

**SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER AV ATT KOMMUNICERA  
OCH ATT ÖVERRAPPORTERA MED HJÄLP AV SBAR  
PREHOSPITALT OCH HOSPITALT**

**NURSES' EXPERIENCES OF USING THE SBAR MODEL FOR  
COMMUNICATION AND PATIENT HANDOVER IN PREHOSPITAL  
AND HOPITAL CARE**

Specialistsjuksköterskeprogrammet – inriktning akutsjukvård, 60  
högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examinationsdatum: 151119  
Kurs: HT13

Författare:  
Annica Gustavsson

Handledare:  
Anna Hansson  
Examinator:  
Carina Lundh  
Hagelin



## SAMMANFATTNING

Inom hälso- och sjukvården överförs en stor mängd kritisk information om patienter mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter dygnet runt. Informationen riskerar att oavsiktligt bli ändrad eller missförstådd varje gång den överförs från en person till en annan, vilket kan bidra till att skador och missöden drabbar patienter i vården. En effektiv kommunikation med information som överförs korrekt i alla led är en förutsättning för god och säker vård. Genom att kommunicera med hjälp av en strukturerad modell som SBAR, där S står för *situation*, B står för *bakgrund*, A står för *aktuellt* och R står för *rekommendation*, kan kommunikationen förbättras och säkerställas vid informationsutbyte genom att fokusera på huvudbudskapet och undvika att fastna i detaljer. Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera med hjälp av SBAR prehospitalt och hospitalt. Studien är empirisk vilket bygger på en undersökning av verkligheten och grundar sig på erfarenheter av verkligheten. Metoden som användes var kvalitativ med inslag av kvantitativ deskriptiv statistik. Designen som användes var en tvärsnittsstudie.

Datainsamlingen gjordes med webbenkäter som skickade till 100 stycken sjuksköterskor som arbetade inom akut-, vård-, och serviceavdelning på ett sjukhus i Mellansverige. Data bearbetades med kvalitativ innehållsanalys samt med deskriptiv statistik. Resultatet illustrerades med hjälp av diagram och svaren från de öppna frågorna presenterades i löpande text som tydliggjorde hur sjuksköterskorna upplevde användandet av SBAR som kommunikationsverktyg. De flesta sjuksköterskor hade fått en genomgång eller muntlig information om SBAR som kommunikationsverktyg före införandet. De flesta ansåg sig självlärda och hade övat tillsammans med sina kollegor vid de dagliga överrapporteringstillfällena. Några sjuksköterskor var tveksamma till om de hade den kunskapen som behövdes för att kunna använda SBAR på rätt sätt och flera önskade mer utbildning och information. Många av sjuksköterskorna tyckte att det var lättare att rapportera och att få rapport enligt SBAR då alla rapporterade på samma sätt. Detta minskade riskerna för att misstag begicks och patientsäkerheten och tryggheten hos personalen upplevdes ha ökat. Generellt ansågs SBAR ha en bra struktur vilket gav en röd tråd vid rapporteringen och många sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att alla rapporterade på samma sätt för att få en bra struktur och stabilitet. Några sjuksköterskor tyckte att rapportering enligt SBAR var krånglig med många steg och inte alls bättre än som de hade rapporterat tidigare. Sjuksköterskor som arbetade prehospitalt upplevde SBAR som överflödigt och föredrog andra rapporteringsverktyg som de redan hade. Slutsatsen var att de flesta sjuksköterskor som använder SBAR som kommunikationsverktyg upplever generellt en ökad trygghet med bättre struktur och mer saklig informativ fakta som överrapporteras. Mer träning/övning och information med handledning behövs till sjuksköterskor för att få ett så enhetligt sätt att rapportera på som möjligt.

**Nyckelord:** SBAR, kommunikation, överrapportering, sjuksköterskor, prehospital, hospital, akutsjukvård.

## **ABSTRACT**

In health care, a large amount of critical information is transmitted about patients from many different individuals, professionals and units during the whole day. The information is in danger of inadvertently to be changed or misunderstood each time it is transmitted from one person to another, which can contribute to injuries and mishaps affects patients in their care. An effective communications with information transferred correctly in all areas is a prerequisite for good and safe care. By communicating with the help of a structured model as SBAR, where S stands for situation, B stands for background, A stands for current, and R stands for recommendation, communication can be improved and ensure the exchange of information by focusing on the main message and avoid getting stuck in details. The purpose of this study was to investigate nurses' experiences of communicating and patient handover using SBAR prehospital and hospital stage. The study is empirical, which is based on a survey of reality and based on the experience of reality. The method used was qualitative with some quantitative descriptive statistics. The design used was a cross-sectional study. The data was collected using web questionnaires sent to 100 nurses working in acute care, healthcare, and service department in a hospital in central Sweden. The data was processed using qualitative content analysis as well as with descriptive statistics. The results were illustrated with charts and the answers of the open questions presented in text that clarified how nurses experienced the use SBAR as a communication tool. Most nurses had received a briefing or oral information about the SBAR communication tool before the introduction. Most considered themselves self-taught and had practiced together with their colleagues at the daily hand over reporting. Some nurses were reluctant if they had the knowledge needed to use SBAR correctly and several wanted more education and information. Many of the nurses found it easier to report and to get the report with SBAR as communication tool when all nurses reported the same way. This reduced the risk of making mistake and the nurses perceived that the patient safety and security had increased. Generally considered SBAR have a good structure yielding a red thread in reporting and many nurses found that it was important that everyone reported the same way to get a good structure and stability. Some nurses felt that reporting with SBAR was complicated with many steps and not at all better than they had reported before. Nurses who worked prehospital experienced SBAR as superfluous, preferring other reporting tools as they already had. The conclusion was that most nurses who use the SBAR communication tool generally experience greater security with better structure and more factual informative facts above reported. More training/exercise and information with the guidance needed for nurses to get the most coherent way to report on as possible.

**Keywords:** SBAR, communication, patient handover, nurses, prehospital, hospital stage, emergency care.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Sjuksköterskans roll och ansvar .....	1
Akutsjukvård .....	2
Prehospital och hospital.....	2
Patientsäkerhet .....	3
Kommunikation och information .....	4
Överlämnande rapportering .....	4
SBAR som kommunikationsverktyg .....	5
Användning av SBAR .....	6
Problemformulering.....	7
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Ansats och design .....	8
Datainsamling .....	8
Urval .....	8
Genomförande .....	9
Databearbetning .....	10
Forskningsetiska övervägande .....	11
<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
Demografisk data .....	12
Utbildning i att använda SBAR .....	12
Träning/övning i att använda SBAR .....	13
Styrkor och svagheter med SBAR som kommunikationsverktyg .....	13
SBAR:s uppbyggnad och struktur.....	15
Relevant information som rapporteras under S, B, A, R. ....	16
Sjuksköterskans trygghet och stöd med hjälp av SBAR som kommunikationsverktyg .	19
Patientsäkerhet och god vård med hjälp av SBAR som kommunikationsverktyg .....	20
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion .....	23
Slutsats.....	26
Klinisk tillämpbarhet.....	27
Fortsatt forskning.....	27
<b>REFERENSER</b> .....	<b>28</b>
Bilaga I- Brev till verksamhetschef	
Bilaga II- Forskningspersoninformation	
Bilaga III- Introduktion till enkätstudie samt Enkät	

## **INLEDNING**

Hälso- och sjukvården är en komplex och riskfylld verksamhet, där en stor mängd kritisk information om patienter överförs mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter. Varje gång information överförs från en person till en annan riskeras den att på ett eller annat vis bli ändrad eller missförstås. En bidragande faktor till majoriteten av alla skador och missöden som drabbar patienter i vården kan vara ineffektiv muntlig eller skriftlig kommunikation mellan vårdpersonal. Informationen kan bli så oavsiktligt förvanskad eller så förvrängd att den inte längre fyller sin funktion. Information är till för att skapa en gemensam förståelse för patientens situation. Information utan gemensam förståelse ger ett undermåligt underlag som är ett måste, för att fatta rätta medicinska beslut och för att vidta adekvata medicinska åtgärder. Viktigt är att utveckla ett gemensamt språk med effektiv kommunikation som sker säkert och korrekt och innehåller det som är viktigt för mottagaren. En effektiv kommunikation och att information överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen, är en förutsättning för god och säker vård. SBAR är ett verktyg som strukturerar informationen och viktig fakta presenteras på ett snabbt och effektivt sätt. Ett kommunikationsverktyg so SBAR minimerar risken för missförstånd när information överförs i komplexa situationer och arbetsmiljöer.

## **BAKGRUND**

### **Sjuksköterskans roll och ansvar**

I sjuksköterskans arbete ingår att erbjuda vård till enskilda personer, familjer och till allmänheten. Vård skall ges med respekt för mänskliga rättigheter, kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, rätten till värdighet, integritet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och att bli bemött med respekt och detta samordnas med andra yrkesgrupper (International Council of Nursing [ICN], 2014). Omvårdnaden är universell och skall ges oberoende av ålder, hudfärg, tro, kön, etnicitet, kulturell bakgrund, nationalitet, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller sjukdom, politiska åsikter eller social ställning (ICN, 2014).

Sjuksköterskor är hälso- och sjukvårdspersonal som har förvärvat formell kompetens genom en högskoleutbildning med yrkesexamen och legitimation samt vidare genom specialutbildning eller särskilda kurser efter högskoleexamen där kunskaper erhållits för att kunna utföra vissa arbetsuppgifter (SOSFS, 1997:14). För att utöva yrket på rätt sätt samt upprätthålla kontinuerligt lärande i sin yrkeskompetens har sjuksköterskan ett personligt ansvar (ICN, 2014). En sjuksköterska utför vårduppgifter och som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är ansvaret att själv bedöma om kompetensen finns som krävs för att utföra vårduppgiften (Hörnsten, 2013). I samband med egna åtaganden och delgering av ansvar samt när det gäller att bedöma sin egen och andras kompetens ska sjuksköterskan visa omdöme och uppträda så att allmänhetens förtroende ökar och yrkets anseende stärks (ICN, 2014). Medicinska arbetsuppgifter innebär åtgärder som utförs direkt eller indirekt i förhållande till patienter i samband med undersökning, vård, diagnostik eller behandling av hälso- och sjukvårdspersonal med formell kompetens (SOSFS, 1997:14). Sjuksköterskan ska kunna leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet utifrån medarbetarnas olika kompetens samt kunna hantera konflikter, lösa problem, motivera, förmedla positivitet och med detta utveckla och förbättra vården i samverkan för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköteskan skall också sköta sin egen hälsa så att inte förmågan att ge vård äventyras på något vis (ICN, 2014). Legitimerade sjuksköterskor får genom sitt

särskilda yrkesansvar ta ställning till om det har formell och reell kompetens för olika arbetsuppgifter (Hörnsten, 2013).

Reell kompetens förvärfvas genom erfarenhet i sin praktiska yrkesverksamhet eller genom fortbildning i sina arbetsuppgifter (Hörnsten, 2013). Med förvärvad reell kompetens kan även hälso- och sjukvårdspersonal utan legitimation och formell kompetens få utföra vissa medicinska arbetsuppgifter som då delegerats från formellt kompetent befattningshavare samt ha fått ett godkännande från verksamhetschefen (SOSFS, 1997:14). I vårdarbetet när ny teknik och forskning används, ansvarar sjuksköterskan för att vården sker i överensstämmelse med patientens rättigheter, värdighet och säkerhet (ICN, 2014). Under utförandet av en vårduppgift och vid medicinska arbetsuppgifter måste också innehållet och utförandet vila på vetenskap och beprövad erfarenhet (Hörnsten, 2013). Vårdgivaren, det vill säga en statlig myndighet, landsting och kommun, juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, har det övergripande ansvaret som innebär att det finns rätt kompetens, lokaler och ett ledningssystem för att bedriva en god och säker vård (Hörnsten, 2013).

## **Akutsjukvård**

En omfattande och central del av sjukvården utgörs av akutsjukvården. Definition av begreppet akutsjukvård omfattar all vård som innefattas av medicinskt akuta tillstånd och inkluderar vård och behandling inom både akut öppenvård och akut slutenvård (Socialstyrelsen, 2011). Med akut sjukdom eller skada menas ett plötsligt eller hastigt förlopp av sjukdom eller plötslig påkommen skada. Akutsjukvård innebär ett akut omhändertagande av patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvården. Akutsjukvård omfattar åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn (Socialstyrelsen, 2011). En sjuksköterska i akutsjukvården ska kunna ge avancerad omvårdnad, kunna identifiera ett potentiellt livshotande tillstånd utan att patienten är diagnostiserad och ibland självständigt kunna påbörja en medicinsk utredning och behandling (Swedish emergency nurses association [SENA], 2008). Att som sjuksköterska i akutsjukvården omhändertar akut sjuka och skadade patienter i alla åldersgrupper kräver att sjuksköterska har kompetens att fatta snabba och korrekta beslut, ibland trots begränsad bakgrundsinformation, för att möjliggöra välbefinnandet och överlevnaden (SENA, 2008).

## **Prehospital och hospital**

### Prehospital

Prehospital betyder före sjukhus, lasarett där pre- betyder före, förut, framför på latin och som används i ord som återgår på klassiska ordbildningar och i nyare bildningar som prehospital där hospital betyder sjukhus eller lasarett (Pre-, u.å). Prehospital vård och arbete är sjukvård som utförs mellan tidpunkten för vårdbehovets uppkomst och ankomst till sjukvårdsinrättning som till exempel ambulansvård eller akutsjukvård på olycksplats eller i hemmet (Engerström, Castrén & Nilsson, 2009). I akutsjukvården måste sjuksköterskan kunna identifiera de potentiellt livshotande tillstånd på icke diagnostiserade patienter och ibland självständigt kunna påbörja en medicinsk utredning och inleda en farmakologisk behandling (Swedish emergency nurses association, 2008). Teamarbete med övriga professioner inom enheten och samarbete med andra insatser på sjukhus eller i samhället är av stor vikt i akutsjukvården.

## Hospital

Ursprungligen betyder hospital en barmhärtighetsinrättning för vård av sjuka, orkeslösa eller fattiga (Hospital, u.å). Ordet hospital har historiskt också använts för vårdanstalt för sinnessjuka, sinnessjukhus, dårhus, kuranstalt, mentalsjukhus, psykiatriskt sjukhus (Allén, Malmgren, Ernby, Lövfors & Sjögren, 2003; Palmér, Friedländer, Bergman & Hänniger, 1984; Svenska Akademien, 1987). På engelska betyder hospital sjukhus eller lasarett i allmänhet (Petti et al., 1983) vilket det även gör på många andra språk och det är den förklaringen vi vanligen använder idag.

## **Patientsäkerhet**

Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls samt rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (SFS 2010:659). Nästan dubbelt så många vårdskador orsakas av brister i kommunikationen än i den medicinska kompetensen (Sveriges kommuner och landsting, 2013a). En förutsättning för att göra vården säkrare för patienterna är att identifiera riskerna i vården och först då går det att åtgärda riskerna och öka patientsäkerheten (Sveriges kommuner och landsting, 2013b).

Inom hälso- och sjukvården skall kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras och ansvarig verksamhetschef skall ansvara för att uppföljning och analysarbete sker av verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården (SOSFS, 2005:12). Hälso- och sjukvården ska främja patientsäkerheten, alltså genom lag ge skydd mot vårdskada, och det är vårdgivarens skyldighet att bedriva patientsäkerhetsarbete (SFS, 2010:659). En vårdskada är när patienten drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits (SFS 2010:659). Hälso- och sjukvårdspersonal skall kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att hjälpa till att framtida och vidareutveckla rutiner och metoder samt följa upp mål och resultat (SOSFS, 2005:12). Det systematiska kvalitetsarbetet som ska vara kontinuerligt och långsiktig och som ska säkerställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet ska syfta till att förebygga vårdskador, identifiera och prioritera vårdbehov samt vårdprocesser, vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning, ska utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp samt vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen (SOSFS, 2005:12). Hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet samt god kvalitet av vården och säkerställer patientens behov av trygghet, kontinuitet och samordning (SFS, 1982:763).

Varje år drabbas cirka 100 000 patienter av vårdskador i Sverige (Socialstyrelsen, 2014). Med vårdskador avses alla typer av skador som drabbar patienter under vårdtiden och som bedöms vara undvikbara (Sveriges kommuner och landsting, 2014). Vid 15 procent av vårdtillfällena drabbas patienten av skada. Mer än hälften av vårdskadorna som uppstod var övergående, men 44 procent av skadorna krävde förlängd sjukhusvistelse och 5.3 procent av skadorna gav besående skada eller bidrog till att patienten avled (Sveriges kommuner och landsting, 2014). Av de 30 000 vårdskador som anmäls och leder till bestående men hos patienter i Australien berodde 11 procent på kommunikationsbrister och sex procent på grund av otillräcklig skicklighet hos utövaren (World health organization [WHO], 2007). I genomsnitt har de patienter som drabbats av vårdskador mer än dubbelt så lång vårdtid som övriga patienter, vilket ger en förlängd vårdtid på 1,3 miljoner vårddygn och kostar 11,5 miljarder kronor per år i Sverige (Socialstyrelsen, 2014).



## **Kommunikation och information**

Ordet kommunikation betyder *ömsesidigt utbyte, göra gemensamt, låta få del i, få del av* samt *meddela* (Nationalencyklopedin [NE], 2013a; Svenska akademien, 1987). Kommunikation är en överföring av information mellan människor, djur, växter eller apparater, där krävs ett språk eller kod som uttrycker informationen samt ett fysiskt medium som möjliggör överföring av informationen (NE, 2013a). Information är den generella beteckning för det meningsfulla innehåll som överförs i olika former vid kommunikation och där ordet information definieras som *ge form åt något, undervisa och utbilda* (Nationalencyklopedin [NE], 2013b). Innebörden av ordet information är att någon blir informerad, får kännedom om någonting och kan uppfattas som en mängd fakta, upplysningar eller underrättelser och det är svårt att dra en strikt gräns mellan information och kunskap (NE, 2013b).

Kommunikation är en ofrånkomlig del av all vård och behandling (Sveriges kommuner och landsting, 2013b). Faktorer som försvårar effektiv kommunikation kan vara bristen på struktur och standardisering av kommunikationen, stress, hierarki, kön och etnisk bakgrund (Sharp, 2012; Wallin & Thor, 2008). Bidragande orsaker till kommunikationssvårigheter kan vara att många enheter samt mycket personal är inblandad i patientens vård samt med språkförbistringar till följd av ett starkt beroende av hälso- och sjukvårdspersonal från andra länder (WHO, 2007). För att det ska finnas en gemensam förståelse i det som kommuniceras av både avsändare och mottagare är det viktigt att kommunikationen är fullständig, att den är korrekt, att den är avgränsad och kommer i rätt tid (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). I sjukvården behövs en fungerande kommunikation, detta bidrar till att bygga relationer mellan människor och till att överföra information (Wallin & Thor, 2008). För att en kommunikation ska vara effektiv ska den vara läglig, komplett, korrekt och avgränsad, detta för att korrekta beslut ska kunna fattas och medföra att åtgärder omedelbart ska kunna vidtas (Wallin & Thor, 2008). Genom att använda en fastställd struktur för hur kommunikation och information ska överföras minskar risken att viktig information glöms bort eller missuppfattas (Beckett & Kipnis, 2009; Sveriges kommuner och landsting, 2013c). Vid en patientkulturmätning på ett sjukhus i Mellansverige framkom att de ofta uppstod problem vid informationsutbyte mellan olika vårdenheter och att saker och ting ”föll mellan stolarna” då patienter överfördes från en vårdenhet till en annan (Frisack, 2011). Stor del av personalen upplevde också att det fanns svårigheter att samarbeta mellan vårdenheterna på ett bra sätt samt att det till viss del kunde kännas otryggt att arbeta tillsammans med personal från andra vårdenheter (Frisack, 2011).

## **Överlämnande rapportering**

Den grundläggande principen för överlämnande rapportering inom vården är att föra vidare uppgifter, kliniska och andra uppgifter som är relevanta, samt att delge information gällande omvårdnaden så noggrant som möjligt till de som tar över vården av individerna, vilket betyder att kommunikation är en viktig process i praktiken (Croos, 2014). Rapportera kan förklaras med att lämna rapport, inberätta, meddela, anmäla, referera, signalera, varsko, bilda återkommande mönster (Malmgren, 2003; Nordstedt, 1984; Svenska akademien, 1987). Med strukturerad överrapportering kan effektiviteten i kommunikationen förbättras samt ge en mer korrekt och nödvändig information som kan säkra och höja kvaliteten på omvårdnaden (Klim, Kelly, Kerr, Wood och McCann, 2013). God kommunikation vid överrapportering är en viktig del i patientsäkerheten (Croos, 2014). I vården finns det många utvecklade rutiner och systematiska arbetssätt inom olika områden men när det gäller rapportering av information så är variationen för hur det går till ganska stor och ofta ostrukturerad (Sharp, 2012). En överlämnande rapportering till ett avlösande arbetslag måste tas på allvar och hanteras på ett sådant sätt att tiden inte slösas bort och en medvetenhet måste finnas om att en överlämnande

rapportering kräver en förståelse för dess syfte, ledarskap, skyddad tid, ett systematiskt arbetssätt och en stödjande klinisk miljö (Croos, 2014).

Viktigt när det gäller kommunikation och rapportering är att syftet med kontakten framgår, även att informationen inte innehåller faktafel eller missuppfattas, att speciella problem framkommer och om det är något som är oklart mellan sändare och mottagare ska det klaras ut innan kommunikationen avslutas (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). Kommunikationen vid en överlämnande rapportering mellan vårdenheter och personal kan orsaka allvarliga haverier i kontinuiteten i vården genom till exempel olämplig behandling och ge potentiell skada för patienten (WHO, 2007). Missad information kan också vara relaterad till en brist på aktivt lyssnande från personalen vid överrapportering eller att information förloras under flera överrapporteringar (Bost, Crilly, Wallis, Patterson & Chaboyer, 2010).

Formell träning i att överrapportera påverkar resultatet av en klinisk överrapportering där även kunskap och erfarenhet är en viktig del i informationsutbytet (Bost et al., 2010). Bidragande orsaker till inträffade avvikelser i vården är stress och ansträngd arbetsmiljö (Sharp, 2012). Brist på medicinsk kunskap, omvårdnadskompetens och erfarenhet vid en överrapportering kan leda till förseningar i att identifiera, bedöma och behandla patienternas problem samt försämra kvaliteten och kvantiteten på informationen som mottas (Bost et al., 2010). Tvärvetenskaplig utbildning om den kliniska överrapporteringen kan uppmuntra till lagarbete, ett gemensamt språk och en struktur för tillfredställande minimal patientinformation som ska överföras mellan personal eller vårdenheter (Bost et al., 2010).

### **SBAR som kommunikationsverktyg**

SBAR, som står för Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation, är ett verktyg för strukturerad kommunikation som använts för överföring av information i komplexa situationer och arbetsmiljöer och som minimerar risken för missförstånd (Haddleton, 2014; Socialstyrelsen, 2013a; Wallin & Thor, 2008). SBAR är en beprövad kommunikationsmodell som säkerställer god informationsöverföring på ett snabbt och effektivt sätt (Haddleton, 2014). Under den Nationella patientsäkerhetskonferensen 2010 på Stockholmsmässan, lanserade Sveriges kommuner och landsting (SKL) SBAR (Haddleton, 2014). Med hjälp av denna metod ges förutsättningar att fokusera på det viktigaste i budskapet, onödigt information undviks, utan omskrivningar kommuniceras tydliga rekommendationer som ökar patientsäkerheten och hela personalens kompetens tas tillvara (Haddleton, 2014; Sveriges kommuner och landsting, 2013c; Vårdförbundet, 2013). Kommunikationsverktyget SBAR ger ett gemensamt språk för att kommunicera viktig information vid överrapportering kommunikativ patientvård (WHO, 2007). SBAR har utvecklats av den amerikanska marinen, där liksom inom vården sker arbete ofta med kritiska moment, överföring av kritisk information, under tidspress och i komplexa miljöer (Vårdförbundet, 2013). De enskilda bokstäverna står för olika steg i kommunikationen och betyder *Situation*, *Bakgrund*, *Aktuellt tillstånd* och *Rekommendationer*. Dessa fyra steg ska strukturera och förmedla den information som vill kommuniceras (Dunsford, 2009; Socialstyrelsen, 2013b; Sveriges kommuner och landsting, 2013c). SBAR skapar också förutsättningar för korrekt informationsutbyte, samlar in, inventera, strukturerar samt överför informationen och genom att undvika att fastna i detaljer, läggs fokus på huvudbudskapet (Wallin & Thor, 2008). SBAR är en av flera strukturerade metoder som används bland annat inom kärnkraftsindustrin och NASAs rymdprogram för att snabbt och korrekt sätta in en person i en komplicerad situation i samband med pass- och skiftbyten (Wallin & Thor, 2008). SBAR har också använts av första linjens chefer och med detta kunnat strukturera sin fråga och berätta om sin oro med logisk

grund för rekommendationer och på ett objektivt sätt med lämplig motivering, så att deras rekommendationer hördes och antogs (Boaro, Fancott, Baker, Velji & Andreoli, 2010). SBAR kan användas av alla och vid nästan alla typer av informationsöverföringar vilket ökar chanserna för tydlig, relevant och direkt kommunikation (Haddleton, 2014).

Betydelsen av de enskilda bokstäverna i SBAR är: S – Situation, här beskrivs kortfattat för mottagaren varför kontakt tas. Information som ska ingå är namn och titel på den som tar kontakt, från vilken avdelning/verksamhet kontakt tas, patientens namn, ålder och eventuellt personnummer samt vad som är problemet (Sveriges kommuner och landsting, 2013a; Dunsford, 2009; Klim, Kelly, Kerr, Wood & McCann, 2013). B – Bakgrund, här beskrivs kortfattat sjukdomshistoria och diagnos som är relevant, samt utredningar och behandlingar (Dunsford, 2009, Klim et al., 2013; Sveriges kommuner och landsting, 2013c). A – Aktuellt tillstånd, här rapporteras fakta om nuläget som exempelvis vitalparametrar, förändring i patientens tillstånd nu eller sedan tidigare samt vad som är det troliga problemet (Dunsford, 2009; Klim et al., 2013; Sveriges kommuner och landsting, 2013c). R – Rekommendation, här lämnas förslag på åtgärd, provtagning, undersökningar eller behandlingar, här sker också en återkoppling från mottagaren. Innan kommunikationen avslutas kontrolleras om det finns fler frågor och om sändare och mottagare är överens (Dunsford, 2009; Klim et al., 2013; Sveriges kommuner och landsting, 2013c).

### **Användning av SBAR**

Med SBAR skapas en gemensam struktur för kommunikation som gäller för alla som ska kommunicera med varandra på ett enklare och säkrare sätt (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). Endast nödvändig information som gäller just för det tillfället ska beskrivas, med detta sätt renodlas informationen och budskapet blir lätt att uppfatta för mottagaren (Socialstyrelsen, 2013b). Viktigt är att mottagaren lyssnar aktivt under kommunikationen och att mottagaren återger vad som kommit överens, detta kallas *Closed Loop Communication* (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). Strukturerade överrapporteringar som omfattar både skriftliga och muntliga komponenter kan förbättra informationsutbytet (Boost et al., 2010). Denna struktur skapar förutsättningar för att fokus ska ligga på det viktigaste och för att onödig information ska undvikas (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). SBAR är ett strukturerat verktyg som tillåter personer med olika kommunikationsstilar att kommunicera effektivt och förbättrar förmågan att koda och avkoda verbala budskap effektivt vilket minskar risken för fel och feltolkningar samt förbättrar patientsäkerheten (Dunsford, 2009). Sjuksköterskor som använt SBAR anser att tid sparas, att det minskar frustrationen och förbättrar kommunikationen generellt (Sharp, 2012). Enligt läkare så har ett införande av SBAR som kommunikationsverktyg inneburit att informationen som rapporterats till dem har blivit mer saklig och strukturerad (Sharp, 2012).

För att få ett så bra genomslag som möjligt med SBAR är det viktigt att alla yrkesgrupper inkluderas i denna ickehierarkiska kommunikationsform (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). Denna teknik att kommunicera enligt SBAR kan användas i mycket liten skala eller i en större skala och sammanhang. När processen väl är implementerad, fortsätter cykeln genom att expanderas till andra områden, processen anpassas för sina unika behov och standardiseringen upprätthåller struktur i kommunikationen och kommer därför sannolikt att användas konsekvent även i annan kommunikation (Dunsford, 2009). Med en gemensam kommunikationsstruktur skapas förutsättningar att fokusera på det viktigaste i budskapet och ovidkommande information undviks (Sveriges kommuner och landsting, 2013c). Detta verktyg ger också möjlighet att utan omskrivningar kommunicera tydliga rekommendationer vilket ökar patientsäkerheten och hela personalens kompetens tas tillvara (Sveriges kommuner

och landsting, 2013c). Ett standardiserat verktyg för en bättre överförd kommunikation kan utgöra skillnaden mellan patientsäkerhet och medicinska misstag (Haddleton, 2014). Med hjälp av SBAR vid överrapportering effektiviserar kommunikationen, minskar tillbuden och främjar patientsäkerheten samt ger tillfälle att ställa frågor, till skillnad från enbart läsande överrapportering (Novak & Fairchild, 2012).

Läkare anser att kommunikationen från sjuksköterskor blir mer tydlig och komplett med hjälp av SBAR vilket förbättrar kommunikationen generellt och har en positiv inverkan på teamarbetet som leder till ett ökat patientsäkerhetssamarbete (Beckett & Kipnis, 2009). Enligt Haddleton (2014) visade en studie på att läkarna uppfattade rapporterna från sjuksköterskor mer strukturerade, kortfattade och sakliga, efter att SBAR införts. Med strukturerad överrapportering ges optimal information som säkerställer patientens kontinuitet i vården (Klim et al., 2013). Ett verktyg som SBAR, hjälper sändaren att organisera sina tankar och strukturera och framställa viktig information samtidigt som mindre viktig information elimineras och mottagaren uppmärksammas på de viktigaste punkterna i informationen (Dunsford, 2009). Med ett strukturerat kommunikationsverktyg som SBAR är det mindre sannolikt att sändaren kommer att glömma ge viktig information och därför blir kommunikationen mer fullständig för mottagaren (Bruce & Suserud, 2005; Dunsford, 2009). Enligt Dunsford (2009) är SBAR inte ett universalhjälpmedel som löser alla kommunikationsproblem, beroende av organisation kan en grundläggande kulturell förändring krävas för att få ett massivt stöd. Enligt Thomas, Bertram och Johnson (2009) utbildas sjuksköterskor och läkare olika och kommunicerar på olika vis. Sjuksköterskor är tränade att kommunicera på ett berättande vis, medan läkare behöver en mer koncis information för att göra en snabb klinisk bedömning eller ställa en diagnos (Dunsford, 2009; Hohenhaus et al., 2006; Thomas et al., 2009). Dessa två kommunikationsstilar kan orsaka spänningar, därför kan sjuksköterskor behöva träna på detta kommunikationssätt för att bli bekväma i att ge kort, koncis information på ett strukturerat sätt (Dunsford, 2009).

### **Problemformulering**

Patientsäkerhetskulturmätningen år 2011 på ett akutsjukhus i Mellansverige, identifierade att kommunikationen var ett av de områden som behövde förbättras (Frisack, 2011). Det visade sig bland annat att problem uppstod vid informationsutbyte, överlämningar och överföring av information gällande patienter, saker och ting ”föll mellan stolarna” när patienterna överfördes från en vårdenhets till en annan (Frisack, 2011). Vid dessa negativa händelser och tillbud har det inte funnits något enhetligt och strukturerat sätt att kommunicera eller rapportera enligt, vilket har resulterat i brister i kommunikationen som att det varit oklart syfte med kontakten, blivit missuppfattningar och faktafel, ofullständig information har givits, oklarhet kring angelägenhetsgraden kring kontakten, oklarhet kring rekommenderade åtgärder samt ingen tydlig överenskommelse mellan sändare och mottager om vad som ska göras och av vem (Frisack, 2011). Med hjälp av SBAR som kommunikationsverktyg är syftet att kommunikation och information ska överföras korrekt i alla led och vid alla tillfällen mellan mottagare och avsändare samt att detta ska säkerställa en god och trygg vård (Frisack, 2011). Det saknas kunskap om sjuksköterskornas erfarenheter av att använda SBAR på det aktuella sjukhuset och om införandet av detta verktyg har strukturerat och förbättrat kommunikation och rapportering och överföring av patientinformation mellan personalen.

## **SYFTE**

Syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera med hjälp av SBAR prehospitalt och hospitalt.

## **METOD**

### **Ansats och design**

Studien är empirisk, då den bygger på en vetenskaplig undersökning av verkligheten. Empiri bygger på iakttagelser, undersökningar, experiment och grundar sig på erfarenhet och på verkligheten (Jakobsson, 2011). Metoden som användes var kvalitativ med inslag av kvantitativ deskriptiv statistik. Kvalitativ metod ger beskrivande data från människors egna skrivna och talande ord tillsammans med observerbara beteenden (Olsson & Sörensen, 2007). Kvalitativ forskning undersöker fenomen, vanligtvis med ett fördjupat holistiskt synsätt, genom att samla in berättande data som undersöks med en flexibel forskningsdesign (Polit & Beck, 2008)

### **Datainsamling**

Datainsamlingsmetoden var webbenkät med strukturerade frågor, denna webbenkät var ett studiespecifikt instrument. Att genomföra en datainsamling med webbenkäter kan vara mycket kostandseffektivt både för att distributionen är billig och för att svaren inte behöver registreras separat (Lantz, 2011; Trost, 2007). Fördel med enkäter är att det är möjligt att nå ett stort antal respondenter, och att respondenterna kan svara när det passar dem och de riskerar inte att påverkas av direkt interaktion med andra personer (Lantz, 2011). Enkäter används vanligtvis vid frågeundersökningar av kvantitativ natur, enkäter brukar i fackkretsar kallas mätinstrument – ett instrument som mäter människors beteende, åsikter och känslor (Trost, 2007).

Designen som valts till denna studie är en tvärsnittsstudie. En tvärsnittsstudie görs endast vid ett tillfälle och visar vilka förhållanden som gällde vid just denna tidpunkt (Jakobsson, 2011).

### **Urval**

Respondenterna i denna studie var icke-slumpmässigt strategiskt utvalda. Strategiskt urval hör till de icke-slumpmässiga urvalen (Trost, 2007). Strategiska urval används oftast vid kvalitativa studier där det önskas variation i svaren från respondenterna (Trost, 2007). Studien inkluderade 12 olika vård-, akut- och serviceavdelningar, vilket innefattade två medicinavdelningar, två kirurgavdelningar, en ortopedavdelning, två geriatriska avdelningar, en röntgenavdelning (serviceavdelning), en intensivvårdsavdelning, en anesthesi- och operationsavdelning, akutmottagningen samt ambulansverksamheten. De två geriatriska avdelningar föll bort på grund av att de inte hade startat upp med användandet av SBAR när undersökningen började. Tio sjuksköterskor från varje avdelning deltog, förutom ambulansverksamheten som hade 12 stycken deltagare och anesthesi- och operationsavdelningen som hade åtta deltagare, som besvarade webbenkäten där de beskrev sina upplevelser gällande användandet av SBAR som kommunikationsverktyg.

Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor inom akut-, vård- och serviceavdelning. Exklusionskriterier var timanställda sjuksköterskor. Det fanns inga begränsningar på antalet yrkesverksamma år eller att respondenterna skulle ha

specialistkompetens eller inte. I denna studie är en yrkeskategori utvald, sjuksköterskorna, som representerar flera olika avdelningar på ett sjukhus, med och utan specialistutbildning, vilket gav en möjlighet till att få en variation i svaren. Ingen hänsyn togs till ålder, kön eller etnicitet.

### **Genomförande**

Studien genomfördes under hösten 2013 – våren 2014. Först kontaktades verksamhetscheferna på de olika klinikerna för att inhämta skriftligt godkännande för att få genomföra studien. Studien godkändes av respektive kliniks verksamhetschef (Bilaga I). Utbildningsansvarig eller utvecklingsansvarig personal från respektive avdelning på sjukhuset informerade sina medarbetare om studien och samlade in namn och anställnings id på respondenter. Dessa namnlistor skickades till författaren i förslutna kuvert med internposten på sjukhuset. Med hjälp av respondenternas anställnings id så kopplades webbenkäten ihop med deras arbetsmail och på detta vis mailades forskningspersoninformation (Bilaga II) samt webbenkäten (Bilaga III) ut till deltagarna.

Webbenkäten inleddes med en kort introduktion gällande den aktuella undersökningen. Därefter skulle några enkla demografiska variabler besvaras med nominalskala, *ja* eller *nej*, gällande bland annat ålder, kön, antal år i yrket och på de efterföljande frågorna fanns det ibland fler svarsalternativ. Deltagarna kryssade i ett svarsalternativ vid kryssfrågorna, därefter önskades en utveckling med skrivna kommentarer så målande, beskrivande och förklarande som möjligt på varför de hade svarat som de gjort på frågorna. Med en uppbyggnad av enkäten som inleds med en introduktion och övergår i enkla demografiska frågor, den så kallade tratt-tekniken, undviks bortfall som skulle kunnat uppstå då deltagarna direkt stöter på en fråga som uppfattas som ”svår”, personlig eller känslig (Lanz, 2011). Genom att ha flera svarsalternativ kan svaren ges en bättre möjlighet till tolkning som därmed gynnar slutsatsen (Ejlertsson, 2005). Enkätfrågorna utvecklades med hjälp av verksamhetsutvecklare från akutkliniken, utvecklingschefen på sjukhuset, personer med spetskompetens gällande kommunikationsöverföring inom hälso- och sjukvården samt från andra enkäter som berörde liknande område och var studiespecifik. Webbenkäten bestod av sammalagt 15 frågor där sjuksköterskorna fick svara på frågor gällande sina erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera men hjälp av SBAR som kommunikationssystem.

En pilotstudie genomfördes för att testa enkäten. Fem sjuksköterskor fick besvara enkäten vid ett första tillfälle, efter detta omformulerades vissa av enkätens frågor och förtydligades. Efter det besvarade ytterligare fyra sjuksköterskor enkäten. Totalt deltog nio sjuksköterskor i pilotstudien. En pilotstudie genomförs helst med deltagare som tillhör den kategori som är tänkt att besvara enkäten för att få möjlighet till förbättringar som leder till att studien som helhet kan få högre validitet och/eller reliabilitet (Lantz, 2011). Svaren från sjuksköterskor i pilotstudien ingick inte i det slutliga datamaterialet.

Att svara på enkäter betyder att deltagaren själv noterar sina svar med egen hand (Trost, 2007). Enkäten skickades till deltagarnas arbetsmail, där fanns en länk som tog dem till sidan för webbenkäten och där fanns också en personlig inloggningskod. Denna inloggningskod var en engångskod och kan inte kopplas ihop med deltagarens svar. På så sätt kan konfidentiellen bevaras. Information om att enkäten fanns tillgänglig på deltagarnas mail delgavs också på respektive klinik/avdelnings intranät. Även en automatisk påminnelse skickades ut till alla deltagarnas mail vid två tillfällen under tiden studien pågick. Författaren skrev även påminnelser på respektive avdelnings hemsida vid ett tillfälle. Syftet med påminnelser är att

uppmuntra dem som har tänkt besvara frågorna att göra det så det inte blir glömt samt att motivera dem som är tveksamma så att de verkligen vill svara (Trost, 2007).

### Databearbetning

Deltagarna fick möjlighet att både svara med kryssalternativ och med egna fritextsvar. Datamaterialet bearbetades med manifest kvalitativ innehållsanalys samt med deskriptiv statistik. En manifest kvalitativ innehållsanalys betyder att den direkta texten beskrivs på ett systematiskt sätt (Jakobsson, 2011). Vid manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) analyseras innehållet i texten och det synliga beskrivs med uppenbara komponenter. Vid kvalitativ innehållsanalys analyseras berättande data för att identifiera mönster och gemensamma begrepp (Polit & Beck, 2008). Som analysmetod valdes kvalitativ innehållsanalys för att kunna identifiera gemensamma begrepp ur innehållet i respondenternas fritext.

Vid bearbetningen av den insamlade data från fritexten, de frågorna där deltagarna själv hade skrivit ett svar, markerades den text som överensstämde med studiens syfte och meningsbärande enheter bildades som kondenserades. Vid kondensering i kvalitativ forskningsmetodik kortas texten ned utan att förlora något av innehållet (Graneheim & Lundman, 2004; Jakobsson, 2011). Koder framkom ur den kondenserade texten som beskrev innehållet och som hade ett gemensamt budskap och liknade koder grupperades ihop och bildade kategorier. Kodning gör så att datamaterialet blir mer överskådligt och mer hanterbart under den fortsatta analysen, koderna ska vara textnära de meningsbärande enheterna (Jakobsson, 2011). En kvalitativ innehållsanalys innebär att data bryts ner i mindre enheter, vid kodning namnges enheterna i enlighet med det innehåll de representerar, koderna grupperas och bildar kategorier som bygger på gemensamma begrepp (Polit & Beck, 2008). I analysen ska det som studeras kunna förstås ur ett vårdande perspektiv, texten ska bearbetas och struktureras så att resultatet kan presenteras för läsaren (Dahlborg Lyckhage, 2006). Kvalitativ forskning baseras på data från berättelser men kräver förståelse och samarbete mellan forskaren och respondenterna, så här finns alltid en viss grad av tolkning vid analys av texterna (Graneheim & Lundman, 2004). Tabell 1 ger beskrivning över analysarbetet.

De demografiska variablerna och övriga frågor som besvarats med nominalskala bearbetades med deskriptiv statistik och presenterades med diagram i resultatdelen, bearbetningen genomfördes med hjälp av programmet Excel. Diagram belyser respondenternas svar utifrån enkätfrågorna. Diagram ger ofta läsaren en snabbare och mer överskådlig bild av resultatet (Lanz, 2011).

**Tabell 1.** Analysmatris. Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsbärande enhet, kod, underkategori och kategori från den manifesta innehållsanalysen enligt (Graneheim & Lundman, 2004)

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Minimerar risken för att det skall brista i akuta situationer då det ger en stabilitet i att tala till varandra samt ökad	Stabilitet och ökad respekt i icke akuta situationer	Styrkor med SBAR		Styrkor och svagheter med SBAR

respekt för varandra då man bekräftar att man är redo att ta emot information i icka akuta				som kommunikationsverktyg
Jag ser inte att SBAR är ”unik” och på något sätt bättre än ”vanlig” muntlig rapportering. Har man bara skrivit ned vad man ska rapportera som ett ”kom-ihåg” så kommer ju den viktiga informationen fram vid rapport	SBAR är inget unikt kommunikationsverktyg, lika bra som tidigare rapportering	Svagheter med SBAR		

### Forskningsetiska övervägande

Det grundläggande individskyddskravet är beaktat genom de fyra allmänna huvudkrav på forskning som innebär informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet genom en forskningspersoninformation (Bilaga II) till alla deltagarna (Vetenskapsrådet, 2011).

I forskningspersoninformationen (Bilaga II) fick deltagarna en mindre detaljerad bakgrunden till studien samt syfte med hänvisning och kontaktuppgifter till författaren och förliggande arbete och dennes handledare för ytterligare frågor. Deltagarnas medverkan i denna studie var frivillig och de hade rätt att avbryta sin medverkan när de ville. Informerat samtycke innebär att deltagarna inte utsätts för ofrivilligt deltagande och kan närsomhelst avsluta sitt medverkande (Kvale och Brinkmann, 2009). En kort information gavs om hur deltagandet gick till och vad deras personliga insats innebar. Deltagarna informerades om att de kommer att kunna ta del av studiens resultat genom sin vårdenhetschef eller verksamhetschef, den kommer finnas i pappersform på avdelningen och kan redovisas på arbetsplatsträffar vid önskemål. Ingen deltagare kunde eller kan härledas till dennes svar, deltagarnas svar var och är helt oidentifierade i uppsatsen och inga obehöriga kunde eller kan ta del av dem. Informationssäkerhetstänkandet har funnits med under hela arbetet genom att tänka på att skydda informationen och anpassa de tekniska, fysiska och administrativa miljöerna där informationen hanterats så att informationen ej förvanskats eller riskerat insyn från obehöriga. Informationssäkerhetstänkandet har hanterats genom att författaren använt datorer med personligt login och deltagarlistorna förvarats inlåsta i säkerhetsskåp. Efter studiens slut raderades materialet i enlighet med Kjellström (2012). Kliniknamn, avdelningsnamn eller sjukhusets namn har aldrig använts i uppsatsen och inte skrivits ut i sin helhet. Verksamhetscheferna från respektive avdelning som medverkar har godkänt studien (Bilaga I).

## RESULTAT

Resultatet presenterad med hjälp av deskriptiv statistik (diagram och procent) samt med hjälp av koder, kategorier och citat. Av 100 stycken utskickade webbenkäter besvarades 30 stycken. Detta gav en svarsfrekvens på 30 procent. Av dessa deltog 25 stycken kvinnor (83 procent) och fem stycken män (17 procent) i studien.



## Demografisk data

### Åldersfördelning

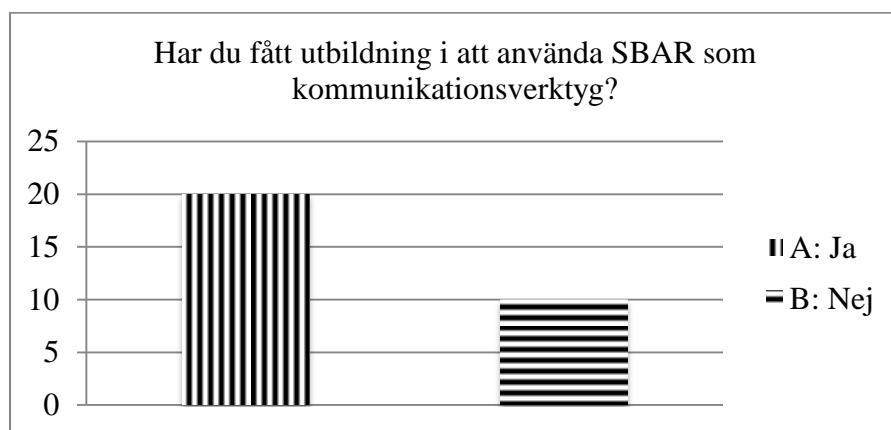
När det gäller åldersfördelningen bland respondenterna var fyra sjuksköterskor mellan 20-29 år, nio sjuksköterskor var mellan 30-39 år, tio sjuksköterskor var mellan 40-49 år, sex sjuksköterskor var mellan 50-59 år och en sjuksköterska var mellan 60-69 år.

### Antal yrkesverksamma år som sjuksköterska

Fördelningen gällande antal yrkesverksamma hade två sjuksköterskor jobbat mindre än 1 år, tre sjuksköterskor hade jobbat mellan 1-5 år, sju sjuksköterskor hade jobbat mellan 6-10 år och 18 sjuksköterskor hade arbetat mer än 10 år som sjuksköterskor.

## Utbildning i att använda SBAR

### Utbildning



**Figur 1.** Utbildning i att använda SBAR

De flesta sjuksköterskor, 68 procent (n=20), svarade att de fått utbildning i kommunikationsverktyget SBAR (figur 1). Många sjuksköterskor förklarade i fritextsvaren att de snarare hade fått en snabb, kort genomgång, i vissa fall muntlig information i upp till någon timme och ville inte kalla det för ”utbildning”. I andra fall hade sjuksköterskorna endast fått skriftlig information på arbetsplatsen eller en lite föreläsning på en arbetsplatsträff av ansvariga på avdelningen. En sjuksköterska hade endast fått en kort genomgång sjuksköterskeutbildningen på högskolan, en annan sjuksköterska hade lärt sig själv genom Sveriges kommuner och landstings (SKL) hemsida. Några sjuksköterskor hade fått en lathund att ha i fickan som det kunde användas vid överrapportering. De flesta sjuksköterskor ansåg sig självlärda tillsammans med kollegor. Några sjuksköterskor var tveksamma till om de hade de kunskaper som behövdes för att kunna använda SBAR på rätt sätt och önskade mer information och tyckte att utbildningen var bristfällig.

*”Ingen utbildning i sig, utan har lärt mig själv efter hand och av mina medarbetare”*

## Träning/övning i att använda SBAR

### Träning/övning



**Figur 2.** Tränat övat på att använda SBAR

De flesta sjuksköterskor, 77 procent (n=23), ansåg att de hade tränat/övat på att använda SBAR som kommunikationsverktyg (figur 2). Många sjuksköterskor tränade och övade på att ge rapport enligt SBAR till sina kollegor vid skiftbyten eller genom överrapporteringar till andra avdelningar, på så sätt lärde de sig rapporteringsverktyget efter hand. Flera sjuksköterskor beskrev att de hade tränat själva eller tillsammans med kollegor i team för att utveckla verktyget. En sjuksköterska beskrev att hon inte hade kommit sig för att träna ännu. Flera av sjuksköterskor önskade mer utbildning och mer praktisk träning.

*”Tränar fortfarande varje gång jag rapporterar”*

## Styrkor och svagheter med SBAR som kommunikationsverktyg

### Styrkor med SBAR



**Figur 3.** Styrkor med SBAR

Många sjuksköterskor, 93 procent (n=28), tyckte att det var lättare att rapportera enligt SBAR (figur 3). Rapporterna blev mer strukturerade, snabbare, säkrare och de hade lättare att hitta information när behovet uppstod samt att alla gav rapport på samma sätt. Det som behövde rapporteras över blev överrapporterat och risken för misstag minskade. Rapporterna blev

sakliga, klara och tydliga med ordning, det ansågs vara enkelt och alla visste hur rapporten var uppbyggt samt att den avslutades med en frågestund. En sjuksköterska ansåg att samma innehåll rapporterades som före införandet av SBAR, men med bättre struktur. Riskerna minimerades för att det skulle gå fel i akuta situationer och att respekten för varandra ökade samt att det gav en viss stabilitet i samtalet mellan personalen. Det upplevdes också bra och viktigt att alla rapporterade på samma sätt, att alla följde SBAR, annars fungerade det inte lika väl. Specialistutbildade sjuksköterskor ansåg inte att SBAR som kommunikationsverktyg skiljde sig så mycket från hur de rapporterade tidigare.

*”Svårt att det ska bli fel om alla pratar samma språk”*

#### Svagheter med SBAR

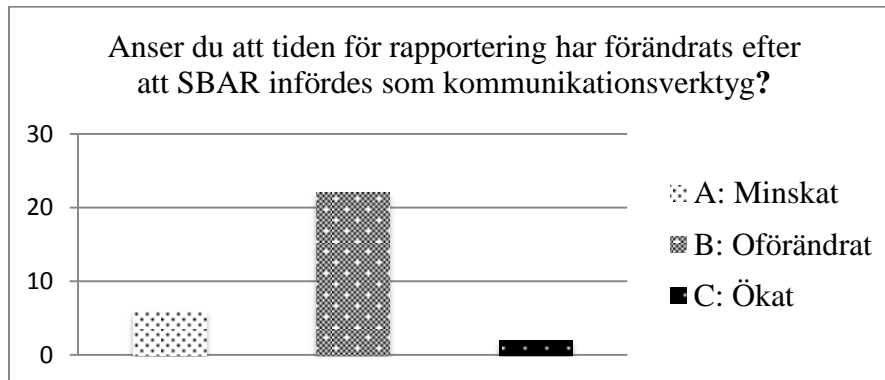


**Figur 4.** Svagheter med SBAR

Nästan hälften av sjuksköterskorna, 47 procent (n=14) tyckte att det fanns svagheter med SBAR och den andra hälften av sjuksköterskorna, 53 procent (n=16) tyckte inte att det fanns några svagheter med SBAR (figur 4). Några sjuksköterskor ansåg sig inte veta om SBAR hade några svagheter, de ansåg sig ha arbetat för lite med verktyget. Någon uttryckte att det var svårt att vänta med frågorna tills slutet då man fick en rapport, då kunde frågan vara glömd. Det kunde finnas en oro om att patienten glömdes bort bakom sjukdomen och att rapporteringen gällande omvårdnaden blev för knapp. Sjuksköterskorna upplevde också att SBAR inte alltid följdes vid överrapportering och att om det fanns några svagheter berodde det på detta. Någon tyckte att SBAR innehöll för många steg. Oro fanns också om att verktyget urholkades om inte båda parterna i en rapportering hade samma förståelse för SBAR som verktyg. Sjuksköterskor i ambulansen hade delade meningar om SBAR som kommunikationsverktyg, någon använde det alltid om det inte rörde sig om en traumapatient för då användes ABCDE-modellen (A-E omhändertagandet, där varje bokstav står för Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), medan någon annan ansåg att SBAR som kommunikationsverktyg var överflödigt då de redan har snarlika sätt att rapportera och fördrog ABCDE-metoden eller rapporterade direkt utifrån RETTS-journalen (akutjournalen som ambulans och akutmottagning använder). Sjuksköterskor som arbetade prehospitalt ansåg det vara svårt att få plats att dokumentera all övrig information som är viktig gällande patientens fortsatta omhändertagande som till exempel hur det såg ut i hemmiljön, om det fanns eventuella övriga problem som var aktuella och om patienten behövde utökad hjälp för att kunna återgå till hemmet.

*”Jag ser inte att SBAR är 'unikt' och på något sätt bättre än 'vanlig' muntlig rapportering. Har man bara skrivit ned vad man ska rapportera som ett ”kom-ihåg” så kommer ju den viktiga informationen fram vid rapport.”*

### Tidsåtgång vid rapportering



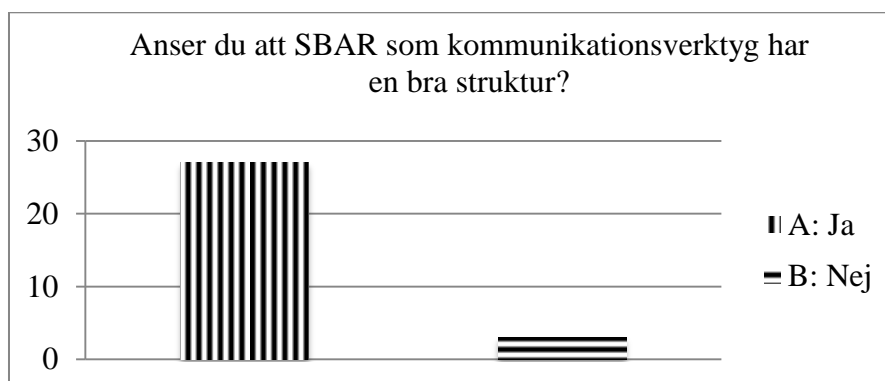
**Figur 5.** Tidsåtgång vid rapportering

Sjuksköterskornas åsikter skilde sig åt gällande om hur de upplevde att tiden för rapportering har förändrats efter att SBAR som kommunikationsverktyg infördes (figur 5). Några sjuksköterskor, 20 procent (n=6), tyckte att tiden vid överrapportering definitivt hade minskat drastiskt, medan de flesta sjuksköterskor, 73 procent (n=22) upplevde att tidsåtgången var ungefär densamma som tidigare till att det faktiskt hade ökat precis vid införandet av SBAR för att sedan ha återgått till att vara som före införandet. Sjuksköterskorna upplevde att de inte längre blev lika mycket avbrutna och att inget onödigt prat skedde under överrapporteringen samt att frågor kom efteråt.

*”Jag rapporterar i princip som innan men blir kanske inte avbruten så mycket längre”*

### **SBAR:s uppbyggnad och struktur**

#### Uppbyggnad och struktur



**Figur 6.** Uppbyggnad och struktur

Sjuksköterskorna, 90 procent (n=27) beskrev att SBAR som kommunikationsverktyg har en bra struktur (figur 6). SBAR beskrevs vara ett kommunikationsverktyg som var enkelt, lätt att följa och lätt att hitta information. Flera sjuksköterskor ansåg att mallarna/lathundarna var bra

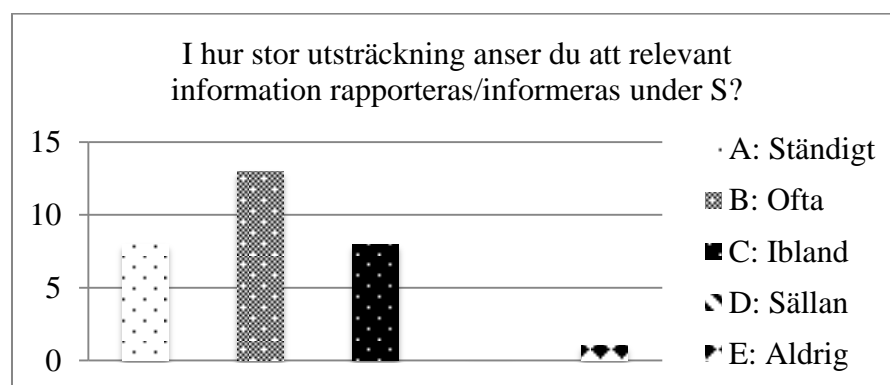
hjälpmedel. Användandet av SBAR ansågs ge en bra och tydlig struktur, en tydlig mall som ansågs bra att jobba efter vilket gjorde det lättare och enklare att följa och hitta den information som behövdes samt att inget missades. Eftersom alla rapporterade enligt samma modell blev innehållet liknande vilket gav en bättre struktur, onödig information försvann liksom onödigt prat under överrapporteringarna. Några sjuksköterskor ansåg att bakgrunden borde komma först för att det oftast har en koppling till det patienten söker för. Flera sjuksköterskor ansåg att SBAR som kommunikationsverktyg bör anpassas internt så den blir väl anpassad till respektive klinik eller avdelning. Ambulanspersonal föredrog att rapportera enligt AMLS (Advanced Medical Life Support) istället.

*”Att man går igenom hur situationen ser ut just nu när du rapporterar över och att man får till sig vad man bör veta inför ex. nattarbete”*

### Relevant information som rapporteras under S, B, A, R.

Bokstäverna SBAR står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation. Under S (situation) rapporteras kort vem som tar kontakt, varför kontakt tas, patientens namn och personnummer (ålder) och vad som är problemet. Under B (bakgrund) rapporteras kortfattat en sammanställd relevant sjukdomshistoria. Under A (aktuellt) rapporteras relevant fakta om nuläget, eventuella förändringar och vad det troliga problemet är. Under R (rekommendationer) rapporteras förslag på åtgärd utifrån uppgifter som framkommit under S, B och A. Därefter ställs eventuella frågor och kommunikationen avslutas med att både sändare och mottagare har bekräftat åtgärden och är överens.

### Relevant information rapporterad under S (Situation)



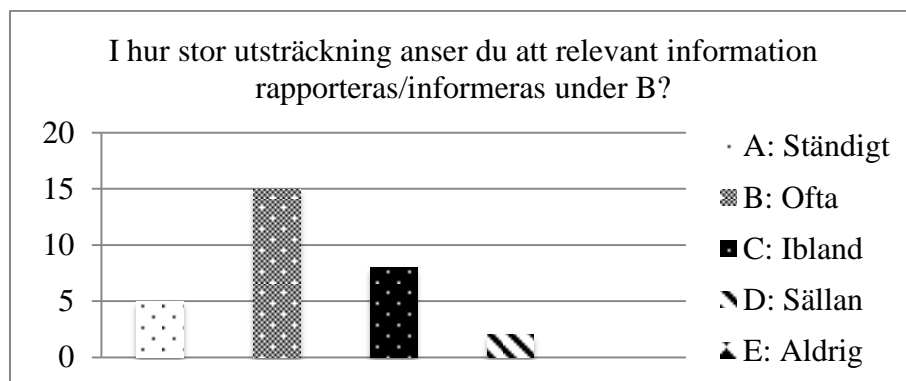
**Figur 7.** Relevant information rapporterad under S

Sjuksköterskor, 43 procent (n=13) beskrev att de upplevde att det oftast fungerade bra och att de fick relevant information under S (figur 7). Den som tog kontakt presenterade sig, talade om varför kontakt togs, de fick veta patientens identitetsuppgifter och vad som var problemet. Det ansågs som ett bra sätt att framföra viktig relevant information snabbt och lätt.

Avdelningssjuksköterskor ansåg att de oftast fick all relevant information rapporterad under S (Situation) från akutmottagningen och från intensivvårdsavdelningen men att det inte alltid rapporterades lika noggrant mellan avdelningarna. Sjuksköterskor i ambulansen ansåg att det fanns andra kommunikationsverktyg som passade bättre för deras verksamhet.

*”I och med att detta är ett nytt verktyg så har det inte anammats utav alla på huset. Kommer att ta tid men resultatet blir jättebra”*

### Relevant information rapporterad under B (Behandling)

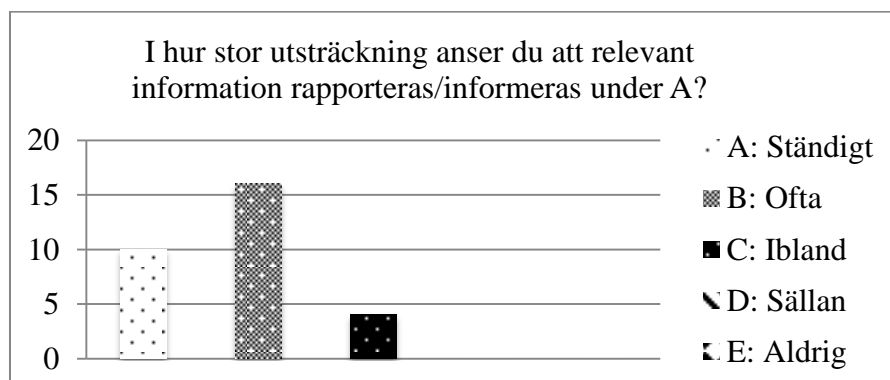


**Figur 8.** Relevant rapporterad information under B

Hälften av sjuksköterskorna, 50 procent (n=15), ansåg att de oftast fick en kortfattad anamnes med relevant sjukdomshistoria, vad patienten eventuellt utreddes för eller fick för behandling (figur 8). Generellt ansåg sjuksköterskorna att SBAR gav en röd tråd vid rapportering men det fanns önskemål om att B (bakgrunden) skulle komma först. Många sjuksköterskor ansåg också att de förtryckta rapportblad som användes på vissa avdelningar har för liten plats att skriva på för denna rubrik. När däremot rapport mottogs så ansågs det inte alltid vara aktuell information eller relevant information som gavs vilket kunde bero på att det kunde vara svårt att få en bra anamnes. Flera sjuksköterskor tyckte dock att rapporteringen under B (Bakgrund) fungerade bra och att rapporteringen blev relevant, kortfattad och lättöverskådlig.

*”Alla försöker att få det kortfattat och lättöverskådligt, att få med aktuell och viktig information”*

### Relevant information rapporterad under A (Aktuellt tillstånd)



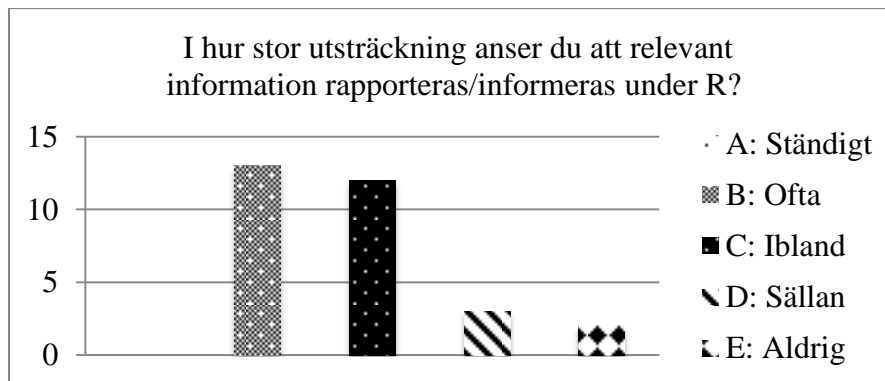
**Figur 9.** Relevant information rapporterad under A

Drygt hälften av sjuksköterskorna, 53 procent (n=16) ansåg att de oftast fick fakta om nuläget gällande det aktuella tillståndet, vitalparametrar, provsvar och vad som var det troliga problemet (figur 9). Sjuksköterskorna beskrev att det ansågs viktigt att få rätt information under A (aktuellt tillstånd) för att kunna behandla patienten på rätt sätt. Sjuksköterskor

önskade att detta rapporteras kortfattat, att de fick veta hur patienten mår nu och om vitalparametrar avvek eller inte för att kunna göra korrekta bedömningar.

*”Hänger ju ihop med 'B'. Det är därför jag tycker SBAR verkar överskattad, all information hänger ju ihop, och hade därför naturligt kommit fram ändå- Det har det i alla fall gjort hittills”*

#### Relevant information rapporterad under R (Rekommendationer)



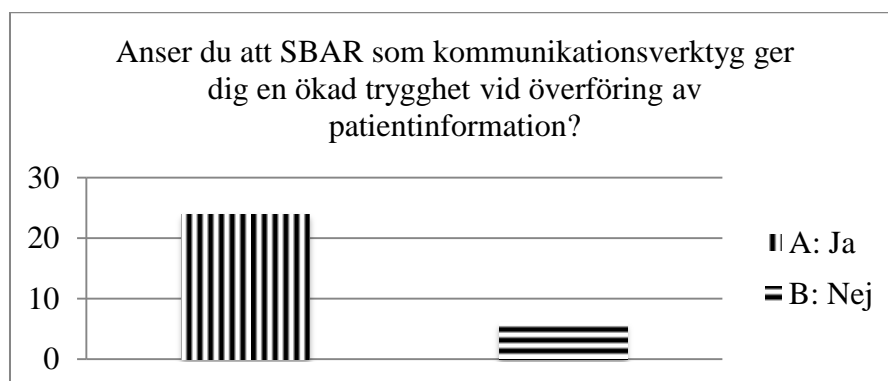
**Figur 10.** Relevant information rapporterad under R

Relevant information som rapporteras under rekommendationer innebär förslag på åtgärder, information om vidare provtagning och/eller undersökningar, behandlingar samt att det görs en återkoppling från mottagaren att de är överens (figur 10). Nästan hälften av sjuksköterskorna, 43 procent (n=13) ansåg att de oftast får relevant information under rekommendationer och nästan lika många sjuksköterskor, 40 procent (n=10) tycker endast att de får det ibland. Flera sjuksköterskor ansåg att de ibland fick för lite information under R (Rekommendationer), att de fick lite luddig information och inte alltid så konkret. Här ansåg en del sjuksköterskor att det kunde vara svårt att förmedla rätt information om det som skulle rapporteras kom från läkaren och denne inte har skrivit tillräckligt tydligt. Det kunde även finnas vissa brister när det gällde att kontrollera att mottagaren har uppfattat det som sagts, att man var överens om det som hade sagts.

*”Inte lika viktig punkt, men kan ändå vara av värde. För det mesta vet både jag och mina kollegor vad som behövs göras eller vem som behövs kontaktas när olika saker inträffar”*

## Sjuksköterskans trygghet och stöd med hjälp av SBAR som kommunikationsverktyg

### Ökad trygghet vid överrapportering



**Figur 11.** Ökad trygghet vid överrapportering

De flesta sjuksköterskorna, 80 procent (n=24), upplevde en trygghet i att använda kommunikationsverktyget (figur 11). SBAR som kommunikationsverktyg ansågs vara standardiserat, enkelt att använda och relevant information gavs vid en rapport och upplevdes som mer säkert att inget glömdes bort. Enkelt att använda, alla hade arbetat på ett gemensamt, strukturerat sätt vid överrapporteringarna där det fanns mindre risk att missa viktig information. Det ansågs dock viktigt att alla följde mallen och att alla rapporterade på samma sätt annars upplevdes det rörigt. Erfarna sjuksköterskor upplevde inte samma trygghet då de ansåg sig rapportera på liknande sätt redan innan. Sjuksköterskorna ansåg att SBAR som kommunikationsverktyg troligtvis kunde hjälpa till och att ge trygghet till många nya sjuksköterskor.

*”Säkrare genomgång ej lika lätt att tappa bort information under rapport, mottagaren vet att denne skall lyssna innan frågor ställs, man blir ej avbruten i sin rapport”*

### Ökat stöd vid överrapportering



**Figur 12.** Ökat stöd vid överrapportering

Sjuksköterskor, 43 procent (n=13) tyckte att SBAR oftast var ett stöd vid rapportering (figur 12). Den som rapporterade slapp bli avbruten vilket var bra vid akuta situationer, man tog lättare till sig det som rapporterades och viktig information gick ej förlorad. SBAR ansågs strukturerat och båda mottagare och sändare visste vad som förväntades, hur rapporteringen skulle gå till eftersom alla rapporterade på samma sätt. Med rapportering enligt SBAR följdes

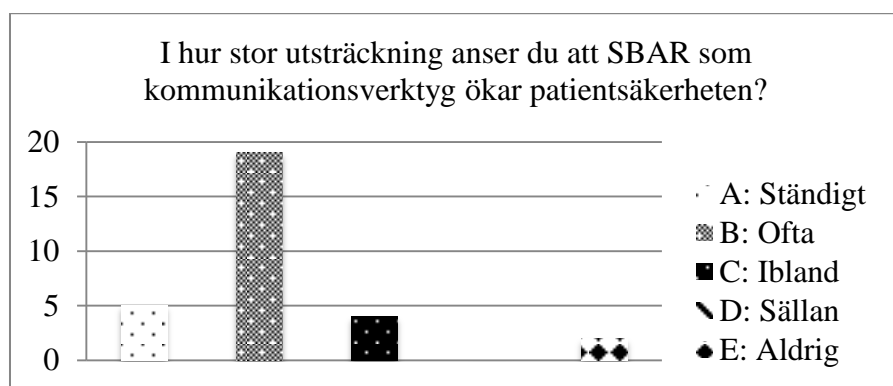


en struktur i rapporten och det blev svårare att tappa bort sig. SBAR ansågs också vara ett ökat stöd vid akuta situationer. SBAR som kommunikationsverktyg användes inte alltid av alla sjuksköterskor utan bara i vissa situationer och vissa sjuksköterskor använde det inte vid läkarkontakt. Ibland ansågs det vara lite för många steg att rapportera enligt SBAR och blev då onödigt informativt.

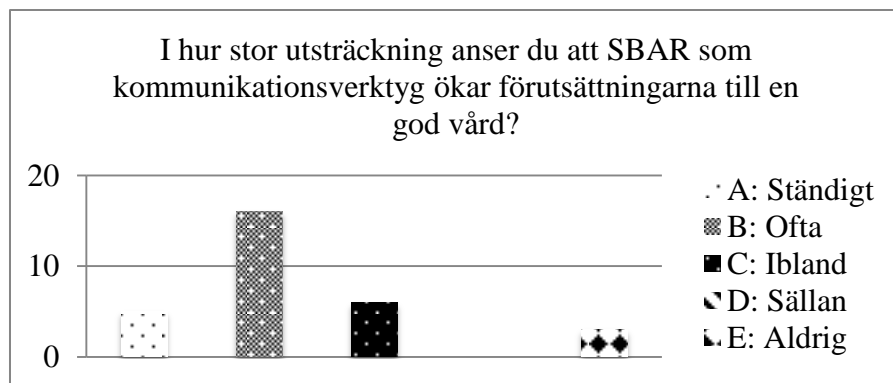
*”Ger mig en linje att följa och gör att jag inte tappar bort mig i vad jag vill förmedla”*

## Patientsäkerhet och god vård med hjälp av SBAR som kommunikationsverktyg

### Ökad patientsäkerhet och god vård



**Figur 13.** Patientsäkerhet



**Figur 14.** God vård

Mer än hälften av sjuksköterskorna, 63 procent (n=19), ansåg att patientsäkerheten oftast ökade när SBAR som kommunikationsverktyg användes (figur 13). Ungefär hälften av sjuksköterskorna, 53 procent (n=16), ansåg att användandet av SBAR vid rapportering oftast ledde till ökad god vård (figur 14). SBAR som kommunikationsverktyg ansågs öka patientsäkerheten och den goda vården därför att det som behöver sägas var relevant och inget glömdes bort. Sjuksköterskorna ansåg att genom att de följde verktygets alla delar minskade risken för att viktig information ej framfördes eftersom rapporteringen alltid följde samma ordning. Många sjuksköterskor ansåg också att kommunikationsverktyget hade varit mycket bra och då kommunikation blev bättre resulterade det i bättre vård. Även här ansågs det att en struktur vid rapportering för ny eller ovan personal var viktigt för att få med det som var väsentligt vid en överrapportering. Några sjuksköterskor tyckte inte att rapportering med SBAR var bättre än vanlig yrkesmässig kommunikation, att SBAR känns onödigt krångligt

med många steg och enligt någon sjuksköterska som arbetade prehospitalt ansågs SBAR vara helt överflödigt.

*”Det är ett super verktyg. Används det korrekt av alla parter så ökar det patientsäkerheten samt personalens trygghet”*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ och kvantitativ webbenkät där sjuksköterskor har beskrivit sina erfarenheter av att rapportera enligt kommunikationsverktyget SBAR. Webbenkäten bestod av strukturerade frågor som besvarades med kryssalternativ och som kunde kompletteras med fritextsvar. Strukturerade frågor innebär att frågorna i enkäten har fasta svarsalternativ (Trost, 2007). Fördel med webbenkätstudier är att de är mycket kostnadseffektiva och svaren behöver inte sammanställas separat utan görs av enkätverktyget. Nackdelen med webbenkäter kan vara att det finns en stor risk för att bortfallet blir stort. Bortfallet i denna studie blev 70 procent. Fördelen med fritextsvar var att studien fick en djupare dimension där det strukturerade frågornas svar utvecklades och förtydligades (Trost, 2007).

### Webbenkät

Valet att välja webbenkät ansågs passa bra som datainsamlingsmetod för att nå ut till många respondenter och i och med detta fick studien ett större underlag och snabbare svar än om intervjuer eller observationsstudier hade gjorts som hade varit andra alternativ. Enkäter är ett billigt och snabbt sätt att nå många respondenter (Lantz, 2011). Valet av metod och design har fallit väl ut till denna studie eftersom det finns både definierade kategorier i svarsalternativen och möjlighet att beskriva svaren med egna ord, vilket har gett en djupare kvalitet i resultatet då det inte bara grundar sig på antal och mätvärden. Till designen valdes en tvärsnittsstudie, detta betyder att det som undersöks endast sker vid ett tillfälle vid en bestämd tidpunkt, vilket kan vara en nackdel då inga kausala slutsatser kan dras eftersom mätning av exponering och effekt sker på samma gång (Jakobsson, 2011). Det som är en fördel med tvärsnittsstudier är att det är billigt och tar mindre tid (Jakobsson, 2011; Trost, 2007).

Genom att använda sjukhusets webbenkätverktyg så skickades enkäten till deltagarna via mail, vilket gjorde att miljön sparades med mindre pappersåtgång och sammanställningen underlättades. Det blev också billigare rent ekonomiskt samt effektivare då denna metod sparade tid gällande sammanställningen av svaren. Det kan vara kostnadseffektivt att använda webbenkäter, distributionen blir billig och författaren behöver ej registrera svaren (Trost, 2007).

### Enkätfrågor och pilotstudie

Genomförandet av att testa enkäten genom två pilotstudier fungerade bra eftersom det ledde till förbättringar av enkäten. Efter den första pilotstudien omformulerades vissa frågor i enkäten, därefter testades enkäten igen som visade att respondenterna ansåg att frågorna var väl formulerade och lätta att förstå med möjligheten att ge ett tillfredställande resultat i den ”riktiga datainsamlingen”. Det är en bra idé att testa sin enkät genom pilotstudie eftersom man ofta kan hitta en möjlighet förbättringar som leder till att undersökningen kan få en högre validitet och reliabilitet (Lanz, 2011).

### Databearbetning

Data bearbetades med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys baserat på fritextsvaren samt genom deskriptiv statistik. Datan uppnådde en god kvalitet för att använda innehållsanalys då fritexten bidrog till att undersökningen av texterna systematiskt kunde beskriva innehållet (Jakobsson, 2011). Vid bearbetning av fritextsvaren framkom olika koder och kategorier som styrktes med citat. Vid manifest kvalitativ innehållsanalys beskrivs texten systematiskt med en deskriptiv analys av textinnehållet (Jakobsson, 2011). Under databearbetningen upptäckte författaren att det fanns en antydning i svaren från respondenterna att vissa frågor kanske hade varit lite för lika eftersom liknande svar i fritextfrågorna fanns på flera svar. Flera av frågorna är uppbyggda på liknande sätt vilket kan ha givit studien ett djup. Trost (2007) kallar detta för kongruens, vilket är en likhet mellan frågorna som avser att mäta samma sak och som är relevant vid enkätundersökningar när man ställer ett antal frågor om ungefär samma företeelse för att få med alla dess nyanser. Genom att använda direkta citat i resultaten belyser man viktiga punkter och läsarna får en uppfattning om respondenterna och deras liv (Polit & Beck, 2008).

### Urval/bortfall/svarsfrekvens

Urvalet som var ett strategiskt icke-slumpmässigt urval i denna studie gav en representativ bild gällande detta sjukhus eftersom det innefattar många avdelningar och även prehospital avdelning samt serviceavdelning och respondenterna är sjuksköterskor som dagligen arbetar med SBAR som rapporteringssystem.

Svarsfrekvensen var endast 30 procent (n=30) och med enkätundersökningar finns en risk för stort bortfall. Troligtvis hade det varit bättre att skicka webbenkäten till alla sjuksköterskor på alla respektive avdelningar eftersom det då hade funnits en möjlighet till att sjuksköterskorna hade diskuterat med varandra gällande enkäten, kanske hade det även engagerat chefer och det hade blivit som en extra påminnelse och ökat viktigheten av att svara på enkäten. Detta alternativ fanns uppe i diskussion men det kändes som en alldeles för stor uppgift under denna period. Även om svarsfrekvensen även då hade varit låg hade antalet respondenter varit högre. Enkäter ger ofta ett stort bortfall (Lantz, 2011). Enligt Trost (2007) får man räkna med en svarsfrekvens på mellan 50 och 75 procent på många enkätundersökningar, mycket beroende på debatter kring datorsäkerheten och risken att obehöriga samkör olika register som har diskuterats mycket. Enligt Polit och Beck, (2008) önskas däremot en svarsfrekvens på över 65 procent för att säkra studiens tillförlitlighet. En annan bidragande orsak till den låga svarsfrekvensen kan också ha varit att i mailet till deltagarna stod det inget om hur lång tid enkäten kunde beräknas att ta. Om detta hade skrivits ut hade respondenterna lättare kunnat beräkna tidsåtgång och kunnat planera när det hade tid att genomföra enkäten.

Storleken av urvalet var satt men hänsyn till tid och kostnader för denna studie. Kostnader och tid gör att man vanligtvis måste göra ett urval (Trost, 2007). Ju större urval desto större sannolikhet att de är representativt för populationen men mycket stora urval gör att andra mätproblem tillkommer (Trost, 2007). Inklusionskriterierna som var att deltagarna skulle vara legitimerade sjuksköterskor inom akut-, vård, och serviceavdelning föll väl ut till denna studie då det oftast är sjuksköterskor som överrapporterar patienter till varandra inom eller mellan vårdavdelningarna.

En av svagheter i denna studie var den låga svarsfrekvensen, dock är detta vanligt vid enkätstudier. Enkätstudier visar ofta på stort bortfall (Lantz, 2011). Trots detta har ändå 30 procent svarat, (30 stycken sjuksköterskor) och de allra flesta hade även skrivit svar i fritext,

vilket ändå har givit denna studie ett relativt stort datamaterial som har analyserats och som gav ett resultat.

### Generaliserbarhet

Om denna studie har god generaliserbarhet med hög extern validitet är svårt för författaren att ta ställning till eftersom resultatet i denna studie endast beskriver och förklarar vad de respondenterna har svarat som deltagit i enkätundersökningen men målet var inte att generalisera till en hel population. Generaliserbarhet innebär att slutsatser dras från en eller flera enskilda händelser eller företeelser för att förklara något mer allmänt (Jakobsson, 2011). Extern validitet är ett mått på studiens generaliserbarhet, vilket betyder att ett resultat kan överföras till att gälla hela målpopulationen eller andra populationer (Trost, 2007). Vid ett icke-slumpmässigt urval har man inte rätt att generalisera från urvalet till en hel population (Lantz, 2011).

### Förförståelse

Författaren har haft en viss förförståelse under analysarbetet, eftersom författaren själv har jobbat inom detta område och studerat ämnet. Författaren har varit medveten om detta och därför försökt att hålla sig objektiv under analysfasen. Förförståelse avser den kunskap och de erfarenheter en forskare har inom det området som studeras (Jakobsson, 2011).

### Validitet/ Reliabilitet

Validiteten är god eftersom författaren till föreliggande studie anser att studien mäter det den har avsett att mäta, samt genom pilotstudiens utfall, även om svarsfrekvensen var låg. Validitet är ett generellt begrepp för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier i vilken grad studien verkligen mäter det den avser att mäta (Jakobsson, 2011). Validiteten i en kvalitativ studie är ett kvalitetskriterium som visar på hur övertygande, korrekta och välgrundade slutsatserna är gjorda i en studie (Polit & Beck, 2008). Reliabilitet är god för tillfället då det utfördes, skulle det göras idag på samma sjukhus hade kanske svaren blivit lite annorlunda. Med reliabilitet menas den kunskap som framkommit skall vara framtagen på ett tillförlitligt sätt (Jakobsson, 2011; Polit & Beck, 2008).

## **Resultatdiskussion**

### Användandet av SBAR

Resultatet visade att de flesta sjuksköterskor som svarade på enkäten oftast dagligen använde sig av SBAR som kommunikationsverktyg vid överrapportering, detta beskrev sjuksköterskorna själva i fritextsvaren. Att SBAR som kommunikationsverktyg användes av de flesta sjuksköterskor kunde bero på att det vid denna tidpunkt som datamaterialet samlades in, var kommunikationsverktyget relativt nyinfört på stora delar av sjukhuset. Under 2010 hade SBAR som kommunikationsverktyg lanserats av SKL på den Nationella patientsäkerhetskonferensen, på Stockholmsmässan, där studier visade att ett standardiserat verktyg för förbättrad kommunikation kunde göra skillnad mellan patientsäkerhet och medicinska misstag (Haddleton, 2014). Kommunikationen skulle vara så effektiv som möjligt i akuta situationer då mycket information togs emot och delades ut och fördes vidare, men för en säker vård måste även kommunikationen fungera även i lugna situationer.

### Utbildning i att använda SBAR

De flesta sjuksköterskor uppgav att de hade fått utbildning i att använda SBAR men uttryckte i fritextsvaren att de ansåg sig endast fått information i form av muntlig genomgång, samt i

vissa fall skriftlig information och en lathund som användes. De flesta ansåg att de blivit självlärda i användandet av SBAR som kommunikationsverktyg och hade lärt sig tillsammans med sina kollegor i överskriftningsrapporter vid skiftbyten eller patientöverföringar mellan avdelningarna. Flera sjuksköterskor var tveksamma till om de hade de kunskaper som behövdes för att använda SBAR på rätt sätt och tyckte att utbildningen vid införandet hade varit bristfällig och önskade mer information samt utbildning. Genom tvärvetenskaplig utbildning gällande den kliniska överskriftningsrapporteringen mellan personal och/eller vårdenheter, där ett tillfredställande gemensamt språk och struktur hade hittats, kunde uppmuntra och leda till ett bättre lagarbete (Bost et al., 2010). Självkänt är detta en väldigt viktig del att alla som använde sig av SBAR som kommunikationsverktyg kände sig trygga och väl förankrade med metoden för att kunna använda verktyget på rätt sätt och kände att det är ett hjälpmedel vid överskriftningsrapporter.

### Träning/övning i att använda SBAR

I resultatet framkom att de flesta sjuksköterskor ansåg sig att de hade fått tränat eller övat på att använda SBAR. De flesta sjuksköterskor ansåg sig ha "tränat" på att använda SBAR vid skiftesbyten eller när patienter överfördes från en vårdenheter till en annan, alltså i verkliga livet under tiden de jobbade och på så sätt lärt sig verktyget efter hand. Ingen sjuksköterska beskrev i fritextfrågorna att de hade fått träna eller öva med case-metodik, fallbeskrivningar, vid tillfällen utanför arbetet på avdelningen. Vissa sjuksköterskor hade inte kommit sig för att börja "träna" än. För att få ett bra genomslag med SBAR är det viktigt att alla yrkesgrupper får möjlighet att öva och träna tillsammans (Haddleton, 2014). För att kunna få den efterlängta strukturen där alla rapporterade på samma sätt, där alla förstod innebörden i verktyget och att metoden blev väl förankrad i sin helhet var det nog viktigt att alla hade fått tränat och övat utanför vårdarbetet på avdelningarna. Kanske skulle det ha ingått som en punkt vid introduktionen av nyanställda, det skulle belyst viktigheten av att kunna rapportera enligt SBAR. Tanken var att SBAR skulle underlätta kommunikationen, inte försvåra den (Haddleton, 2014).

### SBAR:s struktur och uppbyggnad

Resultatet visar att sjuksköterskorna generellt ansåg att SBAR gav en "röd tråd" vid rapporteringen. Många sjuksköterskor verkade tycka att SBAR var ett bra kommunikationsverktyg att använda vid överskriftningsrapportering mellan personal. Att rapportera på detta sätt upplevdes ge en större trygghet, stöd med ökad patientsäkerhet och god vård. Sjuksköterskan ska kunna utveckla och förbättra vården i samverkan för att uppnå kontinuitet, effektivitet och kvalitet (Socialstyrelsen, 2005). Med ett rapporteringsverktyg förberedde sig personalen och organiserade sig bättre inför överskriftningsrapporter vilket resulterade i en ökad tillfredsställelse över kommunikationen (Haddleton, 2014). Resultatet i detta arbete visar på att de flesta sjuksköterskorna efter införandet av SBAR är mer tillfredsställda med att alla rapporterar på liknande sätt, efter en viss mall och att rapporten då blir mer saklig, tydligare, strukturerad, snabbare, säkrare och det upplevdes som risken för misstag minskade. Dessa punkter som upplevdes positivt av många sjuksköterskor är just de brister som finns vid kommunikation och överskriftningsrapporter och där tillbud och negativa händelser samt vårdskador är som störst idag.

Flera sjuksköterskor i föreliggande arbete uppgav att verktyget skulle behövs anpassats internt till respektive avdelning eller klinik. Några sjuksköterskor beskrev att de tyckte att B (Bakgrund) borde komma först för att det ansågs att B hade en koppling till den patienten sökte för vid det aktuella tillfället. Självkänt hörde det ihop, men om någon tagit kontakt ansågs det nog rimligt att en presentation av sändaren skedde först, att den som svarade,

mottagaren, fått veta varifrån kontakt togs och sedan vem det gällde. När det gällde rapportering vid skiftesbyten mellan personal på avdelning, eller från ambulanspersonal till akutmottagning så presenterade sig, av naturliga skäl, inte sändaren därför att alla vet vem det var (förhoppningsvis). Vid överrapportering mellan personal på avdelning var det kanske naturligtast att gå direkt till patientens identitetsuppgifter förmodligen och varför patienten befann sig där, därefter vidare till patientens historik/anamnes. Det berodde på situationen, exakt vad och hur mycket som berättades under varje bokstav och det var sändaren som ansvarade för innehållet men det viktigaste var att en tydlig bild av situationen fanns och vilken typ av hjälp som efterfrågades innan kontakt togs (Haddleton, 2014). Författaren till föreliggande arbete funderar om dessa synpunkter från sjuksköterskorna kunde handla om brister i utbildningen samt i träning/övning och om det hade det att göra med att verktyget behövde anpassas internt till respektive avdelning eller klinik eller handlade det om något annat?

I resultatet beskrevs också att flera sjuksköterskor ansåg att de ibland fått för lite information rapporterat under R (Rekommendationer), informationen hade varit "luddig" och inte alltid så konkret. Här ansåg en del sjuksköterskor att det ibland varit svårt att förmedla rätt information, speciellt när den information som skulle blivit förmedlad kommit från läkarna och de hade skrivit ottydligt. Enligt Haddleton (2014) blev läkare och sjuksköterskor lärda att kommunicera på olika sätt, där sjuksköterskor noggrant och utförligt beskrev symptom medan läkare var mer kortfattade och direkta. För att kunna uppnå en säker kommunikation var det viktigt att ett gemensamt språk för all hälso- och sjukvårdspersonal utvecklades, inte bara att kommunikationsverktyget anpassades till respektive avdelning eller klinik. Det kan tänkas att SBAR borde ha införts som ett tvärprofessionellt projekt så att alla yrkeskategorier hade förstått varandra bättre. Enligt Haddleton (2014) uppfattade läkare sjuksköterskerapporterna mer strukturerade, kortfattade och sakliga efter att SBAR infördes.

Det framkom också i resultatet att vissa brister fanns när det gällde att kontrollera att mottagaren hade uppfattat informationen, det som hade sagts, och att båda parter var överens innan samtalet avslutades. Enligt SKL (2013c) så var det viktigt med ett aktivt lyssnande under kommunikationen samt att mottagaren återgav vad som kommit överens, vilket kallades *Closed Loop Communication*. Closed Loop Communication var framförallt viktigt i akuta situationer och vid trauma situationer där många personer var inblandade och mycket information gavs som också skulle tas emot och bekräftas, men även viktigt i lugna situationer så att alla visste vad som sagts och uppfattade saker och ting som det var menat. Det fanns alltid möjlighet att bekräfta informationen som sändaren förmedlade samt att ställa frågor i slutet, vilket ledde till att risken för missförstånd minskade (Haddleton, 2014).

### Trygghet och stöd med hjälp av SBAR

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde en ökad trygghet och ett ökat stöd i att använda SBAR som kommunikationsverktyg. SBAR hade varit enkelt att använda, relevant information hade rapporterats, man slapp bli avbruten och risken att det som var viktigt glömdes bort hade minimerats. Flera sjuksköterskor ansåg dock att det var viktigt att alla hade rapporterat efter verktygets struktur, annars blev det rörigt. De flesta sjuksköterskor beskrev att de upplevde en ökad personlig trygghet och säkerhet i att använda ett strukturerat kommunikationsverktyg. Vissa sjuksköterskor som är specialiserade eller eventuellt sjuksköterskor med lite mer erfarenhet kanske redan har funnit en struktur i att rapportera, men de som inte hade gjort det verkar det som om SBAR som kommunikationsverktyg hade hjälpt till att strukturera upp rapporterna. Enligt Dunsford (2009) hjälpte SBAR som kommunikationsverktyg sändaren att organisera tankarna, strukturerade och framställde viktig

information samtidigt som mottagaren uppmärksammades på det som är viktigast i informationen och mindre viktig information eliminerades. Enligt Cornell, Townsend Gervis, Yates och Vardaman (2013) var sjuksköterskorna mer fokuserade och överrapporteringarna tog kortare tid när SBAR som kommunikationssystem användes.

### Styrkor och svagheter med SBAR

I resultatet framkom att sjuksköterskorna ansåg att en av SBAR:s styrka var att det ansågs lättare att rapportera eftersom rapporterna blev mer strukturerade och alla hade givit rapport på samma vis och som avslutades med en frågestund, allt detta hade givit en stabilitet i samtalen mellan personalen. Med det fanns sjuksköterskor som hade upplevt att det var svårt att vänta med frågorna eftersom de lätt glömdes bort. Vissa sjuksköterskor som arbetade prehospitalt föredrog att rapportera enligt andra modeller och tyckte det hade varit svårt att få plats att skriva allt som behövdes på akutjournalen. Enligt Compton et al. (2012) ville sjuksköterskorna som hade använt sina egna metoder när de rapporterade och hade tyckt att genom att rapportera enligt SBAR blev rapporten för lång. Genom strukturen på SBAR som kommunikationsverktyg blev det lättare för personer med olika kommunikationsstilar att kommunicera effektivt vilket borde ha minskat risken för fel och som ett resultat blivit en förbättrad patientsäkerhet. SBAR som rapporteringsverktyget inom den prehospitala vården kanske kunde ha anpassats internt, och förhoppningsvis kommit fram till ett gemensamt system som även sjuksköterskor prehospitalt skulle varit nöjda med. SBAR var inte ett universalhjälpmedel som löser alla kommunikationsproblem, en grundläggande kulturell förändring kunde krävas för att ha fått ett massivt stöd (Dunsford, 2009). Enligt Compton et al. (2012) ansåg läkare att kommunikation via telefon med sjuksköterskor som rapporterade enligt SBAR gav tillräcklig bra information för att göra kliniska beslut.

### Patientsäkerhet och god vård med SBAR

Resultatet visade på att många sjuksköterskor upplevde att verktyget hade varit bra, rapporterna följde alltid samma ordning, viktig information glömdes ej och med bättre kommunikation blev det bättre och mer patientsäker vård. Framförallt hade SBAR varit ett hjälpmedel för ny och ovan personal. Sjuksköterskor som arbetade prehospitalt ansåg att SBAR varit helt överflödigt då det redan hade rapporterats på detta vis och föredrog andra metoder att rapportera efter. Eftersom nästan dubbelt så många vårdskador orsakades av brister i kommunikationen jämfört med den medicinska kompetensen var det mycket viktigt att dessa brister gällande kommunikationen förbättrades för att patientsäkerheten ska kunna bli bättre. När man också tänker på att de patienter som drabbades av vårdskador får mer än dubbelt så lång vårdtid som övriga patienter och med detta ökade kostnader då var det inte svårt att förstå att sjuksköterskor, som i sitt yrke hade skyldighet att arbeta i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt bidra till att upprätthålla en hög patientsäkerhet, gjorde allt vad som går att göra för att utveckla kvalitetsarbetet och vidareutveckla rutiner och metoder som höjde patientsäkerheten. Ett kontinuerligt och systematiskt långsiktigt kvalitetsarbete skulle säkerställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet som skulle syfta till att identifiera och förebygga vårdskador, prioritera vårdbehov samt förankras väl bland alla medarbetare (SOSFS, 2005: 12). Evidensbaserad omvårdnad är ett komplement till vårdgivarnas erfarenheter, etiska förhållningssätt, förmåga till empati och till patienters och anhörigas erfarenheter, önskemål och engagemang som tillsammans utgör den goda omvårdnaden (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

### **Slutsats**

De flesta sjuksköterskor ansåg att SBAR som kommunikationsverktyg gav en ökad patientsäkerhet, trygghet och struktur vid kommunikation och överrapporteringar, vilket ledde

till en ökad trygghet där en mer saklig och informativ fakta rapporterades. De flesta tyckte att det var viktigt att alla rapporterade på samma sätt och sjuksköterskorna önskade mer strukturerad träning och ett kommunikationssystem som ibland behövdes anpassas internt.

### **Klinisk tillämpbarhet**

Denna studie kan ligga till grund för fortsatt utveckling och uppföljning gällande uppföljningen av att rapporteringssystemet SBAR infördes på detta sjukhus i Mellansverige. Genom att ha påvisat sjuksköterskors erfarenheter av att använda SBAR som rapporteringssystem kan hela organisationen förbättra vården, patientsäkerheten och kommunikationen mellan olika personer kring patienten och detta i sin tur leda till en förbättring i hela vårdkedjan.

### **Fortsatt forskning**

En önskan om vidare forskning hade varit att få veta om tillbud och negativa händelser har minskat efter införandet av SBAR. Intressant hade också varit om det på detta sjukhus har gjort skillnad, om patientsäkerheten har ökat samt om omvårdnaden och strukturen har gjort att arbetsmiljön har blivit bättre och säkrare för rapporterade sjuksköterskor och patienter. Även att göra om denna undersökning och se hur resultatet är när utvärderingen av denna studie är gjord och åtgärder vidtagits och vad resultatet blir en andra gång.

Spännande hade det också varit att göra samma eller liknande enkätundersökning till läkarna och även frågat läkarna om det anser att om det vid akuta försämringar eller larm blivit en bättre struktur på den larmande sjuksköterskans informationsrapport om patientens status. Eftersom det finns studier som visar på att sjuksköterskor rapporterar på ett mer strukturerat sätt när SBAR har införts som kommunikationsverktyg på andra ställen. Då kanske det också krävs att läkarna får utbildning och möjlighet att träna och öva på SBAR först.

Jämförelser mellan olika kommunikationsverktyg skulle också kunna fördjupa kunskapen och säkerställa de vetenskapliga arbetsmetoderna så att det bästa verktyget för att rapportera och kommunicera verkligen används i praktiken inom hälso- och sjukvården. Att kommunikationsverktyget anpassades internt så att både mottagare och sändare kändes sig nöjda med verktyget och att alla visste hur strukturen såg ut för respektive klinik och avdelning. Detta kanske skulle kräva att olika kliniker och avdelningar fick en insikt och klinisk erfarenhet av varandras olika problematik för att genomslaget skulle bli det bästa.

En uppdelning av sjuksköterskornas yrkesverksamma år i förhållande till de svar de ger hade varit spännande att veta då det kan antydast i vissa fall att specialistutbildade sjuksköterskor anser sig redan rapportera på liknande sätt, har detta i så fall med erfarenhet att göra? Det antydde också att SBAR som kommunikationsverktyg kan vara bra när man är ny och oerfaren sjuksköterska.



## REFERENSER

- Allén, S., Malmgren, S-G., Ernby, B., Lövfors, S., & Sjögren, C. (2003). *Norstedts svenska ordbok – en ordbok för alla*. Finland: WS Bookwell.
- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: intergrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for healthcare quality*, 31(5), 19-28.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., & Andreoli, A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of interprofessional care*, 24(1), 111-114.
- Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E., & Chaboyer, W. (2010). Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department. *International emergency nursing*, 18, 210-220.
- Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in critical care*, 10(4), 201-209.
- Compton, J., Copeland, K., Flanders, S., Cassity, C., Spetman, M., Xiao, Y., & Kennerly, D. (2012). Implementing SBAR across a large mulithospital health system. *The joint commission journal on quality and patient safety*, 38(6), 261-264.
- Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the Situation, Background, Assessment, Recommendation protocol. *The journal of nursing administration*, 43(7/8), 422-428.
- Croos, S. (2014). The practice of clinical handover: a respite perspective. *British journal of nursing*, 23(13), 733-737.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrative): Analys. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (1:6 uppl, ss. 144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dunsford, J. (2009). Structured communication: improving patient safety with SBAR. *Nursing for women´s health*, 13(5), 384-390.
- Engerström, L., Castrén, M., & Nilsson, H. (2003). Transport av skadade och larmcentralernas roll: Ambulanssjukvården. I S. Lennquist (Red.), *Katastrofmedicin* (ss. 107-111). Stockholm: Liber AB.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Frisack, J. (2011). *En undersökning av patientsäkerhetskulturen*. Göteborg: Institutet för kvalitetsindikatorer.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.

Haddleton, E. (2014). *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation – SBAR: Teamarbete och kommunikation*. Stockholm: Vårdhandboken. Hämtad från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>

Hohenhaus, S., Powell, S., & Hohenhaus, J. T. (2006). Enhancing patient safety during hand-offs: standardized communication and teamwork using SBAR method. *The american journal of nursing*, 106(8), 72-74.

Hospital. (u.å.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad den 13 mars, 2015, från <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=hospital>

Hörnsten, Å. (2013). *Vem får göra vad i vården?* I Vårdhandboken. Hämtad 22 februari, 2015, från <http://www.vardhandboken.se/texter/vem-far-gora-vad-i-varden/oversikt/>

International Council of Nursing (ICN). (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp – en ordbok*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Klim, S., Kelly, A-M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualized and systematic approach. *Journal of clinical nursing*, 22, 2233-2243.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lanz, B. (2011). *Den statistiska undersökningen - grundläggande metodik och typiska problem*. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson Wentz, K., & Hjelm-Larsson K. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur AB.

Malmgren, S-G (Red.). (2003). *Norstedts svenska ordbok – en ordbok för alla*. Stockholm: Norstedts förlag.

Nationalencyklopedin (NE). (2013a). *Kommunikation*: Malmö: NE Nationalencyklopedin AB. Hämtad från <http://www.ne.se/kommunikation>

Nationalencyklopedin (NE). (2013b). *Information*: Malmö: NE Nationalencyklopedin AB. Hämtad från <http://www.ne.se/information/211471>

Nordstedt, (1984). *Ord för ord*. Stockholm: Nordstedt & Söners förlag.

- Novak, K., & Fairchild, R. (2012). Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. *Journal of pediatric nursing*, 27(6), 760-762.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Palmér, J., Friedlänger, H., & Bergman, G. (1984). *Ord för ord*. Stockholm: Nordstedt & söners förlag.
- Petti, V., Hansson, L. G., Hylén, M., Lindvall, B., Rider, I., Swedenborg, L., ... Wiman, M. (1983). *Engelsk-svenska ordboken*. Solna: Esselte Studium AB.
- Pre-. (u.å). *Nationalencyklopedin*. Hämtad den 13 mars, 2015, från <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=pre->
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 27 februari, 2015, från Socialstyrelsen, [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen. (2011). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Hämtad 19 december, 2015, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18284/2011-3-36.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013a). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 2 november, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
- Socialstyrelsen. (2013b). *Verktyg för säker kommunikation i vården*. Hämtad 2 november, 2013, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>
- Socialstyrelsen. (2014). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014*. Stockholm: Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19417/2014-4-7.pdf>
- SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Hämtad 27 feb, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1997/1997-10-14>
- SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenska akademien. (1987). *Svenska akademiens ordlista över svenska språket*. Stockholm; Nordstedts förlag.

Sveriges kommuner och landsting. (2013a). *Hälsa och vård: Patientsäkerhet: Råd för bättre kommunikation mellan patient och personal*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/rad-for-bättre-kommunikation](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/rad-for-bättre-kommunikation)

Sveriges kommuner och landsting. (2013b). *Hälsa och vård: Patientsäkerhet: Publikationer – Riskanalys och händelseanalys*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/riskanalys-och-handelseanalys](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/riskanalys-och-handelseanalys)

Sveriges kommuner och landsting. (2013c). *Hälsa och vård: Patientsäkerhet: SBAR – bättre kommunikation*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar\\_minskar\\_risker\\_i\\_varde\\_n](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varde_n)

Sveriges kommuner och landsting. (2014). *Skador i vården: Skadeöversikt och kostnader*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från <http://vardgivarwebb.lio.se/pages/188766/Skador%20i%20v%C3%A5rden%20-%20MJG%202013.pdf>

Swedish emergency nurses association (SENA). (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för akutsjuksköterskor och Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från [http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46\\_1okt\\_kompbeskr\\_akutweb.pdf](http://www.swenurse.se/contentassets/4bfb8375474740c79bda198a3d4f8f45/nr46_1okt_kompbeskr_akutweb.pdf)

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

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vårdförbundet. (2013). *SBAR – ett kommunikationsverktyg för säkrare vård*. Hämtad 18 november, 2013, från Vårdförbundet.se, <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/sakervard/SBAR/>

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), 1922-1925.

World health organization (WHO). (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient safety solution*, 1(3), 1-4.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Till verksamhetschef

Xxxx Xxxx

Xxxxxkliniken, Xxxx sjukhus

Jag heter Annica Gustavsson och är sjuksköterska. Jag studerar **Specialistsjuksköterskeprogrammet – inriktning akutsjukvård** vid Sophiahemmet Högskola. I mitt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera: **Sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera med hjälp av SBAR prehospitalt och hospitalt.** Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid alla somatiska akutvårdkliniker, ambulansverksamheten samt röntgenkliniken på ett sjukhus i Mellansverige. Denna studie kommer också att vara en del av sjukhusets utvärdering av SBAR-verktyget.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta. Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Källekrä 2014-02-06

Med vänlig hälsning

Student

Annica Gustavsson

Tel: xxxxxxxx

e-post: [xxxxx@xxx](mailto:xxxxx@xxx)

Handledare

Jörgen Medin, Sophiahemmet Högskola,  
Stockholm

Tel: xxxxxxxx

e-post: [xxxxx@xxx](mailto:xxxxx@xxx)

Examinator

Carina Lundh Hagelin, Sophiahemmet  
Högskola, Stockholm

Tel: xxxxxxxx

e-post: [xxxxx@xxx](mailto:xxxxx@xxx)

**Studiens preliminära titel:** Sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera med hjälp av SBAR prehospitalt och hopitalt.

**Syftet** med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera med hjälp av SBAR prehospitalt och hospitalt.

**Problem:** Vid genomförda händelseanalyser på Kungälvssjukhus ses ett tydligt mönster att en av de vanligaste orsakerna bakom tillbud och negativa händelser i vården är brister i kommunikationen. Patientsäkerhetskulturmätningen år 2011, gjord av Johan Frisack vid Institutet för kvalitetsindikatorer, identifierades att kommunikationen var ett av förbättringsområden. Vid dessa negativa händelser och tillbud har det inte funnits något enhetligt och strukturerat sätt att kommunicera eller rapportera enligt. Detta har resulterat i brister i kommunikationen som att det varit oklart syfte med kontakten, blivit missuppfattningar och faktafel, ofullständig information har givits, oklarhet kring angelägenhetsgraden kring kontakten, oklarhet kring rekommenderade åtgärder samt ingen tydlig överenskommelse mellan sändare och mottagare om vad som ska göras och av vem. Idag saknas kunskap om hur sjuksköterskor upplever hur införandet av SBAR på Kungälvssjukhus blev, och om införandet av detta verktyg har strukturerat och förbättrat kommunikation vid rapportering och överföring av patientinformation mellan personalen.

**Metoden** för den planerade studien är en webbenkät till sjuksköterskor.

**Önskemål från Din verksamhet:** Jag önskar att tio sjuksköterskor på varje avdelning vill delta i studien. Jag planerar att genomföra webbenkätstudien under mars/april 2014. Alla personer som kommer att vara med i studien kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

**Samtycke:**

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....  
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum

Namn

Namnförtydligande

Enhet

### **Bästa sjuksköterska och kollega!**

**Information till dig som deltagare i webbenkätstudien gällande sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och att överrapportera med hjälp av SBAR prehospitalt och hospitalt.**

#### **Bakgrund och syfte**

Hälso- och sjukvården är en komplex och riskfylld verksamhet, där en stor mängd kritisk information om patienter överförs mellan många olika individer, yrkeskategorier och verksamheter dagligen. En av de vanligaste orsakerna till att tillbud händer i vården är att det, av någon anledning, brustit i kommunikationen mellan personer eller mellan olika verksamheter. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera och överrapportera med hjälp av SBAR både prehospitalt och hospitalt.

#### **Förfrågan om deltagande**

Vi önskar ditt deltagande i denna studie för att du är legitimerad sjuksköterska och arbetar på en akut-, vård- eller serviceavdelning. Denna studie är godkänd av verksamhetschefen. Deltagarna har utsetts utan hänsyn till ålder, kön eller etnicitet.

#### **Hur går studien till?**

Studien innebär att du kommer att få svara på en webbenkät. Frågor ska besvaras med endast ett svar under kryssfrågorna samt med kommentarer som beskriver dina tankar, erfarenheter och upplevelser gällande kommunikationsverktyget SBAR. Denna webbenkät får du via din vgr-mail via intranätet och fylls i och skrivs under arbetstid.

#### **Hantering av data, sekretess och frivillighet**

Dina svar i webbenkäten kommer inte att kunna härledas till dig som deltagare och vi kommer inte att kunna se vem som har svarat eller inte svarat på enkäten. Alla dina svar kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Kliniknamn, avdelningsnamn eller sjukhusets namn kommer inte att skrivas ut i sin helhet. Deltagandet i studien är helt frivilligt.

#### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Information om studiens resultat kommer att meddelas av avdelningens vårdenhetschef eller verksamhetschef. Studien kommer att finnas tillgänglig på din avdelning i pappersform och kan vid intresse även redovisas på arbetsplatsträffar.

#### **Ansvariga**

Ansvariga för genomförandet av denna studie samt personuppgiftsansvariga är författare Annica Gustavsson och handledare Jörgen Medin.

Kontaktuppgifter:

Annica Gustavsson  
Tel: xxxx xxxxxx  
[xxxxx@xxx](mailto:xxxxx@xxx)

Jörgen Medin  
Tel: xx xxxxxxxx  
[xxxxx@xxx](mailto:xxxxx@xxx)



## **Bästa sjuksköterska och kollega!**

### **En introduktionsguide till webbenkätstudien**

Jag heter Annica Gustavsson och är sjuksköterska. Jag studerar magisterprogram med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmet Högskola. I mitt examensarbete, omfattande 15 poäng, har jag valt att studera sjuksköterskors utvärdering av förbättringsarbete gällande kommunikation och rapportering med hjälp av SBAR.

Som deltagare i denna studie finner får du här en kort introduktion om hur du går till väga när du ska svara på frågorna och lägre ner på sidan finner du en länk till webbenkäten samt engångskod som är din personliga kod vid inloggning till enkäten. I detta mail finns också en forskningspersoninformation om studien och som även innehåller mitt och min handledares namn och kontaktuppgifter, bifogat som ett separat dokument.

Du kryssar i ett svarsalternativ vid kryssfrågorna, därefter önskas en utveckling och kommentar så målande, beskrivande och förklarande som möjligt, i rutan under kryssfrågorna, på varför du svarat som du gjort. Skriv gärna exempel och använd frågor till dig själv som ”*vad* är det som gör att jag svarade ja/nej?”, ”*hur* kom det sig att jag tyckte så?”, ”*varför* svarade ja/nej?” Tänk också på att du som deltagare ej skriver personuppgifter eller annat sekretessbelagt material i din enkät.

Enkäten skall vara besvarad senast 1402xx. Denna webbenkät kan ej koppla ihop med dig som enskild deltagare eller röja din identitet.

Har du frågor rörande enkäten är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Annica

# ENKÄT

**Datum:** år mån dag – år mån dag

**Aktivitet:** Enkätstudie

**Deltagare:**  Man  Kvinna

**Ålder (år):**  20-29  30-39  40-49  50-59  60-69

**Antal år i yrket:**  < 1 år  1-5 år  6-10 år  > 10 år

- 1. Har du fått utbildning i att använda SBAR som kommunikationsverktyg?**  ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Utbildning på arbetsplatsen, självlärd, utbildningsnivå?)

- 2. Har du tränat/övat på att använda SBAR som kommunikationsverktyg?**  ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Tränat/övat på arbetsplatsen, självlärd, utbildningsnivå?)

- 3. Anser du dig ha tillräckliga kunskaper för att använda SBAR som kommunikationsverktyg vid rapportering/informering?**  ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Varför, hur, på vilket sätt?)

4. Anser du att SBAR som kommunikationsverktyg har några styrkor?  ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Om ja/nej, vilka, varför, hur kommer det sig?)

5. Anser du att SBAR som kommunikationsverktyg har några svagheter?  ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Om ja/nej, vilka, varför, hur kommer det sig?)

6. Anser du att SBAR som kommunikationsverktyg har en bra struktur?  ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Om ja/nej, varför, hur, på vilket vis?)

7. I hur stor utsträckning anser du att SBAR är ett stöd för dig vid rapportering?  ständigt  
 ofta  
 ibland  
 sällan  
 aldrig

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Varför/varför inte, hur, på vilket vis, när, vilka sammanhang?)

**8. I hur stor utsträckning anser du att relevant information rapporteras/informeras under S (Situation)?**

Varför tas kontakt?

Namn, titel, från vilken avd. kontakt tas.

Pat. namn o personnr.

Vad är problemet?

- ständigt
- ofta
- ibland
- sällan
- aldrig

**Utveckla och kommentera varför du svarat som du gjort:**

**9. I hur stor utsträckning anser du att relevant information rapporteras/informeras under B (Bakgrund)?**

Kortfattad anamnes

Relevant sjukdomshistoria, utredning, behandling

- ständigt
- ofta
- ibland
- sällan
- aldrig

**Utveckla och kommentera varför du svarat som du gjort:**

**10. I hur stor utsträckning anser du att relevant information rapporteras/informeras under A (Aktuellt tillstånd)?**

Fakta om nuläget

Vitalparametrar, ev. provsvar

Vad är det troliga problemet?

- ständigt
- ofta
- ibland
- sällan
- aldrig

**Utveckla och kommentera varför du svarat som du gjort:**

**11. I hur stor utsträckning anser du att relevant information rapporteras/informeras under R (Rekommendationer)?**

Förslag på åtgärd

Vidare provtagning, undersökning, behandling

Återkoppling från mottagaren, överens?

- ständigt
- ofta
- ibland
- sällan
- aldrig

**Utveckla och kommentera varför du svarat som du gjort:**

**12. Anser du att SBAR som kommunikationsverktyg ger dig en ökad trygghet vid överföring av patientinformation?**

ja  nej

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Varför/varför inte, på vilket vis, när?)

**13. I hur stor utstäckning anser du att SBAR som kommunikationsverktyg ökar förutsättningarna till en god vård?**

ständigt  
 ofta  
 ibland  
 sällan  
 aldrig

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Varför/varför inte, på vilket vis, när?)

**14. I hur stor utsträckning anser du att SBAR som kommunikationsverktyg ökar patientsäkerheten?**

ständigt  
 ofta  
 ibland  
 sällan  
 aldrig

**Utveckla och kommentera ditt svar:**  
(Varför/varför inte, på vilket vis, när, i vilka sammanhang?)

**15. Anser du att tiden för rapportering har förändrats efter att SBAR infördes som kommunikationsverktyg?**

- minskat
- oförändrad
- ökat

**Utveckla och kommentera ditt svar:**

(Hur, på vilket vis, när, i vilka sammanhang?)

**Jag vill tacka så mycket för ditt deltagande och hoppas att resultatet kommer att intressera dig.**