

**SBAR SOM KOMMUNIKATIONSVERKTYG FÖR VÅRDPERSONAL
UR SJUKSKÖTERS KANS PERSPEKTIV**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2017-01-09

Kurs: K46
Författare: Signe Bergendahl
Författare: Silas Roos

Handledare: Åke Grundberg
Examinator: Louise Eulau

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Informationsöverföring mellan vårdgivare har som syfte att förmedla information från en vårdpersonal eller vårdenhet till nästa ansvarig personal eller enhet och formellt lämna över ansvaret för patienterna. Sjuksköterskans ansvar är omvårdnaden vilket innebär att vårdkvaliteten riskerar att bli lidande då sjuksköterskan inte har grepp om hela patientens situation. Informationsöverföringsprocessen beskrivs som en riskfylld process där patientsäkerheten äventyras. En strukturerad informationsöverföringmodell som SBAR skall enligt litteraturen kunna leda till att information som skall överföras inte missas eller missuppfattas.

Syfte

Syftet var att beskriva de effekter SBAR har för säker vård samt möjligheten till samverkan i team inom klinisk verksamhet där sjuksköterskor medverkar i informationsöverföringen.

Metod

En litteraturöversikt genomfördes. 15 artiklar inkluderades från sökningar utförda i databaserna PubMed och CINAHL. Inklusionskriterier som användes var svenskt och engelskt språk samt peer-reviewed. Artiklar äldre än tio år exkluderades.

Resultat

SBAR ledde till förbättrad informationsöverföring mellan personal, mer effektiv och korrekt muntlig och skriftlig informationsöverföring. Införande av SBAR ledde också till ökad möjlighet att ställa frågor och bekräfta att informationsöverföringen tagits emot korrekt. Samarbetet blev bättre såväl inom som mellan professioner och medvetenheten hos personalen ökade. Framförallt blev relationen mellan läkare och sjuksköterskor förbättrad. Andra konsekvenser av införande av SBAR som strukturerad informationsöverföringsmodell var att patientsäkerheten förbättrades och att tiden för informationsöverföring tog lika lång eller kortare tid.

Slutsats

Baserat på denna studies resultat finns skäl att påstå att SBAR har positiva effekter gällande informationsöverföring till och från sjuksköterskor i klinisk verksamhet. SBAR påverkar också tidseffektivitet, patientsäkerhet, samarbete, informationsöverföring och skapande av struktur positivt.

Nyckelord: Informationsöverföring, Kommunikation, Patientsäkerhet, Samarbete, SBAR.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Definition av kommunikation	4
Definition av informationsöverföring	5
Strukturerad kommunikation.....	5
Patientsäkerhet och vårdskador	7
Sjuksköterskans kärnkompetenser	7
Problemformulering	10
SYFTE	11
METOD	11
Val av Metod.....	11
Urval.....	11
Datainsamling.....	12
Databearbetning	13
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	14
RESULTAT	14
Personcentrerad vård	15
Samverkan i team	15
Säker vård.....	15
Informatik.....	16
DISKUSSION	18
Resultatdiskussion.....	18
Metoddiskussion.....	21
Slutsats	22
REFERENSER	24

BILAGA A - B

INLEDNING

Ett av de mest kritiska momenten i vårdprocessen är då ansvaret för en patient övergår till ny personal (IVO, 2014). Under den verksamhetsförlagda utbildningen på olika vårdavdelningar i och med pågående sjuksköterskeutbildning kom vi i kontakt med olika former av informationsöverföring. Somliga var strukturerade medan andra var mindre strukturerade. Informationsöverföring skedde såväl mellan personal på avdelningar, exempelvis på ronder och byten mellan skift, men också i kontakten med andra vårdgivare vanligtvis via telefon.

Den enda strukturerade modellen för kommunikation som sågs användas av sjuksköterskor i den kliniska vardagen var SBAR (som står för situation, bakgrund, aktuellt och rekommendation). Denna modell tillämpades i olika utsträckning beroende på sjuksköterska och det visade sig att det bland sjuksköterskorna rådde delade uppfattningar ifall SBAR var en bra modell för att strukturera informationsöverföringen mellan exempelvis arbetspass.

När vi som sjuksköterskestudenter satt med vid exempelvis ronder och informationsöverföring mellan arbetspass blev det tydligt att samma eller liknande information kunde överföras med varierande framgång.

Intresset av att ta reda på det som forskats kring den strukturerade informationsöverföringsmodellen SBAR väcktes då observationer av ett flertal olika tillvägagångssätt för informationsöverföring genomfördes. Det föreföll sig som att både uppfattningen och kunskaperna om och hur den borde överföras skilde sig åt hos personalen.

BAKGRUND

Definition av kommunikation

Begreppet kommunikation kommer från latinets *communicare* som betyder gemensam och kan kopplas till latinets *communicato* som betyder ömsesidigt utbyte. Kommunikation består av en verbal del och en icke-verbal del som båda måste fungera för att kunna ge en effektiv och säker vård (Sharp, 2012). Kommunikation kan mycket förenklat förklaras som ett utbyte av signaler eller information (Baggens & Sandén, 2014). Information skickas från en person till en annan som sedan svarar genom att skicka tillbaka ny information. Den förste försöker i sin tur förstå vad som menas med den nya informationen för att sedan återigen skicka ny information till den andre och så fortsätter processen fram och tillbaka (Baggens & Sandén, 2014).

Man kan se på kommunikation utifrån två perspektiv, det ena som en dialogisk modell där kommunikationen betraktas utifrån skapandet av gemensam mening och förståelse. Skapandet av gemensam mening och förståelse sker genom en slags förhandling mellan kommunikationens deltagare, där meningen successivt kan justeras genom det som sägs eller görs under kommunikationen (Baggens & Sandén, 2014). Det andra perspektivet är att se på kommunikation som en överföringsmodell, där ett budskap överförs från en sändare till en mottagare (Baggens och Sandén, 2014). Kommunikation av en specifik situation skall vara fullständig, korrekt, avgränsad och komma i rätt tid för att både sändare

och mottagare skall få en gemensam förståelse (Sveriges kommuner och landsting, [SKL], 2010).

Kommunikation är beskriven som en inneboende egenskap som finns i människans natur. Kommunikation är en viktig del i omvårdnaden i alla sjuksköterskans arbetsområden såsom hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande, rehabiliterande och utbildande insatser (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Definition av informationsöverföring

Inspektionen för Vård och Omsorg [IVO] (2014) varvar begreppen informationsöverföring och överrapportering i sin rapport om kommunikationsbrister i vården, men använder huvudsakligen informationsöverföring som samlande begrepp för både kommunikation och dokumentationshantering.

Kommunikation är en viktig del i informationsöverföringsprocessen eftersom det tillåter personal att ge och be om åsikter, försvara sig och ta reda på var de står i förhållande till andra (Atwal, 2002). Informationsöverföringens funktion är att förmedla information från en sjuksköterska till nästa arbetspass sjuksköterska och formellt lämna över ansvaret för patienterna (Evans, Pereira & Parker, 2008; McSweeney, Lightdale, Vinci & Moses, 2011). Utbyte av information sker i vården bland annat mellan olika personalkategorier, vårdnivåer, huvudmän, specialiteter, samt mellan vårdgivare och patienter och dess anhöriga (IVO, 2014).

Det saknas ofta en struktur kring vad som skall rapporteras vid informationsöverföring mellan skift (Sharp, 2012). Vilken information som överförs kan skifta beroende på vilken sjuksköterska som sköter informationsöverföringen (Johnson, Jefferier & Nicholls, 2012). Detta leder till en inkonsekvent eller bristfällig informationsöverföring, där information lätt missförstås eller går förlorad (Lee, Cumin, Devcich & Boyd, 2015; Sharp, 2012).

På samma sätt som det finns olika typer av kommunikation finns det olika former av informationsöverföring. Muntlig informationsöverföring är den vanligast förekommande och används med fördel när den fungerar som önskat för att åstadkomma dialog, reflektion och kunskapsutbyte. Tyst informationsöverföring kallas även skriftlig informationsöverföring och innebär att nästa skifts personal läser patienternas journaler där personalen kan läsa om patienterna extra djupgående (Sharp, 2012).

Sexton m.fl. (2004) betonar utformning av koncisa riktlinjer för överlämningsprocessen. De menar att detta skulle kunna leda till ökad produktiv tid under informationsöverföringen genom att endast viktig information förs över. Genom den effektiviseringen skulle sjuksköterskorna kunna ägna mer tid till patienterna.

Strukturerad kommunikation

Ett av de mest kritiska momenten i vårdprocessen är då ansvaret för en patient övergår till ny personal (IVO, 2014). Med en vedertagen struktur för hur informationsöverföringen skall genomföras minskar riskerna för att viktig information missuppfattas eller glöms bort (Sveriges kommuner och landsting, [SKL] 2010). Vårdenheter tenderar dock enligt Sharp

(2012) att skapa egna rutiner kring informationsöverföring vilket utgör en risk då personalen inte är låst till en enhet utan kan byta arbetsplats och då ta med den förra arbetsplatsens rutiner. IVO (2014) skriver i sin rapport att det bör utvecklas en standard för hur patientinformation skall förmedlas inom sjukvården mellan arbetsskift och mellan vårdenheter för att nå högre patientsäkerhet.

Det finns flera olika varianter av modeller för strukturerad kommunikation, bland annat Standardized Operating Protocols (SOP) Identification, Situation Background, Agreed plan and Read back (iSoBAR). Båda dessa bygger dock på SBAR (Yee, Wong & Turner, 2009). Även "Time outs" och "Read backs" eller "Closed loop" benämns i litteraturen som strukturerade metoder i kommunikation, dock berör dessa endast specifika metoder som används för att säkerställa att informationen kommer fram korrekt till mottagaren. Dessa metoder inkluderas ofta i strukturerade modeller som exempelvis iSoBAR (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2009).

SBAR - Situation, Bakgrund, Aktuellt, Rekommendation

En strukturerad modell för effektiv kommunikation mellan vårdpersonal som nu används internationellt som standard för att kommunicera patienters hälsotillstånd på ett effektivt sätt mellan vårdgivare är SBAR. SBAR introducerades i sjukvården i Sverige av SKL 2010 som en modell att använda för alla verksamheter inom hälso- och sjukvården och hade då redan använts i några år av de större svenska sjukhusen (Sharp, 2012). SBAR har som syfte att göra informationsöverföringen enklare samt ge möjlighet att kommunicera tydliga rekommendationer vilket kan öka patientsäkerheten genom att ta till vara på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetenser (SKL, 2010).

Kommunikationsmodellen SBAR utvecklades av den amerikanska marinen där precis som i hälso- och sjukvården, arbetet med kritiska moment ofta sker under tidspress (SKL, 2010). Syftet med kommunikationsmodellen var att kunna kommunicera snabbt, strukturerat och säkert (Sharp, 2012). Med SBAR skapas en gemensam kommunikationsstruktur och detta hjälper de inblandade vid informationsöverföringen att fokusera på det viktigaste i budskapet (SKL, 2010) och som Sharp (2012) beskriver det; förhindra personalen att fastna i onödiga detaljer. Meningen är att båda parter ska få en gemensam uppfattning och förståelse kring situationen.

En förutsättning för att SBAR skall fungera som tänkt är att sändaren förbereder sig innan hen tar kontakt med mottagaren och att både sändare och mottagaren är införstådda i hur modellen fungerar. Görs detta kan mottagaren lugnt lyssna och ta in informationen utan att avbryta och vänta med eventuella frågor tills modellens sista punkt (Sharp, 2012). SBAR är särskilt användbart i den kliniska vardagen vid informationsöverföring om patienter i kommunikation mellan olika professioner, vid rapport till akutteam och i andra sammanhang med brådska, stress och ovana moment (SKL, 2010).

SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation. Med "situation" menas att man först beskriver situationen eller problemet och varför man tar kontakt. Detta görs genom att man säger sitt namn och sin titel samt varifrån man ringer och vad eller vem ärendet gäller. Vid "bakgrund" ges den aktuella situationen en kontext och sätts i ett samband där det kan vara aktuellt att beskriva patientens sjukdomshistoria i korthet. Vid "aktuellt" (aktuellt tillstånd) sammanfattas de viktigaste uppgifterna om patientens

nuvarande tillstånd som bland annat vitalparametrar. Här ges också ett försök till rimlig tolkning av situationen till exempel vad som enligt sändaren är orsaken till det inträffade. ”Rekommendation” innebär att sändaren rekommenderar vilka åtgärder som hen anser vara aktuella för att sedan lyssna och besvara eventuella frågor från mottagaren (Sharp, 2012). Avslutningsvis bekräftar mottagaren till sändaren att hen förstått situationen och vad som skall göras för att en gemensam uppfattning skall råda. Detta kallas kvittering som i litteraturen även kallas Closed-loop kommunikation (SKL, 2010).

Closed-loop kommunikation är ett väsentligt inslag för hög tillförlitlighet av information och var ett av de viktigaste målen i Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] patientsäkerhetsmål 2009. Om en vårdgivare inte verifierar det den andra vårdgivaren sagt samt att den uppfattade informationen är korrekt vid informationsöverföringen kan misstag i beslutsfattandet förekomma (Miller, Riley & Davis, 2009).

Patientsäkerhet och vårdskador

Patientsäkerhet definieras enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) som skydd mot vårdskada och enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (1982:763) är vårdpersonal lagbundna att tillgodose patienters behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Trots detta har nästan 10 procent av alla patienter någon gång drabbats av en vårdrelaterad skada i samband med att ha vårdats på sjukhus (Svensk sjuksköterskeförening 2016b). Enligt World Health Organization (WHO) sker upp till 70 procent av alla händelseavvikelser på grund av brister i kommunikationen (IVO, 2014). Patientsäkerhet är en ständigt pågående process och ingenting som kan uppnås en gång för alla utan är någonting som måste skapas på nytt vid varje skiftbyte, informationsöverföring, kontakt med patienten och ledningsgruppsmöte med mera (Svensk sjuksköterskeförening 2016b).

IVO (2014) rapporterar att brister i informationsöverföringen kan resultera i svåra konsekvenser och att det enbart är när kommunikation och informationsöverföring fungerar effektivt som måluppfyllelse kan nås. Vidare beskrivs att de flesta av IVO:s (2014) ärenden rör bland annat brister i både kommunikation och dokumentation. Brister i informationsöverföringen relativt vanliga inom hälso- och sjukvård och är därför ett område att uppmärksamma gällande patientsäkerhetsarbetet (IVO, 2014; SKL, 2010)

År 2000-2006 behandlade socialstyrelsen 1166 Lex Maria anmälningar där samverkan, kommunikation eller informationshantering var en av de faktorer som angavs i anmälan. Statistik framfört av JCAHO bekräftar att brister i någon av dessa tre faktorer är några av de vanligaste orsakerna till vårdskador (Socialstyrelsen, 2009). Vårdskada definieras enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid kontakt med hälso- och sjukvården.

Sjuksköterskans kärnkompetenser

Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Omvårdnad som disciplin omfattar enligt Meleis (2011) allt det som sjuksköterskor är involverade i såsom kliniskt arbete, undervisning och administration.

Omvårdnadsdisciplinen innefattar även omvårdnadsteoriernas innehåll och de forskningsresultat som produceras (Ung och Lützén, 2014). Omvårdnad som disciplin får en given struktur genom kunskap och inte genom de olika aktiviteter sjuksköterskor utför (Northrup, m.fl., 2004). Vissa omvårdnadsteoretiker har fokuserat på relationer och interaktioner och därmed kan omvårdnad även ses som en relations- och interaktionsprocess (Meleis, 2011).

För att djupare förklara sjuksköterskans kompetens, profession och ansvar kan sjuksköterskans sex kärnkompetenser användas, vilka är; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård samt informatik där alla kompetenser är beroende av varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Personcentrerad vård

I litteraturen om personcentrerad vård används termen ”person” som synonym till ”patient”. Detta görs då personcentrerad omvårdnad förespråkar att vården bör individualiseras runt personen oavsett vårdssammanhang (Morgan & Yoder, 2012).

Personcentrerad vård innebär att personen som blir vårdad blir förstörd och sedd som en unik individ med individuella behov, värderingar och förväntningar. Det personcentrerade perspektivet strävar efter att vården skall ske på personens villkor för att bevara människans integritet och värdighet. Patienten är expert på sin egen upplevelse vilket gör att patientens delaktighet är en nödvändig förutsättning. Personcentrerad vård bygger på en fungerande relation mellan patient och sjuksköterska där det är sjuksköterskans ansvar att skapa relationen genom ett professionellt engagemang. Ett gott bemötande, identifiering och stöd av personens egna styrkor och behov samt information och stöd till personen att ta egna beslut rörande sin situation är avgörande för patientens upplevelse av hälsa, tillfrisknande och välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Personcentrerad vård har beskrivits med begrepp som holistisk, individualiserande, respektfull och empowerment. ”Holistisk” innebär att personen ses ur ett helhetsperspektiv där individens biologiska, psykologiska, sociala och andliga aspekter tas i beaktning. ”Empowerment” uppmuntrar självständighet och stärker patientens självförtroende. Självförtroende främjar självbestämmande vilket underlättar personens deltagande i beslutsfattandet. Sjuksköterskan bör erbjuda information på patientens nivå och därefter stödja individens egna val (Morgan & Yoder, 2012).

Samverkan i team

Teamarbete definieras enligt Xyrichis & Ream (2008) och Kvarnström (2008) som en dynamisk process involverande två eller fler vårdpersonal som delar samma hälsomål samt har kompletterande erfarenheter och kompetens. Samverkan i team främjar kontinuitet och stärker säkerheten för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

De bästa resultaten för patienter avseende välbefinnande, symtomlindring och överlevnad har visats uppnås inom flera områden i hälso- och sjukvården genom att vårdens olika yrken och professioner samarbetar. Tvärprofessionellt arbete utgår från en helhetssyn på patientens situation som tillgodoser patientens behov och samhällets krav på bästa resursanvändning (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Sjuksköterskans ansvar i teamet är att patientens omvårdnadsbehov uppmärksammas och tillgodoses samt att aktivt medverka till att teamet arbetar personcentrerat. Sjuksköterskor skall delta i beslutsfattandet och vid behov acceptera en ledarskapsroll i teamet. Sjuksköterskor skall medverka till att teamets olika roller klargörs och kommunicera med teamets medlemmar med visad hänsyn för integritet. (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Enligt International Council of Nurses [ICN:s] etiska kod skall sjuksköterskan verka för gott samarbete med medarbetare och kollegor genom att visa professionella värden så som respekt, lyhördhet och medkänsla. Genom detta kan sjuksköterskan medverka till en vårdkultur som främjar etiskt förhållningssätt och en öppen dialog (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Sjuksköterskor förväntas förstå hur det egna sättet att kommunicera påverkar andra samt kunna analysera skillnader som finns i olika kommunikationsstilar hos patienter, närstående eller teammedlemmar samt lära sig effektiva strategier för konflikthantering (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Kommunikation har beskrivits som grunden för ett välfungerande tvärprofessionellt team där det utan fungerande kommunikation inte kan finnas ett team (Morris & Matthews, 2014).

