



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Följsamheten av SBAR vid muntlig rapportering mellan sjuksköterska i ambulans och personal på akutmottagning

Författare: Emelie Persson och Amelie Rosenblad

Handledare: Lina Magnusson

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Följsamheten av SBAR vid muntlig rapportering mellan sjuksköterska i ambulans och personal på akutmottagning

Författare: Emelie Persson och Amelie Rosenblad

Handledare: Lina Magnusson

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrund: Det finns en tydlig koppling mellan bristfällig kommunikation och brister i patientsäkerheten. Akutsjukvården i Skåne ska, för att säkerställa kvalitén på rapporten använda den standardiserade kommunikationsmallen SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) vid överrapportering av patienter. **Syfte:** Att undersöka följsamheten av SBAR vid muntlig rapport mellan sjuksköterska i ambulans och personal på akutmottagning. **Metod:** En kvantitativ observationsstudie med 40 observationer. Resultaten analyserades med Mann Whitney U-test. **Resultat:** Inga studiedeltagare uppnådde 100 % följsamhet. Högst procentuell följsamhet (75 %) under huvudrubrik A (*aktuellt tillstånd*), lägst följsamhet (3 %) under R (*rekommendation*). Jämförande analys indikerade liten skillnad i följsamheten mellan akutrum och överlämningsdisk. **Konklusion och implikation:** Studien visar varierande följsamhet av SBAR vilket öppnar för framtida forskning om möjlighet till förbättring inom ämnet.

Nyckelord

Kommunikation, säker vård, patientsäkerhet, SBAR

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Förkortningar	1
Introduktion	4
Problemområde	5
Bakgrund	6
Perspektiv och utgångspunkter	6
Kommunikation	6
SBAR	7
Syfte	8
Specifika frågeställningar	8
Metod	8
Urval och datainsamling	8
Pilotstudie	9
Instrument	10
Följsamhet	10
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	12
Situation	13
Bakgrund	14
Aktuellt	14
Rekommendation	15
Resultat för antal uppfyllda observationspunkter i relation till plats	16
Medianantal	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	22
Konklusion och implikationer	25
Referenser	27
Bilaga 1. Observationsprotokoll	34
Bilaga 2. Jämförande deskriptiv statistik	35
Bilaga 3. SBAR – akut situation	36
Bilaga 4. Akutjournal	37

Förkortningar

RSPE – Region Skånes Prehospitala Enhet

SBAR – Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation

SFS – Svensk författningssamling

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting

VEN – Vårdvetenskapliga Etiknämnden

VP – Vitalparametrar

Introduktion

Årligen beräknas över 100 000 människor i Sverige drabbas av vårdskador (Socialstyrelsen, 2008). En sådan skada definieras som en åkomma där patienten drabbas av lidande, psykisk eller kroppslig skada eller sjukdom samt dödsfall, vilka hade kunnat undvikas genom adekvata åtgärder vid den initiala kontakten med hälso- och sjukvården (Edberg et al., 2013; Patientsäkerhetslagen, 2010:659). En av de vanligaste orsakerna är brister mellan och inom den professionella kommunikationen (Socialstyrelsen, 2008). Evidens tyder på att avbrott eller störningar i kommunikationen på en akutmottagning är vanligt förekommande, och att detta bland annat kan påverka vad sjukvårdspersonalen minns av innehållet i rapporten vid överlämnandet av en patient (Sharp, 2012; Spencer, Logan & Coiera, 2002).

En specialistsjuksköterska har ett ökat ansvar för att den interprofessionella kommunikationen sker på ett effektivt och kvalitetssäkert sätt. Det har också visat sig att informations- och kommunikationsteknik är av stor betydelse i en specialistsjuksköterskas arbete, inte minst för patientsäkerheten, men även för att information ska överföras på ett standardiserat och kontrollerat sätt. Saknas detta, kan informationen komma att bli osäker och mindre tillförlitlig (Bagnasco et al., 2013; Edberg et al., 2013; Kilner & Shepard, 2010).

Patientsäkerhet innebär enligt Edberg et al. (2013), att patienter ska skyddas mot skador som kan undvikas genom att rätt rutiner och riktlinjer följs, samt att vården tillämpar evidensbaserade metoder i sitt arbete. Säker Vård är ett komplext begrepp som grundar sig i att arbeta evidensbaserat. Det innefattar allt från riskidentifiering och händelseanalyser till beskrivning av sjuksköterskans ansvar i säkerhetsarbetet. I en svensk studie från 2009 granskades 118 lex Maria-anmälningar, i 32 % av fallen var bristande kommunikation den bakomliggande orsaken (Elfström, Nilsson & Sturnegk, 2009). En förutsättning för att säker vård ska kunna bedrivas är att informationsutbytet mellan olika personer sker på ett tydligt och korrekt sätt (Edberg et al., 2013). Hälso- och sjukvården har som skyldighet enligt Patientsäkerhetslag (SFS, 2010:659, kap.1, 1 §) att bidra till hög patientsäkerhet, samt enligt kapitel 3, 2 § att förebygga vårdskador hos patienter. Med ovanstående information i beaktande blir kommunikationen mellan sjukvårdspersonal central.

Det finns särskilda verktyg att använda sig av för att göra kommunikationen säkrare och mer effektiv. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], ska kommunikationsverktyget SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer, *bilaga 3*) minska risken för att information misstolkas eller glöms bort (Andersson, 2016). Likaså har Region Skånes Prehospitala Enhet [RSPE] tagit fram riktlinjer som säger att SBAR ska användas som mall för överrapportering av patienter inom ambulanssjukvården (Vårdgivare Skåne, 2016a). Enligt tidigare erfarenheter hos författarna med stöd av några anställda verkar det dock vara oklart och skiftande i vilken utsträckning de tagit del av aktuell forskning kring ämnet, fått information och utbildning i användandet av mallen. Det är oklart hur delaktiga och aktiva personalen varit vid införandet. Forskning visar på att information kring, och deltagande vid implementering av nya, standardiserade mallar samt upprepad träning ger bäst förutsättningar för ett lyckat resultat (Donahue, Miller, Smith, Dykes & Fitzpatrick, 2011; Marshall, Harrison, & Flanagan, 2009). Edberg et al (2013) talar om hur det verkar finnas olika tolkningar kring användandet av forskningsresultat. Studier pekar på att sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeutbildning och magisterexamen associeras med högre grad av forskningsanvändning (Squires, Estabrooks, Gustavsson & Wallin, 2011).

Problemområde

Som tidigare nämnts bidrar ineffektiv kommunikation mellan vårdpersonal till majoriteten av de vårdrelaterade skadorna inom Hälso- och sjukvården i Sverige. Det har visat sig vara av stor betydelse att information överförs korrekt. Både avsändarens och mottagarens uppmärksamhet krävs för att kunna fatta snabba beslut och omedelbart vidta åtgärder (Wallin & Thor, 2008). Under ett arbetspass finns många tillfällen där misstag i kommunikationen kan ske, speciellt vid muntliga överrapporteringar mellan olika vårdgivare (Edberg et al, 2013; Sharp, 2012; Socialstyrelsen, 2016a). Särskilt viktigt är det vid akuta, kaotiska och tidspressade situationer, att information som förmedlas mellan personalen är korrekt, begränsad och välstrukturerad (a.a). Redfern, Brown och Vincent (2009) och Eisenberg et al (2005) bekräftar i sina studier vikten av effektiv kommunikation för att även minska medicinska misstag. De betonar dessutom att det har en ökad betydelse på en akutmottagning där kommunikativa processer är grundläggande, tidspressen är påtaglig, miljön är komplex och patienterna befinner sig i skiftande tillstånd beroende på sjukdomsbild.

Sammanfattningsvis kommer patienter till skada på grund av brister i kommunikationen mellan personal, trots ovan nämnda lagar och bestämmelser om patientsäkerhet, varför denna studie är aktuell.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Som teoretisk referensram och grund har författarna valt att använda Säker Vård som utgångspunkt. Edberg et al, (2013) beskriver patientsäkerhet som en del av Säker Vård, att skydda patienten mot vårdskador. Det är alla medarbetares skyldighet att se till att patientsäker vård bedrivs. Situationer under ett vårdtillfälle där informationsöverföring ska ske enligt den standardiserade kommunikationsmallen SBAR (*bilaga 3*) är ständigt återkommande. Bristfällig överföring kan leda till brister i en annars säker vård, vilket enligt Leonard, Graham & Bonacum (2004) är en av de mest frekventa orsakerna till vårdskador. En sjuksköterska är ansvarig för omvårdnaden av en patient. Sett ur ett omvårdnadsperspektiv vilar ett ökat ansvar på specialistsjuksköterskans axlar, däribland att strukturerad kommunikation och informationsöverföring används för att minska risken för brister i patientsäkerheten. Specialistsjuksköterskans roll är även central inom det riskförebyggande arbetet. I detta ingår bland annat att identifiera avvikelser och risker (Edberg et al., 2013).

Kommunikation

Enligt Eide och Eide (2009) härstammar ordet kommunikation från latinets *communicare* och betyder att något görs gemensamt, att ha en förbindelse med någon och/eller att göra någon annan delaktig. Kommunikation är enligt McCabe och Timmins (2015) en central del av omvårdnaden och det handlar om att samspela med andra människor. Att definiera begreppet kommunikation är komplext. Författarna till föreliggande studie menar i enlighet med Eide och Eide (2009) att det i ett kommunikationsförhållande finns minst två parter, samt att det som sägs i form av tecken och signaler har ett ömsesidigt utbytes- och påverkansförhållande till varandra. Vidare skriver samma författare att det finns ett begrepp som innefattar professionell kommunikation, vilket betyder att kommunikationen har ett samband med yrket som vårdgivare. I relationen till andra vårdgivare blir kommunikationen tvärprofessionell och i dessa förhållanden styr institutionella regelverk och yrkesetiska riktlinjer.

I enlighet med Wright & Brajtman (2011) krävs att hälso- och sjukvården samarbetar för att vården ska vara personcentrerad och av hög kvalitet, vilket kan kopplas till kommunikationen då ambulanspersonalen behöver försäkra sig om att patientens enskilda behov tillgodoses på bästa möjliga sätt. Det ska sedan förmedlas till personalen på akutmottagningen vid överlämnandet av patienten. Detta beskriver Edberg et al (2013) som personcentrerad vård, vilken tillhör en av de sex kärnkompetenserna för vårdprofessioner. Det innebär i stora drag att utgå från patienten som person, att planera och genomföra vården utifrån personens individuella behov samt att personens värdighet och integritet bevaras. Enligt SKL (2015a) är strukturerad kommunikation en grundläggande förutsättning för säker vård, vilket i sin tur minskar riskerna inom vården.

SBAR

SBAR (*bilaga 3*) är ett standardiserat kommunikationssystem med syfte att underlätta kollaborativ kommunikation mellan hälso- och sjukvårdsanställda samt att minska risken för missförstånd (Martin & Ciurzynski, 2015; McCabe & Timmins, 2015; Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne & Engström, 2014). Förkortningen står för Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation (Socialstyrelsen, 2016b). Denna modell för kommunikation är ursprungligen framtagen av den amerikanska marinen (Sharp, 2012).

SKL lanserade SBAR under patientsäkerhetskonferensen år 2010, som en mall för att underlätta tydlig kommunikation och för att få fokus på det viktiga i budskapet, samt för att onödig information ska undvikas. På så vis ökar därmed patientsäkerheten, och kompetensen hos personalen tas tillvara på ett bättre sätt (Sharp, 2012; Woodhall, Vertacnik & McLaughlin, 2008). Precis som Socialstyrelsen (2016b), presenterar även Martin och Ciurzynski (2015) att SBAR fungerar som ett hjälpmedel för att utveckla och säkerställa en bättre kommunikation. Studier visar att efter införandet av SBAR har kommunikationen och informationsöverföringen blivit betydligt bättre och mortaliteten har minskat (De Meester, Verspuy, Monsieurs & Van Bogaert, 2013).

Syfte

Syftet var att undersöka följsamheten av SBAR vid muntlig rapportering mellan sjuksköterska i ambulans och personal på akutmottagning.

Specifika frågeställningar

Skiljer sig följsamheten av SBAR på akutrummet jämfört med rapport till enskild personal vid överlämningsdisk?

Metod

Studien är genomförd på en akutmottagning i södra Sverige. Designen är kvantitativ observationsstudie med induktiv ansats där observationerna varit strukturerade, direkta och icke deltagande (Olsson & Sörensen, 2011). Föreliggande uppsats utgår ifrån positivismen där Birkler (2009) menar att positivistiskt vetande är säkert eftersom det baseras på verkliga, systematiska observationer.

Urval och datainsamling

Urvalet är konsekutivt (Gunnarsson, 2005; Olsson och Sörensen, 2011) och består av 40 rapportssituationer mellan sjuksköterskor i ambulans och personal på akutmottagning. De rapporter som utgör resultatet är de som gavs på akutrum (n=20) och vid överlämningsdisk (n=20). Datainsamlingen genomfördes på en akutmottagning under nio dagar i september 2016. Författarna befann sig på plats klockan 07.00-21.00 vid totalt 40 rapporteringstillfällen. Fyra studiedeltagare förekommer mer än en gång i studien, efter diskussion valde författarna att inte exkludera dessa då de ansåg att situationen och omständigheterna kring rapporten kunde skilja sig så att förutsättningarna såg olika ut. Författarna avslutade datainsamlingen på respektive plats (akutrum och överlämningsdisk) när förutbestämt antal (40) observationer uppnåts. Då antalet rapporter vid överlämningsdisk var fler i förhållande till antalet akutlarm medförde detta att författarna på kortare tid uppnådde målet för datainsamlingen vid överlämningsdisk. Det krävdes mer tid för att nå förutbestämt antal rapporter på akutrummet, varför författarna enbart observerade larmrapporter de sista tre dagarna. Det ledde till ett okänt antal rapportssituationer vid överlämningsdisk ej observerades. Inga externa bortfall förekom.

Rapport given av grund- eller specialistsjuksköterska inkluderades efter ifyllt samtyckesblankett. Rapporter som gavs inne på vårdrum exkluderades då författarna ansåg att observationen avslöjades och blev tydlig för rapportören. Situationer där patienter transporterades direkt till en avdelning, röntgen eller mottagning exkluderades ur studien. Även rapport som gavs av student eller ambulanssjukvårdare exkluderades. Observationerna var direkta, av en förutbestämd händelse i realtid och i dess naturliga kontext. De var icke deltagande med ett passivt förhållningssätt till omgivningen, i syfte att minimera risken för bias samt påverkan på studiedeltagaren (Olsson & Sörensen, 2011). Ytterligare åtgärder för att minska påverkan på rapportören var att observatörerna var iklädda adekvat, vit arbetsklädsel. Författarna placerade sig på ett sätt så att det inte skulle störa eller påverka rapporten. Ingen av studiedeltagarna nekade till deltagande i studien. De fick heller inte se observationsprotokollet innan eller efter observationerna.

Pilotstudie

En pilotstudie bestående av tio observationer genomfördes innan datainsamlingen påbörjades, båda författarna närvarade. Det medförde att akutlarm som rapporterades in via vanlig telefon och inte via larmsystemet exkluderades. Författarna valde att infoga en ruta i kommunikationsmallen för vitalparametrar [VP] då många av rapportörerna på akutrummet inte nämnde vitalparametrar numeriskt. Det är förutbestämt inom den prehospitla verksamheten att värden som förefaller vara inom det normala intervallet (så kallade ”gröna parametrar”) inte behöver anges specifikt (Vårdgivare Skåne, 2016b). De studiedeltagare som nämnde ordet “vitalparametrar” fick således full följsamhet under de mätbara värdena. Under pilotstudien upptäckte författarna störande moment som skulle kunna påverka datainsamlingen negativt vilket medförde att alla observationer vid överlämningsdisk genomfördes av båda författarna. Endast ett observationsprotokoll (*bilaga 1*) användes vid varje rapportsituation, även då författarna observerade tillsammans. Båda författarna fyllde i samma protokoll. Då pilotstudien resulterade i ändringar av datainsamlingsmetod samt tillägg och ändringar i kommunikationsmallen utgör pilotobservationerna inte en del av resultatet.

Deltagare

Studiens resultat baseras på 40 sjuksköterskor i ambulans, en grundutbildad och 39 specialistutbildade, varav 21 kvinnor och 19 män. Med specialistkompetens menas specialistutbildad sjuksköterska som läst vidare på avancerad nivå, 60 - 90 hp på universitet och omfattar en magisterexamen i omvårdnad.

Instrument

Att göra strukturerade observationer innebär att författarna på förhand noggrant utarbetat ett protokoll för att få ut så mycket som möjligt av observationen, samt att minska risken för distraktion hos observatörerna (Olsson och Sörensen, 2011). För observationerna användes ett strukturerat, deskriptivt observationsprotokoll (*bilaga 1*) för att säkerställa att datainsamlingen var samstämmig och att all viktig information relaterat till syftet registrerades.

Observationsprotokollet består av fyra huvudrubriker, *Situation (S)*, *Bakgrund (B)*, *Aktuellt tillstånd (A)* och *Rekommendation (R)* med olika antal observationspunkter under varje huvudrubrik, totalt 18 stycken. Inspiration till mallen som använts i denna studie hämtades från en tidigare genomförd observationsstudie där författarna undersökte följsamheten av SBAR mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal (Rullander & Jönsson, 2013). Pilotstudien medförde ändringar i mallen i form av att två kolumner togs bort. Grunden utgörs dock av ursprungsmallen för rapporter i akuta situationer (*bilaga 3*).

Följsamhet

Författarna till föreliggande studie enades om, att för att vara fullständigt *följsam* (100 % följsamhet) skulle respektive observationspunkt nämnas under rapporten, inte nödvändigtvis i rätt ordning. Utelämnades någon observationspunkt ansågs rapporten som helhet icke följsam. Resultaten har därefter sammanställts och gett en procentsats som tydliggör hur följsamma rapportörerna var under varje observationspunkt, samt hur många rapportörer som uppfyllt respektive observationspunkt.

Analys av data

Alla observationsprotokoll i studien samlades in och kontrollräknades. De kategoriska variablerna, *uppfylld observationspunkt* (följsam) respektive *icke uppfylld observationspunkt* (icke följsam), kodades om till siffror under respektive observationspunkt, och sammanställdes i statistikprogrammet SPSS (version 23). Variablerna för respektive plats, akutrum och överlämningsdisk, döptes till Akutrum och Disk. Resultat som framkom sammanställdes för att redovisas deskriptivt i procent genom figurer (*figur 1-5*) och frekvensfördelning genom tabeller (*tabell 1-10*). Med *antal* menas antalet studiedeltagare (frekvens) och med procent menas följsamhet. Observationspunkterna slogs samman till fyra grupper under respektive huvudrubrik, *Situation*, *Bakgrund*, *Aktuellt* och *Rekommendation*. Grupperna erhöll egna variabelnamn. Observationspunkterna under gruppen *Situation* erhöll variabelnamnet S_sum. Resterande erhöll variabelnamn på samma sätt, B_sum, A_sum, och R_sum.

När endast ett fåtal observationer finns till förfogande kan det enligt Bring, Taube och Wikman (2015) vara svårt att avgöra om fördelningen kan anses vara normal. För att kunna göra jämförande statistik mellan de olika grupperna avseende antal uppfyllda observationspunkter per grupp samt avseende median och kvartiler som centralmått och spridningsmått, analyserades datan genom ett icke-parametrisk test, Mann Whitney U-test (*tabell 5*). Enligt Björk (2010) är icke-parametriska test att föredra vid mindre mängder insamlat datamaterial. Valet att jämföra medianen mellan de olika grupperna lämpade sig bäst att analysera då materialet inte var normalfördelat. Grupperna uppnådde, enligt författarna, en tillfredsställd mängd för att kunna göra en adekvat analys med möjlighet att generalisera resultatet. Signifikansnivån (*p-värdet*) sattes till <0.05 .

Jämförande resultat redovisas i form av tabeller (*tabell 1-5*) samt som bilagor (*tabell 6-10*). Vid redogörelse för nominaldata med begränsat antal värden blir tabeller lätthanterliga (Eliasson, 2013).

Forskningsetiska avvägningar

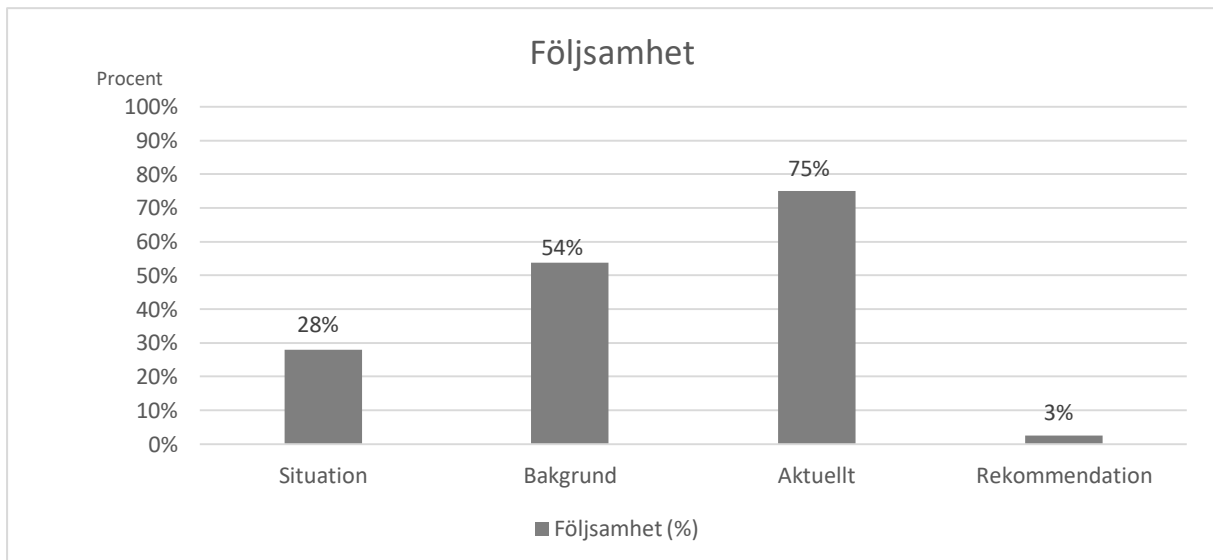
Innan studien påbörjades skickades en skriftlig ansökan in till Vårdvetenskapliga Etiknämnden [VEN] där en forskningsetisk granskning genomfördes. Studien fick

diarienummer 73-16 och nämnden hade inte något forskningsetiskt att invända mot. Tre veckor innan studien genomfördes skickades information ut till chefer inom ambulansverksamheten i Nordvästra Skåne. De fick ta del av projektplan samt brev till mellanhand och informerade därefter sina anställda om kommande studie. Akutmottagningens områdes- verksamhets- och enhetschefer fick samma information för att kunna informera personalen på akutmottagningen om författarnas närvaro under datainsamlingen. Ambulanspersonalen fick ingen information om att det var följsamheten av SBAR som skulle observeras.

Urvalet utgick ifrån informationskrav samt begriplighetskrav där Olsson och Sörensen (2011) menar att studiedeltagarna har rätt till tydlig och lättförstådd information, både muntligt och skriftligt. Även personer utan medicinsk kompetens ska förstå. Studiedeltagarna delgavs informationsbrev om studien i anslutning till avslutad rapport, samt information om hur de skulle gå tillväga för att vid behov avbryta sin medverkan i studien. De fick även möjlighet att ställa eventuella frågor. De tillfrågades då också om medgivande och fick skriva under en samtyckesblankett. Omedelbart efter avslutad rapport lämnade författarna situationen av respekt för patienten samt det pågående arbetet. Etiska regler för humanforskning har upprätthållits då det är en svår balans mellan kunskapskravet och skyddskravet (Olsson & Sörensen, 2011). Gällande informerat samtycke, sekretess samt konfidentialitet tog författarna hänsyn till Helsingforsdeklarationen, där etiska principer rörande medicinsk forskning på människor tas upp (World Medical Association, 2013).

Resultat

Sammanställningen av alla 40 observationer för akutrum och överlämningsdisk visar att följsamheten var 46 %. Resterande resultat redovisas i form av fem deskriptiva figurer (*figur 1-5*) samt löpande text. *Figur 1* visar den övergripande följsamheten för respektive huvudrubrik, därefter redovisas varje huvudrubrik separat, *Situation (figur 2)*, *Bakgrund (figur 3)*, *Aktuellt (figur 4)* och *Rekommendation (figur 5)*. Staplarna anger graden av följsamhet i procent (%).

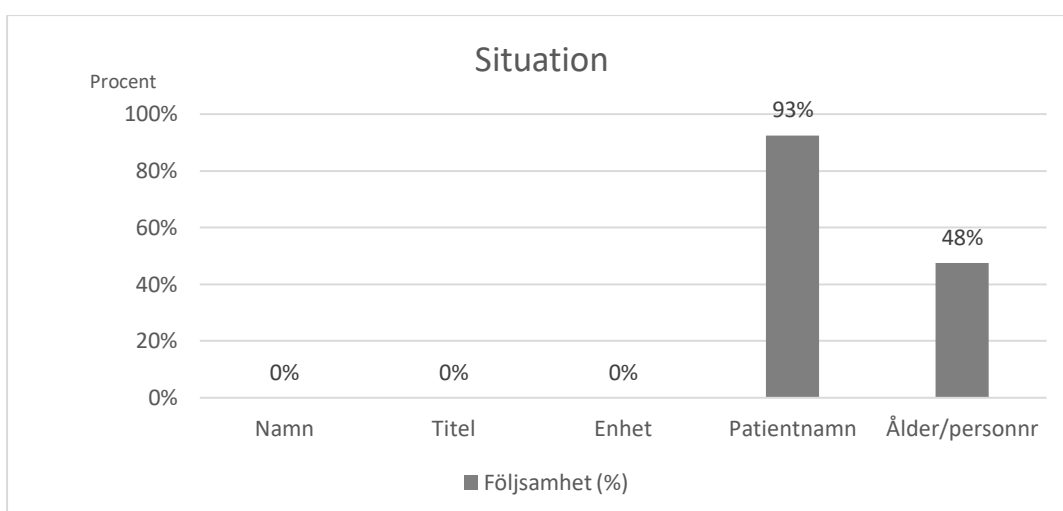


Figur 1. Resultat för följsamhet för respektive huvudrubrik, Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation.

Situation

Under huvudrubriken *Situation* (figur 2) fanns fem observationspunkter att uppfylla (*Namn, Titel, Enhet, Patientnamn och Ålder/Personnr*). Resultatet visar att ingen av studiedeltagarna nämnde *Namn, Titel* eller *Enhet*. Övervägande delen av studiedeltagarna nämnde *Patientens namn* medan knappt hälften hade med *Ålder/personnummer* i sin rapport.

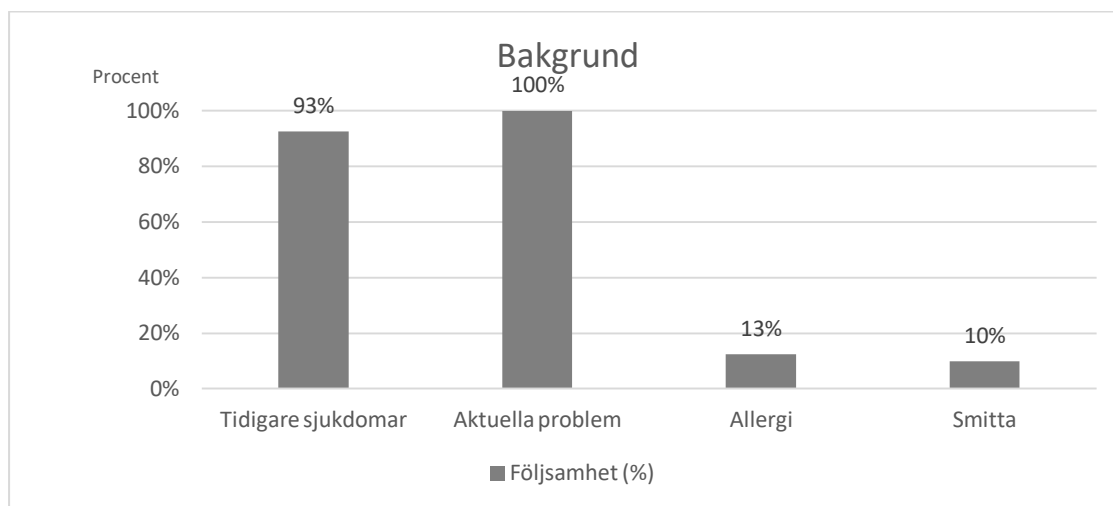
Sett till jämförelsen mellan akutrum och överlämningsdisk, inkluderades *Patientnamn* och *Ålder/personnummer* vid tre fall mer i akutrummet jämfört med över disk (bilaga 2, tabell 6).



Figur 2. Resultat för följsamhet under huvudrubriken *Situation* med observationspunkterna *Namn, Titel, Enhet, Patientnamn* och *Ålder/personnummer*.

Bakgrund

Under huvudrubriken *Bakgrund* (figur 3) fanns fyra observationspunkter att uppfylla (*Tidigare sjukdomar*, *Aktuella problem*, *Allergi* och *Smitta*). De två första observationspunkterna *Tidigare sjukdomar* och *Aktuella problem* noterades en följsamhet på över 90 % och alla studiedeltagarna nämnde patientens aktuella problem. Under de två andra observationspunkterna var det 90 % och över som inte nämnde huruvida patienten hade *Allergi* eller *Smitta*.

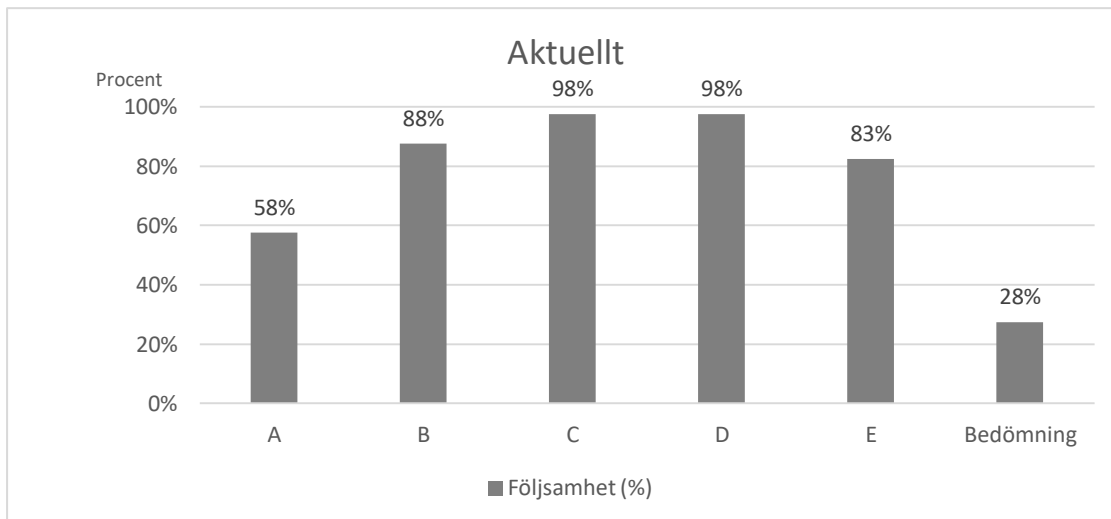


Figur 3. Resultat för följsamhet under huvudrubriken *Bakgrund* med observationspunkterna *Tidigare sjukdomar*, *Aktuella problem*, *Allergi* och *Smitta*.

Aktuellt

Under huvudrubriken *Aktuellt* (figur 4) fanns sex observationspunkter att uppfylla (*A-luftväg*, *B-andning*, *C-puls*, *blodtryck*, *saturation* och *EKG*, *D-medvetandegrad*, *smärta* och *orientering*, *E-yttre skador*, *temp*, *hud*, *färg*, *buk* och *Bedömning*). Resultatet visar på en generellt hög följsamhet under observationspunkterna *A-E*, en något lägre procentsats för *A* på 58 % jämfört med >80 % för övriga observationspunkter inom *A-E*. Sista observationspunkten *Bedömning* tog 28 % av studiedeltagarna med i sin rapport.

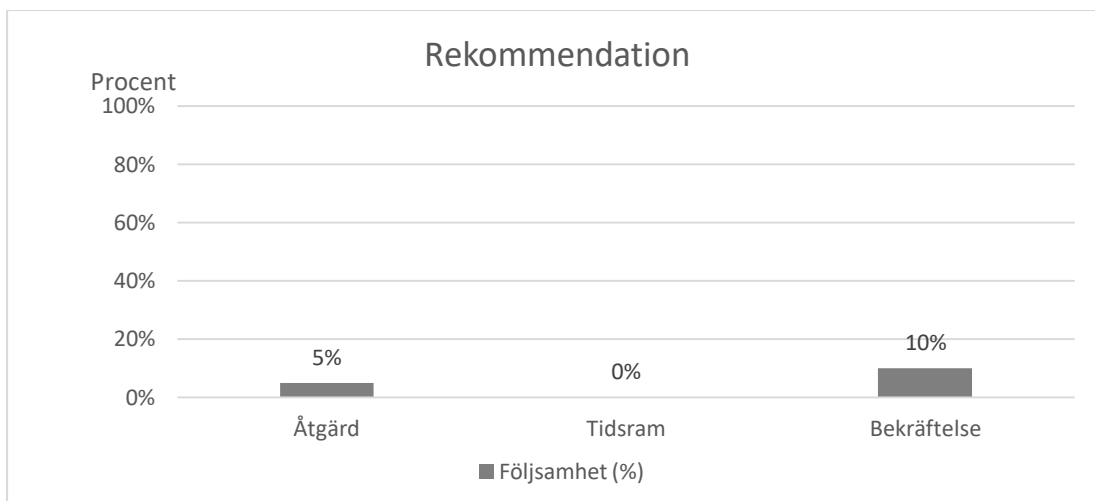
Som tidigare nämnts kunde studiedeltagarna använda sig av termen *Vitalparametrar* [VP] istället för att nämna patientens vitala parametrar uppdelat i varje bokstav under *A – E*. Resultatet visar att 15 stycken studiedeltagare valde att använda sig av denna term och fördelat överlämningsdisk – akutrum var det 12 av 20 studiedeltagare som nämnde det vid överlämningsdisken och tre av 20 på akutrummet (*bilaga 2, tabell 10*).



Figur 4. Resultat för följsamhet under huvudrubriken *Aktuellt* med observationspunkterna A, B, C, D, E och *Bedömning*.

Rekommendation

Under huvudrubriken *Rekommendation* (figur 5) fanns tre observationspunkter att uppfylla (*Åtgärd*, *Tidsram* och *Bekräftelse*). Resultatet visar generellt låg följsamhet under alla observationspunkter. Ingen av studiedeltagarna tog upp observationspunkten *Tidsram*.



Figur 5. Resultat för följsamhet under huvudrubriken *Rekommendation* med observationspunkterna *Åtgärd*, *Tidsram* och *Bekräftelse*.

Resultat för antal uppfyllda observationspunkter i relation till plats

Resultatet för antalet uppfyllda observationspunkter inom grupperna *Situation* (tabell 1), *Bakgrund* (tabell 2), *Aktuellt tillstånd* (tabell 3) och *Rekommendation* (tabell 4) i relation till plats, *Akutrum* eller *Överlämningsdisk*, redovisas nedan i tabeller. Slutligen redogörs fördelningen av medianantal och kvartiler tillsammans med p-värdet för respektive huvudrubrik (tabell 5).

Tabell 1

Frekvensfördelning för antal studiedeltagare (range 0-20) med uppfyllda observationspunkter (range 0-5) för huvudrubriken *Situation*

<u>Plats</u>	Antal uppfyllda observationspunkter		Frekvens
	Range 0-5		Range 0-20
Överlämningsdisk	0		2
n=20	1		11
	2		7
Akutrum	1		9
n=20	2		11

Tabell 2

Frekvensfördelning för antal studiedeltagare (range 0-20) med uppfyllda observationspunkter (range 0-4) för huvudrubriken *Bakgrund*

<u>Plats</u>	Antal uppfyllda observationspunkter		Frekvens
	Range 0-4		Range 0-20
Överlämningsdisk	1		2
n=20	2		15
	4		3
Akutrum	1		1
n=20	2		16
	3		3

Tabell 3

Frekvensfördelning för antal studiedeltagare (range 0-20) med uppfyllda observationspunkter (range 0-6) för huvudrubriken *Aktuellt tillstånd*.

<u>Plats</u>	Antal uppfyllda	
	observationspunkter	Frekvens
	Range 0-6	Range 0-20
Överlämningsdisk	1	1
n=20	2	1
	3	4
	5	9
	6	5
Akutrum	3	3
n=20	4	7
	5	7
	6	3

Tabell 4

Frekvensfördelning för antal studiedeltagare (range 0-20) med uppfyllda observationspunkter (range 0-3) för huvudrubriken *Rekommendation*

<u>Plats</u>	Antal uppfyllda	
	observationspunkter	Frekvens
	Range 0-3	Range 0-20
Överlämningsdisk	0	17
n=20	1	3
Akutrum	0	17
n=20	1	3

Medianantal

Den huvudrubrik som påvisade en högre median var huvudrubriken *Aktuellt tillstånd* med en median på 4.5 – 5. Under övriga huvudrubriker *Situation*, *Bakgrund* och *Rekommendation*, visar resultatet på att studiedeltagarna låg på en median mellan 0 och 2.

Tabell 5

Fördelning av medianantal och kvartiler i de olika huvudrubrikerna med en jämförelse mellan de två olika platserna Överlämningsdisk och Akutrum enligt Mann-Whitney U-test. Range påvisar antal möjliga observationspunkter som studiedeltagarna hade möjlighet att uppfylla per huvudrubrik

	Överlämningsdisk			Akutrum			*p-värde
	md	Q1	Q3	md	Q1	Q3	<0.05
Huvudrubriker							
Situation (range 0-5)	1	1	2	2	1	2	0.192
Bakgrund (rangen 0-4)	2	2	2	2	2	2	0.925
Aktuellt tillstånd (range 0-6)	5	3	5.75	4.5	4	5	0.602
Rekommendation (range 0-3)	0	0	0	0	0	0	1.000

* Mann-Whitney U-test

Diskussion

Metoddiskussion

Att använda kvantitativ metod med strikta, direkta observationer för att få en uppfattning av en händelse i realtid, följsamheten av SBAR, var enligt författarna en lämplig metod för att samla in data som svarade mot syftet. Fördelen med direkta observationer är att kunna förstå och iakttä företeelser i dess naturliga miljö (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2010). Valet av metod medförde att endast ett begränsat perspektiv av rapportsituationen undersöktes, det vill säga att fokus låg på hur studiedeltagarna följde en förutbestämd mall. Hade en annan design valts, exempelvis kvalitativ design där studiedeltagarnas uppfattning av SBAR eller upplevelse av att använda kommunikationsmallen undersökts kunde det eventuellt givit ett mer beskrivande omfång av rapporten. I kvantitativa metoder är förberedelserna viktiga, ett strukturerat observationsprotokoll skulle således kunna optimera datainsamlingen (Olsson & Sörensen, 2011). Författarna enades om att mallen för muntlig rapport vid akuta situationer (*bilaga 3*) lämpade sig för att utgöra underlaget till datainsamlingen. Fördel med befintligt protokoll var enligt författarna att det är väl strukturerat för att kunna användas som underlag. Nackdelen var att utseendet inte passade för en observationsstudie där följsamheten skulle undersökas och noteras, varför författarna fick

göra korrigeringar. Detta reviderade protokoll har aldrig tidigare använts, vilket kan ses som en svaghet.

Att en pilotstudie genomfördes innan datainsamlingen påbörjades ser författarna som en styrka. Genom att säkerställa genomförbarheten och kvalitén av observationsprotokollet (*bilaga 1*), samt att upptäcka eventuella brister och pröva studiens upplägg kunde författarna utveckla observationsprotokollet och göra ändringar. Förfarandet är i enlighet med Olsson och Sörensen (2011) samt Polit och Beck (2012). En av förändringarna bestod av att författarna genomförde samtliga observationer vid överlämningsdisk tillsammans. Olsson och Sörensen (2011) menar att all mänsklig varseblivning är selektiv vilket medför att vi som människor inte kan registrera och uppfatta allt som sker runt oss. Med gemensam observation vid överlämningsdisken minskades således risken för påverkan av störande moment som skulle kunna leda till distraktion hos författarna.

Att rapporter som föll bort inte registrerats och analyserats är en svaghet i studien. Då författarna inte kunnat räkna bortfall vid överlämningsdisk på grund av placering på akutrummet har en bortfallsanalys inte varit möjlig, vilket enligt Olsson och Sörensen (2011) krävs för att kunna säga att studien är generaliserbar. Val av klädsel och fysisk placering för författarna medförde en minskad risk att rapportören skulle upptäcka observatören. Detta skulle kunna ge ett mer sanningsenligt resultat (Bell, 2008) och ses som en styrka i studien.

Antal studiedeltagare (40) ansågs initialt av författarna som ett rimligt antal då Olsson och Sörensen (2011) menar att grupper på 10-20 deltagare är tillräckligt för att få ett täckande urval. För att kunna säkerställa att urvalet är representativt menar samma författare att ett slumpmässigt urval med urvalsram är att föredra. Då denna studie inte utgick ifrån ett register fanns således ingen urvalsram. Urvalsmetoden är konsekutiv, icke slumpmässig, vilket skulle kunna ses som en begränsning gällande generaliserbarheten (Olsson & Sörensen, 2011). Att fyra studiedeltagare förekommer mer än en gång i studien skulle eventuellt kunna ha påverkat resultatet, då studien hade grundats på en större variation av deltagare om varje studiedeltagare endast inkluderats en gång.

Att datainsamlingen genomfördes under nio dagar skulle kunna ses som en begränsning. Möjligen hade resultatet kunnat se annorlunda ut om antalet rapporteringstillfällen varit fler eller om datainsamlingen även skett nattetid. Suserud et al, (2010) menar att den ständigt

avbrutna och oregelbundna nattsömnen medför en kvarstående trötthet och sänker förmågan att planera och organisera. Att studien genomförts på enbart ett sjukhus ser författarna inte som en svaghet. Det är svårt att veta om det har påverkat resultatet, men utifrån de facto att ambulanserna har uppdrag i hela södra Sverige bedömde författarna det som en faktor med mindre inverkan.

Resultatet hade troligtvis varit detsamma i föreliggande studie oberoende av vem som utfört datainsamlingen vilket gör att den interna reliabiliteten upplevs av författarna som relativt hög. Enligt Olsson och Sörensen (2011) handlar reliabilitet om graden av överrensstämmelse mellan olika mätningar med samma mätinstrument. Dock hade resultatet eventuellt blivit annorlunda om datainsamlingen skett vid en annan tidpunkt på året då omständigheterna är sådana, att rapportsituationen skulle kunna vara annorlunda. Studier visar att belastningen på akutmottagningen ökar i samband med bland annat högtider och semestrar (Castner, Yin, Loomis & Hewner, 2016) vilket skulle kunna leda till en mer stressad rapportsituation då patientflödet är högre än normalt. Studiens externa reliabilitet skulle således kunna öka om observationen skett vid upprepade tillfällen vid ett annat tillfälle på året, och att samma studiedeltagare varit föremål för studien. För att testa och kunna dra slutsatser om reliabiliteten används bland annat test-retestmetoden (Olsson & Sörensen, 2011). Dock kunde författarna inte göra något sådant test då upprepade mätningar inte var möjligt inom ramen av tid för datainsamling, vilket kan ses som en svaghet.

Att medgivande inhämtades efter rapportsituationen skulle kunna ha påverkat rapportörens beslut att medverka. Det är enligt Olsson & Sörensen (2011) betydelsefullt att studiedeltagarna får information i god tid för att på så vis få en ökad möjlighet att ta ställning till sitt deltagande.

Enligt Olsson och Sörensen (2011) är antalet studiedeltagare viktigt, ju fler studiedeltagare desto större blir sannolikheten att studieresultatet går att generalisera till en population. Den statistiska analysen är väsentlig om riktiga slutsatser ska dras utifrån undersökningsmaterialet. För att kunna säkerställa en statistisk signifikans i analysen (*tabell 5*) bör värdet för sannolikheten, enligt samma författare, ligga på minst 95 % (p-värde <0.05). Analysresultatet av medianfördelningen mellan huvudrubrikerna (*tabell 5*) når ej upp i tillräckligt hög sannolikhet för att påvisa en signifikant skillnad mellan överlämningsdisk och akutrum, och spelar därför en liten roll för studiens resultat. Intressant är att diskutera om sannolikheten

ökat tillräckligt för en bättre genomförd analys (p-värdet <0.05) om antalet observationer per plats varit fler, eller om skillnaden är så pass liten att antalet observationer inte hade haft någon påverkan. Antal individer och val av signifikansnivå spelar en väsentlig roll vid dataanalys för kvantitativa resultat (Eliasson, 2013). Studiens analys av medianantal mellan överlämningsdisk och akutrum grundar sig på ett icke parametriskt test vilket enligt Ejlertsson (2012) är en testmetod med lägre styrka, det vill säga lägre sannolikhet att hitta en faktisk skillnad mellan de grupper som undersöks. Studien hade som specifik frågeställning att analysera om skillnad av följsamheten förelåg mellan akutrum och överlämningsdisk, vilket inte var möjligt. Det skulle kunna bero på att skillnaden mellan grupperna var för liten eller att grupperna var för små. Därför redovisas skillnaden deskriptivt i tabeller (*tabell 1-4*). Enligt Bring, Taube och Wikman (2015) föreligger det ett samband mellan små skillnader och antal observationer som krävs för att upptäcka statistiskt säkra olikheter i ett material.

Författarna är eniga om att en powerberäkning skulle ha gjorts innan studien påbörjades för att räkna på studiens urvalsstorlek och därmed studiens säkerhet. En ökande urvalsstorlek minskar osäkerheten och minskar risken för typ II-fel enligt Olsson och Sörensen, (2011). Urvalets storlek kan baseras på tidigare studiers erfarenheter eller endast uppskattas men dessa metoder är inte att rekommendera (a.a). Författarna hämtade inspiration från en tidigare genomförd studie av Rullander och Jönsson (2013) vilket kan ses som en svaghet. Att utgå från specifika statistiska principer är att föredra (Olsson & Sörensen, 2011).

Att informationsbrev samt projektplan skickades ut till berörda chefer inom både ambulans- och akutverksamheten vid aktuellt sjukhus i god tid ses som en styrka. Innehållet i brevet diskuterades av författarna, och informationskrav samt begriplighetskrav låg till grund för utarbetandet av brevets innehåll i enlighet med Olsson & Sörensen (2011). Cheferna fick fullständig information men ombads att ge sina anställda en begränsad version. Några dagar in i datainsamlingsförfarandet fick författarna kommentarer och frågor av studiedeltagarna om det var SBAR som observerades. Att samtliga deltagare fick information på plats om att det var hela rapportsituationen som var föremål för observation och inte enbart den muntliga rapporten kan ses som ett avsteg från informationskravet. Författarna gjorde dock bedömningen att detta var nödvändigt för att få ett så sanningsenligt resultat som möjligt.

Resultatdiskussion

Under rubriken *Situation* uppgav ingen av de 40 studiedeltagare sitt *Namn, Titel* eller *Enhet* (*figur 2*), som enligt SBAR ska inleda rapporten. Anledningen till detta kan vara att rapporten sker öga mot öga och mottagaren ser rapportören och kan därmed läsa namn och befattning från rapportörens namnskylt. Liknande resultat har framkommit från två svenska studier (Holmstedt & Lövenius-Grelz, 2011; Rullander & Jönsson, 2013) och styrks i en studie av Hannam et al. (2013) där endast 3 – 16 % uppgav namn och roll vid en teamsummering inför operation. Att 92.5 % av alla studiedeltagare nämnde patienten vid namn (*figur 2*) anser författarna är ett steg i rätt riktning gällande den personcentrerade vården och personbegreppet. Ekman (2014) skriver att en förutsättning för personbegreppet, i motsats till patientbegreppet, är att perspektivet förskjuts från *vad* till *vem*. Patientbegreppet handlar, enligt samma författare, mer om en roll medan begreppet person bevakar en människas identitet. Lite mer än hälften uppgav *Ålder* eller *Personnummer* (*figur 2*) på patienten i föreliggande studie, anledningen till detta kan tolkas på olika sätt. En anledning kan vara att studiedeltagaren inte anser att åldern är väsentligt för rapportens värde, då patientens personnummer är väl kontrollerad och dokumenterad av ambulanspersonalen redan från början. Ambulanspersonalen ska alltid kontrollera patientens id mot giltig id-handling vid ankomst hos patienten (Vårdgivare Skåne, 2016c).

I huvudrubriken *Bakgrund* visade resultatet en följsamhet mellan 10 – 12.5 % på observationspunkterna *Allergi* och *Smitta* vilket överraskade författarna, då denna information är av stor vikt för patientens och personalens säkerhet. En aspekt kring detta kan vara att det är endast information av vikt som ska tas upp i en rapport, det vill säga att ambulanspersonalen endast nämner allergi och/eller smitta om detta förekommer hos patienten. Enligt den SBAR-mall som är utformad för akuta överrapporteringar ska det informeras om eventuell allergi och smitta (*bilaga 4*). Det kan tolkas att allergi och smitta endast ska rapporteras om det är aktuellt för patienten. Enligt SOSFS 2008:14 ska information om vårdhygienisk smitta samt allergier finnas dokumenterade i en patientjournal. Huruvida detta skriftligen gjordes av ambulanspersonalen undersöktes ej i föreliggande studie.

Resultat som framkom under huvudrubriken *Aktuellt tillstånd* visar högre grad av följsamhet än under övriga huvudrubriker (*figur 1*) samt ett dubbelt så högt medianantal (*tabell 5*). Här framkommer uppgifter om patientens vitalparametrar: *A-luftväg*, *B-andning*, *C-cirkulation*, *D-*

medvetandegrad, smärta och orientering, *E*-yttre skador, temperatur, färg med mera. Under denna rubrik ska även ambulanspersonalens preliminära *Bedömning* av patienten nämnas. Att följsamheten är högre under denna huvudrubrik är inget som överraskar författarna.

Patientens status är i centrum och sviktande vitalparametrar av något slag är oftast anledningen till att patienten körs till sjukhus eller annan vårdinrättning.

Ambulanspersonalen kan använda Triagehandboken som beslutsstöd för att prioritera och välja lämplig vårdnivå i relation till patientens status, vitalparametrar och symtom (Bruce & Suserud, 2005; Vårdgivare Skåne, 2016d). Det är därför av stor vikt att rapportera sviktande vitalparametrar och omständigheter kring dessa för personal på akutmottagningen för att de sedan ska fortsätta handlägga patienten på rätt vårdnivå. Följsamheten under *A*, det vill säga om patienten har fri, hotande eller ofri luftväg är något lägre än övriga vitalparameter inom *A-E*. En förklaring till detta kan vara att det ofta är uppenbart om patienten har en fri luftväg, och därmed låter ambulanspersonalen bli att rapportera detta. Att följsamheten sjunker ytterligare under observationspunkten *Bedömning* i relation till övriga observationspunkter under huvudrubriken *Aktuellt tillstånd* kan författarna endast spekulera kring. En aspekt kan vara sjuksköterskans erfarenhet- och kompetensnivå. Benner (1993) redogör kring sjuksköterskans utveckling från novis till expert som sker i olika steg. Det är, enligt Benner, när en högre nivå uppnåtts som sjuksköterskan lättare kan identifiera och analysera problem, vilket blir aktuellt under denna observationspunkt. Eftersom studien ej undersökte erfarenhet och antal år inom yrket hos deltagarna går det ej att dra slutsatser om huruvida föreliggande studies resultat hade stöd i Benners teori. Det är dock intressant att spekulera kring varför många specialistutbildade utelämnar bedömningen i rapporten, då en vidareutbildning på magisternivå kan anses ligga högre på Benners skala från novis till expert.

Lägst följsamhet noteras under sista huvudrubriken *Rekommendation*. Andra studier har noterat dålig följsamhet, till exempel i en studie av Ilan et al. (2012) utelämnades större delar av innehållet (60%) under *Rekommendation*. Wallin och Thor (2008) påpekar att SBAR möjliggör en mer effektiv kommunikation, men att mallen inte fungerar självmant. De framhåller vikten av att mottagaren lyssnar aktivt och koncentrerat, för om mottagaren inte förstår det som sägs menar samma författare att kommunikationen misslyckas trots att den genomförts på ett korrekt sätt. Även Bruce och Suserud (2005) påtalar vikten av att mottagande personal lyssnar och är intresserade av ambulanspersonalens bedömning av inkommande patient. Förmåga att kommunicera kan vara en aspekt att ta hänsyn till. Enligt

Falkheimer och Heide (2008) tolkar människor information olika beroende på kunskap, intresse, erfarenhet och bakgrund. Generella kommunikationsproblem, lång och irrelevant information eller språkbarriärer är alla faktorer som kan påverka effektiv kommunikation (Ekman, 2014; Riesenberg, Leitzsch, & Cunningham, 2010). Ambulanspersonalens attityd gentemot patienten visar sig också vara en bidragande faktor till en sämre överlämning enligt Bruce och Suserud, (2005). Frågan är om ambulanspersonalen i föreliggande studie kan ha blivit avbruten eller påverkats av mottagaren till den grad att han eller hon kommit av sig att följa SBAR på ett korrekt sätt? Forskning visar att om rapportören blir störd under rapporten ökar risken för att förlora fokus (Sharp, 2012; Spencer et al., 2002; Welsh et al., 2010). Eftersom studien ej tog hänsyn till störningsmoment under deltagarnas rapporter kan författarna inte dra slutsatser kring studiens resultat relaterat till störningsmoment.

En annan aspekt kring resultatet, kan vara på vilket sätt ambulanspersonalen bär med sig informationen som de ska rapportera över. Riesenberg et al. (2010) har identifierat olika hinder för effektiva överlämningar och ett sådant är felaktig hågkomst av återberättad information. Håller de all information och uppgifter om vitalparametrar i huvudet och förlitar sig därmed på minnet, eller använder de sig av digital eller utskriven ambulansjournal som stöd vid rapporten? Med andra ord, ambulanspersonalen har antingen minnet, egna anteckningar, journalen eller en blandning av detta att lita sig på när rapporten lämnas. Ambulansjournalen skrivs vanligen ut innan patienten körs in på akutmottagningen och lämnas över till mottagande sjuksköterska på akutmottagningen efter given rapport. Inne på akutrummet hinner inte ambulanspersonalen skriva ut journalen innan rapporten, och måste därmed förlita sig på minnet och egna anteckningar. Ibland skrivs dessa anteckningar ner på en handske. Akutjournalen (*bilaga 4*) som används tar inte upp information om patienten i samma ordning som informationen ska ges enligt SBAR-strukturen.

I Nederländerna gjordes en studie på 95 sjuksköterskor där en grupp på 47 sjuksköterskor fick utbildning i bland annat SBAR, medan resterande sjuksköterskor inte fick samma utbildning. Resultatet visade att trots att nästan hälften av alla studiedeltagarna fick utbildning var följsamheten låg. Det förelåg inte tillräckligt med statistisk signifikans för att konstatera eventuell skillnad mellan grupperna (Ludikhuizen, de Jonge & Goossens, 2011). Studien tar inte upp om sjuksköterskorna fick, utöver utbildning, upprepad träning av användandet av SBAR-mallen. Forskning visar att information och utbildning med återkommande träning ger bäst resultat i användandet (Donahue et al., 2011; Marshall et al., 2009). Huruvida

studiedeltagarna i föreliggande observationsstudie erhållit utbildning och träning av SBAR har ej varit föremål för studien att observera och därmed kan inga slutsatser dras kring utbildning, träning och låg följsamhet.

Ur en artikel från en amerikansk bok baserad på olika vetenskapliga artiklar om patientsäkerhet skriver Donaldson (2008) att minnet inte är tillräckligt tillförlitligt för att säkerställa kvaliteten på patientsäkerheten. Istället bör olika standardiserade verktyg och checklistor användas (a.a; Riesenberget al., 2010). Rollfördelning, skillnader inom hierarkier och interpersonella konflikter på arbetsplatsen är andra faktorer som kan leda till att kommunikationen blir lidande och i förlängningen ett hot mot patientsäkerheten (a.a; Sutcliffe, Lewton & Rosenthal, 2004). I Sverige drivs och styrs Hälso- och sjukvården av lagar och författningar. SKL som arbets- och intresseorganisation, arbetar patientcentrerat och utvecklar vården för att den bland annat ska nå hög medicinsk kvalitet med fokus på patientsäkerhet (SKL, 2015b). Forskning visar på fördelar att jobba utefter rätt rutiner och riktlinjer för att trygga för säker vård (Bagnasco et al, 2013; Edberg et al, 2013). Eftersom både SKL och ett flertal studier påvisar att både kommunikationen och överförandet av information har blivit bättre efter införandet av SBAR, borde det ligga i rapporterade sjuksköterskas intresse att följa ett standardiserat kommunikationssystem för att säkra vården för patienterna som överrapporteras. Enligt SKL (2015a) ska riskerna för att glömma bort information minskas vid användandet av ett strukturerat samtal enligt SBAR. Frågan kvarstår att trots lagar, författningar och evidens följer studiedeltagarna inte SBAR till mer än 46 %. Tillsammans utelämnar studiedeltagarna mer än hälften av observationspunkterna. Föreliggande studie har endast observerat följsamheten och spekulerat med stöd från aktuell forskning kring varför studiedeltagarna inte följer mallen enligt instruktioner. Faktorer så som störningar, brist på SBAR-vänliga journalanteckningar och kommunikationssvårigheter i olika former kan vara bidragande till studiens resultat och det återstår att se i fortsatt forskning i ämnet.

Konklusion och implikationer

Studien har visat att den totala följsamheten av SBAR som kommunikationsmall föreföll låg, 46 %. Sett till helheten uppfyllde inga studiedeltagare alla 18 observationspunkter. Det visade sig däremot, att när följsamheten angavs i procent (%) fanns en framträdande skillnad på hur

följsamma studiedeltagarna var under respektive huvudrubrik. Rapportering av patientens *Aktuella tillstånd* var den huvudrubrik med högst procentuell följsamhet vilket tyder på att sjuksköterskan har patientens föreliggande status i fokus. Under huvudrubriken *Rekommendation* var följsamheten lägst. Resultat från jämförande analys (*tabell 5*) indikerar på att skillnaden av följsamhet mellan akutrum och överlämningsdisk är för låg för att kunna dra signifikanta slutsatser. Studien tar inte hänsyn till studiedeltagarnas attityd till SBAR-mallen eller nivå av utbildning och träning av kommunikation vid överrapportering enligt mallen, och därmed kan inga slutsatser dras kring resultatet.

Studiens resultat tyder på att det skulle behövas någon form av åtgärd för att förbättra följsamheten av SBAR, och på så vis få en mer säker kommunikation. För att få en klarare uppfattning om varför följsamheten inte var högre ger författarna förslag till vidare forskning där utgångspunkten är att undersöka hur personalen upplever utformningen av mallen för att belysa vilka problem som finns och därmed komma fram till en hållbar positiv förändring. Då det finns utrymme för varje enskild verksamhet att utforma en egen, verksamhetsanpassad mall kunde det vara av intresse att titta på hur en eventuell förändring av mallen skulle kunna se ut och om detta skulle kunna förbättra följsamheten.

Referenser

- Andersson, A. (2016). Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården, SBAR. Hämtad 24 November, 2016, från Sveriges Kommuner och Landsting, <https://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a8384253/1398412243103/skl-sbar-kort-akut-situation-icke-akut-situation.pdf>
- Bagnasco, A., Tubino, B., Picotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Di Pietro, P., Sasso, L., Passalacqua, D., & Gambino L. (2013). Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 21, 168-172.
- Bell, J. (2008). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur
- Birkler, J. (2009). *Vetenskapsteori: en grundbok*. Stockholm: Liber
- Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Liber AB: Stockholm
- Bring, J., Taube, A., & Wikman, P. (2015). *Introduktion till medicinsk statistik*. Studentlitteratur AB: Lund
- Bruce, K., & Suserud, BO. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10 (4), 201-209. doi: 10.1111/j.1362-1017.2005.00124
- Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L., & M Vardaman, J. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*, 23, 334-342.

- Castner, J., Yin Y., Loomis D., & Hewner, S. (2016). Medical Mondays: ED Utilization for Medicaid Recipients Depends on the Day of the Week, Season, and Holidays. *Journal of emergency nursing*, 42 (4), 317-324. doi: 10.1016/j.jen.2015.12.010
- De Meester, K., Verspuyl, M., Monsieurs, K-G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84 (9), 1192-1196. doi: 10.1016
- Donahue, M., Miller, M., Smith, L., Dykes, P. & Fitzpatrick, JJ. (2011). A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *American Journal of Medical Quality*, 26 (3), 206-11
- Donaldsson, M.S. (2008). An Overview of *To Err is Human*: Re-emphasizing the Message of Patient Safety. I R.G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ Publication. Rockville, från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2673/>
- Edberg, A-C., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur AB
- Eide, D., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur AB: Lund
- Eisenberg, E.M., Murphy, A.G., Sutcliffe, K., Wears, R., Schenkel, S., Perry, S., & Vanderhoef, M. (2005). Communication in emergency medicine: implications for patient safety. *Communication Monographs*, 72 (4), 390–413
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Studentlitteratur AB: Lund
- Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi och praktik*. Stockholm: Liber

Elfström, J., Nilsson, L., & Sturnegk, C. (2009). Sjukvårdens händelseanalyser bör skärpas och involvera läkare: Genomgång av 118 lex Maria- ärenden i Östergötland. *Läkartidningen*, 48. Hämtad 21 november, 2016, från http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/13232/LKT0948s3262_3267.pdf

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur AB: Lund

Falkheimer, J., & Heide, M. (2008). *Kriskommunikation i ett globalt samhälle*. KBM: Stockholm

Gunnarsson, R. (2005). Urvalsstrategier. Hämtad 23 November, 2016, från <http://www.infovoice.se/fou/bok/10000061.shtml>

Hannam, J. A., Glass, L., Kwon, J., Windsor, J., Stapelberg, F., Callaghan, K., Merry, A. F., & Mitchell, S. J. (2013). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety*, 22, 940-947. doi:10.1136/bmjqs-2012-001749

Holmstedt, C., & Löfvenius-Grelz, B. (2011) Jämförelse av ambulanspersonals överslag till akutmottagning mot SBAR-protokollet: en observationsstudie. Hämtad 17 November, 2016, från <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=3403258&fileOid=3406231>

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

Kilner, E., & Sheppard, L-A. (2010). The role of teamwork and communication in emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18, 127-137. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.006

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

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

Marshall, S., Harrison, J. & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 18 (2), 137-40. doi: 10.1136/qshc.2007.025247

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

McCabe, C., & Timmins, F. (2015). *Grundläggande kommunikation -inom omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Polit, DF., & Beck, CT. (2010). *Nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4 (1), 1-8. doi:10.1136/

Redfern, E., Brown, R., & Vincent, C-A. (2009). Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. *Emergency Medical Journal*, 26 (5), 653–657

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *The American journal of nursing*, 110 (4), 24-34. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09

Rullander, M., & Jönsson, F. (2013). *Överrapportering enligt S-BARmodellen mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal: En kvantitativ observationsstudie avseende följsamhet*. Magisteruppsats, Lunds Universitet, Institutionen för hälsovetenskaper

SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad 9 februari, 2016, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

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

Socialstyrelsen (2008). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Hämtad 10 maj, 2016, från http://www.irisk.se/div/SoS-200810916_Rev2.pdf

Socialstyrelsen (2016a). *Säker kommunikation i vården*. Hämtad 23 mars, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerkommunikation>

Socialstyrelsen (2016b). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 13 april, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

SOSFS. (2008:14). Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Spencer, R., Logan, P., & Coiera, E. (2002). *Supporting communication in the emergency department*. Centre for Health Informatics, University of New South Wales

Squires, J-E., Estabrooks, C-A., Gustavsson P., & Wallin, L. (2011). Individual determinants of research utilization by nurses: a systematic review update. *Implementation Science*, 6 (1)

Suserud, B-O., & Svensson, L. (Red.). (2009). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber

Sutcliffe, KM., Lewton, E., & Rosenthal, M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*, 79 (2), 186-94. Från http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2004/02000/Communication_Failures__An_Insidious_Contributor.19.aspx

Svenska Akademiens Ordbok. (2016). *Följsam*. Hämtad 10 maj, 2016, från http://www.saob.se/artikel/?seek=FÖLJSAM#U_F2251_14173

Sveriges kommuner & landsting, SKL. (2015a). Hämtad 23 Mars, 2016, från <http://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html>

Sveriges kommuner och landsting, SKL. (2015b). Hämtad 30 November, 2016, från <https://skl.se/tjanster/omskl.409.html>

Vårdgivare Skåne. (2016a). Hämtad 23 Mars, 2016, från <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/ambulanssjukvard/#39177>

Vårdgivare Skåne. (2016b). Hämtad 21 November, 2016, från http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/ambulanssjukvard/blanketter/a4d_forvarningsmall__rspe_version_2.pdf?highlight=sbar

Vårdgivare Skåne. (2016c). Hämtad 17 November, 2016, från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/6.-it/it-stod-och-tjanster/ispass/anvandarmanualer-och-funktionsbeskrivningar---fillistning/beskrivning-och-rutiner-idtyper.pdf>

Vårdgivare Skåne (2016d). Hämtad 18 November, 2016, från <http://vardgivare.skane.se/patientadministration/trycksaker/handbocker/triagehandboken/?highlight=ambulant+bedomning>

Wallin, C-J., & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal: Ineffektiv kommunikation bidrar till majoriteten av skador i vården *Läkartidningen* 105. Hämtad 13 april, 2016, från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=9758>

Welsh, C. A., Flanagan, M. E., & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58 (3), 148-154. doi: 10.1016/j.outlook.2009.10.005

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

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Fortaleza, Brasilien. Från <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

Wright, D., & Brajtman, S. (2011). Relational and embodied knowing: Nursing ethics within the interprofessional team. *Nursing Ethics, 18* (1), 20-30

Bilaga 1. Observationsprotokoll

Plats		Akutrum:		Disk:
Utbildningsnivå		Spec:		Grund:

Observationer	Ja	Ja, fel ordning	Nej	Kommentar
Situation				
Namn				
Titel				
Enhet				
Patientnamn				
Ålder (ev personnr)				
Bakgrund				
Tidigare och aktuella sjukdomar				
Aktuella problem				
Allergi				
Smitta				
Aktuellt tillstånd				
A – luftväg				
B – andning				
C - puls, blodtryck, saturation, EKG				
D - medvetandegrad, smärta, orient				
E - yttre skador, temp, hud, färg, buk				
Bedömning				
Rekommendation				
Åtgärd (jag föreslår...)				
Tidsram				
Bekräftelse				

VP

Bilaga 2. Jämförande deskriptiv statistik

Tabell 6. *Frekvensfördelning av antalet (st) uppfyllda och icke uppfyllda observationspunkter för huvudrubriken Situation fördelat mellan platserna Överlämningsdisk och Akutrum*

Situation	Överlämningsdisk		Akutrum	
	Antal uppfyllda observationspunkter (st)		Antal uppfyllda observationspunkter (st)	
Observationspunkter	Ja	Nej	Ja	Nej
<i>Namn</i> (range 0-20)	0	20	0	20
<i>Titel</i> (range 0-20)	0	20	0	20
<i>Enhet</i> (range 0-20)	0	20	0	20
<i>Patientnamn</i> (range 0-20)	17	3	20	0
<i>Ålder/personnr</i> (range 0-20)	8	12	11	9

Tabell 7. *Frekvensfördelning av antalet (st) uppfyllda och icke uppfyllda observationspunkter för huvudrubriken Bakgrund fördelat mellan platserna Överlämningsdisk och Akutrum*

Bakgrund	Överlämningsdisk		Akutrum	
	Antal uppfyllda observationspunkter (st)		Antal uppfyllda observationspunkter (st)	
Observationspunkter	Ja	Nej	Ja	Nej
<i>Tidigare sjukdomar</i> (range 0-20)	18	2	19	1
<i>Aktuella problem</i> (range 0-20)	20	0	20	0
<i>Allergi</i> (range 0-20)	3	17	2	18
<i>Smitta</i> (range 0-20)	3	17	1	19

Tabell 8. *Frekvensfördelning av antalet (st) uppfyllda och icke uppfyllda observationspunkter för huvudrubriken Aktuellt fördelat mellan platserna Överlämningsdisk och Akutrum*

Aktuellt	Överlämningsdisk		Akutrum	
	Antal uppfyllda observationspunkter (st)		Antal uppfyllda observationspunkter (st)	
Observationspunkter	Ja	Nej	Ja	Nej
<i>A</i> (range 0-20)	13	7	10	10
<i>B</i> (range 0-20)	16	4	19	1
<i>C</i> (range 0-20)	19	1	20	0
<i>D</i> (range 0-20)	19	1	20	0
<i>E</i> (range 0-20)	16	4	17	3
<i>Bedömning</i> (range 0-20)	7	13	4	16

Tabell 9. *Frekvensfördelning av antalet (st) uppfyllda och icke uppfyllda observationspunkter för huvudrubriken Rekommendation fördelat mellan platserna Överlämningsdisk och Akutrum*

Rekommendation	Överlämningsdisk		Akutrum	
	Antal uppfyllda observationspunkter (st)		Antal uppfyllda observationspunkter (st)	
Observationspunkter	Ja	Nej	Ja	Nej
<i>Åtgärd</i> (range 0-20)	2	18	0	20
<i>Tidsram</i> (range 0-20)	0	20	0	20
<i>Bekräftelse</i> (range 0-20)	1	19	3	17

Tabell 10. *Frekvensfördelning av antalet (st) uppfyllda och icke uppfyllda observationspunkter för Vitalparametrar fördelat mellan platserna Överlämningsdisk och Akutrum*

VP – Vitala parametrar	Överlämningsdisk		Akutrum	
	Antal uppfyllda observationspunkter (st)		Antal uppfyllda observationspunkter (st)	
Observationspunkt	Ja	Nej	Ja	Nej
<i>VP</i> (range 0-20)	12	8	3	17

Bilaga 3. SBAR – akut situation

SBAR – akut situation

S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?	Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...	_____ _____ _____ _____ _____
--	---	---

B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhets- bild av patientens tillstånd fram tills nu.	Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.	_____ _____ _____ _____ _____
--	---	---

A Aktuellt tillstånd Status	Rapportera A: luftväg B: andning C: puls, blodtryck, saturation D: medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/rum/person E: temperatur, hud, färg, buk urinproduktion, yttre skador.	_____ _____ _____ _____ _____
Bedömning	Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...	_____ _____

R Rekommendation Åtgärd	... därför föreslår jag: omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling.	_____ _____ _____
Tidsram	Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen?	_____ _____ _____
Bekräftelse på kommunikationen	Finns fler frågor? Är vi överens?	_____ _____

Nätverket för patientsäkerhet

Bilaga 4. Akutjournal

Akutjournal							klistra patientetikett							
Amb.nr	Larmtid	Framme	Avfärd	Vårdare	Vårdare	Ärendnr								
Kontaktsak			Datum	Ankomst kl.	Sekretess Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>									
Aktuellt				Disciplin:		Plac: <input type="checkbox"/> Läkartriage								
<input type="checkbox"/> Tid. väs. frisk <input type="checkbox"/> Kardiovaskulär sjd. <input type="checkbox"/> Cerebrovask sjd. <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Immunosuppr. <input type="checkbox"/> Blödningbenäg./AK-beh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Njursjukdom <input type="checkbox"/> Leversjukdom <input type="checkbox"/> Lungsjukdom <input type="checkbox"/> Malignitet <input type="checkbox"/> op Inom 3 mån <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> Tabl <input type="checkbox"/>														
Triage	Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Ja		Blodsmitta <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Ja		VRE/MRSA misstanke enl.PM <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> Ja		Ökad fallrisk enl.PM <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej							
	Patient ej i behov av triage <input type="checkbox"/> - Blå prio		Otti luftväg <input type="checkbox"/> Stridor		<input type="checkbox"/> Larm		Misstanke om GE <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej							
	SpO ₂ på luft		AF/min		SpO ₂ < 90% med O ₂ AF > 30 eller < 8		SpO ₂ < 90% utan O ₂ AF > 25							
	Puls		BT		RR > 130 el OR > 150 SBT < 90 mmHg		Puls > 120 eller < 40 Puls > 110 eller < 50							
	RLS /GCS		EKG AMB <input type="checkbox"/>		Somnolent/RLS 2-3		Akut desorienterad							
Temp		EKG AKM <input type="checkbox"/>		Medvetslös Krampanfall		Temp > 41*, < 35* Temp > 38,5*								
ESS algoritm <input type="checkbox"/>		ssk/sign		<input type="checkbox"/> Röd ESS		<input type="checkbox"/> Orange ESS								
		mott.ssk/sign		<input type="checkbox"/> Röd prio Röda prover		<input type="checkbox"/> Orange prio Orange prover								
		Ompröreevaluering sign/klockslag		<input type="checkbox"/> Gul ESS		<input type="checkbox"/> Gul prio Gula prover								
		sign/klockslag		<input type="checkbox"/> Grön ESS		<input type="checkbox"/> Grön prio								
Kommentar till ompröreevaluering:														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: red;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: orange;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: yellow;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: red;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: orange;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: yellow;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; background-color: green;"></td> </tr> </table>														
Övr. åtgärder	Kap. prover <input type="checkbox"/> CRP kl. sign. <input type="checkbox"/> Hb kl. sign.													
	<input type="checkbox"/> Lpk kl. sign. <input type="checkbox"/> P-gl kl. sign.													
	Pvk	sign	ut.	Fasta kt:	KAD ^{norm}	Bladderscan ml KI								
Pvk	sign	ut.	Tolk behov <input type="checkbox"/> Ja	Språk:	Tolk kt:									
Kontroller och läkemedelsordinationer	PREHOSPITALA läkemedel, mängd, adm.sätt kl		sign	Kl:	Händ 220									
					200									
					180									
					160									
					140									
					120									
					100									
					80									
					60									
					40									
LÄKEMEDEL AKUTMOTT. Ssk/AF/RLS/VAS														
O ₂ /min <input type="checkbox"/> grimma <input type="checkbox"/> mask <input type="checkbox"/>														
Läk.sign														