, J. (2002) Teamwork: understanding multi-professional working. *Nursing older people*; 14(3)14-19.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I.B. A-K. Hedberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur

Willman, A. Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Woodhall, L.J., Vertacnik, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *J Emerg Nurs*, 34(4), 314-317. doi: 10.10116/j.jen.2007.07.007

World Health Organization. (2007). Patient Safety Solutions: *Communication During Hand-Overs*. {Elektronic version}. Hämtad 2013-03-19, från <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

Öhrn, A. (2009). Patientsäkerhet. I A. Ehrenberg., & L. Wallin (Red), *Omvårdnadens grunder – ansvar och utveckling* (s. 371-400). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. SBAR – akut/icke akut situation

SBAR-kort akut/icke akut situation. Hämtad från SKLs hemsida (2013-05-12)

SBAR – akut situation		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.</p> <p>Jag kontaktar dig för att ...</p>	<p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer.</p> <p>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.</p> <p>Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</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.</p> <p>Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.</p>
<p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p>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.</p> <p>Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</p>	<p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p>Bedömning</p>	<p>Rapportera Vitala funktioner. Aktuellt status kopplat till situationen.</p> <p>Jag bedömer att ...</p>
<p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Bekräftelse på Kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag; omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling.</p> <p>Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen?</p> <p>Finns fler frågor? Är vi överens?</p>	<p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Bekräftelse på kommunikationen</p>	<p>... därför föreslår jag; övervakning utredning/behandling vårdplanering/hjälppbehov överflyttning uppföljning.</p> <p>Hur ofta ... ? Hur länge ... ? När?</p> <p>Finns fler frågor? Är vi överens?</p>
Nätverket för patientsäkerhet		Nätverket för patientsäkerhet	

Bilaga. 2 Artikelöversikt

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningssperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare Cynthia D Becket Gale Kipnis</p> <p>Titel <i>Collaborative communication: integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes</i></p> <p>Tidskrift Journal of Healthcare Quality</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: USA</p>	<p>Utvärdera effekter av implementering av SBAR- cce på vårdpersonalens samarbete och kommunikation samt om det påverkade patientsäkerheten.</p> <p>Resultatet skulle avgöra om SBAR skulle implementeras i hela organisationen.</p>	<p>Studien delades in i två avsnitt för att integrera kvalitativa och kvantitativa data.</p> <p>Urvalet bestod av 245st, 215 vårdpersonal och 30st läkare som arbetade på barnkliniker i norra Arizona, USA.</p> <p>Respondenterna fick utbildning i SBAR mm.</p> <p>En pre- och postinterventions-enkät utfördes, vid start och efter tre månader. En intervju och observation utfördes efter tre månader för att samla kvalitativ data</p>	<p>141 st deltagare besvarade preenkäten. 71st besvarade postenkäten.</p> <p>Kvalitativt: Positivt förbättrad kommunikation och samarbetet mellan professioner. Ökad nöjdhet och tillfredsställelse i arbetsklimatet.</p> <p>Kvantitativt: Av 27 frågor visade 12 st statistiskt signifikanta förbättringar efter införandet av SBAR.</p> <p>Observationerna visade att SBAR användes dagligen av personalen.</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ ansats.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Väl genomförd studie med bra beskrivning av metod. Resultatet framställt på ett tydligt sätt.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare Nancy Boaro Carol Fancott Ross Baker Karima Velji Angie Andreoli</p> <p>Titel <i>Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams</i></p> <p>Tidskrift Journal of Interprofessional care</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: Kanada</p>	<p>Beskriva hur SBAR påverkade team-kommunikation i akuta och icke-akuta patientsituationer inom ett rehabiliteringsteam.