Evidensbaserad vård

Evidensbaserad vård innebär en vilja att förena beprövad erfarenhet och kunskap om enskilda patienters situation med bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Detta för att kunna ge en så god och effektiv vård som möjligt. Sjuksköterskor ska förstå vikten av att visa följsamhet till evidensbaserade riktlinjer samt förstå betydelsen och konsekvenserna av att följa eller avvika från dem (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Evidensbaserade kunskapsunderlag är ett samlingsnamn för systematiskt insamlad och kritiskt granskad forskning. För att värden skall bli säkra för patienter och närstående är det viktigt att evidensbaserad fakta kombineras med färdigheter och förståelse. För att uppnå säkra vård krävs det därför av sjuksköterskan att inneha kunskap om grundläggande forskningsmetoder och forskningsprocessen. Detta för att därigenom integrera evidens med klinisk erfarenhet och patientens förväntningar och önskemål. Sjuksköterskor måste även kunna skilja ett kunskapsunderlag byggt på evidens från ett som endast bygger på klinisk erfarenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Förbättringskunskap

Alla som arbetar i hälso- och sjukvården har förutom det patientnära arbetet som uppdrag att utveckla systemet de är verksamma inom. Förbättringskunskap omfattar kunskap om system, variationer, förändringspsykologi och ett lärandestyrt förändringsarbete.

Förbättringskunskap kan ses som ett komplement till den professionella kunskapen som grundar sig på personliga färdigheter, etik och kunskaper i omvårdnadsämnet. Genom att kombinera dessa kan man lättare utveckla omvårdnaden, olika vårdprofessioner och system. (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Sjuksköterskor behöver förstå hur den patientnära vårdorganisationen är utformad och förstå vikten av att mäta vad som faktiskt utförs i vården. Kunskap om datainsamling och dataanalys av kvalitativ och kvantitativ data samt initiativtagande till förbättringar är ett måste i kvalitetsutvecklingen av den patientnära omvårdnaden. Sjuksköterskor ska

kontinuerligt arbeta för att förbättra kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Säker vård

Sjuksköterskor måste ha kunskap om ansvarssystemets utformning och vikten av säkerhetsarbete för att förhindra misstag så patienter inte kommer till skada för att därmed skapa villkor för en säker vård. Säkerhetsarbetet i vården syftar till att minska skador för både patienter och personal genom att faktorer som möjliggör risker och fel undanröjs. Säkerhetsarbete skall förutom att fokusera på redan inträffade händelser även analysera framtida tänkbara risker som rör patienten och/eller personal i områden som organisationen i helhet, bemanning, arbetsmiljö, teamets samlade kompetens, teamarbete, arbetstider och ekonomi. Sjuksköterskan ansvarar för att lyfta fram vikten av patientens kunskap och erfarenheter i säkerhetsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Kunskaper i att använda informations- och kommunikationsteknologi, kliniska riktlinjer, standardvårdplaner och medicinskt tekniska hjälpmedel som stöd för kvalitet och säkerhet behövs. Sjuksköterskor skall kunna använda olika instrument för datainsamling, till exempel instrument för riskbedömning (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Informatik

Sjuksköterskor behöver kompetens för att kunna påverka utvecklingen av informations- och kommunikationssystem som stödjer omvårdnadsarbetet och fokuserar på patienters behov och säkerhet. Även i utvecklingen av informations- och kommunikationsstöd för bland annat lagring, hantering, bearbetning, överföring och kommunikation av omvårdnadsdata har sjuksköterskor ett ansvar i. För detta krävs det utveckling av både ändamålsenliga tekniska lösningar och enhetliga klassifikationer och terminologier.

Sjuksköterskor behöver aktivt delta i utvecklingsarbetet av dessa genom framtagande, implementering och utvärdering (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Kontinuerlig övning i medicintekniska uppgifter, kommunikation och ledningsansvar vid akuta situationer är en premis för att uppnå en ökad säkerhet och måste ingå i sjuksköterskors utbildning och kompetensutveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Problemformulering

Säkerhetsarbetet inom sjukvården syftar till att minska skador för personal och patienter genom att undanröja faktorer som möjliggör risker och fel i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Upp till 70 procent av händelseavvikelser inom hälso och sjukvård sker på grund av bristande kommunikation (IVO, 2014). Sjuksköterskan ansvarar i säkerhetsarbetet för att lyfta fram vikten av patientens kunskap och erfarenheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Säkerhetsarbetet skall förutom att fokusera på redan inträffade händelser även analysera framtida tänkbara risker inom bland annat områden som organisationen i helhet, arbetsmiljö, arbetstider, ekonomi och teamarbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Inom teamarbetet är det sjuksköterskans ansvar att uppmärksamma teamet om patientens

omvårdnadsbehov och medverka till att hela teamet arbetar personcentrerat. Detta gör sjuksköterskan genom att medverka till att teamets olika roller tydliggörs genom att kommunicera med teamets medlemmar med hänsyn till varje professions integritet och inta en ledarskapsroll när så behövs. För att säkerställa att informations och kommunikationssystem är ändamålsenliga för informationsöverföring av omvårdnadsdata behöver sjuksköterskan även vara delaktig i utvecklingen av informations och kommunikations stöd och även ha kompetens inom området (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Exempel på ett sådant informations- och kommunikationsstöd är SBAR som är en strukturerad modell för kommunikation mellan vårdpersonal. SBAR rekommenderas sedan 2010 av SKL (2010) och hade då redan används i några år av de större svenska sjukhusen (Sharp, 2012). Som rekommenderad kommunikationsmodell är den således relativt ny i sjukvården och det är därför av intresse att ta reda på hur denna kommunikationsmodell fungerar i klinisk verksamhet, om modellen har lett till mer effektiv kommunikation och säkrare vård utan att göra avkall på omvårdnaden.

SYFTE

Syftet var att beskriva de effekter SBAR har för säker vård samt möjligheten till samverkan i team inom klinisk verksamhet där sjuksköterskor medverkar i informationsöverföringen.

METOD

Val av Metod

Metoden som valdes för att besvara syftet var en litteraturöversikt vilket enligt Friberg (2012) är en metod som används för att skapa god översikt över ett problemområde. En litteraturöversikt syftar till att sammanställa aktuell befintlig forskning för att beskriva kunskapsläget inom valt ämnesområde. Skillnaden mellan en systematisk och en icke-systematisk litteraturöversikt är att vid en systematisk översikt bör forskaren finna samt täcka all relevant forskning inom ett ämnesområde och studien är mer omfattande än en icke-systematisk (Forsberg & Wengström, 2016). Då tiden för uppsatsen var begränsad till 10 veckor har en icke-systematisk litteraturöversikt genomförts, vilket innebär en litteraturöversikt som begränsar sökområdet.

Urval

Inklusionskriterier som användes var svenskt och engelskt språk. Artiklar äldre än 10 år exkluderades då vetenskapligt material enligt Östlundh (2012) är en färskvara och en tidsbegränsning en god idé att ha med om inte ett särskilt intresse av äldre material föreligger. Övriga exklusionskriterier som användes var studier utförda på studenter detta eftersom området undersöktes utifrån effekter som SBAR har i sjuksköterskors kliniska vardag. Dessa artiklar valdes bort manuellt under genomgång av sökresultat då tillägg av termen "NOT students" eller "NOT education" gav ett alltför begränsat antal sökträffar. Alla inkluderade artiklar är peer-reviewed, vilket är en kvalitetsmarkör, och innebär att de är kritiskt granskade av andra forskare (Helgesson, 2015). Då denna uppsats fokuserar på

informationsöverföring mellan vårdgivare ur ett sjuksköterskeperspektiv exkluderades informationsutbytet som sker mellan vårdgivare och patient och/eller dess anhöriga.

Under urvalskriterier togs det inte hänsyn till vilken typ av vårdavdelning som undersökt vårdpersonal arbetade på. Detta gjordes för att få ett så brett sökresultat som möjligt, ett exkluderings- eller inkluderingskriterie av en specifik avdelnings-typ skulle lett till ett otillräckligt sökresultat för en litteraturstudie. Den smalare sökningen skulle också lett till ett resultat som endast var representativt för en särskild typ av vårdavdelning. Artikelns geografiska ursprung har under artikelsökningen inte varit ett urvalskriterium.

Slutligen för att öka arbetets vetenskapliga värde har endast artiklar med etiskt tillstånd från etisk kommitté eller som tydligt redovisar noggranna etiska överväganden inkluderats liksom Forsberg & Wengström (2016) rekommenderar. Detta har gjorts, i enlighet med vad Wallengren och Henricson (2012) rekommenderar, genom att gå igenom de valda artiklarna manuellt. Ifall det framgår tydligt i artikeln att de är etiskt granskade eller att etiska överväganden gjorts. I de fall där etiska överväganden inte framgår tydligt i artikeln har etiska riktlinjer från tidskriften där artikeln publicerats lästs för att säkerställa att artikel haft etiskt godkännande.

Datainsamling

Inför artikelsökningen togs kontakt med en bibliotekarie som erbjöd hjälp i att söka i vetenskapliga databaser samt gav förslag på relevanta sökord till syftet.

För att finna relevanta sökord och för att få en överblick över forskningsområdet gjordes initialt pilotsökningar i databaserna Public medline (PubMed) och The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Sökorden som användes var "SBAR", "Nursing", "Patient handoff", "Communication" och "Patient safety" i olika kombinationer. Sökningarna med dessa ordkombinationer gav dock begränsat antal sökträffar och inkluderades inte i litteraturöversikten.

Sökningarna genomfördes i november 2016 i databaserna PubMed, CINAHL och PsychINFO. PubMed innehåller biomedicinsk forskning, CINAHL riktar sig till omvårdnadsforskning och PsychINFO innehåller material om beteendevetenskap och psykologi (Karsson, 2012). Sökorden som användes var "Nursing" som MeSH-term och SBAR i fritext. Sökningar i svensk MeSH på orden "Nursing" och "SBAR" visade att "Nursing" var en MeSH-term medan SBAR inte var det. I CINAHL var SBAR inte en CINAHL-heading (se tabell 1). Sökningen i PsychINFO gav 13 träffar men inget användbart resultat. Manuella sökningar i redan funna relevanta artiklar utfördes men resulterade inte i några inkluderade artiklar.

Tabell 1.

Databas / datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2016-11-17	(SBAR) AND Nursing	58	40	9	6
CINAHL 2016-11-17	SBAR	40	34	12	2
PubMed 2016-11-17	SBAR	129	106	33	7
Totalt:		227	180	54	15

Databearbetning

Av resultaten på sökningarna utfördes först en grovsällning i enlighet med vad Rosén (2012) rekommenderar baserat på titel följt av abstrakt. De artiklar som bedömdes relevanta utifrån syftet för litteraturöversikten utifrån abstrakten lästes sedan i fulltext. Artiklarna lästes i sin helhet var för sig och sedan diskuterades innehållet och relevansen för det valda området. Detta är vad Wallengren och Henricson (2012) kallar för interbedömmarrelabiliteten och leder till ökad trovärdighet för litteraturöversikten.

Dataanalys

Vid analys av artiklarna tillämpades "Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats", som är modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). (Se bilaga A). Detta har gjorts för att som Wallengren och Henricson (2012) rekommenderar, säkra validiteten i litteraturöversikten. Det är också med hjälp av detta bedömningsunderlag som artiklarna har typbestämts. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har granskats. Artiklar bedömda med låg kvalitet (III) exkluderades. Endast artiklar av medelhög (II) och hög (I) kvalitet inkluderades i litteraturöversikten.

Under dataanalysen lästes artiklarna i sin helhet var för sig i digital form, data som besvarade studiens syfte extraherades genom att markera och kopiera in till en separat dokument. Detta utfördes för att ingen relevant information skulle missas (Forsberg & Wengström, 2016). När vi båda hade gjort detta, träffades vi igen och gick igenom resultatet tillsammans för att säkerställa att vi inkluderat allt resultat som besvarade syftet. Där skillnader i valt resultat förelåg diskuterades detta tills konsensus kunde nås. Därefter gjordes en kopia på valt resultat som översattes genom "google translate" från engelska till svenska, denna översättning fanns sedan med parallellt med den fragmenterade originaltexten och användes endast som ett stöd i manuell översättning och omformulering av resultat. Vid de fall då osäkerhet kring en mening eller ords betydelse kvarstod

användes digitala lexikon så som tyda.se. När alla artiklar gått igenom denna process sorterades data med liknande innehåll tillsammans under en passande rubrik, detta kom att bli litteraturstudiens huvudfynd. Därefter fördes resultatet under respektive rubrik samman till en sammanhängande text med referenser till respektive artikel i löpande text. När denna process var klar jämfördes det presenterade resultatet med den fragmenterade originaltexten för att säkerställa att resultatet i översättningen till svenska och omformuleringen till sammanhängande text inte förvanskats.

När resultatet var färdigställt sorterades huvudfyndens rubriker in under huvudrubrikerna “personcentrerad vård”, “samverkan i team”, “säker vård” samt “informatik”. Detta gjordes för att tydliggöra kopplingen mellan det funna resultatet och sjuksköterskans sex kärnkompetenser som beskrivs i bakgrunden.

Forskningsetiska överväganden

Trots att inkludering av artiklar baserade på personal direkt involverade i vård av barn med medföljande muntlig och skriftlig informationsöverföring skulle kunna argumenteras vara etiskt oriktigt har vi valt att i denna litteraturstudie inte exkludera sådana studier. Istället har ett urvalskriterium varit att tillstånd från en etisk kommité finns, alternativt att det tydligt framgår i artikeln att noggranna etiska överväganden har gjorts. Detta har gjorts i enlighet med vad Forsberg & Wengström (2016) beskriver för att öka arbetets vetenskapliga värde.

Hederlighet och ärlighet är grundläggande värden när det kommer till vetenskapliga arbeten. Exempel på avsaknad av dessa värden är när författarna avsiktligt manipulerar och förvränger sitt vetenskapliga arbete, exempelvis genom plagiat av innehåll genom att använda andras idéer och ord utan att tillkännage upphovsmannen (Kjellström, 2012). För att förhindra detta har vi under hela arbetets gång varit noggranna med att hänvisa till författarna i löpande text och låta det vara tydligt i texten när egna åsikter eller slutsatser framförs i diskussion och slutsats. En annan risk som beskrivs av Kjellström (2012) är att författare förvränger eller ändrar data till metod och resultat för att bättre stämma överens med den egna teorin. För att förhindra att detta görs, redovisas såväl positiva resultat såväl som negativa relaterade till implementering av SBAR. Vi har även vid varje steg i dataanalysen jämfört vår egen formulering med artikels ursprungliga formulering för att säkerställa att det presenterade resultatet stämmer väl överens med hur resultatet presenteras i ursprunglig artikel.

RESULTAT

Huvudfynden som framkom vid läsning behandlade kvalitet på informationsöverföring, skapande av struktur, tidseffektivitet, samarbete och patientsäkerhet. Resultatet kommer att presenteras under följande rubriker; personcentrerad vård, samverkan i team, säker vård samt informatik.

I alla studier där en intervention genomfördes var det oklart hur informationsöverföringen skedde innan interventionen, om någon struktur användes och i så fall vilken. (Achrekar m.fl., 2016; Beckett & Kipnis, 2009; Clark m.fl., 2009; Cornell, m.fl., 2013; De Meester, m.fl., 2013; Fabila m.fl., 2016; Funk m.fl., 2016; Martin & Czurzynski, 2015; Panesar m.fl.,

2014; Renz, m.fl., 2013; Telem m.fl., 2011; Vardaman m.fl., 2012; Wentworth m.fl., 2012) Även i studier där en experimentgrupp som använde SBAR jämfördes mot en kontrollgrupp var det oklart vilken metod som användes av kontrollgruppen (Joffe m.fl., 2013; Randmaa, m.fl., 2014).

Personcentrerad vård

Införandet av SBAR ledde till att informationsöverföring vid "bedside" ökade (Cornell m.fl., 2013). I en studie gjord på sjuksköterskor som rapporterade "bedside" ansåg dock endast 53 procent av sjuksköterskorna att det vid användning av SBAR var mycket nödvändigt med patientmedverkan för att dokumentera information korrekt (Achrekar m.fl., 2016).

Samverkan i team

Implementering av SBAR ledde enligt flera författare till ett förbättrat samarbete inom såväl som mellan professioner (Beckett & Kipnis, 2009; De Meester m.fl., 2013; Martin & Ciurzynski's, 2015; Renz m.fl., 2013;).

Personalen blev nöjdare, konflikthanteringen (Beckett & Kipnis, 2009) och uppfattningen av ledningen och arbetsförhållandena förbättrades (Fabila m.fl., 2016) som en konsekvens av införandet av SBAR. Framförallt var det sjuksköterskans relation till läkaren som förbättrades genom implementering av SBAR, det blev lättare att nå och förstå läkaren, läkaren avbröt sjuksköterskor mer sällan i deras informationsöverföring och frustrationen gentemot läkaren minskade (Renz, m.fl., 2013). Sjuksköterskors åsikter togs bättre tillvara (Beckett & Kipnis, 2009; Renz m.fl., 2013) och öppenheten mellan sjuksköterskor och läkare ökade (Renz m.fl., 2013) även återkoppling till sjuksköterskorna ökade (Beckett & Kipnis, 2009).

Åttio procent av sjuksköterskorna uppgav i Clark m.fl. (2009) studie att de genom användning av SBAR-baserade verktyg blev mer självsäkra i kommunikationen med läkare. Sjuksköterskor uppgav också i både Clark m.fl. (2009) och Renz, m.fl. (2013) studie att de kände sig mer bekväma i kommunikationen generellt mellan både läkare och andra sjuksköterskor.

SBAR kan hos sjuksköterskor ge en upplevd legitimitet i yrkesutövandet i förhållande till både andra sjuksköterskor och andra professioner och hjälper på detta sätt att stärka sjuksköterskan i sin yrkesroll hos framförallt nyexaminerade (Vardaman m.fl., 2012).

Säker vård

Införandet av SBAR-baserade verktyg vid informationsöverföringen visade sig förbättra patientsäkerheten och minska antalet negativa händelser genom stärkt relation mellan sjuksköterskor och läkare (Beckett & Kipnis, 2009) och generellt förbättrad kommunikation i personalgruppen (Beckett & Kipnis, 2009; Fabila, m.fl., 2016). Personalgruppen visade sig efter införandet av SBAR baserade kommunikationsverktyg diskutera riktlinjer och misstag oftare. Medicinska misstag hanterades bättre och

sjuksköterskor hade en bättre uppfattning om var frågor rörande patientsäkerhet skulle riktas. Vårdenheten gjorde också fler insatser än tidigare för att förbättra patientsäkerhet (Beckett & Kipnis, 2009) och den upplevda nyttan av SBAR i övrapporteringen för högriskpatienter hos sjuksköterskor ökade (Fabila m.fl., 2016). En majoritet av sjuksköterskorna ansåg att användande av SBAR var ett väldigt relevant verktyg för informationsöverföring och att det kommer leda till förbättrad patientsäkerhet genom att ge relevant information rörande patientens vård (Achrekar m.fl., 2016).

De Meester m.fl. (2013) fann i sin studie en ökning i oplanerade intagningar på intensivvårdsenheter och en minskning i oförutsedda dödsfall. Detta motsägs av Telem m.fl. (2011) studie som efter implementering och utbildning i SBAR inte kunde finna någon skillnad i oförutda händelser som lett till död eller patientskada. Martin och Cieurzynski (2015) menar dock att en gemensam utvärdering följt av en SBAR-strukturerad överläggning av en patient är en effektiv åtgärd för att bestämma patientens behandlingsplan och säkerställa patientsäkerhet på en akutavdelning.

Informatik

Enligt flertalet studier förbättrades informationsöverföringen mellan personalen efter införandet av SBAR (Achrekar m.fl., 2016; Clark m.fl., 2009; De Meester m.fl., 2013; Fabila m.fl., 2016; Funk m.fl. 2016; Martin & Cieurzynski, 2015; Renz m.fl., 2013) och vårdgivarna blev mer nöjda med informationsöverföringen (Achrekar m.fl., 2016; Funk m.fl., 2016; Martin & Cieurzynski, 2015; Wentworth m.fl., 2012).

Muntlig informationsöverföring fick genom SBAR större plats (Cornell m.fl., 2013). En del av sjuksköterskorna efter införandet av SBAR uppgav också att muntlig informationsöverföring i ett personligt möte ofta var tillräckligt (Beckett & Kipnis 2009; Fabila m.fl., 2016) och att informationen som överfördes genom SBAR var kortfattad och tydlig (Fabila m.fl., 2016). Andra menade att en skriftlig elektronisk form av SBAR var mer effektivt och värdefullt än de muntliga i att överföra patientinformation (Wentworth m.fl., 2012).

Även om det fanns sjuksköterskor som ansåg motsatsen så ansåg flertalet att informationen som tillhandahölls under informationsöverföringen generellt var relevant (Achrekar m.fl., 2016), mycket bra eller mycket användbar efter införande av SBAR (Fabila m.fl., 2016). Denna syn återkom även i Renz m.fl. (2013) studie där sjuksköterskorna ansåg att det med hjälp av SBAR blev tydligare vad som skulle rapporteras (Renz m.fl., 2013). En betydande andel menade att de efter implementering av SBAR inte behövde leta lika ofta efter information kring patienten någon annanstans efter informationsöverföringen. De angav också att informationen var tillräcklig, stämde bättre överens med den kliniska bedömningen av patienten och att det var lättare att skilja viktig information från oviktig (Fabila, 2016).

En brist i informationsöverföringen uppenbarades i Joffe m.fl. (2013) studie där 88 procent av sjuksköterskorna rapporterade situation men inte bakgrundsinformation om patienterna. Det sågs en trend i att mindre bakgrundsinformation kommunicerades i de fall där informationsöverföringen skett med SBAR. I Achrekar m.fl. (2016) studie ansåg även 47 procent att det var lätt att fylla i "aktuellt" men svårt att fylla i "rekommendation".

I Telem m.fl. (2011) studie beskrev deltagarna det som att SBAR-modellen, genom att betona en lämplig nivå, gav vårdpersonalen en ram för att våga be om klargöranden när de inte helt förstått informationen som givits i informationsöverföringen. Enligt både Fabila m.fl. (2016) och Telem m.fl. (2011) skapade SBAR-modellen på detta sätt en miljö som bättre accepterar och förväntar frågor i informationsöverföringen.

Träning i SBAR har visats sig kunna minska fel i dokumentering (Telems m.fl., 2011) och höja kvalitén på journalanteckningar (Panesar's m.fl., 2014). I Panesar's m.fl. (2014) studie uppmätte anteckningarna högsta kvalitet och även dokumentationen av kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare förbättrades efter införande av SBAR.

Skapande av struktur

SBAR beskrivs som en bra ram (Beckett & Kipnis, 2009; Vardaman m.fl., 2012) som för majoriteten är lätt att förstå (Achrekar m.fl., 2016). SBAR kan vidare beskrivas som en stark grund för kommunikation som ökar medvetenheten hos personal (Beckett & Kipnis, 2009; Vardaman m.fl., 2012) och värdesätts av sjuksköterskor som en ram att luta sig mot vid snabba beslutsfattanden (Vardaman m.fl., 2012).

En chefsjuksköterska beskrev hur dessa ramar var avgörande för att identifiera patienters behov och svårigheter även när kvantitativ data från teknik inte gör det. En annan sjuksköterska beskrev det som att hon börjat tänka i SBAR-form vilket gav henne en struktur för tankar vilket hjälpte henne att förstå vad som hände med patienten. På detta sätt är SBAR inte bara ett kommunikations-protokoll utan även en mental modell som ligger till grund för hur patientutvärderingen sker (Vardaman m.fl., 2012).

SBAR skapar ett gemensamt språk vilket ger sjuksköterskor möjlighet att förstå situationer bättre och att ta beslut inom en rimlig tid (Vardaman m.fl., 2012).

Tidseffektivitet

I både Cornell m.fl. (2013) och Funk m.fl. (2016) studier blev informationsöverföringen mer fokuserad och tiden som de inblandade spenderade på aktiviteter som inte var relaterade till informationsöverföring minskade när SBAR eller ISBARQ (Information, SBAR, Questions) användes. I den sistnämnda studien konstaterades att detta skedde utan ökning i informationsöverföringstid (Funk m.fl. 2016).

I Wentworth m.fl. (2012) studie uppfattade 80 procent av deltagarna att det innan införande av SBAR tog 1-6 minuter att föra över information om en patient, samma minutantal rapporterades av alla deltagare även efter införandet av SBAR. I en annan studie upplevde en majoritet av sjuksköterskorna att det tog ca 5 till 10 minuter att dokumentera enligt SBAR. sextiotre procent upplevde att det var tidskrävande att använda sig av SBAR, var av 21 procent ansåg att det var mycket tidskrävande och 42 procent att det var något tidskrävande. Endast 37 procent ansåg att det inte alls var tidskrävande att använda sig av SBAR (Achrekar m.fl., 2016). Joffe m.fl. (2013) beskrev dock att telefonsamtalsdurationen förkortades när sjuksköterskor ringde läkare och använde SBAR som informationsöverföringsmodell. Tiden för sjuksköterskan att förklara vad syftet var med samtalet till läkaren förkortades också.

I en studie utförd bland sjuksköterskor i äldreomsorgen beskrev sjuksköterskorna att känslan av avsaknad av tid för att säga det de vill ha sagt i informationsöverföringen minskade genom användandet av SBAR (Renz m.fl., 2013).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva de effekter SBAR har för säker vård samt möjligheten till samverkan i team inom klinisk verksamhet där sjuksköterskor medverkar i informationsöverföringen. Huvudfynden i resultatet visade på att implementering av SBAR ledde till förbättrat samarbete inom såväl som mellan professioner. Patientsäkerheten förbättrades genom stärkt relation mellan sjuksköterskor och läkare och generellt förbättrad kommunikation i personalgruppen. Implementering av SBAR ledde till att muntlig informationsöverföring bland sjuksköterskorna fick större plats, blev tydligare och mer kortfattad. SBAR beskrevs av sjuksköterskorna som en bra ram som var lätt att förstå och som en stark grund för kommunikation som ökar medvetenheten hos personalen. Informationsöverföringen blev mer fokuserad och tiden som spenderades på aktiviteter som inte var direkt relaterade till informationsöverföring minskade. Detta stämmer överens med Sexton m.fl. (2004) som beskriver att koncisa riktlinjer för informationsöverföring leder till en ökad produktiv tid vid informationsöverföringen vilket i sin tur leder till att sjuksköterskan kan ägna mer tid till patienterna.

Även om merparten av det presenterade resultatet visar på positiva effekter av SBAR så fanns det även de studier som presenterade negativa aspekter. Bland annat sågs det i en studie endast vara en svag majoritet (53 procent) som ansåg det nödvändigt med patientmedverkan för att dokumentera information korrekt vid användande av SBAR. Detta skulle kunna tolkas som att SBAR är ovanligt bra för att dokumentera information korrekt, men det skulle också kunna tolkas som att patienten inte görs delaktig i samma utsträckning när SBAR används som struktur för informationsöverföring. Detta i sin tur skulle kunna leda till en mindre personcentrerad omvårdnad. I resultatet rådde det också delade meningar kring ifall implementering av SBAR verkligen leder färre oförutsedda händelser som lett till död eller patientskada. Även gällande informationsöverföringens kvalitet rådde det inte konsensus bland alla deltagare utan det fanns det en minoritet som ansåg att informationsöverföringen inte blev mer relevant och effektiv efter införande av SBAR.

Det enda fyndet som visade ett direkt negativt resultat av implementering av SBAR var upplevelse av hur tidskrävande det var att använda sig av SBAR. Där en majoritet (63 procent) uppgav att de upplevde SBAR som en tidskrävande metod för överrapportering. Dock visade de studier som mätte den faktiska informationsöverföringstiden att tiden för överrapportering var samma eller något kortare och tidseffektivare vid användande av SBAR. Detta tyder på att sjuksköterskorna kan uppleva SBAR som tidskrävande men att det nödvändigtvis inte är det.

Som synes uppenbarades få exempel där SBAR visade sig ha direkt negativa effekter på samverkan i team och säker vård gällande informationsöverföring. Dock kunde det med SBAR ses en skillnad i vad som rapporterades och hur sjuksköterskorna upplevde att det

var att rapportera med hjälp av SBAR. Bland annat fick ”bakgrund” mindre utrymme till förmån för ”situation”. Sjuksköterskorna uppgav att det var svårt att rapportera ”rekommendation” men att det var lätt att rapportera information under ”aktuellt”. Eftersom det i flera av studierna inte tydligt framgår om det fanns en strukturerad modell för informationsöverföring, och vilken modell för informationsöverföring som i så fall användes innan implementering av SBAR, så är det också svårt att säga om dessa skillnader i fokus beror på hur SBAR är utformat eller om SBAR endast gör dessa svårigheter tydligare. Även om brister visats i informationsöverföring med SBAR har sjuksköterskor ett ansvar i utvecklingsarbetet av tekniska lösningar vilket SBAR är. Detta genom att delta i implementering och utvärdering av dessa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Det är även möjligt att brister i information och utbildning i SBAR lett till att sjuksköterskor upplevt vissa av modellens punkter som svåra.

Införandet av SBAR ledde i en studie till att överrapportering vid ”bedside” ökade. Att patienten inkluderas i informationsöverföringen bidrar till att hens integritet och värdighet respekteras. Relationen mellan patient och sjuksköterska som personcentrerad vård bygger på skapas av professionellt engagemang och förtroende som involverande av patienten innebär. Eftersom patienten är expert på sin egen upplevelse leder bedside-rapportering till att det viktigaste för patienten inte missas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

För säker vård är det viktigt att sjuksköterskor förutom att analysera redan inträffade händelser även väger in framtida tänkbara risker, så som bland annat teamets samlade kompetens och riktlinjer som rör patienter. Sjuksköterskor skall även kunna kombinera beprövad erfarenhet med bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I arbetets resultat framgår att en positiv påverkan på kommunikationen i personalgrupper sågs och att diskussioner angående riktlinjer och misstag ökade. JCAHO menar att brister i samverkan, kommunikation eller informationshantering är några av de vanligaste orsakerna till vårdskador (Socialstyrelsen, 2009). Implementering av SBAR skulle således kunna bidra till säkrare vård.

Kommunikation har beskrivits som grunden för ett välfungerande team (Morris & Matthews, 2014). Sjuksköterskans ansvar i teamet är att uppmärksamma och tillgodose patientens omvårdnadsbehov (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Implementering av SBAR kunde konstateras i resultatet ha lett till ett förbättrat samarbete mellan och inom professioner. Särskilt relationen mellan sjuksköterskor och läkare sågs förbättrats. Sjuksköterskor uppgav att de med SBAR kände sig mer bekväma och självsäkra i kommunikationen generellt både med läkare men även med andra sjuksköterskor och de upplevde att deras åsikter togs bättre tillvara. Den förbättrade relationen mellan sjuksköterska och läkare leder till att sjuksköterskan får ökad inflytande över vården och att läkaren får en ökad förståelse för den personcentrerade vården. Personcentrerad vård leder i sin tur till att patienters självförtroende och självständighet stärks vilket främjar självbestämmandet. Patienten får därigenom stöd att göra egna val i sin vård och omvårdnad (Morgan & Yoder, 2012) vilket är avgörande för patientens upplevelse av hälsa, tillfrisknande och välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) skall sjuksköterskor kunna analysera skillnader som finns i olika kommunikationsstilar hos teammedlemmar. SBAR verkar enligt det funna resultatet hjälpa sjuksköterskor med detta genom att minska konflikter relaterade till kommunikation. Skillnader i kommunikationsstilar mellan professioner vid

användning av SBAR blir inte lika framträdande och SBAR bidrar därmed till en gemensam kommunikationsstruktur (SKL, 2010).

När SBAR användes vid informationsöversöring från sjuksköterskor till läkare avbröts sjuksköterskor mer sällan och frustrationen gentemot läkare minskade. Det är något som bekräftas av litteraturen som säger att informationsöverföringen blir mer effektiv och att sändaren inte blir avbryten lika ofta av att mottagaren vill ställa frågor ifall mottagaren av informationen är insatt och förstår strukturen som informationen ges genom. Detta eftersom mottagaren vet i vilken ordning som informationen kommer (Sharp, 2012).

Ett genomgående problem med de bearbetade artiklarna är att de inte på ett tydligt sätt definierat hur informationsöverföringen skedde innan SBAR implementerades, om det fanns tydliga strukturer för hur informationsöverföringen skulle ske eller om det varit upp till personalgruppen själva att forma sådana rutiner.

I flera inkluderade studier har utbildning i informationsöverföring skett i samband med införandet av SBAR. Det är därför svårt att veta ifall resultatet är en konsekvens av införandet av SBAR eller om det är en direkt konsekvens av utbildning och ökad kunskap kring hur informationsöverföring generellt skall gå till. Det är dock förstaeligt att utbildning i användandet av SBAR gjorts inför implementeringen eftersom det behövs en förförståelse för hur SBAR är tänkt att användas för att interventionsstudien skall bli så framgångsrik som möjligt och ha goda möjligheter att uppvisa ett resultat av värde (Olsson & Sundell, 2009). Artiklarna och deras resultat anses fortfarande ha ett värde för att beskriva effekterna av implementering av SBAR samtidigt som det är viktigt att ha detta som en förförståelse när resultatet läses.

Kontinuerlig övning i kommunikation är ett måste för att uppnå en ökad säkerhet och det måste ingå i sjuksköterskors utbildning och kompetensutveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Träning i SBAR har i detta arbete visats sig kunna minska fel i dokumentering, höja kvalitén på journalanteckningar och förbättra dokumentation av kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare. SBAR har i resultatet även visats sig kunna skapa ett gemensamt språk som ger sjuksköterskan möjlighet att förstå situationer bättre och ta beslut inom en rimlig tid. Detta är viktigt för patientsäkerheten eftersom vilken information som överförs kan skifta beroende på vilken sjuksköterska som sköter informationsöverföringen (Johnson m.fl., 2012).

Resultatet visade att majoriteten av sjuksköterskorna ansåg att SBAR var ett relevant verktyg för överrapportering och att SBAR ledde till förbättrad patientsäkerhet genom att endast relevant information rörande patientens vård diskuterades. Detta tydliggör hur patientsäkerheten stärks av att sjuksköterskor har kunskaper i att använda informations- och kommunikationsteknologi (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Med SBAR kan sjuksköterskor minimera risken för att viktig information missuppfattas eller glöms bort (SKL, 2010). Vårdpersonal är enligt HSL (1982:763) lagbundna att tillgodose patienters behov av säkerhet i vården och sjuksköterskor ska arbeta kontinuerligt för att förbättra kvalitet och säkerhet i vården. Sjuksköterskans främsta ansvar i säkerhetsarbetet är att lyfta fram patientens erfarenheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Metoddiskussion

Detta arbete är en icke-systematisk litteraturöversikt med totalt 15 inkluderade artiklar. Femton artiklar anses av Forsberg och Wengström (2016) tillräckligt för att studien skall anses meningsfull. Det ansågs inte heller rimligt att göra en systematisk litteraturstudie eller inkludera fler artiklar då arbetet har en tidsbegränsning relaterat till att det är en C-uppsats. Att det är en icke-systematisk litteraturöversikt innebär att en begränsad mängd forskning använts och att de valda artiklarna kan ha påverkats av författarnas förförståelse av det undersökta ämnesområdet. Detta gör att arbetet kan brista i trovärdighet och att andra forskare med liknande metod kan komma fram till slutsatser som skiljer sig åt (Forsberg och Wengström, 2016).

För att samla in data söktes artiklar i PubMed, CINAHL och PsychINFO med sökorden "Nursing" som MeSH-term och SBAR i fritext för att se om fler filter än årtal och språk skulle tillämpas i databassökningarna. Eftersom sökområdet var begränsat valdes att inte begränsa sökningarna mer än vad som beskrevs i metoden för att inte missa viktigt vetenskapligt material som kunde besvara syftet.

I denna litteraturöversikt valdes både kvalitativa och kvantitativa artiklar ut och granskades med utgångspunkt att besvara studiens syfte. Henricson (2012) skriver att inkluderandet av både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan påverka trovärdigheten på arbetet negativt. Trovärdigheten för litteraturöversikten skulle kunna ökas om endast kvalitativa artiklar använts för att tydligare beskriva informationsöverföringen ur sjuksköterskans perspektiv. Friberg (2012) menar dock att inkludering av både kvalitativa och kvantitativa artiklar ger en god överblick över befintlig forskning med både bredd och djup.

Datainsamling, granskning och dataanalys kan ha påverkats av att det var första gången som en så omfattande uppsats skrevs (Henricson, 2012). Detta på grund av bristande erfarenhet och kunskap. Exempelvis lades mycket tid på att läsa vetenskapliga artiklar i sin helhet istället för att bedöma artiklarna på titel och/eller abstrakt vilket ledde till en bortprioritering av att söka vidare efter ytterligare artiklar, därför redovisas resultat från endast 15 vetenskapliga artiklar.

Kjellström (2012) konstaterar att översättning från engelska till svenska kan leda till misstolkningar och ändringar av en text, därför har datorbaserade lexikon använts. Ibland finns dock inte en direkt översättning från engelska till svenska vilken kan riskera misstolkning av texter. Vid osäkerhet kring hur en mening, stycke eller ord i en artikel skall tolkas utifrån sitt sammanhang så har detta diskuterats. Trots detta kan misstolkningar eller felöversättningar finnas i denna studie.

Artiklar från 2009 till 2016 har inkluderats i resultatet trots att Forsberg och Wengström (2016) menar att vetenskap är en färskvara och inte bör vara äldre än tre till fem år. Äldre artiklar valdes trots detta att inkluderas då det annars blivit svårt att få nog med material för att besvara litteraturstudiens syfte.

Största hindret har varit att finna artiklar som besvarar studiens syfte. Nio artiklar bedömda till medelkvalitet (II) har inkluderats enligt bedömningsunderlaget (se bilaga A) vilket kan sänka trovärdigheten för litteraturöversikten, detta gjordes ändå på grund av begränsat antal träffar i artikelsökningen. Bedömning av artiklarna är något som skett i en

konsensusdiskussion och innebär ingen absolut eller korrekt värdering av studiens kvalitet. Bedömning av artiklarna har gjorts utifrån bästa förmåga (Willman & Stoltz, 2012).

En intervjustudie skulle säkert kunnat ge liknande resultat men eftersom SBAR är relativt nytt och inte används fullskaligt i Sverige (Sharp, 2012) sågs begränsningar i detta och en litteraturöversikt utfördes, där andra länders forskning också kom med, för att få en överblick över området. Tio av de 15 artiklarna är från USA och en från Sverige, Australien, Belgien, Singapore respektive Indien. Det är möjligt att resultatet hade sett annorlunda ut om fler studier hade varit utförda i Sverige eller Europa men då hade underlag för litteraturöversikten inte funnits. Bristen på studier utförda i Europa och särskilt Sverige tyder på att det finns behov av ytterligare forskning inom området. Resultatets generaliserbarhet begränsas av detta då kultur gällande exempelvis hur kommunikation mellan professioner går till kan skilja sig mellan olika länder. Även arbetsmiljö och arbetsfördelning kan skilja sig mellan olika länder vilket såklart också påverkar hur informationsöveringen går till innan och efter införandet av SBAR och därmed också resultatet.

Slutsats

Baserat på denna studies resultat finns skäl att påstå att SBAR har positiva effekter gällande informationsöverföring till och från sjuksköterskor i klinisk verksamhet och att det påverkar såväl samarbete som patientsäkerhet positivt. Enligt denna studie finns inte heller någon anledning att förvänta sig förlängd informationsöverföring vid införande av SBAR, tvärtom finns det vissa fynd som tyder på en något kortare informationsöverföringstid och en rapportering som framförallt är mer fokuserad på relevant patientinformation. Denna studie fann även fynd som tyder på att SBAR kan fungera som en ram eller stöd som stärker framförallt nyexaminerade sjuksköterskor i sin yrkesroll och förbättrar deras relation till läkare. SBAR kan utöver detta även fungera som en mental modell som ligger till grund för att identifiera patientens behov och svårigheter.

Fortsatta studier

Eftersom det i de undersökta artiklarna var otydligt vilka rutiner som fanns eller inte fanns gällande informationsöverföring före implementering skulle det vara av vetenskapligt värde med studier som fokuserade på att tydliggöra skillnaden mellan, effekter av utbildning i informationsöverföring generellt, och effekterna av att införa specifikt SBAR som strukturerad informationsöverföringsmodell. Det skulle också vara av vetenskapligt värde för den svenska sjukvården med fler studier utförda i Sverige då endast en inkluderar artikel i detta arbete producerats i Sverige, då det skulle kunna bidra till ett resultat som är än mer generaliserbart på svensk sjukvård.

Klinisk tillämpbarhet

Baserat på denna studies resultat anses det lämpligt att införa SBAR som en obligatorisk del av läroplanen för alla sjuksköterskestudenter så väl som all annan legitimerad sjukvårdspersonal för att på så sätt cementera en god grund och förförståelse för hur SBAR kan användas generellt till att överföra patientinformation mellan vårdgivare. Detta skulle

kunna förbättra kvaliteten på informationsöverföringar inom vården generellt och framförallt underlätta implementering av SBAR på vårdenheter.

REFERENSER

Artiklar markerade med en asterisk (*) är inkluderade i resultatet.

*Achrekar, M. S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. (2016). Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 45. doi:10.4103/2347-5625.178171

Atwal, A. (2002). Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of advanced nursing*, 39(5), 450-458. Hämtad från [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2648](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2648)

Baggens, C. & Sanden, I. (2014). Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. I F. Friberg, & J. Öhlén (red.). *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (2. uppl. ss 508 - 537). Lund: Studentlitteratur.

*Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for healthcare quality*, 31(5), 19-28. doi:10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

*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-S127. Hämtad från <https://www.mja.com.au>

*Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), 422-428. doi:10.1097/NNA.0b013e31829d6303

*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*, 84(9), 1192-1196. doi:10.1016/j.resuscitation.2013.03.016

Evans, A. M., Pereira, D. A., & Parker, J. M. (2008). Discourses of anxiety in nursing practice: a psychoanalytic case study of the change- of- shift handover ritual. *Nursing inquiry*, 15(1), 40-48. Hämtad från [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1440-1800](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1440-1800)

*Fabila, T. S., Hee, H. I., Sultana, R., Assam, P. N., Kiew, A., & Chan, Y. H. (2016). Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singapore medical journal*, 57(5), 242. doi:10.11622/smedj.2016090

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (ss. 133-143) Lund: studentlitteratur.

*Funk, E., Taicher, B., Thompson, J., Iannello, K., Morgan, B., & Hawks, S. (2016). Structured handover in the pediatric postanesthesia care unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(1), 63-72. doi:10.1016/j.jopan.2014.07.015

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (1982:763). Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

*Joffe, E., Turley, J. P., Hwang, K. O., Johnson, T. R., Johnson, C. W., & Bernstam, E. V. (2013). Evaluation of a problem-specific SBAR tool to improve after-hours nurse-physician phone communication: a randomized trial. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(11), 495-501. Hämtad från <http://www.jcrinc.com/the-joint-commission-journal-on-quality-and-patient-safety/>

Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 331-343. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03891.x

Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 95- 113). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kommunikationsbrister i vården [Elektronisk resurs]. (2014). Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia socio-medica*, 26(1), 65. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of interprofessional care*, 22(2), 191-203. doi:10.1080/13561820701760600

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Uppdaterad 2015:320 Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lee, H., Cumin, D., Devcich, D. A., & Boyd, M. (2015). Expressing concern and writing it down: an experimental study investigating transfer of information at nursing handover. *Journal of advanced nursing*, 71(1), 160-168. doi:10.1111/jan.12484

*Martin, H. A., & Ciurzynski, S. M. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation–Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6), 484-488. doi:10.1016/j.jen.2015.05.017

McSweeney, M. E., Lightdale, J. R., Vinci, R. J., & Moses, J. (2011). Patient handoffs: pediatric resident experiences and lessons learned. *Clinical pediatrics*, 50(1), 57-63. doi:10.1177/0009922810379906

Meleis, A.I. (2011). *Theoretical nursing: development and progress*. (5. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

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

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15. doi:10.1177/0898010111412189

Morris, D., & Matthews, J. (2014). Communication, Respect, and Leadership: Interprofessional Collaboration in Hospitals of Rural Ontario. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 75(4), 173-179. doi:10.3148/cjdpr-2014-020

Northrup, D. T., Tschanz, C. L., Olynyk, V. G., Makaroff, K. L. S., Szabo, J., & Biasio, H. A. (2004). Nursing: whose discipline is it anyway?. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 55-62. doi:10.1177/0894318403260471

Olsson, T. & Sundell, K. (2010). Implementering steg för steg – vad säger forskningen? I M. Roselius & K. Sundell (red.) *Att förändra socialt arbete*. (ss. 30-59). Stockholm: Gothia Förlag.

*Panesar, R. S., Albert, B., Messina, C., & Parker, M. (2014). The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal of Medical Quality*, 1062860614553263. doi:10.1177/1062860614553263

Patientsäkerhetslag (2010:659). Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Personuppgiftslag (1998:204). Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

*Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ open*, 4(1), e004268. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268

*Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L. M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. (2013). Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing*, 34(4), 295-301. doi:10.1016/j.gerinurse.2013.04.010.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x

Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: do we really need them?. *Journal of nursing management*, 12(1), 37-42. Hämtad från [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2834/issues](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2834/issues)

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur. Socialstyrelsen (2009).

Socialstyrelsen. (2009). Hälsa & sjukvårdsrapport 2009: god vård - säker vård. Hämtad 23 november, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20vård%20Säker%20vård.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 14 december, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2010). Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2016). Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-var_d_2016.pdf

Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2010). SBAR för strukturerad kommunikation. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från <http://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a83841ca/1398411918107/skl-sbar-bruksanvisning.pdf>

*Telem, D. A., Buch, K. E., Ellis, S., Coakley, B., & Divino, C. M. (2011). Integration of a formalized handoff system into the surgical curriculum: resident perspectives and early results. *Archives of Surgery*, 146(1), 89-93. doi:10.1001/archsurg.2010.294.

Ung, E. & Lützén, K. (2014). Sjuksköterskeyrket som profession och omvårdnad som akademiskt ämne. I A. Ehrenberg & L. Wallin (red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. (2. uppl. ss. 27-45). Lund: Studentlitteratur.

*Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M., & Thetford, C. (2012). Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health care management review*, 37(1), 88-97. doi:10.1097/HMR.0b013e31821fa503

Wallengren, C & Henricson, M. (2012). Vetenskapigt kvalitetssäkring av litteraturbaserad examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 481-497). Lund: Studentlitteratur.

*Wentworth, L., Diggins, J., Bartel, D., Johnson, M., Hale, J., & Gaines, K. (2012). SBAR: electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients. *Journal of nursing care quality*, 27(2), 125-131. doi:10.1097/NCQ.0b013e31823cc9a0

Willman, A., & Stoltz, P. (2012). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 457-468). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 61(2), 232-241. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x

Yee, K. C., Wong, M. C., & Turner, P. (2009). HAND ME AN ISOBAR™: a pilot study of an evidence-based approach to improving shift-to-shift clinical handover. *Med J Aust*, 190(11 Suppl), S121-S124. Hämtad från <https://www.mja.com.au>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. uppl. ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.

I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
 I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

<p>Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.</p>	<p>Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.</p>	<p>*</p>	<p>Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.</p>
<p>Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.</p>

- Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Referenser

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

BILAGA B

Matris över inkluderade artiklar.

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalite t
Achrekar, M. S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. 2016 Indien	Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendatio n into Nursing Practice: A Prospective Study.	Syftet var att introducera och utvärdera följsamheten av dokumentation med hjälp av ett SBAR-formulär.	Prospektiv studie bland sjuksköterskor.	17 (3)	76% av sjuksköterskorna uttryckte att SBAR-formuläret var bra, men 21% av sjuksköterskor upplevde att dokumentation enligt SBAR var tidskrävande. Enligt 53 % av sjuksköterskorna var "aktuellt" lättast medan "rekommendation" var den svåraste delen i dokumentationen enligt 53% av sjuksköterskorna.	P II

III

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Beckett, C. D., & Kipnis, G. 2009 USA	Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes.	Syftet var att utvärdera effektiviteten av SBAR.	Enkät- och intervjustudie bland sjuksköterskor och läkare på en prenatal och pediatrik klinik.	212 (3)	Det blev lättare att diskutera brister och fel i vården och sjuksköterskornas åsikter togs bättre till vara på. Kommunikationen påverkades positivt bland sjuksköterskorna och patientsäkerheten ökade genom förstärkt kommunikation och relation mellan läkare och sjuksköterskor.	P/K II
Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle, M. E., & Petrie, E. 2009 Australien	The PACT Project: improving communication at handover.	Syftet var att förbättra kommunikationen och därmed också patientsäkerheten genom att utforma, implementera och utvärdera två standardiserade verktyg för kritisk översäkring.	Enkätstudie bland sjuksköterskor och hyrläkare på ett privat sjukhus	T1: SSK 49 (42) Hyrläkare 16 (22) T2: ssk 25 (41)	Innan implementering av SBAR ansåg 85% av sjuksköterskorna att kommunikationen behövdes förbättras. Efter implementeringen ansåg 68 % av sjuksköterskorna att översäkringen hade förbättrats och 80 % upplevde att de var självsäkrare i kommunikationen med läkare.	P II

IV

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. 2013 USA	Improving Shift Report Focus and Consistency With the Situation, Background, Assessment, Recommendation Protocol.	Syftet var att bedöma effekten och värdet av SBAR i överrapportering mellan skift.	Experimentell studie i tre delar bland sjuksköterskor på medicin-kirurgiska sjukhusavdelningar.	75	Tiden som sjuksköterskorna spenderade på aktiviteter specifikt relaterade till skiftrapporten under informationsöversöringen ökade. Verbal kommunikation fick större plats i informationsöverföringen. Användning av ett eget informationsöverföringsformu- lär minskade.	P I
De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. 2013 Belgien	SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study.	Syftet var att bestämma vilken effekt SBAR har på förekomsten av allvarliga avvikande händelser på sjukhusavdelningar.	"Före och efter- studie" bland sjuksköterskor på 16 olika sjukhusavdelningar.	Förstudie: 245 (95) Efterstudie: 180 (160)	Efter att SBAR introducerats fann författarna en ökad upplevelse av effektiv kommunikation och samarbete bland sjuksköterskorna. Man fann också en ökning i oplanerade intensiv-vårds- enheters intagningar och minskning av oförutsedda dödsfall.	P II

V

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, databasinsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalite t
Fabila, T. S., Hee, H. I., Sultana, R., Assam, P. N., Kiew, A., & Chan, Y. H. 2016 Singapore	Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception.	Syftet var att utvärdera en ny informationsöverföringsmod ell som baserats på uppfattningen hos mottagaren av informationen med fokus på fullständighet och omfattning av verbal kommunikation och användningen av SBAR.	Enkätstudie bland sjuksköterskor och läkare på en intensivvårdsavdelni ng för barn.	52	Efter införandet fanns en ökning av sjuksköterskor som uppgav att muntlig informationsöverföring ansikte mot ansikte ofta var tillräcklig jämfört med innan. Sjuksköterskorna uppgav att den information som överfördes var kortfattad och tydlig.	P I
Funk, E., Taicher, B., Thompson, J., Iannello, K., Morgan, B., & Hawks, S. 2016 USA	Structured handover in the pediatric postanesthesia care unit.	Syftet var att identifiera, beskriva och etablera en strukturerad informationsöverföringsproc ess på en uppvakningsavdelning för barn.	Enkät- och observationsstudie bland medlemmar i vårdteam på en uppvaksavdelning för barn.	Framgår ej. (103 överskrifter)	Ingen signifikant skillnad i överskrifterstiden kunde ses efter implementering av ISBARQ, dock observerades en signifikant ökning i andelen ämnen som diskuterades under 5 av 6 överskrifterfaser. Överlag sågs också en signifikant ökning i "provider satisfaction"	P II

VI

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Joffe, E., Turley, J. P., Hwang, K. O., Johnson, T. R., Johnson, C. W., & Bernstam, E. V. 2013 USA	Evaluation of a problem-specific SBAR tool to improve after- hours nurse- physician phone communication: a randomized trial.	Syftet var att utvärdera effekten av problemfokuserade SBAR- former för information som sjuksköterskor rapporterar över till jourläkare via telefon.	En randomiserad studie i en simulerad miljö bland läkare och sjuksköterskor.	34 (10)	De flesta av sjuksköterskorna rapporterade situation (SBAR 88%, kontrollgrupp 84%) men inte bakgrund. Det fanns en trend i att mindre bakgrundinformation kommunicerades i de fall rapporterat med SBAR (14% mot 31%).	RCT I
Martin, H. A., & Ciurzynski, S. M. 2015 USA	Situation, Background, Assessment, and Recommendation-Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department.	Syftet var att beskriva fynden som gjordes under ett prestationsförbättringsprojekt samt beskriva hur väl det gick att genomföra med association till samarbete och kommunikation samt tillfredsställelse för sjuksköterskorna.	Enkätstudie & strukturerad observation bland sjuksköterskor.	SSK 34 Observerade Patientmöten: 36	Sjuksköterskorna var mer nöjda med överrapporteringen gällande samarbete och kommunikation. Den gemensamma utvärderingen följt av en överläggning anses vara en genomförbar och effektiv åtgärd för att åta sig att bestämma patientens behandlingsplan och skulle kunna öka patientsäkerheten på den akuta avdelningen.	P II

VII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Panesar, R. S., Albert, B., Messina, C., & Parker, M. 2014 USA	The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit.	Syftet var att beskriva effekterna av att integrera elektroniska journaler med SBAR-modellen vid avgörande kommunikation mellan kliniker.	Framgår ej vilken design som använts. Granskning av journaler av sjuksköterskor och läkare till patienter på en intensivvårdsavdelning för barn.	Framgår ej. (542 patientjournaler)	När den elektroniska SBAR-modellen användes uppnådde journalanteckningen i snitt 4 av 4 möjliga poäng i kvalitet. Kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare dokumenterades bättre med SBAR.	P II
Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. 2014 Sverige	SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study.	Syftet var att undersöka personalens uppfattning av kommunikation inom och mellan olika yrken, attityder kring säkerhet och empowerment (psykologisk egenmakt), före och efter införandet av kommunikationsverktyget SBAR samt undersöka om det fanns någon förändring i andelen incidentrapporter som orsakas av kommunikationsfel.	En interventionsstudie med en experimentgrupp(EG) och en jämförelsegrupp(JG) bland sjuksköterskor och läkare på två olika anestesikliniker.	T1: EG: 139 (55) JG: 91 (31) T2: EG: 100 (39) JG: 69 (22)	Noggrannhet i kommunikation mellan grupper samt säkerhetsklimatet förbättrades över tid i EG. Negativa incidenter som uppstått p.g.a. brister i kommunikationen minskade i EG. När det gällde empowerment visade resultaten inga signifikanta förändringar över tid i varken EG eller JG.	CCT I

VIII

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L. M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. 2013 USA	Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care	Syftet var att utvärdera möjligheten och nyttan av att införa SBAR i en annan miljö än på sjukhus - på äldreboende.	"Repeated-measures-design" bland sjuksköterskor & läkare på ett äldreboende.	33 (7)	28 sjuksköterskor upplevde SBAR-verktyget som användbart, 3 svarade inte och 1 uppgav att SBAR inte var användbart. 22 sjuksköterskor upplevde inga begränsningar med SBAR och 9 sjuksköterskor upplevde att SBAR var tidskrävande.	P I
Telem, D. A., Buch, K. E., Ellis, S., Coakley, B., & Divino, C. M. 2011 USA	Integration of a formalized handoff system into the surgical curriculum: resident perspectives and early results.	Syftet var att utvärdera genomförandet av SBAR i operationsals-undervisning.	Design: Enkätstudie ("Före och efterstudie") på experimentell grupp (EG) samt jämförelsegrupp bland personal i allmänkirurgi.	EG T1: 45 T2: 38 (7) JG T2: 20	Ingen skillnad i oförutsedda händelser som lett till död eller patientskada kunde rapporteras. Signifikanta 2,3 % minskning i feldokumentering efter träning kunde observeras. Ingen skillnad kunde överlag ses i kontroller mot jämförelsegrupp som inte fick träning i SBAR.	P II

IX

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År(för publikation) Land(där studien genomförde s)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalite t
Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M., & Thetford, C. 2012 USA	Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment.	Syftet var att undersöka implementering av SBAR och de potentiella effekter som SBAR har på sjuksköterskors dagliga verksamhet.	Fallstudie med semi-strukturerade intervjuer.	80	Två huvudfynd uppkom. För det första sågs SBAR av de flesta av deltagarna strikt som ett kommunikationsprotokoll som syftade till att minska misstag och fel som resultat av misskommunikation. Det andra fyndet var att SBAR hade en mer långtgående effekt än bara som kommunikationsverktyg.	K I
Wentworth, L., Diggins, J., Bartel, D., Johnson, M., Hale, J., & Gaines, K. 2012 USA	SBAR: electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients.	Syftet var att införa ett kommunikationsverktyg i överrapporteringen som både var koncist och omfattande och i ett format som var direkt relevant och användbart för rutinpatienter.	Enkätstudie bland sjuksköterskor på en vårdavdelning och två olika hjärtlaboratorier.	51 (87)	Överlag uppgav sjuksköterskorna att SBAR-verktyget var ett pålitligt sätt att genomföra informationsöverföringen utan att deras arbetsflöde blev avbrutet. Innan SBAR uppfattade 80% av deltagarna att informationsöverföringen tog 1-6 minuter. Efter uppgav alla deltagare att det tog samma tid.	P II

X

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet