



SBAR;

**EN STRUKTURERAD INFORMATIONSÖVERFÖRING MELLAN
VÅRDPERSONAL**

En litteraturöversikt

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Grundnivå

Examinationsdatum: 140923

Kurs: HT12

Författare: Lena Ericson
Sari Laitinen

Handledare: Ani Henttonen
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Många av de skador patienter drabbas av i vården beror på kommunikationsbrister mellan vårdpersonal. Ett sätt att säkra informationsöverföring är att använda sig av ett strukturerat kommunikationsverktyg. Det finns olika verktyg för vårdens behov och SBAR är ett sådant verktyg. Eftersom Socialstyrelsen och SKL förespråkar användning av SBAR i vården är det av värde att studera hur detta verktyg har utvärderats. En utmaning för hälso- och sjukvården är att implementera och använda en kunskapsbaserad kommunikationsmetod. Att information överförs korrekt i alla led är en förutsättning för en god och säker vård. Planering och uppföljning av patientens vård ingår i sjuksköterskans omvårdnadsområde där god kommunikation är en viktig utgångspunkt.

Syfte: Syftet med denna studie var att belysa SBAR som kommunikationsverktyg i samband med överrapportering av patientinformation mellan vårdpersonal.

Metod: Metoden var en litteraturoversikt. Femton kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar granskades och analyserades och presenteras i en matris.

Resultat: Resultaten i denna litteraturoversikt visar att SBAR kan vara en god hjälp för att strukturera och säkra informationsöverföring. SBAR bidrar till ökad bedömningsförmåga, stärkt teamarbete och bättre rapporter med fokus på det som är väsentligt. Implementeringssvårigheter och låg följsamhet framkommer.

Slutsatser: Ett samarbete inom ett multidisciplinärt team kan optimeras om fler yrkeskategorier har gemensamma standardiserade överrapporteringsverktyg. För att rapportera säkert förefaller SBAR vara ett tillförlitligt verktyg. Dock föreligger en låg följsamhet samt implementerings svårigheter trots en god förståelse. Författarna till denna uppsats anser att mer utvärderingsforskning behöver bedrivas nationellt för att evaluera SBAR. För att kommunikationsverktyget ska få genomslagskraft på bred front inom vårdens verksamheter behövs en engagerad ledning som tar krafttag för att implementeringen skall lyckas och bli en del av en gynnsam säkerhetskultur.

Nyckelord: SBAR, Hälso- och sjukvård, Kommunikation, Kommunikationsverktyg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Kommunikation	1
Patientsäkerhet	1
God och säker vård	2
Sjuksköterskans ansvar	2
Strukturerad information och kommunikation	3
Överlämning av patientinformation	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Urval	5
Genomförande	6
Databearbetning	6
Forskningsetiska överväganden	7
RESULTAT	7
Implementering och utbildning	7
Patientsäkerhet	8
Följsamhet till modellen	9
SBAR som stärkande av team och sjuksköterskeprofession	9
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	11
Implementering och utbildning	11
Patientsäkerhet	13
Följsamhet till modellen	14
SBAR som stärkande av team och sjuksköterskeprofession	16
Slutsats	16
Fortsatt forskning	17
REFERENSER	18

BILAGA I- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

BILAGA II- Matris

BAKGRUND

Kommunikation

Kommunikation handlar om att bygga relationer mellan människor och att överföra information. Det ömsesidiga utbytet handlar om delaktighet i samtalet. För att uppnå en förståelse som förmedlare behöver personen förvissa sig om att budskapet nått fram (Wallin och Thor, 2008).

Man kan skilja på språklig och icke språklig kommunikation. När information överförs språkligt genom tal eller skrift talar man om språklig information. Den icke språkliga informationen utförs genom gester, kroppsspråk, eller miner. Det ömsesidiga utbytet kan definieras som kommunikation. I ett möte blir vi sedda, bekräftade och lyssnade på. Att lyssna är att oförfalskat ta emot en berättelse utan att värdera eller bedöma. Människosynen och inställningen till personen vi möter, och uppfattningen om oss själva avgör hur dialogen fortlöper. Om hållningen präglas av acceptans, respekt, och intresse skapas en atmosfär som är tillåtande och underlättar samtalet, då är vi sammanlänkade i ett ömsesidigt samspel som gynnar båda parter (Fossum, 2013).

En tydlig dialog och ett fungerande samarbete mellan sjukvårdspersonal är avgörande för att leverera en säker vård till patienter. Bristande kommunikation kan leda till missförstånd som i sin tur kan leda till patientskada (Sharp, 2012). Flera faktorer kan bidra till brister till exempel skillnader i kommunikationsstilar mellan olika yrkes kategorier. Läkare och sjuksköterskor lär sig i sin utbildning att kommunicera på olika sätt. Sjuksköterskor kommunicerar brett med många detaljer. Däremot är läkare mer kortfattade. Det är läkaren som av tradition ställer diagnos samt fattar beslut och av denna anledning ger många sjuksköterskor indirekt information i stället för att tydligt meddela vilken hjälp de önskar eller vad som är aktuellt i situationen. Även hierarki och personliga egenskaper kan påverka kommunikationen (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Pezzolesi, Schifano, Pickles, Randell, Hussain och Dhillon (2010) undersökte under en treårsperiod förekomsten av avvikelser i avseende på överlämnanden av patientinformation mellan vårdpersonal på ett medelstort sjukhus i England. Av 2729 rapporterade avvikelser handlade 334 om brister i kommunikationen mellan vårdpersonal. Av dessa handlade 51 procent om överlämnanden inom den egna enheten varav 71 procent inträffade under skiftbytesrapporter. Vanligaste avvikelserna var ofullständiga överlämnningar eller avsaknad av överlämning. I en intervjustudie med sjuksköterskor (Welsh, Flanagan & Ebright, 2010) framkom det att sjuksköterskorna upplevde att de största problemen vid överlämnningar var avbrott under rapporterna, bristande information, inkonsekvent information och begränsade möjligheter att ställa frågor. Även för mycket och irrelevant information sågs som ett problem. En ineffektiv kommunikation mellan vårdpersonal är en vanlig orsak till medicinska misstag enligt Lingard et al. (2004). De vanligaste kommunikationsmissarna i deras studie mellan operationspersonal var att informationen gavs för sent för att vara användbar eller att uppgifter saknades.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) trädde i kraft 1 januari 2011 och syftar till att skapa en säkrare vård och ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete. Den nya patientsäkerhetskulturen ska uppmuntra patientens delaktighet i den egna vården. Detta innebär bland annat att vården bör vara patientfokuserad och en mer lärande organisation samt tillvarata den enskildes synpunkter (Sveriges Kommuner och Landsting[SKL], 2013).

I Sverige drabbas cirka 100 000 patienter årligen av vårdskador, det motsvarar cirka nio procent av alla sjukhusvårdade patienter (Vårdförbundet, 2013 a) Många av dessa vårdskador beror på brister i kommunikationen mellan vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2013). Internationell forskning har visat att brister i kommunikationen bidrar till nästan dubbelt så många vårdskador jämfört med brister i den medicinska kompetensen (SKL, 2012). Vårdskador är en bidragande orsak till cirka 3000 dödsfall per år. Vårdförbundet har markerat med 64 konkreta förslag hur man kan göra vården billigare, säkrare och bättre. Förslag nummer 63 förespråkar att skapa gemensamma dokumentationssystem som säkerställer kommunikation mellan ambulans, akuten och/eller vårdavdelningarna (Vårdförbundet, 2013 a) Sjukvården är en högriskmiljö som hanterar andras liv och säkerhet. Kraven på hög produktion och stor ekonomisk medvetenhet ställer krav på en välfungerande organisation och med ledare och chefer med trovärdighet och starkt engagemang för patientsäkerhet och med en vilja att förbättra (Sharp, 2012). När belastningen på vårdpersonal ökar, ökar också risken för att fel ska uppstå. Arbetsklimat, kulturella skillnader samt hierarkiska förhållanden kan också påverkas negativt av kommunikationsbrister (Fossum, 2013).

God och säker vård

Med god vård enligt Socialstyrelsen (2013) menas att vården skall vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och den skall ges i rimlig tid. I hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader finns vissa mål och kriterier att ta hänsyn till. Begreppet god omvårdnad innefattar de mål och kriterier som är vägledande vid dessa uppföljningar.

En säker vård enligt SKL (2013) kännetecknas av en god kommunikation som bidrar till förståelse mellan patienter, närstående och sjukvårdspersonal. Den komplexa vårdverklighet som råder idag med svårt sjuka patienter kräver ett systematiskt kvalitetsarbete i form av ledningssystem (SOSFS 2011:9). Med detta menas att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, vilket betyder att verksamheterna följer de lagar och andra föreskrifter som är gällande. Att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna är en förutsättning för god och säker vård.

Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskeyrket har sedan den statliga legitimationen infördes 1958 ständigt förändrats (Socialstyrelsen, 2005). Den snabba kunskapsutvecklingen i hälso- och sjukvården kräver en kontinuerlig utveckling av professionen. Inte bara kunskaper i informations och kommunikations teknologi, utan också ökade krav på kvalitet och kostnadseffektivitet samt söka och använda evidensbaserad kunskap. Kompetensbeskrivningens områden omfattar omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap (Socialstyrelsen, 2005). Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och specialitet vilket omfattar både det vetenskapliga kunskapsområdet och det patientnära arbetet. Ett steg i kompetensbeskrivning för sjuksköterskor är utveckling och förbättringsarbetet av överrapporteringar, en komplex men synnerligen viktig del i det dagliga arbetet (Vårdförbundet, 2014). Överrapporteringar sker flera gånger per dag bland annat vid skiftbyten eller rapporteringar till annan vårdenhet (Sharp, 2012). Vården bör vila på en evidensbaserad grund vilket styrks i Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL, 1982:763). International Council of Nurses [ICN] antog den första etiska koden 1953 och verkar för att ge sjuksköterskor stöd i deras omvårdnadsarbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Sjuksköterskan har som representant av det egna kunskapsområdet omvårdnad ett ansvar att bidra till utveckling, kvalitet och kunskapsförbättring och främja patientens hälsa och välbefinnande vilket innebär bland annat att ompröva sina rutiner och ta till sig ny kunskap som främjar patientsäkerheten (SFS, 2010:659). Likaså har sjuksköterskan en viktig roll att säkerställa ett effektivt teamarbete genom att överföra kritisk information samt agera genom att kommunicera patientens omvårdnadsstatus till andra team medlemmar (Miller, Riley & Davis, 2009). Korrekt, tydlig, koncis kommunikation som bekräftas av mottagaren definieras av sjuksköterskor och läkare som effektiv och säker enligt Robinson, Gorman, Slimmer, & Yudkowsky, (2010).

Strukturerad information och kommunikation

Situation-Bakgrund-Aktuellt tillstånd- Rekommendation - modellen

Situation-Bakgrund-Aktuellt tillstånd-Rekommendation [SBAR] är ett exempel på en modell som skall ge struktur för kommunikationen mellan individer, yrkeskategorier och verksamheter. Syftet är att minska riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas (SKL, 2010).

Modellen kan användas både muntligt och skriftligt (Sharp, 2012) och kan användas för all typ av patientrelaterad information mellan vårdgivare (Dunsford, 2009). Strukturen skapar förutsättningar för att det viktigaste i budskapet kommer i fokus och att onödigt information undviks (SKL,2010). SBAR ger ett standardiserat ramverk för kommunikationen mellan vårdgivare om patientens tillstånd. Genom sin struktur är det lätt att komma ihåg vad som skall förmedlas och på vilket sätt (Amato-Vealey, Barba & Vealey, 2008). Enligt Leonard et al.(2004) kan en sådan struktur även hjälpa till att överbygga skillnaden i kommunikationsstilar mellan sjuksköterskor och läkare vilket i sin tur kan leda till minskad risk för kommunikationsmissar.

Den amerikanska marinen utvecklade modellen för att kunna presentera viktiga fakta snabbt och effektivt (SKL, 2010). Nationella nätverket för patientsäkerhet där flera organisationer ingår (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, SKL, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Vårdföretagarna) har utarbetat en svensk SBAR modell. Att anpassa SBAR till den egna verksamheten samt inkludera alla yrkesgrupper är viktigt, då skapas en gemensam kommunikationsstruktur. Ett aktivt och koncentrerat lyssnande är en förutsättning (SKL, 2010). För den som implementerar SBAR i den egna verksamheten krävs goda kunskaper och noggrann uppföljning och feedback till både medarbetare och chefer (Sharp, 2012).

Rapport enligt SBAR

Här nedan kommer en förklaring av vad som ingår i de olika momenten vid rapportering enligt SBAR. I varje steg ska bara den information som gäller just det steget förmedlas. Man förmedlar endast nödvändig fakta. På så sätt renodlas informationen och det budskap man avser att förmedla är lätt att uppfatta för mottagaren. Risker för missförstånd minimeras (Vårdförbundet, 2013b).

Situation

Här anges vad som är problemet, varför jag tar kontakt. Rapportören presenterar sig med namn, titel och avdelning. Anger patientens namn och personnummer samt vad som är patientens problem.

Bakgrund

Här anges en kortfattad bakgrundshistoria som är relevant för det aktuella problemet, diagnos, utredningar, behandlingar.

Aktuellt tillstånd

Här anges aktuell status på patienten, bedömningen av patientens problem. Vitalparametrar. Förändringar i patientens tillstånd.

Rekommendationer

Här anges de åtgärder som rekommenderas samt tidsram för åtgärderna (när, hur ofta) till exempel prover som skall tas, undersökningar som skall utföras, behandlingar som skall ges. Innan samtalet avslutas skall man också fråga mottagaren av informationen om denne har några frågor eller synpunkter (SKL, 2010).

Modified Early Warning Score

Modified Early Warning Score (MEWS) är ett hjälpmedel för att tidigt upptäcka försämringar i patientens vitala funktioner. Utifrån att regelbundet mäta fem vitalparametrar (andning, puls, systoliskt blodtryck, temperatur och medvetandegrad). Varje mätvärde ger poäng på MEWS skalan och uppnår man en viss poäng skall läkare eller specialistteam tillkallas. Modellen kommer ursprungligen från England och används numera också i Sverige, huvudsakligen inom akutsjukvården (Fridén & Andrén-Sandberg, 2013).

Överlämning av patientinformation

Överlämningar definieras som de situationer då det professionella ansvaret för vissa eller alla delar av patientens diagnos, vård och behandling överförs till en annan vårdgivare tillfälligt eller permanent (Andersen, Madsen, Michaelsen, Pedersen, Pedersen, Siemsen & Østergaard, 2012). I detta arbete benämns begreppet överlämningar och det syftar på patientrapporter, överrapportering och annan kommunikation där information om patienter överförs mellan vårdpersonal.

Överlämnandet av information mellan skift, enheter och/eller vårdgivare är kritiska moment där vårdavvikelse inträffar (Sharp, 2012). En avvikande händelse är allt som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp (Socialstyrelsen, 2013). Att information överförs korrekt i alla led är en förutsättning för en god och säker vård (SKL, 2010). Omfattande samordning och god kommunikation krävs för att säkerställa patientsäkerheten och för att garantera kontinuitet och god kvalitet i vården (Sharp, 2012). Det finns många olika typer av överlämningar inom sjukvården, till exempel skiftbytesrapporter, rapporter mellan sjuksköterska och läkare, då patienten tillfälligt lämnar avdelningen till operationsavdelning eller postoperativ vård, till och från akutmottagning (Chow, Gomes, Patterson & Roth Woods, 2004). Vid alla överlämnanden är målet att uppnå en effektiv kommunikation av hög kvalitet (Brown, Hemmings & Owen, 2009).

Flera modeller för överrapportering finns. Den allra vanligaste är den muntliga rapporten med vanligen sjuksköterska och undersköterska. Den bör ge utrymme för dialog, kunskapsutbyte och reflektion. Risken finns att egna värderingar dryftas och att rapporterna blir tidskrävande (Sharp, 2012). En fördel med muntlig rapport är att ytterligare information kan ges via visuella signaler, det vill säga det vi uppfattar av varandra samt genom möjligheten att ställa frågor (Solet, Norvell, Rutan & Frankel, 2005). Vidare kan skriftliga eller tysta rapporter användas (Sharp, 2012). Nackdelen är att inte få möjlighet att diskutera och reflektera eller ställa frågor. Att enbart använda skriftlig rapport kan leda till oklarheter och obesvarade frågor (Solet et al., 2005).

En annan modell är bedside handover, patientrapportering vid sängkanten där patienten deltar och denna rapport sker vanligtvis inne i patientsalen. Metoden beskrivs som tidseffektiv och stärker den personcentrerade vården, men nackdelen kan vara att det är svårt att upprätthålla sekretessen om patienten delar rum med flera andra (Sharp, 2013) Socialstyrelsen (2013) rekommenderar tydliga rutiner för effektiv informationsöverföring och säkerställande av patientsäkerheten. För att eliminera att viktig information utelämnas vid patientrapporter och för att säkra informationshanteringen rekommenderar även SKL (2013) att man använder sig av ett gemensamt och strukturerat rapporteringssystem som SBAR. Enligt Fossum (2013) är en sådan modell att föredra då stora mängder viktig information finns att förmedla till exempel vid överrapporteringar.

Problemformulering

Många av de skador patienter drabbas av i vården beror på kommunikationsbrister mellan vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2013). Det finns olika verktyg för strukturerad kommunikation för vårdens behov. En utmaning för hälso- och sjukvården är att implementera och använda en kunskapsbaserad kommunikationsmetod. Planering och uppföljning av patientens vård ingår i sjuksköterskans omvårdnadsområde där god kommunikation är en viktig utgångspunkt. Att information överförs korrekt i alla led är en förutsättning för en god och säker vård (SKL, 2010). Eftersom Socialstyrelsen och SKL förespråkar användandet av SBAR för att strukturera informationsöverföringen i vården är det av värde att studera hur detta verktyg har utvärderats av vårdpersonal.

SYFTE

Syftet var att belysa SBAR som kommunikationsverktyg i samband med överrapportering av patientinformation mellan vårdpersonal.

METOD

Metoden var en litteraturöversikt och avsikten var att förutsättningslöst granska 15 kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar för att få en kunskapsöversikt inom området SBAR i samband med överrapportering av patientinformation mellan vårdpersonal. En litteraturöversikt innebär att man kartlägger kunskapsläget inom ett visst område, med efterföljande analys. Vad för typ av forskning som finns och vilken analysmetod som använts, och slutligen vad förmedlar denna forskning (Friberg, 2012).

Urval

Inklusionskriterierna var att artiklarna var vetenskapliga originalartiklar från år 2008 eller senare för att forskningen skulle vara så aktuell som möjligt, samt att söka relevanta artiklar som svarade mot vårt syfte och problem formulering. Vidare skulle artiklarna spegla vilken nytta ett strukturerat verktyg ger för såväl olika personalgrupper och patienter. Artiklar skall ha varit skrivna på svenska eller engelska eftersom författarna behärskar dessa språk. Likaså skulle artiklarna vara kollegialt granskade av två oberoende granskare (peer- reviewed). Artiklar som exkluderades har varit översiktsartiklar och artiklar som haft fokus på andra yrkes kategorier, studenter, anhöriga eller patienter, även litteraturstudier eller artiklar som inte specifikt handlat om SBAR har exkluderats. Även artiklar som visat låg kvalitet enligt den använda granskningsmallen (Bilaga I) har exkluderats.

Genomförande

I ett första skede har fritextordet SBAR använts som sökord i PubMed för att få en överblick om det finns forskning i valda området. Första sökningen gav 131 träffar av vetenskapliga artiklar. En begränsning av artiklar skrivna de senaste 5 åren gav en träff på 68 artiklar. I nästa steg har fritextordet SBAR kombinerats med sökord (Tabell I) för att hitta artiklar relevanta för vårt syfte. Vi har sökt på databaserna Pub Med och CINAHL. SBAR som fritext har kombinerats med den booleska termen AND och kombinerats med MeSH termer (PubMed) och Cinal headings (CINAHL). Sökord som använts är communication, patient handoff, guideline adherence, quality assurance health care, patient safety och nursing även communication tool som fritextord har använts. Cinal headings som använts är communication och patient safety. Antalet träffar av vetenskapliga artiklar på Cinahl var 13 stycken. Urvalet av artiklar gjordes genom att läsa artiklarnas abstrakt och på så vis bedöma om artikeln hade relevans. Återkommande artiklar finns i de olika sökningarna, dessa har endast lästs en gång. Fjorton artiklar har hittats på detta vis, dessa har hittats på PubMed och samtliga artiklar har funnits i fulltext. Ingen artikel från Cinahl inkluderades.

Tabell I: Redovisning av databassökningen

Databas	Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
Pub Med	131204	sbar (fritext) AND communication (mh)	5 år Peer reviewed Språk engelska eller svenska	32	29	20	12
Pub Med	131204	sbar (fritext) AND communication tool (fritext)	5 år Peer reviewed Språk engelska eller svenska	22	14	4	2
Totalt:				54	43	24	14

Manuell sökning

Thompson, Collet, Langbart, Purcell, Boyd, Yuminaga, Susanto och McCormack, (2011) artikel hittades under related citation när manuella sökningar i Pub Med utfördes.