</p>	<p>En omarbetad form av SBAR togs fram av fokusgrupper för att passa in i verksamheten för rehabiliteringsteam.</p> <p>Den modifierade varianten av SBAR implementerades i tvärprofessionella team under 6 månader. Deltagarna blev erbjudna workshops och utbildning i kommunikation, patientsäkerhet och hur SBAR-verktyget skulle brukas.</p> <p>Fokusgrupper samlades där resultatet av SBAR diskuterades.</p>	<p>SBAR strukturerade upp verbal kommunikation inom teamet.</p> <p>SBAR bidrog till att gruppen fick ett mer lösningsfokuserat synsätt. (Istället för att finna en ansvarig syndabock då ett problem/avvikelse inträffade).</p> <p>Huvuddelen av medarbetarna använde efter implementeringen SBAR dagligen i sin kommunikation.</p> <p>SBAR ska nu implementeras i större utsträckning inom verksamheten</p>	<p>Observationsstudie – kvalitativ data</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Litet urval av deltagare.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Eileen Clark Sally Squire Anne Heyme Mary-Ellen Mickle Eileen Petric</p> <p>Titel <i>The PACT Project: improving communication at handover</i></p> <p>Tidskrift The Medical Journal of Australia</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Syftet var att utvärdera och beskriva ”The PACT project” (Patient assessment , Assertive communicatoin, Continuum of care, Teamwork with trust). Målet med projektet var att förbättra kommunikationen vid överrapporteringar och på sätt öka patientsäkerheten. Personalen skulle använda sig av ett standardiserat verktyg för överrapportering i den kliniska verksamheten.</p>	<p>Forskarna använde sig utav en aktionsforskningsprocess för att implementera och övervaka The PACT project. Sju stycken sjuksköterskor ingick i en referensgrupp. Två standardiserade kommunikationsverktyg användes för att säkra informationsöverföring sjuksköterska-sjuksköterska och sjuksköterska-läkare. Kommunikationsverktyget utformning utgick från SBAR-formatet. Samtliga sjuksköterskor deltog på workshops. Innehållet i workshops var fokuserade på kommunikation och kliniska bedömningar av patienter. Enkäter besvarades före projektets start. En postenkät besvarades efter implementering</p>	<p>Förundersökningsenkäten visade att 85 % av sjuksköterskorna upplevde att det fanns utrymme för förbättring i kommunikationen.</p> <p>Efter implementeringen av interventionen upplevde 68 % av sjuksköterskorna att överrapporteringarna förbättrats och 80 % kände sig säkrare då de kommunicerade med läkarna.</p>	<p>Kohortstudie med kvantitativ och kvalitativ ansats.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Ett tydligt beskrivet syfte och genomförande. Resultatet framställs på ett bra sätt. Stort bortfall av respondenter.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Jan Compton Karen Copeland Sonya Flanders Cindy Cassity Michelle Spetman Yan Xiao Don Kennerly</p> <p>Titel <i>Implementing SBAR Across a Large Multihospital System</i></p> <p>Tidskrift The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera om SBAR användes i verksamheten efter utbildning för sjuksköterskor. Forskarna ville också undersöka om hypotesen stämde, att läkare skulle motta mer adekvat och tydlig information för kliniska beslut om SBAR användes.</p>	<p>Under 2007 implementerades SBAR på 13 sjukhus i Baylor Health Care System. Sjuksköterskorna utbildades i SBAR och hur det skulle användas. Sjuksköterskorna var uppmuntrade till att använda SBAR med det var ej obligatoriskt. Utvärderingen skedde med ett internt frågeformulär innehållande frågor om utbildning samt om anledningar varför det inte användes. Läkarna fick besvara en enkät om hur de uppfattade SBAR-verktyget.</p>	<p>156 sjuksköterskor intervjuades varav 152 st (97,4 %) hade fått utbildning i SBAR. 58,3 % använde sig av SBAR vid överföring av kritisk information vid akuta situationer</p> <p>78,1 % av läkarna angav att den senaste rapporten de fick var adekvat för att kunna fatta rätt beslut. Av de 27 läkare som angav att den senaste rapporten var inadekvat var 92,6 % av dem inte rapporterad i SBAR-format</p>	<p>Deskriptiv studie med kvalitativ ansats.</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Implementeringsmetoden såg annorlunda ut mellan sjukhusen. Lågt deltagarantal i relation till antalet som arbetade inom organisationen.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare</p> <p>Koen De Meester Martijn Verspuy Koenraad G Monsieus Peter Van Bogaert</p> <p>Titel <i>SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death; a pre and post intervention study</i></p> <p>Tidskrift Resuscitation</p> <p>Årtal: 2013</p> <p>Land: Belgien</p>	<p>Utvärdera effekten av SBAR avseende kommunikationen och samarbetet mellan läkare och sjuksköterskor samt påverkan på patientsäkerheten i form av allvarliga vårdskador.</p>	<p>Sjuksköterskor på 16 sjukhusavdelningar undervisades till att använda SBAR då de skulle kommunicera med läkare då en patient försämrades i sitt tillstånd. De ombads även att dokumentera i sbar-format. En pre- och postinterventionsstudie genomfördes. Patientjournaler granskades efter sbar-detalyer från 48 timmar innan en rapporterad avvikelse av allvarig grad inträffat. 425 sjuksköterskor besvarade ett frågeformulär med 12 frågor för att mäta kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor. Tre dimensioner undersöktes; samarbete, kommunikation och uppfattning av kommunikation.</p>	<p>Av 37 239 inläggningar på sjukhuset under studieperioden inträffade 207 incidenter av allvarig grad. De fyra sbar-elementen var noterbara mer frekvent i patientjournalen i slutet av interventionsperioden, från 4 % till 35 %.</p> <p>Antalet oplanerade överflyttningar till IVA ökade från 13.1/1000 till 14,8/1000 inläggningar. Öväntade dödsfall minskade från 0,99/1000 till 0,34/1000 inläggningar.</p> <p>Kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor, teamwork och självförtroendet bland sjuksköterskor förbättrades markant efter implementering av SBAR</p>	<p>Kohortstudie med kvantitativ ansats</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Välgjord studie med tydlig beskriven metod. Resultatet kan inte generaliseras till andra vårdorganisationer då endast ett sjukhus undersöktes. Ett relativt stort bortfall av respondenter.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Moreen Donahue Matthew Miller Lisa Smith Patricia Dykes Joyce J Fitzpatrick</p> <p>Titel <i>A Leadership Initiative to Improve Communication and Enhance Safety</i></p> <p>Tidskrift American Journal of Medical Quality</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: USA</p>	<p>Utvärdera EMPOWER-interventionens effekt på kommunikation och uppfattningen om säkerhetskulturen hos undersköterskor/vårdbiträden (paraprofessional staff-pps).</p> <p>Målet var att anpassa SBAR för PPS och på sätt minska kulturella hinder och utbildningsbarriärer vid kommunikationen mellan vårdpersonal. Utvärdera effekten av projektet EMPOWER på undersköterskor/vårdbiträden</p>	<p>Ett program, EMPOWER, för att implementera SBAR för undersköterskor och vårdbiträden för att förbättra kommunikationen togs fram av ledarna på Danbury Hospital.</p> <p>Ledare inom sjukhuset var drivna i frågan och försökte sprida SBAR-verktyget och dess användning.</p> <p>En pre-enkät om kommunikationsmönster och patientsäkerhets- kultur utfördes av 182 PPS.</p> <p>Postenkät efter implementering.</p> <p>Fokusgrupper användes för att diskutera vilka tillvägagångssätt som skulle användas för att reducera hinder, förbättra kommunikationen samt hitta strategier för SBAR-användning.</p>	<p>65 % av pps besvarade pre-enkäten. 41 % svarade på enkät 2.</p> <p>Enkät 2 visade förändringar i pps uppfattning om patientsäkerhetskultur i form av att syndabockstänket minskade. Det fanns ett ökat intresse från ledningens sida gällande patientsäkerhet.</p> <p>Frekvensen av överrapporterade förändringar i en patients tillstånd hade ökat från 18,6 % till 30 %.</p> <p>Under projektets gång ökade användandet av SBAR bland personalen, från 74 % direkt efter utbildningen i startskedet till 90 % i slutet av andra året.</p>	<p>Kohortstudie, kvalitativ och kvantitativ ansats.</p> <p>Kvalitet: Hög Väl genomförd studie, med bra beskriven metod. Resultatet framställs på ett tydligt sätt.</p> <p>.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Terry S Field Jennifer Tjia Kathleen M Mazor Jennifer L. Donovan Abir O. Kanaan Leslie R. Harrold George Reed Peter Doherty Ann Spenard Jerry H. Guwits</p> <p>Titel <i>Randomized Trial of a Warfarin Communication Protocol for Nursing Homes: an SBAR-based Approach</i></p> <p>Tidskrift The American Journal of Medicine</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur SBAR påverkade kommunikationen för läkare och sjuksköterskor avseende patientsäkerheten i medicinering av antikoagulantia för patienter i särskilt boende.</p>	<p>Särskilda boenden i en region i USA blev slumpmässigt indelade i två grupper. Interventionsgruppen fick använda sig av ett warfarinkommunikationsprotokoll som följde SBARs struktur, vid telefonkontakt med läkare avseende patienter medicinering av Waran. Kontrollgruppen fick ingen åtgärd. Interventionen pågick under ett år. Information om waranbehandlande patienters pk-värde, medicindos, waranrelaterade incidenter rapporterades kvartalsvis till en tränad sjuksköterska för analys.</p>	<p>Efter införandet av SBAR i interventionsgruppen kontrollerades patienters pk-värden oftare jämfört med kontrollgruppen. Detta bidrog till att pk-värdet höll sig i det terapeutiska intervallet. SBAR bidrog till att antal tillbud relaterat till waranmedicinering signifikant minskade ($p < 0,05$, CL=95 %) jämfört med kontrollgruppen.</p>	<p>Randomiserad kvantitativ kontrollstudie</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Väljord studie med tydlig beskriven metod och resultat. Ett stort antal deltagare i interventionsgrupp och kontrollgrupp. Inget bortfall.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningssperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Karen S Kesten</p> <p>Titel <i>Role-Play Using SBAR Technique to Improve Observed Communication Skills in Senior Nursing Students</i></p> <p>Tidskrift Journal of Nursing Education</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om didaktik med rollspel eller enbart didaktisk undervisning av SBAR påverkar sjuksköterskestudenternas kunskap och agerande i en simuleringsövning gällande kommunikation</p>	<p>Ett urval av 115 sjuksköterskestudenter delades in i en interventions- och kontrollgrupp. Båda grupperna fick didaktisk undervisning i SBAR. Interventionsgruppen fick också öva rollspel. Observationer gjordes under en simuleringsövning och en adapterad checklista för att utvärdera följsamhet och kommunikationsfärdigheter i SBAR.</p>	<p>Samtliga studenter visade på förbättrad kommunikation. Interventionsgruppen som också fick delta i ett SBAR-baserat rollspel visade på en ytterligare förbättring i kommunikationsfärdigheter. Författarna ansåg att den förbättrade kommunikationen påverkade patientsäkerheten till det bättre.</p>	<p>Randomiserad experimentell kvantitativ interventionsstudie.</p> <p>Kvalitet: Hög En väl genomförd studie med en bra redovisning av metod och presenterat resultat. Ett högt deltagarantal med litet bortfall.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Jeroen Ludikhuizen Evert de Jonge Astrid Goossens</p> <p>Titel <i>Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments</i></p> <p>Tidskrift Resuscitation</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Nederländerna</p>	<p>Undersöka om sjuksköterskor ett år efter en utbildningsintervention av SBAR och MEWS blivit bättre på att identifiera en patient som blir försämrad i sitt tillstånd</p>	<p>95 st sjuksköterskor från tre medicinska och tre kirurgiska avdelningar testades. 47 sjuksköterskor var tränade i MEWS och SBAR och 48st hade inte erhållit någon undervisning. Sjuksköterskorna fick ett patientfall (skriftligt) där det skulle agera som om det var på riktigt.</p> <p>Telefonsamtalet med läkaren spelades in och analyserades.</p>	<p>77 % av de tränade sjuksköterskorna och 58 % av de otränade sjuksköterskorna bedömde patienten omedelbart och kontaktade läkaren.</p> <p>MEWS användes av 11 % av de tränade sjuksköterskorna.</p> <p>Endast en sjuksköterska kommunicerade i SBAR-form.</p>	<p>Prospektiv kvasi-experimentell studie</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Välgjord studie med tydlig beskriven metod och en bra presentation av resultatet.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare S Marshall J Harrison B Flanagan</p> <p>Titel <i>The teaching of a structured toll improves the clarity and content of interprofessional clinical communication</i></p> <p>Tidskrift Quality & Safety Health Care</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Undersöka om undervisningen av kommunikationsverktyget ISBAR (modifierad form av SBAR) ökade innehållet och tydligheten i ett telefonsamtal av läkarstudenter under en ett simulerat kliniskt scenario</p>	<p>Innan en simuleringsövning delades 177 st läkarstudenter upp i två grupper där en grupp fick utbildning i ISBAR under 40 minuter. Den andra verkade som kontrollgrupp och erhöll ingen utbildning. Under simuleringsscenariot ringde en av studenterna till en äldre kollega för rådgivning. Ljuddata från telefonsamtalen analyserades och samtalet bedömdes avseende kvalitetsinnehåll och tydlighet.</p>	<p>Innehåll och tydlighet av informationen i telefonsamtalen var signifikant bättre hos den grupp som fick ISBAR-utbildning jämfört med kontrollgruppen.</p>	<p>Randomiserad kvalitativ studie</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Välgjord studie med tydlig beskriven metod och resultat.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare Kristi Miller William Riley Stanley Davis</p> <p>Titel <i>Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability</i></p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Tidskrift Journal of Nursing Management</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet var att identifiera beteenden hos sjuksköterskor i interdisciplinära team under kritiska situationer för att kunna praktisera vård med hög tillförlitlighet.</p>	<p>Simuleringsscenarion av akut karaktär utfördes på 4 sjukhus inom förlossningsvården i riktig miljö. Varje simulering bestod av cirka 20 personer. Totalt deltog 420 st.</p> <p>Observation av sjuksköterskors kommunikation under simuleringsövningar</p> <p>Simuleringsövningarna filmades och analyserades utifrån en deskriptiv statistik.</p>	<p>I de realistiska simuleringsövningar mättes användandet av SBAR under tre tillfällen i en kritisk situation där information skulle överföras mellan yrkeskategorier. SBAR användes inkonsekvent av sjuksköterskorna. 65 % använde SBAR vid första tillfället, 46 % vid andra och 57 % vid tredje tillfälle.</p>	<p>Deskriptiv studie med kvalitativ ansats</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>Högt deltagarantal. Väl genomförd studie.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
<p>Författare D Siassakos K Bristowe TJ Draycott J Angouri H Hambly C Winter JF Crofts LP Hunt R Fox</p> <p>Titel <i>Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study</i></p> <p>Tidskrift Journal of Obstetrics and Gynaecology</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: United Kingdom</p>	<p>Undersöka sambandet mellan ett multidisciplinärt teams utförande och beteende gällande ledarskap, kommunikation och arbetsfördelning.</p>	<p>114 st från olika yrkeskategorier blev slumpmässigt indelade i 19 olika team med 6 deltagare i varje. Varje team fick utföra en simuleringsövning</p> <p>Scenariot spelades in och analyserades för att identifiera teamets beteende för att hitta aspekter som var associerade till effektivitet.</p>	<p>De team som var mer effektiva identifierade problemet tidigare, användes sig av closes-loop kommunikation.</p> <p>Resultatet antydde att personalen i de effektiva teamen använde sig av SBAR-lik kommunikation vid informationsöverföring.</p>	<p>Randomiserad kontrollstudie med kvalitativ ansats.</p> <p>Kvalitet: Hög</p> <p>En väl genomförd studie med tydlig beskriven metod och resultat.</p>

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ kvalitetsgrad
<p>Författare Lorna J Woodhall Lisa Vertacnik Maribeth McLaughlin</p> <p>Titel <i>Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center</i></p> <p>Tidskrift Journal of Nursing Management</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: USA</p>	<p>Utvärdera vilken effekt SBAR hade på vårdpersonalens kommunikation</p>	<p>En förundersökning utfördes där läkare och sjuksköterskor besvarade ett frågeformulär innehållande 5 yrkesspecifika frågor angående kommunikation. En 5-gradig skattningsskala användes för värdering.</p> <p>Implementering av SBAR inleddes genom att personalen fick muntlig och skriftlig information om SBAR samt andra hjälpmedel (checklistor, mallar etc) för att påminnas och underlätta användningen av SBAR. Införandet skedde över hela sjukhuset.</p>	<p>Förundersökningen visade att personalen upplevde att det fanns utrymme för förbättring i kommunikationen.</p> <p>Efter implementeringen av SBAR visade samma frågeformulär att kommunikationen förbättrats markant i alla fem områden. Sjuksköterskorna fick ett bättre självförtroende vid kontakten med läkarna. Läkarna ansåg att informationen i rapporteringar blivit mer effektiv, saklig och koncis.</p> <p>SBAR användes konsekvent i överrapporteringar vid personalskifte.</p>	<p>Randomiserad kvantitativ kontrollerad studie</p> <p>Kvalitet: Medel</p> <p>Genomförandet och urvalet framställs inte. Väldokumenterat resultat.</p>