Databearbetning

Vetenskaplig kvalitetsbedömning av artiklarna har gjorts enligt enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) bedömningsmall (Bilaga II). Diskussioner i samband med denna bedömning har förts mellan författarna för att nå konsensus. Vid litteratursökningen har forskningsfrågan varit en viktig markör för fortsatt läsning. Vi har försökt att bedöma forskningsdesignen, det vill säga har studierna tydlig frågeställning, syfte, metod, analysmetoder och resultat och är studierna etiskt granskade. Vidare har vi tittat på om studierna kvalitetsgranskats av oberoende forskare. Artiklar relevanta för studiens syfte lästes enskilt, för att senare analyseras och diskuteras gemensamt av författarna för att få en djupare förståelse av resultaten. I samband med analysarbetet har artiklarna först en genomläsning på engelska och sedan har Google translate använts som en hjälp vid översättningen.

Artiklarna lades därefter upp i en matris (Bilaga I) och därefter blev resultatredovisningen skriven. I matrisen (Bilaga I) presenteras de valda artiklarna med resultat, klassificering samt kvalitet. Artiklarna har granskats och kvalitetsbedömts enligt bifogat protokoll (Bilaga II). Resultatet i de olika studierna har jämförts och likheter och skillnader har kunnat identifieras. I samband med analysarbetet av resultaten har återkommande teman kunnat identifieras i de olika artiklarna. Resultatredovisningen har delats upp i rubriker efter dessa teman för att läsaren skall få en tydlig översikt över arbetet. De teman som hittades har i resultatet delats upp i rubriker: implementering och utbildning, patientsäkerhet, följsamhet till modellen och SBAR som stärkande av team och sjuksköterskeprofession.

Tillförlitlighet

Författarna har använt sig av granskningsmall (*Bilaga II*) i samband med kvalitetsgranskningen av artiklarna. Alla artiklar är peer-reviewed. Att som författare vara medveten om sin förförståelse i systematiskt sökande av vetenskapliga artiklar minskar risken för felaktig sovring och utgör själva förutsättningen för trovärdighet i vetenskapligt skrivande enligt Friberg (2006).

Forskningsetiska överväganden

Artiklarna har lästs upprepade gånger för att möjliggöra en kritisk granskning samt minska risken för felaktiga tolkningar (Henricson, 2012). Förteckning över källor och referenser har noggrant angivits i texten för att hålla isär källmaterial från egna slutsatser (Ekengren & Hinnfors, 2012). Inga avsikter att plagiera eller inhämta delar av andras texter har gjorts. Artiklarna har granskats och redovisats opartiskt i enlighet med Henricson (2012). Arbetet har också genomgått plagiatkontroll enligt urkund (2014). Studier utan forskningsetiska riktlinjer eller studier där diskussion inte har förts har värderats till en lägre kvalitetsnivå (Friberg, 2012). Författarna anser att de studier som inte genomgått etiskt provning har varit värdefulla att inkluderas på grund av dess design och frågeställning. Dessa studier har fokuserat på förbättringsarbete med hjälp av rekommenderat kommunikationsverktyg (SBAR) i syfte att säkra informationsöverföringen mellan vårdpersonal.

RESULTAT

I samband med analysarbetet identifierades fyra olika teman: Implementering och utbildning, patientsäkerhet, följsamhet till modellen, och SBAR som stärkande av team och profession. Resultatredovisningen delades upp genom att tydliggöra dessa teman under olika rubriker för att få en klar överblick.

Implementering och utbildning

Renz et al. (2013) såg att kontakten mellan läkare och sjuksköterskor förbättrades efter att SBAR implementerats på äldreboende. Sjuksköterskorna upplevde att SBAR gav dem stöd som hjälpte till att organisera informationen om patienterna, även läkarna upplevde att kommunikationen hade förbättrats och att de fick klarare information. Liknande resultat fick Clark et al. (2009) i sin studie där sjuksköterskorna upplevde att modellen hjälpte dem att strukturera rapporten så att rätt patient information förmedlades till läkarna. Även Donahue et al. (2011) kom fram till att utbildning och implementering av SBAR upplevdes förbättra kommunikationen mellan tvärprofessionell personal genom att den blev mer strukturerad och informationsrik.

Marshall et al. (2008) beskriver i sin RCT- studie att undervisningen av kommunikationsverktyget Identifiering- Situation-Bakgrund- Aktuellt- Rekommendation (ISBAR) modifierat SBAR. På en fem gradig skattningsskala, Global rating score förbättrades telefonrapporteringen för läkarstudenterna både med avseende på tydlighet samt innehåll. En signifikant skillnad mellan interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen förelåg. Kommunikationsfärdigheter gav också högre poäng på skalan för interventionsgruppen. ISBAR underlättade rapporteringen genom att viktig information inte glömdes bort och att missförstånd minskade.

Liknande resultat visar Telem et al. (2011) i sin pilotstudie. SBAR implementerades i den kirurgiska läroplanen för läkare, genom föreläsning och rollspel och efterföljande gruppdiskussioner. SBAR underlättade kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare, samt viktig information fördes säkrare mellan läkare. Mängden felaktiga ordinationer minskade med 2,3 procent vilket var statistiskt signifikant. Motsvarande resultat drog Thompson et al.(2011) i sin studie som utvärderade effekterna av ISBAR som kommunikationsverktyg för nytexaminerade läkare. Efter implementeringen upplevde 71 procent av deltagarna att överlämningarna hade blivit mer konsekventa, bättre strukturerade och att viktig information lämnades. Deltagarna kände sig mer bekväma med att ge och ta emot patientinformation och man upplevde att patientsäkerheten ökade vid användandet av SBAR. Beckett et al.(2009) redogör i sin studie hur SBAR ledd struktur samordnar och stärker kommunikationen mellan personalgrupper och konsekvent effektiviserar vårdarbetet när gemensam rapporteringsstruktur tillämpas.

I Compton et al. (2012) studie beskrev läkarna att de vid SBAR rapport fick mer relevant information som var tillräcklig för att fatta kliniska beslut än om rapporten gavs på ett ostrukturerat sätt. AT-läkare uppvisade inga signifikanta förbättringar vid telefonrapportering efter SBAR utbildning i Cunningham et al. (2012) studie.

I Wentworth et al.(2012) pilotstudie ville man förbättra effektiviteten i kommunikationen och tillhandahålla säkra överlämnanden mellan vårdgivare då patienter överflyttades mellan hjärtlabb och avdelning. Personalen upplevde att den elektroniska versionen av SBAR som användes var både tidsbesparande, och eliminerade dubbeldokumentation. Den elektroniska rapporten ansågs mer effektiv än muntlig rapport i avseende på att ge uppdaterad patientinformation.

Patientsäkerhet

I USA genomfördes en randomiserad studie på flera äldreboenden med syftet att minska Waran[®] (FASS, 2011) relaterade tillbud (Field et al., 2011). En mall användes enligt SBAR för att standardisera informationsöverföringen då Waran[®] medicinering diskuterades med läkare telefonledes. Resultatet visade att när man använde SBAR mallen så underlättades kommunikationen med läkaren, patienternas INR värden låg i högre utsträckning inom det terapeutiska intervallet 2.0–3.0, en statistiskt signifikant skillnad på 4,50 procent vilket motsvarar 16 extra dagar/år inom det terapeutiska intervallet för interventionsgruppen. Risken för skador ökar om INR inte ligger terapeutiskt. De Waran[®] relaterade vårdskadorna var lägre jämfört med kontrollgruppen.

Förbättringar och struktur i kommunikationen har forskarlaget från Canada, Velji et al.(2008) också visat i deras studie där SBAR anpassades, implementerades och utvärderades inom rehabiliteringsverksamheten. Kommunikationen i teamet stärktes med avseende på att lärandet fick dem att diskutera säkerhetsfrågor och brister.

Patientsäkerhetskulturen förbättrades efter workshops och observationer där dessa frågor diskuterats. Forskarna såg att rapporteringen av tillbud ökade. Användningsområdena av SBAR på de sjukhus där studien utfördes har expanderat även inom akutverksamheten.

Tydligare kommunikation kunde Telem et al.(2011) visa i sin studie för läkare där rapporterna mellan kollegor blev innehållsrika och informationen fördes säkrare när det fanns en struktur att följa, vilket även avspeglade sig i effektiv informationsöverföring med sjuksköterskor.

Följsamhet till modellen

Cunningham et al.(2012) beskriver låg följsamhet från deltagarna i en RCT- studie för AT-tjänstgörande doktorer som under en 2-års period deltog i simulerade kliniska scenarier. Även Ilan et al. (2012) studie visade låg följsamhet när överrapporterings mönster hos erfarna intensivvårdsläkare undersöktes i en pilotstudie. Videoinspelningar gjordes med läkare på en intensivvårdsavdelning där man protokollförde olika typer av strukturerad rapportering däribland SBAR. Resultaten visade att intensivvårdsläkarna inte följde någon given rapporteringsstruktur. Ludikhuize et al. (2011) konstaterar också i sin studie att SBAR användes sällan trots utbildning. Av 47 sjuksköterskor var det endast en som använde sig av modellen. I Renz et al. (2013) studie var däremot följsamheten hög efter implementeringen med 78 procent fullständiga rapporter och Donahue et al. (2011) såg att användandet av modellen ökade över tid. Från 75 procent det första året till 90 procent andra året. I studien av Compton et al. (2012) avvisade sjuksköterskorna SBAR trots utbildning. De var införstådda med metoden, 78 procent visade god färdighet men använde den inkonsekvent på avdelningarna. Metoden kändes inte bekväm att använda, upplevdes tidsödande och mer som ett dokument snarare än ett kommunikationsverktyg.

SBAR som stärkande av team och sjuksköterskeprofession

I en kvalitativ fallstudie (Vardaman et al., 2012) gjorda på två sjukhus inom kirurgi och medicin implementerades SBAR för sjuksköterskor för att studera de eventuella effekter verktyget gav. Man fann att SBAR inte bara fungerade som ett standardiserat verktyg för kommunikation, den resulterade också till en mental struktur där ett gemensamt språk bidrog till kunskapsförståelse och snabbare beslut. Vidare gav strukturen en legitimitet och trovärdighet för sjuksköterskor.

I Clark et al. (2009) studie upplevde 80 procent av sjuksköterskorna ett ökat självförtroende vid rapportering till läkarna efter implementeringen Tre studier beskrev att personalen upplevde en högre tillfredsställelse av att kommunicera med hjälp av SBAR (Beckett et al., 2009; Clark et al., 2009; Donahue et al., 2011). Sjuksköterskorna kunde ge strukturerade rapporter som var innehållsrika vilket bidrog till bättre arbetstillfredsställelse.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att belysa SBAR ur ett bredare perspektiv har designen varierat i de olika studierna vilket har varit avsikten. Studierna har lyft fram upplevelserna och den erfarenhet de deltagande respondenterna fått, vilket vi ser som en styrka.

En svaghet under arbetes gång har varit att vi valt många små studier, färre än 100 stycken deltagare (Clark et al., 2009; Cunningham et al., 2012; Ilan et al., 2012; Ludikhuizen et al., 2012; Renz, 2013; Telem, 2011; Thompson et al., 2011) där författarna anser att inga generella slutsatser kan dras eller generaliseras i en större kontext. Stora bortfall mer än 50 procent bedömdes som medelkvalitet då metoderna var välbeskrivna och väl genomarbetade. Vid stora bortfall skriver (Trost, 2013) att det är tveksamt om några säkra slutsatser kan dras, resultaten kan bli missvisande. Möjligheten att välja stora väl genomförda multicenterstudier har inte varit möjligt av den enkla anledningen att det inte funnits tillräckligt underlag för att kvalitetsgranska 15 artiklar som ingår i vårt enskilda arbete.

Utbildningsinsatserna var noggrant planerade. Rentz et al. (2013) studie var ett stort kvalitetsförbättringsprojekt. I Comptons et al. (2012) studie står att allt utbildningsmaterial var granskat och godkänt av experter. I Wentworth et al. (2012) studie hade forskarna IT-support, det vill säga experthjälp. Alla studier handlade om hur personalen upplevde SBAR, allt i förbättringssyfte.

En svaghet är att inte söka efter nytt forskningsmaterial som kan ha producerats under dessa månader studien bedrevs, som kan bidra till ny kunskap om användningen av SBAR. De eventuella feltolkningar och missförstånd som kan ha uppstått vid översättningen får också betraktas som en svaghet då engelska inte är vårt modersmål.

Artiklarnas metoder har varierat från RCT-studier, CCT-studier, enkäter, observationer, bandinspelningar, bedömningsformulär och journalgranskning. Tre mindre RCT-studier inkluderades på grund av dess metodologiska fördelar för reliabilitet och validitet (Willman et al., 2011). Sökningen av artiklarna gjordes huvudsakligen i ämnesdatabaserna PubMed och Cinahl för dess breda täckning inom omvårdnad och hälso- medicinområdet. Även sökningar i Cochrane gjordes utan resultat. Databasernas medicinska termer MeSH och Cinahl headings användes och fritextsökningar utfördes. Målsättningen var att finna aktuell och granskad forskning i engelskspråkliga studier. En etisk aspekt vid litteraturstudier är enligt Henricson (2012) att studenten har bristande kunskaper i engelska och vetenskaplig metodologi, detta kan leda till feltolkningar. En begränsning i denna studie är att översätta och förstå engelskspråkliga artiklar korrekt. Under arbetets gång har stor noggrannhet iakttagits för att inte förvränga artiklarnas fakta vid översättningen genom att läsa texterna upprepade gånger samt diskutera oklarheter för att finna konsensus. Även Google translate har används då oklarheter i översättningen har funnits. Bedömningsunderlag (Bilaga II) har använts som hjälp vid artiklarnas granskning. Vid litteratur översikter behöver författaren vara saklig i sin framställning av materialet, objektiv i sin bedömning, kritiskt granska resultat och så långt det är möjligt bedöma forskarens referenser. Forskningsetik handlar bland annat om teoretiskt reflekterande över den moraliska halten i forskningen (Helgesson, 2006).

Studierna är gjorda på flera yrkesgrupper vilket författarna ser som en styrka eftersom vården består av olika professioner. I det granskade materialet är det svårt att få en överblick om författarna funnit bästa tillgängliga forskningsunderlag gällande användningen och implementeringen av SBAR. Relevanta artiklar för studiens syfte kan ha missats i samband med artikelsökningen. Fem artiklar (Clark et al., 2009; Cunningham et al., 2011; Ilan et al., 2012; Marshall et al., 2008; Thompson et al., 2011) var granskade av etisk kommitté men alla var peer- reviewed vilket betyder att de var granskade av andra forskare.

Bibliotekarien Love Strandberg, biblioteket (telefonsamtal, 22 april 2014) på Danderyds sjukhus bistod författarna med förtydligande av text i tre artiklar (Beckett et al., 2009;

Donahue et al., 2011; Field et al., 2011) som bedömts av Review Board vilket betyder att en granskningsnämnd har bedömt artiklarna som tillförlitliga, och därför är en enskild etisk prövning inte aktuell. I ytterligare en artikel (Ludikhuize et al., 2011) har man diskuterat etikprövning men kommit fram till att det inte var nödvändigt med etisk granskning på grund av studiens design och frågeställning.

Alla studier utom en (Ludikhuize et al., 2011) är utomeuropeiska, därav uppkommer frågan om generaliserbarhet till svensk sjukvård. Om man utgår ifrån att den vetenskapliga kunskapen är generell och allmängiltig och att kommunikation mellan vårdpersonal och överrapporteringar av patientinformation är en väsentlig del av all vård världen över borde resultaten från denna litteratur studie kunna tillämpas i praktiskt arbete, även i andra länder inklusive Sverige. Däremot bör hänsyn tas till att sjukvården har olika uppbyggnad världen över och konventionella normer, hierarkier, religion och kultur kan vara hindrande faktorer för en lyckad implementering för en bredare yrkeskategori än bara sjuksköterskor.

Resultatdiskussion

De teman vi identifierade i samband med analysarbetet har vi här valt att presentera under samma rubriker som vid resultatredovisningen det vill säga: Implementering och utbildning, patientsäkerhet, följsamhet till modellen, och SBAR som stärkande av team och profession.

Implementering och utbildning

För en välfungerande interaktion vid överrapporteringar och för att ge möjlighet att uppfatta budskapet bättre behöver miljön vara om möjligt fri från störande moment som ringande telefoner, prat vid sidan om och spring in på expeditionen. Kommunikationen personalen delar med varandra kan uttryckas på flera sätt. En gest, en nickning, ögonkontakt kan fungera som stöd för att budskapet nått fram. Att koncentrerat lyssna är att vara närvarande (Fossum, 2013). I Vardamans et al.(2012) forskningsresultat kunde flera komponenter urskiljas, bland annat socialt kapital som i korthet innebär att i relation med andra människor förvärvar individen resurser som legitimitet, får känslomässigt stöd och grupp tillhörighet som främjas av gemensam kommunikationsstruktur. Kommunikation förmedlar känslor och är inte bara ren information. Interaktionen sorterar bort ovidkommande information. Enligt forskarna är socialt kapital också knutet till förbättrat informationsutbyte. Större samförstånd uppnås med gemensam rapporteringsstruktur. Det integrerar medarbetarna och ställer höga krav på att informationsöverföringen utförs på ett sakligt och tydligt sätt då informationsutbytet är grunden till att fatta adekvata medicinska beslut och vidta nödvändiga åtgärder. Sannolikt kan en strukturerad kommunikationsmetod hjälpa sjuksköterskan att leda omvårdnadsarbetet och uppmärksamma brister. I en studie från St. Mary's sjukhus i London (Schroeder, 2011) användes SBAR vid bedside rapporter. Tillsammans med patienten kunde rapporten tillrättaläggas och kompletteras vilket skapade en trygghet och delaktighet för patienten i den egna omvårdnadsplanen. Patientens delaktighet ökade och teamarbetet skapade en trygg miljö för patienten som även blev mer medveten om sin omvårdnadsplan.

Det patientsäkerhetsarbete som intensifierades med patientsäkerhetslagen (2010:659) har en offensiv framtoning för att minska vårdskadorna. Patientens kontakt med hälso- sjukvården skall präglas av säkerhet vilket styrks i Socialstyrelsens författning att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbetet lyfts fram som grundläggande kvalitetskrav med tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivare, verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal (SOSFS 2005:12).

Renz et al. (2013) undersökte möjligheten att införa SBAR inom äldrevården, främst för sjuksköterskor. Avsikten var att stärka och förtydliga kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare. Arbetsklimatet påverkades även negativt när kommunikationen var ostrukturerad. Modellen bidrog till att sjuksköterskorna rapporterade patientens tillstånd sakligt och strukturerat vilket läkarna uppgav som en klar förbättring. Studien ger ett kunskapsbidrag och en förståelse för att olika kommunikationsmönster behöver synliggöras mellan sjuksköterskor och läkare så att patientsäkerheten inte hotas om nödvändig information uteblir. God och välfungerande kommunikation mellan vårdgivarna kännetecknar en säker vård framhåller SKL (2013).

Även Clark et al. (2009) kom fram till att strukturerad rapport förbättrade och tydliggjorde kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare. Vid tidpunkten för implementeringen var dock arbetsplatsen hårt belastad av bland annat omorganisationer. Det är viktigt att noggrant utvärdera när och hur ett förändringsarbete skall utföras för att uppnå bästa resultat. God tid för uppföljning och utvärdering, för att fånga in vad som fungerade bra och vad som fungerade mindre bra vid implementeringen borde vara en förutsättning för ett lyckat resultat. För att fortlöpande utveckla och säkra verksamheternas kvaliteter kan Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete användas som stöd. (SOSFS 2011:9).

I nästa studie av Donahue et al. (2011) har forskarlaget genomfört ett projekt, kallat Educating and Mentoring paraprofessional On Ways to Enhance Reporting changes in patient status [EMPOWER] i syfte att främja en kultur av säkerhet för tvärprofessionell samverkan. Med avseende på att olika yrkesgrupper har olika kommunikationsstilar (Leonard et al., 2004) tror vi att det är en bra strategi att involvera alla yrkeskategorier i implementeringen så att ett gemensamt språk skapas och att alla vet vad som väntas av kommunikationen. Sannolikt minskar risken för missförstånd och utebliven information, vilket i sin tur minskar risken för avvikelser i samband med överlämning av patientinformation. Det tvärprofessionella utbildningsteamet bildade fokusgrupper som diskuterade strategier för hur implementeringen skulle gå till. Att tillämpa bästa aktuella, tillgängliga, giltiga och relevanta vetenskapliga bevis är en princip inom evidensbaserad vård (Willman et al., 2011). Ansvarig personal behöver tillsättas som ges tid till att diskutera strategier för implementering, genomförandet utvärderas och avslutas med uppföljning (Socialstyrelsen, 2009). Forskarna påpekar vissa svårigheter med att implementera ett nytt kommunikationssystem, det krävs uppmuntran och stöd för att motivera personalen att konsekvent använda det. Även Sharp, (2012) påtalar att det krävs kunskap, kontinuerlig feedback och uppmuntran för en lyckad implementering. Att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheterna är en förutsättning för god och säker vård (SOSFS 2011:9). Tillämpningen av SBAR på sjukhuset ökade över tid från 74 procent till 90 procent. Personalen fick kontinuerlig feedback och information under projektets gång vilket troligtvis bidrog till det goda resultatet.

I studien av Telem et al. (2011) utvärderades implementeringen av SBAR för läkare, där största hindret var kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare. När det fanns en struktur att följa minskade missförstånden och effektiviserade kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare. Därtill gav strukturen kortfattade rapporter läkare emellan kunde Beckett et al. (2009) fastställa.

Främjande faktorer för samverkan mellan professioner är gemensam rapporterings modell vilket föreslås av bland annat SKL (2009). Fokus kan hållas på viktig information och beslut kring vård och behandling kan fattas snabbt och patientsäkert (SKL, 2009).

I Wentworth et al. (2012) studie utvecklade en arbetsgrupp ett elektroniskt SBAR format som var anpassat och modifierat för verksamhet mellan hjärtavdelningar och hjärtlab. SBAR kändes som ett tillförlitligt hjälpmedel vid dessa överrapporteringar. Fördelen med SBAR är att den kan anpassas till den egna verksamheten (SKL, 2010) och kan användas i så väl muntlig som skriftlig form (Sharp, 2012) och för all typ av patientrelaterad information mellan vårdgivare (Dunsford, 2009). I denna studie använde man sig av en datoriserad modell och man fick IT stöd vid införandet.

En strukturerad verbal kommunikation kan anses ge bra förutsättningar för en god omvårdnad vilket stöds av Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2013). Det finns goda argument för att införa standardiserade säkerhetsverktyg då information kan föras säkrare mellan olika yrkesprofessioner (Socialstyrelsen, 2009). I en stödjande miljö där gemensam kommunikation gynnade patientsäkerhetsarbetet och verkade positivt på samarbetet mellan yrkesgrupper integrerades SBAR som modell (Beckett et al., 2009).

För bästa möjliga vårdresultat åligger det sjuksköterskan att arbeta evidensbaserat vilket betyder att bedriva en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Sjuksköterskan har ansvar för omvårdnadens kunskapsutveckling, som bland annat innefattar att tillämpa standardiserad kommunikation för informationsöverföring som tillförsäkrar en god och säker vård för patienterna (SSF, 2013).

Simuleringsövningar för läkarstudenter, varvat med föreläsningar beskrivs som en fungerande inlärningsmodell, och har potentialen att förbättra och förtydliga rapporteringar i Marshalls et al. (2008) RCT-studie. De nyutexaminerade läkarna saknade uppföljande diskussioner och hade uppskattat positiv feedback av erfarna kollegor, vilket ger tid för reflektion. För en framgångsrik implementering behöver verksamheten i förväg göra en bedömning av de hinder och möjligheter som kommer att påverka förändringsprocessen. Vilka grupper eller individer påverkas av förändringsarbetet, finns det hinder i vård hierarkin som behöver bearbetas. Finns det stöd för förändring hos ledningen. Hur ser vårdmiljön ut. Har organisationen fast anställd personal, eller stor omsättning är frågor som behöver dryftas innan projektet inleds (Willman et al., 2012). Regelbunden uppföljning, engagerad personal samt personer ansvariga för genomförandet är troligen en förutsättning för att lyckas med förändringsarbetet. Att involvera alla yrkesgrupper är viktigt, vilket även SKL (2010) påtalar. Att genomföra ett projekt har genomgående bästa möjligheter att lyckas när interventioner är väl designade (Willman et al, 2012).

Patientsäkerhet

Ludikhuize et al. (2011) undersökte i sin CCT studie om sjuksköterskor som fått utbildning i MEWS och SBAR var mer benägna att upptäcka försämring hos en patient. Av studien kan inga slutsatser dras att SBAR ökar patientsäkerheten. Ett rimligt antagande kan vara att när man uppmärksammar personal på patientsäkerhetsfrågor ökar medvetenheten om dessa frågor. Information och kunskap behöver spridas och omsättas i praktisk verksamhet som kan motivera medarbetare att arbeta patientsäkert. Ytterligare forskning som fokuserar på SBAR behöver göras.

Velji et al. (2008) fann i sin pilotstudie att implementeringen av SBAR på en stroke avdelning för rehabiliterings patienter ledde till ett ökat säkerhetsmedvetande bland personalen.

Personalen fick inte bara utbildning om SBAR, man fokuserade också på patientsäkerhet och kommunikation i allmänhet. Att i samband med införandet av SBAR även ta upp övriga säkerhetsfrågor och kommunikationsmönster leder troligtvis till en ökad medvetenhet bland personalen för dessa frågor.

Socialstyrelsen (2013) rekommenderar tydliga rutiner för effektiv informationsöverföring och säkerställande av patientsäkerheten. För att eliminera att viktig information utelämnas vid patientrapporter och för att säkra informationshanteringen rekommenderar även SKL (2013) att man använder sig av ett gemensamt och strukturerat rapporteringssystem som SBAR. Patientsäkerhetsarbete och samarbete gynnades av gemensam rapporteringsstruktur (Clark et al., 2009; Becket et al., 2009).

Som bifynd i föreliggande studie har författarna inte kunnat se någon tydlig evidens på färre vårdskador efter implementeringen av SBAR. Även Ilan et al. (2012) påtalar detta då han i sin artikel beskriver att SBAR införts runt om i världen utan större evidens. I studien av Field et al. (2011) visade dock resultaten att när SBAR infördes i samband med telefonrapportering beträffande Waran[®] medicinering så minskade de läkemedels relaterade tillbud bland patienterna. Vid ett förhöjt INR värde ökar risken för blödningar och vid ett för lågt värde ökar risken för andra komplikationer då medicineringens blodförtunnande effekt inte säkerställs (FASS, 2011).

I studien av Talem et al. (2011) framkommer att strukturen i SBAR bidrog till färre missförstånd eller fel i samband med överrapportering, även antalet felaktiga ordinationer minskade. Samma uppfattning har Lingard et.al (2004) som hävdar att ineffektiv kommunikation mellan vårdpersonal är en vanlig orsak till medicinska misstag. I Robinson et al.(2010) studie uttryckte läkare och sjuksköterskor att kommunikationen måste vara tydlig och korrekt och bekräftas av mottagaren för att vara säker. I Talem et al. (2011) studie upplevdes SBAR skapa en tillåtande miljö där frågor accepterades. I SBAR modellen under rekommendationer framkommer att frågor skall ställas om så behövs (SKL, 2010). Att uppmanas att fråga och att våga fråga när oklarheter finns är av största vikt för en säker vård och här kan SBAR vara ett bra hjälpmedel att luta sig emot. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har till uppgift att främja systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket innebär att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till en god och säker vård. En säker vård kännetecknas bland annat av en god kommunikation mellan sjukvårdspersonal som bidrar med kunskapsförståelse (SKL, 2013). Med tanke på att läkare och sjuksköterskor har olika kommunikationsstilar (Leonard et al., 2004) finns risken att missförstånd uppstår mellan olika yrkesgrupper till exempel vid överrapportering av patientinformation. SBAR kan vara ett verktyg för att skapa ett gemensamt språk och struktur som i sin tur kan minska risken för missförstånd. Miller et.al.(2009) betonar att ett inkonsekvent användande av SBAR resulterar i ofullständiga rapporter som i sin tur minskar förutsättningarna för att fatta adekvata medicinska beslut vilket hotar patientsäkerheten.

Följsamhet till modellen

I några studier förelåg låg följsamhet trots utbildning och träning att använda modellen (Compton et al., 2012; Ilan et al., 2012; Ludikhuizen et al., 2011). Detta stöds även av Miller et al.(2009). Då många deltids och viss tidsanställda finns inom verksamheten är det svårare att konsekvent använda ett verktyg då kontinuitet inte kan säkerställas (Clark et al., 2009).

För att implementeringen ska lyckas behöver en utsedd arbetsgrupp arbeta kontinuerligt med tydligt införande och utbildningsplanering med uppföljning och utvärdering som sträcker sig över lång tid. Alla berörda yrkeskategorier behöver involveras. Verksamhetsanpassa modellen så införandet blir så smidigt som möjligt. Att till exempel öva rollspel kan vara en god möjlighet för att eliminera det motstånd som eventuellt kan finnas. Det handlar först och främst om att ha en ledning som tar initiativ och stödjer omställningen (Donahue et al. 2011), vilket också bekräftas av Beckett et al.(2009) som i studien betonar att förändringsprocessen inom sjukvården kan ta lång tid. Att ändra inarbetade rutiner och mönster kan vara en utmaning. Yrkesgrupper kan ha olika kommunikationsstilar som behöver samordnas för att uppnå gemensam förståelse (Donahue et al., 2011; Leonard et al., 2004). Ingen av artiklarna visade några negativa effekter eller negativa resultat men däremot förelåg motstånd och låg följsamhet (Compton et al., 2012; Ilan et al., 2012; Ludikhuize et al., 2011). Implementeringen sker inte med automatik (Ludikhuize et al., 2012; Compton et al., 2012), för att få goda resultat krävs engagemang från ledning och personalgrupp samt uppföljning och utvärdering.

Compton et al.(2012) introducerade SBAR inom ett stort sjukvårdsområde (13 sjukhus) i USA. Vid implementeringen utbildades sjuksköterskor i SBAR men övrig personal och läkare fick endast kort information om att modellen skulle införas. Man uppmuntrade sjuksköterskorna att använda modellen men tvingade dem inte. Följsamheten till modellen var låg. Orsaker till variationen kan finnas enskilt men också utifrån kommunikationssätt som olika yrkeskategorier i hälso- och sjukvården använder sig av. Hierarki kan också bidra till att man inte följer SBAR, att som sjuksköterska ge rekommendationer till en läkare är inte alltid en självklarhet (Leonard et al., 2004). En tydlig dialog och ett fungerande samarbete mellan sjukvårdspersonal är avgörande för att leverera en säker vård till patienter. Bristande kommunikation kan leda till missförstånd som i sin tur kan leda till patientskada (Sharp, 2012). SBAR ger ett standardiserat ramverk för kommunikationen mellan vårdgivare om patientens tillstånd. Genom sin struktur är det lätt att komma ihåg vad som skall förmedlas och på vilket sätt (Amato-Vealey et al.2008). En förutsättning för att detta skall fungera tror vi är att all personal använder verktyget och inte bara sjuksköterskor. Att introducera SBAR redan under utbildning för all blivande sjukvårdspersonal skulle kunna vara ett sätt att öka följsamheten. Vissa läkare i studien av Beckett et al. (2009) ansåg att de inte behövde någon utbildning i SBAR, som enligt deras mening var avsedd för sjuksköterskor. Läkarna noterade dock en avsevärd förbättring i kommunikation och samarbete med sjuksköterskor efter SBAR utbildning. En rimlig slutsats är att om alla personalkategorier får samma utbildning och förståelse för modellen borde implementeringen gå smidigare och användningen öka. Korrekt användning av SBAR kan sammanjämka sjuksköterskor och läkares kommunikationsmönster och därmed ge struktur åt dialogen enligt Wallin och Thor (2008).

Thompson et al. (2011) kom fram till liknande slutsats i sin studie. De nyutexaminerade läkarna upplevde överrapporteringarna som smidigare när struktur användes. Gemensam struktur ger större utrymme för säker rapport överföring vilket även gör mottagaren säkrare när väsentligheter rapporteras (Wallin& Thor, 2008). Som framkommer i resultatet var följsamheten relativt låg trots positiva omdömen med strukturerad rapportering. Som förklaring ger läkarna bristande stöd från erfarna kollegor och kort duration som begränsade deras möjligheter att bli mer förtrogna med modellen. Författarna diskuterade att en möjlighet till låg följsamhet kan vara att som nyutexaminerad influeras läkarna av äldre kollegors åsikter och auktoritära hållning. Ledningen har stort ansvar att förändra och förnya gamla inarbetade tankemönster som kan finnas i verksamheterna.

SBAR som stärkande av team och sjuksköterskeprofession

Vardaman et al. (2012) studerade de effekter SBAR hade på de dagliga upplevelserna bland sjuksköterskor, chefsjuksköterskor och läkare. Införandet av SBAR indikerade att verktyget hade en mer omfattande betydelse än enbart att standardisera kommunikationen. Förutom att SBAR fungerade som beslutstöd för sjuksköterskor ökade trovärdighet och tilliten vid kommunikationen med läkarna när ett gemensamt språk användes, vilket gynnar både förmedlare och mottagare av informationen eftersom kommunikationsbrister kan påverka både arbetsklimat och hierarkiska strukturer negativt (Fossum, 2013). Även patienten påverkas positivt då kommunikationen mellan vårdpersonalen fungerar eftersom risken för missförstånd minskar (Sharp, 2012). Standardiseringen förstärkte även yrkesgruppen sjuksköterskor, gav en tyngd åt professionen vilket bland annat var en stor hjälp för nyutexaminerade kollegor som snabbt behövde sätta sig in i sin nya roll. Fynden talade vidare om att standardiserade protokoll som SBAR kan vara en kostnadseffektiv metod för sjukhuschefer och administratörer att påskynda inläring för sjuksköterskor, särskilt nyanställda.

En positiv effekt SBAR har är att subjektiva bedömningar om patienter och närstående filtreras bort. Personalen kommunicerar sakligt och korrekt och håller därmed fokus på väsentligheter i rapporten. Sannolikt kan ett gemensamt tankemönster med ett likvärdigt och organiserat språk vara viktiga komponenter i ett fungerande teamarbete (Vardaman et al., 2012).

Sedd ur ett verksamhetsperspektiv gynnas inte bara patienterna, utan också personal när ett säkerhetsverktyg standardiseras och används på flera enheter (Vardaman et al., 2012). För att SBAR ska ha genomslagskraft på bred front inom vårdens verksamheter behövs en engagerad ledning som tar krafttag för att implementeringen skall lyckas och bli en del av en gynnsam säkerhetskultur vilket kunde ses i två studier (Velji et al., 2008; Donahue et al., 2011).

Slutsats

För att rapportera säkert förefaller SBAR vara ett tillförlitligt rapporteringsverktyg. Ett samarbete inom ett multidisciplinärt team kan optimeras om fler yrkeskategorier har gemensamma standardiserade överrapporteringsverktyg. Deltagarna i de olika studierna beskrev att de upplevde en förbättrad kommunikation mellan olika yrkeskategorier vid överrapportering då SBAR användes. Förbättringen bestod i att strukturen i SBAR bidrog till att rätt information gavs, ovidkommande information filtrerades bort och missförstånd minskade. Läkarna upplevde att de fick mer relevant information för att kunna fatta medicinska beslut. Sjuksköterskornas självförtroende stärktes och likaså teamkänslan mellan yrkesgrupper i samband med överrapportering. Felaktig informationsöverföring kan leda till vårdskador vilket kan ses som brister i vårdverksamheten. Resultaten tyder också på att trots en god förståelse av SBAR samt en uppfattning att detta stärker kommunikationen så är följsamheten låg i soMLiga studier. Föreliggande studie tyder på att SBAR kan vara en god hjälp för att strukturera och säkra informationsöverföring, och för att bedriva säker vård förefaller modellen vara ett tillförlitligt rapporteringsverktyg.

Fortsatt forskning

Vi har funnit att väldigt lite forskning om SBAR utförts i Sverige.

Enligt författarna behövs mer utvärderingsforskning bedrivs nationellt för att evaluera standardiserade kommunikationsmodeller. Det behövs även forskning om välgrundade strategier som till exempel om implementering och följsamhet för ett hållbart resultat. I flera av studierna ovan såg man att följsamheten till modellen var låg trots att man hade en god förståelse. I Sverige har SBAR delvis implementerats inom sjukvården men det saknas forskning om resultat av dessa implementeringar. Det kan vara av värde att bedriva forskning som fokuserar på hur följsamheten till modellen är på dessa verksamheter, om man följer modellen och om det finns brister, och i sådana fall vad det kan vara som brister och varför det sker.

REFERENSER

- Amato-Vealey ,EJ., Barba, MP., & Vealey, RJ. (2008).Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *AORN Journal*, 88(5):763-770.
doi:10.1016/j.aorn.2008.07.022
- Andersen, HB., Madsen, MD., Michaelsen, L., Pedersen, AV., Siemsen, IM., & Østergaard, D. (2012). Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. *Scand J Public Health*, 40(5):439-48.doi:10.1177/1403494812453889
- Brown ,T., Hemmings, L., & Owen, C. (2009). Lost in translation: maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australas* 21(2):102-7.doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x
- Beckett. CD., & 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
- Chow ,R., Gomes, JO, Patterson, ES., Roth, EM., & Woods, DD. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International Journal For Quality In Health Care*, 16(2):125-132. doi:10.1093/intqhc/mzh026
- Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle ,M-E., & Petrie ,E. (2009). The PACT Project: improving communication at handover. *Medical Journal Of Australia*, 190(11 Suppl):125-127.
- Compton, J., Copeland, K., Flanders, S., Cassity, C., Spetman, M., Xiao ,Y.,& Kennerly, D. (2012). Implementing SBAR Across a Large Multihospital Health System. *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*,38(6)261-268.
- Cunningham, NJ., Weiland, TJ.,van Dijk, J., Paddle, P., Shilkofski, N., & Cunningham, NY. (2012). Telephone referrals by junior doctors: a randomized controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. *Postgraduate Medical Journal*, 88 (1045) 11-01) 619-626.doi:10.1136/postgradmedj-2011-130719
- Donahue ,M., Miller,M .,Smith, L., Dykes, P.,& Fitzpatrick, JJ.(2011). A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *American Journal Of Medical Quality*,26(3):206-211. doi: 10.1177/1062860610387410
- Dunsford, J. (2009). Structured communication-improving patient safety with SBAR. *Nursing For Women's Healt* , 13(5):384-90.doi: 10.1111/j.1751-486X.2009.01456.x.
- Ekgren, A-M., & Hinnfors, J. (2012). *Uppsatshandbok: Hur du lyckas med din uppsats* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- FASS.se. Waran (2011)[®]. Hämtad 19 april, 2014, från <https://www.fass.se/LIF/result?2&userType=2&nplId=19640101000011,19640101000028&query=Waran>

Field ,TS., Tjia, J., Mazor ,KM., Donovan, JL., Kanaan, AO., Harrold.,... Gurwitz JH.(2011). Randomized trial of a Warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. *American Journal Of Medicine*, 124 (2): 179.e1 171-177. doi:10.1016/j.amjmed.2010-09.017

Fossum, B. (2013). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl). Lund: Studentlitteratur.

Fridén, F., & André-Sandberg, A. (2013). Kritiskt sjuk ineliggande patient måste få hjälp i tid. Mäta, värdera, agera är grunden – med stöd av ALERT, MEWS och MIG. *Läkartidningen* 6;110(29-31):1350-3.

Google Translate Hämtad 12 november 2013 från, <http://translate.google.com/>

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ilan, R., LeBaron, CD., Christianson, MK., Heyland, DK., Day, DK., & Cohen, MD.(2012). Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *BMC Health Services Research*, 12(11) doi:10.1186/1472-6963-12-11

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D.(2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety In Health Care* ,13 (Suppl 1):i85–i90. doi:10.1136/qshc.2004.010033

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker ,GR., Reznick, R.,...Grober E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*,13(5): 330-334. doi: 10.1136/qshc.2003.008425

Ludikhuizen, J., de Jonge ,E., & Goossens ,A.(2011). Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment Recommendation Instruments. *Resuscitation*,82(11):142833.doi:10.1016/j.resuscitation.2011.05.026

Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B.(2008). The teaching of structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety In Health Care*, 18(2):137-40.doi: 10.1136/qshc.2007.025247.

Miller, K, Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviors to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2):247-55.doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x

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

Rentz ,SM., Boltz, MP., Wagner, LM., Capezuti, EA.,& Lawrence ,TE.(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

Robinson, F.P., Gorman, G., Slimmer, L.W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse -physician communication in hospitals. *Nurs Forum*, 45(3). 206 -216. Doi: 10.1111/j.1744-198.2010.0018.x

Schroeder, M. (2011). Looking to improve your bedside. Try SBAR. *St. Mary's Hospital. Nursing Made Incredibly Easy*,9(5):53-54. doi: 10.1097/01.NME.0000403196.52921.2a

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 16 december 2013 från Riksdagen, -<http://rkrattsdg.gov.se/SFSdoc/10/100659>. PDF

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 25 april 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetevidensbaserat>

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.125 s.

Socialstyrelsen. (2013). Hämtad 13 december 2013 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>

Socialstyrelsen, (2009). *God vård verktyg för uppföljning och utvärdering*. Hämtad 16 december 2013 från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardverktygforuppfoljningochutvardering>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetens beskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad 7 mars 2013 från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SKL. (2010). *Bättre kommunikation minskar riskerna i vården med SBAR*. Hämtad 22 november, 2013, från SKL, http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varde_n

SKL. (2012). *Råd för bättre kommunikation mellan patient och personal*. Hämtad 22 november, 2013, från SKL, http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/rad-for-battre-kommunikation

SKL. (2013). *Patientsäkerhetsatsning*. Hämtad 28 november, 2013, från SKL, <http://www.skl.se/patientsakerhetsatsning>.

Solet, DJ.,Norvell ,JM.,Rutan, GH.,& Frankel, RM.(2005). Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*,80(12):1094-1099

SOSFS 2011:9 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18389/2011-6-38.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från, <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN>.

Telem, DA., Buch, KE., Ellis, S., Coakley, B., & Divino, CM.(2011). Integration of a Formalized Handoff System Into the Surgical Curriculum Resident. *Archives Of Surgery*, 146(1):89-93. doi: 10.1001/archsurg.2010.294

Thompson ,JE., Collet ,LW., Langbart ,MJ., Purcell, NJ., Boyd, SM., Yuminaga ,Y., Susanto, C& McCormack, A.(2011). Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1027):340-4.doi: 10.1136/pgmj.2010.105569

Trost, J. (2013). *Att vara opponent* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Urkund.se. Hämtad 25 september 2014 från <http://www.urkund.com/se/>

Vardaman, JM., Cornell, P., Gondo ,MB., Amis ,JM., 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

Velji, K., Baker ,R., Fancott, C., Andreoli, A., Boaro ,N., Tardif, G.,... Sinclair, L.(2008). Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quarterly*, 11(3 Spec No.):72-9.doi :10.12927/hcq.2008.19653

Wallin, C-J., & Thor, J. (2008). SBAR- modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården. *Läkartidningen*, 105(26-27), 1922-1925.

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):125-31. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31823cc9a0.

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

Welsh, CA., Flanagan, ME.,& Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nursing Outlook (Science Direct)*, 58(3): 148-154. doi: 10.1016/j.outlook.2009.10.005

Vårdförbundet. (2013a). *3000 dör varje år av vårdskador*. Hämtad 13 december 2013 från Vårdförbundet, <https://vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Pressmeddelanden/3000-dor-varje-ar-av-vardskador>

Vårdförbundet. (2013b). *SBAR- ett kommunikationsverktyg för säkrare vård*. Hämtad 2 december, 2013 från Vårdförbundet, <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/sakervard/SBAR/>

Vårdförbundet. (2014). *Så kan vi göra vården säkrare*. Hämtad 13 mars 2014 från Vårdförbundet, <https://vardforbundet.se/Agenda/Pressrum/Debattartiklar/Sa-kan-vi-gora-varden-sakrare/>

Bilaga I: Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån SBU & SSF (1999) och Willman, Stoltz & Baktsevani (2006).

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.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
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).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

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

Bilaga II: Matris

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Beckett CD, Kipnis G. USA, 2009	Collaborative Communication: Integrating SBAR to improve Quality/Patient Safety Outcome	Syftet var att utvärdera effektiviteten av SBAR för vårdpersonal, om implementeringen ledde till bättre kommunikation och samarbete och om patientsäkerheten påverkades.	Man tog del av aktuell forskning, sedan gavs utbildning i SBAR utifrån granskad forskning. Enkäter pre och post (3 mån) Observationer och intervjuer gjordes. Kvalitativ och kvantitativ analys utfördes.	N=212 Pre =141 (71) Post=71 (141)	Kommunikationen mellan SSK-läkare förbättrades och därmed patient- säkerhetsarbetet. Statistiskt signifikant förbättring på teamwork och säkerhetsklimat sågs på 12 av 27 punkter efter införandet av SBAR. Vårdpersonal och läkare rapporterade signifikanta förbättringar av tillfredsställelse och samarbete inom Sina kliniska områden.	P II
Clark E, Squire S, Heyme A, Mickle ME, Petrie E. Australien, 2009	The PACT Project: improving communication at handover	För att beskriva och utvärdera PACT-projektet (Patient Assessment, Assertive, Communication, Continuum of care, Teamwork with trust) Syftar till att förbättra kommunikationen mellan sjukhuspersonal vid överslagningar och därmed också förbättra patientsäkerheten genom att utforma, implementera och utvärdera standardiserade verktyg vid överslagningar inom organisationen	Två kommunikationsverktyg baserade efter SBAR utvecklades för överslagningar mellan SSK-SSK och SSK-Läkare. Workshops för alla SSK ang kommunikationsstrategier och bedömning av den försämrade patienten. I projektet ingick även fokusgruppsdiskussioner där teman identifierades (spelades in och transskriberades). Enkät till SSK och läkare vid införandet (Likert samt öppna frågor) samt till SSK efter genomförandet.	SSK 49 (24) LÄK 16	Före studien tyckte 85 % av sjuksköterskorna att kommunikationen behövde förbättras. Efter genomförandet tyckte 68 % att överslagningen hade förbättrats och 80 % kände sig säkrare vid kommunikation med läkare. 72 % av sjuksköterskorna upplevde att Kommunikationen blev effektivare. 62 % upplevde struktur i samtalet med läkarna, SBAR hjälpte dem att veta vad de behövde förmedla.	P II

<p>Compton J, Copeland K, Flanders S, Cassity C, Spetman M, Xiao Y, Kennerly D. USA, 2012</p>	<p>Implementing SBAR across a large multihospital health system.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors användning av SBAR efter utbildning av verktyget samt läkarnas uppfattning om kommunikationskvaliteten.</p>	<p>En kampanj infördes på 13 sjukhus för att utbilda sjuksköterskor i SBAR. De uppmuntrades men tvingades inte att använda SBAR. Övrig personal fick information om kampanjen men ingen utbildning.</p> <p>Personliga intervjuer gjordes av SBAR kunnig person med slumpmässigt utvalda SSK inom skilda verksamheter. Slumpmässigt utvalda läkare tilldelades en enkät för att ge sin uppfattning om SBAR (tre frågor och ett fält för kommentarer).</p>	<p>156 SSK 155 LÄ (0)</p>	<p>Trots utbildning samt förståelse för SBAR föreligger låg följsamhet (58,3%). Främsta anledningen var att man inte kände sig bekväm med metoden eller att man använde sig av en annan modell.</p> <p>Rapporter givna med SBAR upplevdes ge en bättre förutsättning för läkaren att utföra kliniska beslut.</p> <p>Av de rapporter som gavs med SBAR ansåg läkarna att 97,8% var adekvata och 2,2 % inadekvata. Då rapporter gavs på annat sätt ansåg läkarna att 55,4% var adekvata och 44,6% inadekvata.</p>	<p>K II</p>
<p>Cunningham, NJ Weiland, TJ Van Dijk, J Paddle, P Shilkofski, N Cunningham, NY Australien 2012.</p>	<p>Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled Trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting.</p>	<p>Kan SBAR utbildning för nyutbildade läkare AT-tjänstgörande doktorer förtydliga/ förbättra telefonordinationer.</p>	<p>En randomiserad studie för AT-tjänstgörande läkare som deltog i två (initialt och uppföljning efter 6 mån) simulerade kliniska scenarier av överrapporteringar via telefon. Pre enkät (Liktertskaala, demografisk data) och uppföljning Interventionsgruppen fick utbildning i SBAR, kontrollgruppen fick ingen utbildning.</p>	<p>69 (3) I=35(1) K=34 (2)</p>	<p>Gruppen som fått SBAR utbildning hade något kortare rapporter och var lite bättre på att få fram budskapet, dock syntes ingen skillnad i avseende att få fram mängden väsentlig information. Inga signifikanta förbättringar kunde ses.</p>	<p>RCT II</p>

<p>Donahue M, Miller M, Smith L, Dykes P, Fitzpatrick JJ. USA, 2011</p>	<p>A leadership initiative to improve communication and enhance safety</p>	<p>Ett projekt för att främja en kultur av patientsäkerhet. Genom utbildning och tvärvetenskapligt mentorskap lära paraprofessionell (PP) personal att kommunicera förändringar i patientens status genom att använda SBAR</p>	<p>Projektet genomfördes på alla avdelningar på sjukhuset. Genom att använda en ”utbildningsmodul” för att sprida effektiv kommunikation över sjukhuset. Uppbyggnad av projektet med hjälp av engagerad personal. Tvärprofessionella fokusgrupper =gruppintervjuer diskuterade tillsammans strategier för utbildning och implementering. Feedback och information kontinuerligt till personalen under genomförandet. Enkät före och efter implementeringen för att jämföra uppfattningar om sjukhusets säkerhetskultur och befintliga kommunikationsmönster. Gruppintervjuer har också genomförts.</p>	<p>280 (98)</p>	<p>Användningen av SBAR ökade över tid, från 74 procent under första året till 90 procent andra året.</p> <p>Antalet paraprofessionell personal som kommunicerade förändringar i patientens status till läkare (<5 ggr/vecka) ökade från 18,6 % före projektet till 30 % efter projektet.</p> <p>Under intervjuer uttalade den paraprofessionella personalen en ökad tillfredsställelse med sin kommunikativa förmåga efter SBAR utbildning.</p> <p>78 procent av PP ansåg att sjukhusledningens åtgärder visade att patientsäkerhet var första prioritet innan projektet. Efter projektet hade denna siffra ökat till 86 procent.</p>	<p>K II</p>
<p>Field TS, Tjia J, Mazor KM, Donovan JL, Kanaan AO, Harrold LR, Reed G, Doherty P, Spenard A, Gurwitz JH. USA, 2011</p>	<p>Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach.</p>	<p>Studera effekterna av strukturerad informationsöverföring enligt SBAR i telefonkontakt mellan SSK-läkare för patienter med waran behandling. Minska riskerna för waran relaterade tillbud.</p>	<p>Randomiserad studie på 26 vårdhem under ett års tid. Interventionsgrupp (protokoll baserat på SBAR) och kontrollgrupp (rapport som tidigare).</p> <p>SSK genomförde kvartalsvisa genomgångar av journaler gällande INR värden, waran dosering och waran relaterade incidenter till exempel feldoseringar, vårdskador kopplade till waran medicineringsen.</p>	<p>(I)=211 (K)=22 4 (0)</p>	<p>Telefonkontakten mellan SSK-läk underlättas med hjälp av SBAR.</p> <p>Liten förbättring i waran hanteringen</p> <p>Tid som Waran[®] var terapeutiskt var högre i interventionsgruppen. (statistiskt signifikant skillnad på 4,50 % vilket motsvarar 16 dagar/år)</p> <p>Uppföljning av INR värden >4,5 inom 3 dagar: Ingen skillnad. Terapeutiskt INR skall ligga mellan 2.0–3.0). Ett högt INR värde indikerar ökad blödningsrisk samt ökad risk för waran relaterade vårdskador i form av blödningar.</p> <p>Kostnader för waran relaterade vårdskador lägre i interventionsgruppen men ej statistiskt signifikant.</p>	<p>RCT I</p>

Ilan R, LeBaron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Canada, 2012	Handover patterns: an observational study of critical care physicians.	Genom att beskriva och jämföra tre olika överskrifter metoder däribland SBAR hos erfarna intensivvårdsläkare.	Prospektiv observationsstudie. Videospelningar med läkare av 21 överrapporteringsmetoder på en intensivvårdsavdelning under 10 helgpass. Patientrapporter valdes slumpmässigt ut. Två kodade resultaten oberoende av varandra.	N=10 (1)	Intensivvårdsläkarna följer ingen given rapporteringsstruktur. I resultaten hos de läkare som använde sig av SBAR kunde man se att delar av sökorden ofta saknades. Exempelvis ordet Rekommendationer och Bakgrund. Rekommendation fattades på 55 % av rapporterna.	P II
Ludikhuijze J, de Jonge E, Goossens A. Nederländerna, 2011.	Measuring adherence among nurses one year after training in applying the Modified Early Warning Score and Situation-Background-Assessment-Recommendation instruments.	Syftet var att utvärdera om sjuksköterskor som utbildats i användningen av MEWS och SBAR var mer benägna att upptäcka när en patient försämrades.	Kvasiexperimentell studiedesign(jämförelsegrupp).47 SSK utbildades i MEWS och SBAR. En kontrollgrupp med 48 sjuksköterskor fick ingen utbildning. Ett fiktivt fall med en patient presenterades för samtliga. Dataanalys där man jämförde de båda gruppernas förmåga att känna igen en försämrad patient. Användningen av MEWS och SBAR analyserades hos gruppen som fått utbildning.	47 (23) 48 (36)	Sjuksköterskor som fått utbildning i MEWS och SBAR var mer benägna att upptäcka försämring hos patienten samt var mer benägna att läkare. MEWS och SBAR användes sällan trots utbildning i denna studie. Endast en av sjuksköterskorna använde sig av SBAR då de rapporterade till läkaren om den fiktiva patienten	CCT II
Marshall S, Harrison J, Flanagan B. Australien, 2008	The teaching of a structured tool improves the clarity and content of inter-professional clinical communication	Avgöra om undervisningen av kommunikationsverktyget ISBAR (Modifieringen av SBAR) förbättrar telefonrapportering Med avseende på tydlighet och innehåll i en simulerad scenario.	17 lag av läkarstudenter under sista läsåret randomiserades i två grupper. Interventionsgruppen (I) deltog i en 40 min lång ISBAR utbildning. Kontrollgruppen (K) fick utbildning efter simuleringsövningen. I varje scenario utförde en av studenterna en telefonrapport genom att ringa en äldre kollega för råd. Telefonrapporterna spelades in och kodades. Observatörer analyserade ljudinspelningarna med hjälp av ett bedömnings formulär med avseende på både innehåll och tydlighet.	17 7 (9) (I)=85 (K)=83	Vid bedömningen av kommunikationsfärdigheter (Innehåll och tydlighet) av telefonrapporteringen fick interventionsgruppen signifikant högre poäng än kontrollgruppen. (p<0,001) Trots kort utbildningstid (40 min) finns förbättringspotential.	RCT I

Renz SM, Boltz MP, Wagner LM, Capezuti EA, Lawrence TE. USA, 2013	Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care.	Syftet var att utvärdera möjligheten och nyttan av att införa SBAR inom äldreården för sjuksköterskor.	SBAR utbildning för SSK. Under implementeringen regelbunden support. Enkätundersökning (Pre/post). Kvalitativ analys av öppna frågor samt jämförelser av pre/post svar. Enkät till läkare efter implementeringen för feedback.	40 (7) SSK 7 LÄK (0)	1) Sjuksköterskors uppfattning av kommunikationen: Majoriteten upplevde SBAR användbart och kommunikationen förbättrades. Gav ett stöd och Hjälpte till att organisera informationen. 2) Läkarnas uppfattning av kommunikationen med SSK: Majoriteten upplevde att kvaliteten på kommunikationen med SSK hade förbättrats efter implementeringen. 3) Följsamhet till SBAR: Hög följsamhet. 78 procent av rapporterna var fullständiga.	K II
Telem DA, Buch KE, Ellis S, Coakley B, Divino CM. USA, 2011	Integration of a formalized handoff system into the surgical curriculum: resident perspectives and early results.	Utvärdera implementering av SBAR för läkare i den kirurgiska läroplanen.	Utbildning i SBAR bestod av föreläsning och rollspel med efterföljande gruppdiskussioner. Anonym enkät efter träning.	45 (0)	SBAR effektiviserade kommunikationen mellan SSK och läkare, med färre fel/missförstånd efter SBAR träning. Rapporterna läkarna emellan resulterade i kärnfulla rapporter där missförstånd minskade när fanns en struktur att följa. Litet underlag och kort uppföljningstid resulterade i att inga slutsatser kunde tas av mängden avvikelser. Felaktiga ordinationer minskade med 2,3procent. SBAR upplevdes skapa en tillåtande miljö där Frågor accepterades.	P II
Thompson J E, Collett L W, Langbart M J, Purcell N J, Boyd S M, Yuminaga Y, Ossolinski G, Susanto C McCor- Mack A. Australien 2011	Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: A study in a Australian tertiary Hospital.	Att utvärdera effekten av ISBAR (Modifierad form av SBAR) som kommunikationsverktyg för nyutexaminerade läkare.	En timmes utbildning i ISBAR. Bandinspelningar vid överrapporteringar före och efter utbildning (3 mån). Två av författarna har analyserat videoinspelningarna med hjälp av statistisk analys. Därefter fick deltagarna mäta upplevda förändringar i överrapporteringar och jämföra skillnaderna från ostrukturerad rapport till ISBAR ledd rapport.	44 (20)	Resulterade i att läkarna upplevde förbättringar i struktur vid överlämningskommunikationen. Kändes tryggare att rapportera enligt ett färdigställt format. Men följsamheten var relativt låg trots positiva omdömen.	K II

<p>Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. USA, 2012</p>	<p>Beyond communication: the role of standardized protocols in changing health care environment</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka implementeringen av SBAR samt de ytterligare effekter SBAR eventuellt har på verksamheterna förutom ett gemensamt språk.</p>	<p>En kvalitativ fallstudie av två sjukhus inom medicin och kirurgi som implementerat SBAR. Data från 80 semistrukturerade intervjuer i två steg med sjuksköterskor, chefsjuksköterskor, och läkare vidtogs samt kompletterades med observationer.</p>	<p>80 (0)</p>	<p>Förutom funktionen som ett standardiserat verktyg för kommunikation upplevde deltagarna att SBAR också skapar en mental struktur som bidrar till snabbare beslut.</p> <p>Sjuksköterskorna ansåg att modellen gav en legitimitet som kan påskynda socialiseringen av sjuksköterskor, särskilt de nyanställda</p> <p>Socialt kapital innebär att individen får stöd och resurser genom interaktion med andra människor. Stöd genom grupptillhörighet.</p>	<p>K II</p>
<p>Velji, K Baker, GR Fancott, C Andreoli, A Boaro, N Tardif, G Aimone, E Sinclair, L Canada 2008</p>	<p>Effectiveness of an Adapted SBAR Communication tool for a rehabilitation Setting.</p>	<p>FAS 1) Pilotstudie för att anpassa SBAR till Rehabiliterings verksamheten FAS 2) Implementera SBAR Inom den tvärprofessionella rehabiliteringsverksamheten för både akuta och icke akuta patienter. FAS 3) Utvärdera effekterna av personalens uppfattning om arbetslagets förmåga till kommunikation och patientsäkerhet kultur, patienttillfredsställelse, och säker rapportering.</p>	<p>En stroke enhet valdes för att de tidigare framgångsrikt genomfört processer. Implementeringen pågick under 6 månader. All personal på avdelningen involverades (n= 43). Focusgrupper jobbade med att anpassa SBAR, även experter i SBAR konsulterades. Workshops för all personal som tog upp ett antal ämnen relaterade till kommunikation, säkerhet och den anpassade SBAR modellen, exempel från verkligheten togs också upp. Enkäter med 42 likert frågor skickades ut till personalen på avdelningen före och 6 månader efter implementeringen. Enkäter skickades också ut till all övrig personal (K) på sjukhuset före och efter implementeringen för att kunna göra en jämförelse</p>	<p>Enkäter till all personal Fas1 1520 (1105) Fas3 1451 (1132) Svarsfrekvens Fas1 I=74% K= 27% Fas3 I= 62% K=22%</p>	<p>Efter genomförandefasen visade Stroke enheten högre poäng (>5%) än resten av sjukhuset i sju kategorier. Två kategorier visade statistisk signifikans som var organisatoriskt lärande och ständiga förbättringar, samt återkoppling och kommunikation kring fel. När man jämförde förändringarna före och efter implementeringen specifikt på stroke enheten visades förbättringar > 5 % på åtta kategorier varav 5 visade statistisk signifikans (p< 0,05): organisatoriskt lärande och ständiga förbättringar, återkoppling och kommunikation kring fel, kommunikativ öppenhet, sjukhusledningens stöd för patientsäkerhet</p>	<p>P II</p>

<p>Wentworth L, Diggins J, Bartel D, Johnson M, Hale J, Gaines K. USA,2012</p>	<p>SBAR: electronic handoff tool for non-complicated procedural patients</p>	<p>Utveckla och införa ett elektroniskt kommunikationsverktyg som var kortfattat, heltäckande och i ett användbart format då patienter överflyttas mellan avdelning och hjärtlabb.</p>	<p>SBAR utvecklades i elektronisk form, gjord av en arbetsgrupp. Effektiviteten av verktyget mättes med en pre/post enkät som skickades ut till alla anställda sjuksköterskor på de berörda enheterna. Enkäterna som besvarades innehöll 10 frågor (Likter skala), tre demografiska frågor och ett område för kommentarer.</p>	<p>138 (87)</p>	<p>SBAR upplevdes mer effektivt än verbal överlämning, samt som ett tillförlitligt och effektivt kommunikations hjälpmedel vid överrapportering av okomplicerade hjärtpatienter.</p> <p>Innan implementeringen tog 80 % av överlämningarna 1-6 minuter. Efter gjordes alla överlämnanden inom den tidsramen.</p> <p>Vissa begränsningar kunde ses med elektroniskt införande. Validitet och reliabilitet var inte testad för elektronisk SBAR form.-Personalen behöver träning över tid för lyckad implementering. Låg svarsfrekvens kan delvis bero på vissa problem att få programmen kompletta i datorn, vilket stundtals var en utmaning för personalen</p>	<p>P II</p>
--	--	--	--	-----------------	---	-----------------

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).
 Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg