

# **Kommunikationsmodellens påverkan på kommunikationen och patientsäkerheten i akuta situationer**

SBAR och Closed-Loop Communication

Eva-Lotta Backlund

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	4689
Författare:	Eva-Lotta Backlund
Arbetets namn:	Kommunikationsmodellens påverkan på kommunikationen och patientsäkerheten i akuta situationer – SBAR och Closed-Loop Communication
Handledare (Arcada):	Annika Skogster
Uppdragsgivare:	
<p>En stor del av alla misstag och misslyckanden som sker inom vården kännetecknas av problem i kommunikationen mellan vårdpersonalen. Effektiv kommunikation och samarbete är avgörande för god patientvård. Syftet med detta arbete var att kartlägga hur användning av kommunikationsmodeller kan underlätta kommunikationen i akuta situationer och hur det påverkar patientsäkerheten. De centrala frågeställningarna i detta arbete har varit: underlättar användandet av kommunikationsmodeller kommunikationen i akuta situationer och bidrar användandet av en kommunikationsmodell till bättre patientsäkerhet. Denna studie är en kvalitativ innehållsanalys och materialet har analyserats med en induktiv analysmetod. Den teoretiska referensramen grundar sig på patientsäkerhet. Resultatet har delats in i fyra huvudkategorier: akuta situationer, vårdpersonal, patientsäkerhet och kommunikationsmodeller. Slutsatsen har varit att kommunikationsmodeller förbättrar både kommunikation och patientsäkerheten.</p>	
Nyckelord:	SBAR, Closed-Loop Communication, kommunikation, akuta situationer
Sidantal:	52
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	4689
Author:	Eva-Lotta Backlund
Title:	Communication models impact on communication and patient safety in emergency situations – SBAR and Closed-Loop Communication
Supervisor (Arcada):	Annika Skogster
Commissioned by:	
<p>A big part of all the mistakes and failures that happens in healthcare are characterized by problems in communication between the nursing staff. Effective communication and collaboration is essential for good patient care. The purpose with this study was to map how using of communication models may facilitate the communication in emergency situations and how it effects patient safety. The central issues of this study has been: facilitates the use of communication models communication in emergency situations and contributes the use of a communication model to improve patient safety. This study is a qualitative content analysis and the material has been analyzed with an inductive analyze method. The theoretical framework is based on patient safety. The result has been divided in to four main categories: emergency situation, nursing staff, patient safety and communication models. The conclusion has been that communication models improves both communication and patient safety.</p>	
Keywords:	SBAR, Closed-Loop Communication, communication, emergency situation
Number of pages:	52
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
2.1	Crisis Resource Management .....	7
2.1.1	<i>Huvudkomponenterna för CRM</i> .....	7
2.1.2	<i>Resurshantering i krissituationer</i> .....	9
<b>3</b>	<b>TIDIGARE FORSKNING OM KOMMUNIKATION</b> .....	<b>10</b>
3.1	Personalens förmåga att kommunicera med varandra .....	12
3.2	Faktorer som underlättar vs försvårar kommunikationen mellan personalen .....	13
4.3	Strukturerade kommunikationsmodeller som underlättar kommunikationen .....	17
4.3.1	<i>SBAR eller ISBAR</i> .....	17
4.3.2	<i>Closed - Loop Communication</i> .....	18
<b>4</b>	<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>TEORETISKT PERSPEKTIV</b> .....	<b>20</b>
5.1	Patientsäkerhet.....	20
<b>6</b>	<b>ETISKA REFLEKTIONER</b> .....	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>METOD</b> .....	<b>25</b>
7.1	Datainsamlingsmetod.....	27
7.2	Design .....	27
<b>8</b>	<b>RESULTATREDOVISNING</b> .....	<b>28</b>
8.1	Akuta situationer .....	28
8.2	Vårdpersonal .....	30
8.3	Patientsäkerhet.....	35
8.4	Kommunikationsmodeller .....	37
8.5	Resultatets slutsats .....	41
<b>9</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>41</b>
<b>10</b>	<b>KRITISK GRANSKNING</b> .....	<b>43</b>
	<b>KÄLLOR</b> .....	<b>45</b>
	<b>BILAGOR</b> .....	<b>50</b>

## **Bilaga**

Bilaga 1 SBAR- minneskort för vårdpersonalen s. 50

Bilaga 2 ISBAR- minneskort för vårdpersonalen s.51

Bilaga 3 Tabell över artiklarna som använts till innehållsanalysen s.52

## **Figurer**

Figur 1 Modell på Closed-Loop Communication s.19

## **Bild**

Bild 1 Modell av arbetsprocessen s.28

# 1 INLEDNING

Jag har valt att skriva om ämnena kommunikation och akuta vårdsituationer, dels för mitt intresse för vård i akuta situationer och dels för att varje gång jag har varit ute på praktik noterat hur bristande kommunikationen tidvis kan vara mellan vårdpersonalen. De kommunicerar ibland för lite, ibland för mycket och ibland sker kommunikationen rätt ostrukturerat och blir ganska råddig. Jag tyckte man stundvis lade ner väldigt mycket tid på att diskutera saker, medan om de bara haft någon sorts struktur eller modell, så hade det gått mycket snabbare och smidigare och blivit klarare vad det var man ville få sagt. Därför ville jag skriva detta arbete för att se om det finns kommunikationsmodeller som alla skulle kunna använda sig av för att få en bättre kommunikation, speciellt i akuta vårdsituationer.

Ordet kommunikation kommer från latinets ”commuicare” vilket betyder att något blir gemensamt. Det innebär att vi både delar med oss och på samma gång meddelar något – innebörder, upplevelser, känslor, handlingar och värderingar. Språk och kommunikation gör att vi kan möta andra människor, men på sätt och vis också möta oss själva. Kommunikation innebär bland annat information, påverkan, tanke, känsla och bekräftelse. Med kommunikation visar vi hur vi upplever och reagerar på den person vi pratar med. Kommunikation handlar inte om kopiering eller avtryck av idéer. Vi sänder inte tankar och idéer till en annan utan tecken eller budskap som är symboler för dessa och hoppas på att den som tolkar detta meddelande får samma uppfattning som man själv hade. Kommunikation handlar inte bara om att tala, utan kommunikationen rymmer två grundläggande aspekter: talande - avsikt och uttryck, och lyssnande - intryck och tolkning. (Nilsson & Waldermanson 2007 s. 11-12, 85)

*”God kommunikation betyder inte att du måste tala i perfekt formulerade meningar och paragrafer. Det handlar inte om smidighet. Enkelt och tydligt räcker långt.”*  
John Kotter

*”Det största enskilda problemet inom kommunikation är illusionen att den har ägt rum.”*  
George Bernard Shaw

Kommunikation är något vi använder oss av varje dag i många olika situationer. Att kunna kommunicera med dem man jobbar med är viktigt i alla yrken, men speciellt viktigt inom vården. Att kommunicera med varandra inom vården är inte alltid lätt och kan bli ganska råddigt i stressiga situationer. Därför skulle det vara viktigt att ha någon modell som alla skulle kunna följa för att göra kommunikationen lättare.

## 2 BAKGRUND

Effektiv kommunikation och samarbete är väsentlig för att kunna ge säker och hög kvalitetsvård för patienterna. Oklar kommunikation som leder till misstag i kommunikationen är en väldigt allmän orsak till oavsiktlig skada på patienterna. Medicinsk vård är komplicerad och tillsammans med begränsningar i den mänskliga förmågan är det viktigt för vårdpersonalen att ha ett standardiserat kommunikationsredskap, att de skapar en miljö var vårdarna kan uttrycka sin oro och att de delar ett gemensamt så kallat kritiskt språk för att kunna alarmera de andra i personalen om en osäker situation. (Leonard et al. 2004)

Brister i kommunikationen leder ofta till misstag och patientskador inom vården, men är vanligtvis något som eventuellt går att förhindra. Bristerna kan orsakas av dålig interaktion mellan flera individer och inte bara en enskild individ. (Härgestam et al. 2013)

Akuta vårdenheter är komplexa vårdinrättningar som kan vara hektiska att jobba i och som karakteriseras av hög press och intensitet. För att kunna jobba vid en akut vårdenhet kräver det samarbete mellan vårdpersonalen och de olika professionerna för att kunna vårda patienterna. Kommunikationen vid en akut vårdenhet är komplicerad, mestadels ansikte till ansikte och är avgörande när man jobbar i kritiska miljöer. Utan god kommunikation och samarbete mellan vårdpersonalen kommer viktig information saknas och leda till dålig kvalitet av vården vilket leder till benägenhet för större misstag. Kommunikationsprocessen tar upp ungefär 85 procent av tiden för personalen på en akut vårdenhet. God kommunikation är viktig vid en akut vårdenhet var 12 procent av alla misstag kännetecknas av problem i kommunikationen. Misslyckanden med att ge information som stödjer beslutstaganden bidrar med 20 procent av alla misslyckanden. (Creswick et al. 2009)

En studie har visat att en tredjedel av all kommunikation mellan vårdpersonalen blir avbruten och 10 procent av kommunikationerna involverar vårdbeslut för mer än en patient samtidigt. Detta resulterar ofta i att man förlorar kritisk information. Denna form av kommunikation kan förhindra överföring av patientinformation och öka risken för dålig säkerhet, både för patienterna men också för personalen. Dålig kommunikation mellan vårdpersonalen är en avgörande faktor i medicinska misstag och är ofta orsaken till att patienten inte får den bäst möjliga vården. (Patterson et al. 2013)

## **2.1 Crisis Resource Management**

För ett teamarbete krävs det att alla inom personalen samarbetar och att alla resurser används. För att man ska kunna öka patientsäkerheten måste teamet ha en öppen och tillåtande attityd där alla kan uttrycka sina åsikter och observationer, samt kan kommunicera med varandra. *Crisis Resource Management* (CRM) uppmuntrar till en öppen attityd var alla kan dela med sig av sina åsikter. Har man ett bra teamarbete förbättras arbetsklimatet vilket i sin tur leder till att risken för misstag minskar och patientsäkerheten ökar. CRM betyder att man använder de teoretiska kunskaperna och de praktiska färdigheterna som redan finns tillsammans med andra färdigheter så som kommunikation, situationsmedvetenhet, beslutsfattande och förmågan att kunna känna igen ens egna och andras reaktionsmönster. Viktiga punkter inom CRM är situationsmedvetenhet, att fatta beslut och prioritera, ha tydlig kommunikation, bra ledarskap och följarskap, samt att man kan be om hjälp i tid och att man använder all tillgänglig information och alla tillgängliga resurser. (Haddleton 2014 a)

### **2.1.1 Huvudkomponenterna för CRM**

*Crises resource management* kan man dela in i sex huvudrubriker som var och en beskriver en viktig del i CRM.

#### **Situationsmedvetenhet**

När man deltar i teamarbete är det viktigt att veta hurudan situation man befinner sig i. Det är inte självklart att alla inom teamet har samma uppfattning om hur situationen ser



ut beroende på den tidigare erfarenheten man har och när man har kommit in i den pågående situationen. För att man ska kunna skapa en bra helhetsbild kräver det att man hela tiden hämtar relevant information för att kunna fortsätta planera vården. (Haddleton 2014 a) Ledarens roll när det kommer till situationsmedvetenhet är att ta ett steg tillbaka och se på helheten av situationen för att inte bli för fixerad på enskilda uppgifter (Sundar et al. 2007).

### **Att fatta beslut**

Att ha situationsmedvetenhet är en förutsättning för att man ska kunna fatta beslut och prioritera vad som är viktigt. Man kan redan i förväg försöka tänka ut hur en situation kan utvecklas och vad man kan få problem med eller som kan bli svårt. Genom att planera i förväg kan man på så sätt undvika överraskningar och undvika ytterligare stress för teamet i en redan stressig situation. Ofta lönar det sig att stanna upp en stund, observera situationen och reevaluera för att kunna göra den bästa vårdplanen och fatta riktiga beslut. (Haddleton 2014 a)

### **Tydlig kommunikation**

Brister i kommunikation är ofta den bakomliggande orsaken till missförstånd eller att något går fel. För att kommunikationen ska fungera på bästa möjliga sätt måste alla vara tydliga, relevanta och direkta i den information de ger. Den som tar emot informationen behöver också bekräfta att den har fått informationen. Kommunikation som inte riktas till någon specifik i rummet försvinner ofta lätt, men om man riktar kommunikationen genom att använda namn och ha ögonkontakt med personen man kommunicerar med, ökar det chansen att informationen kommer fram. Kommunikation handlar inte bara om att tala utan lika stor del handlar om att man måste kunna lyssna. (Haddleton 2014 a) Använd kommunikation och kommunicera med andra inom vårdteamet. Beskriv vad som görs, hurdana fynd och resultat man har kommit fram till och berätta om det kunde finnas andra idéer för en lösning. Ingen idé är för obetydlig i en akut situation. Fråga också de andra i teamet om idéer, använd all den kunskap som det finns tillgång till. Onödiga konversationer och kommentarer bör undvikas under en akut situation. (Murray & Foster 2000)

## **Ledarskap och följarskap**

Ett team behöver alltid en ledare utöver andra teammedlemmar som de i CRM kallar för följare. Ledaren ska organisera teamet, dela ut arbetsuppgifter och klargöra för hur situationen ser ut så alla i teamet är informerade. En viktig egenskap hos ledaren är att den kan lyssna på de andra i teamet och kan delegera arbetsuppgifterna. Teammedlemmarna har ett eget ansvar för att deras uppgifter blir gjorda och att det gemensamma målet nås. (Haddleton 2014 a) Teammedlemmarna ska arbeta med varandra och ledaren för ett gemensamt mål. Teammedlemmarna måste förstå sin egna och andras funktioner i teamet. De måste veta vad deras egna och andras uppgifter är, vad var och en gör, vad deras fynd är och hur de kan hjälpa varandra. (Murray & Foster 2000)

## **Be om hjälp i tid**

Det är viktigt att man kan be om hjälp i tid när man behöver det för att man ska få all kompetens som behövs så fort som möjligt. Att man kan be om hjälp är ett tecken på mognad och inte på en svaghet. Genom att be om hjälp får man inte bara mera hjälp med det praktiska utan också ett nytt perspektiv på situationen. (Haddleton 2014 a) När man ringer efter hjälp är det viktigt att veta vem man ska kontakta, när man ska kontakta dem och hurudan hjälp man behöver. Det är bra att veta om det räcker med att man bara får råd, behöver man flera händer på plats eller behöver man hjälp av någon specialiserad inom området. (Sundar et al. 2007)

## **Använd all tillgänglig information och alla tillgängliga resurser**

För att man ska kunna använda sig av de resurser och den information som finns måste man veta vilka resurser man har tillgång till. Som en medlem i teamet är det viktigt att man hjälps åt att informera alla de resurser som finns tillgängliga. (Haddleton 2014 a)

### **2.1.2 Resurshantering i krissituationer**

Undersökningar har identifierat vissa beteenden som kan bidra till dålig kommunikation i kriser och det är därifrån de huvudsakliga punkterna för krisresurshantering har kommit. (Carne et al. 2012)

De viktigaste punkterna i krisresurshantering är att känna till miljön, kunna förutse, dela och granska den planen man har för vården, säkerställa ledarskap och ha klar rollfördel-

ning, effektiv kommunikation och klok fördelning av uppmärksamheten. Det är viktigt att undvika fixering, distribuera arbetsbelastningen och stöda de andra gruppmedlemmarna. (Carne et al. 2012)

Kunskap om lokaliseringen och funktionen av utrustningen behövs för att underlätta snabbt och effektivt ingripande. En logiskt strukturerad och väl (ut)märkt miljö tillsammans med kognitiva hjälpmedel så som utrustningskartor kan assistera vårdpersonalen att lokalisera utrustning snabbt. (Carne et al. 2012)

Syftet med krisresurshantering är att skapa ett expertteam att agera och tänka som ett team som samarbetar mot ett gemensamt mål. Teammedlemmarna är tränade att stöda ledaren men de har också ett ansvar att säga till när de känner att ledaren gör fel beslut. (Jacobsson et al. 2012)

Principerna för krisresurshantering är väsentliga för att patienterna ska få den bästa möjliga vården och för ett smidigt och effektivt fungerande av en akut vårdenhet. Att vara uppmärksam på de viktigaste komponenterna av krisresurshantering, speciellt inom områdena för kommunikation, ledarskap och planering kan resultera i förbättrad konflikt-hantering, ökad jobbtillfredsställelse och det viktigaste, patientsäkerhet. Resultat har visat att om arbetsteamerna får träna vid en akut vårdenhet i principerna av krisresurshantering kan detta leda till en minskning i kliniska misstag utan en ökad arbetsbelastning för vårdaren. (Carne et al. 2012)

### **3 TIDIGARE FORSKNING OM KOMMUNIKATION**

Varje gång man ska överföra information från en person till en annan riskerar man att den blir förändrad. Informationen kan bli så förvrängd att den inte längre fyller sin funktion, vilket är att skapa en gemensam förståelse för patientens situation. Ineffektiv kommunikation kan uppstå på olika sätt och kan förekomma i olika skeden av vården. När man överför det medicinska ansvaret av en patient från en vårdenhet till en annan kan viktig information saknas i rapporter och journaler. Kommunikationsmissar kan också uppstå med jour- och skiftesbyten. (Wallin & Thor 2008)

Effektiv kommunikation bland vårdpersonal är utmanande på grund av ett flertal faktorer. Sjukvård är komplicerat och oförutsägbart med vårdare från många olika professio-

ner som ger vård otaliga gånger under dagen och ofta på olika ställen, vilket gör det svårt att få en synkroniserad interaktion mellan alla inom vårdpersonalen. Vårdarna har ofta sin egen uppfattning om vad patienten behöver och prioriterar aktiviteter enligt vad man själv anser vara det viktigaste. Man har historiskt haft en hierarkisk organisationsstruktur inom sjukvården med signifikanta maktskillnader mellan läkare och andra inom vårdpersonalen. Detta leder ofta till att vårdarna inte vågar uttrycka sin oro. Skillnader i utbildningen resulterar ofta i olikheter i kommunikationsstilarna och metoderna som vidare komplicerar kommunikationen och gör den ineffektiv. Trots att samarbete och effektiv kommunikation är kritiska för säker patientvård fokuserar sjukskötarnas och läkarnas utbildning på individuella tekniska förmågor istället för samarbete och kommunikationsförmågor. Vårdarna har ofta sin egen uppfattning om vad patienten behöver och prioriterar aktiviteter enligt vad man själv anser vara det viktigaste. (Dingley et al. 2008)

Okoncentrerade sjukskötare och läkare har dålig kommunikation och samarbetsförmåga, vilket försämrar informationsöverföringen och arbetsplatsrelationerna. Dålig koncentrationsförmåga påverkar medicinska misstag, patientsäkerhet, patientmortalitet, kvaliteten av vården och patient tillfredsställelse. Att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonalen är komplext och kräver utbildning och samarbete. (McCaffery et al. 2011)

Kliniska vårdmiljöer är ofta hektiska, högljudda och distraherade med avbrott. De kommunikationsmönster som olika personer använder sig av när de kommunicerar med andra inom vården kan vara mycket varierande och påverkas av många olika faktorer. Dessa inkluderar olikheter inom individers utbildning, kön, tidigare erfarenheter, stress, utmattning och sociala strukturer. (Manning 2006)

Det finns tre olika kategorier av misslyckad kommunikation.

1. Systemfel där de nödvändiga kanalerna för kommunikation inte finns, inte fungerar eller inte används regelbundet.
2. Meddelandefel där kanalerna finns men den nödvändiga informationen inte överförs.
3. Mottagningsfel där kanalerna finns och det rätta meddelandet blir sent men misstolkas av mottagaren eller kommer för sent. (Manning 2006)

### 3.1 Personalens förmåga att kommunicera med varandra

Klinisk kommunikation kan vara skriven, muntlig, ansikte mot ansikte, via telefon, elektronisk eller via video. Hur den är utförd är det som är det viktiga, eftersom effektiv läkar-patient kommunikation ökar nöjdheten hos patienterna och förbättrar hälsoreultatet för patienterna. Läkare kommunicerar inte alltid med andra läkare eller andra inom personalen som vårdar patienterna och detta kan leda till en negativ effekt på den vård patienterna får. (Laidlaw & Hart 2011)

Sjukskötare och läkare har väldigt olika och distinkta förberedelser för klinisk praktik men är ändå förväntade att kunna kommunicera effektivt med varandra på arbetsplatsen. De flesta vårdinrättningar har riktlinjer för skriftlig kommunikation, men riktlinjer för verbal kommunikation, som används mest i brådskande situationer, är oftast mindre reglerade. Bristfällig kommunikation och överbelastning av kommunikation har visats ha ett samband med hur bra vård patienterna får och hur mycket stress personalen har. Att samarbeta med andra inom vården är en utmaning. Effektiv kommunikation och goda relationer med andra som medverkar i vården av patienterna har en inverkan på den vård patienterna får och på samma gång vad vårdarna anser om sig själva. Sjuksköterna och läkarna har ett ansvar för att tillsammans ge säker vård av hög kvalitet. Kommunikationen ska inte bara gå från vårdare till patient utan också från vårdare till vårdare och från vårdare till annan medicinsk personal. (Curtis et al. 2011)

Kommunikation försämras ofta av avbrott och ineffektivitet och är ofta mångfacetterad, komplicerad och influerad av växelverkan av många olika psykologiska, fysiologiska och sociala funktioner. (Siassakos et al. 2009)

Vad någon säger vid ett tillfälle i en konversation kan ha många olika effekter. Orsaken till varför en konversation aldrig har principfasta effekter beror på att meningen av kommunikationen är personlig. Vad den som lyssnar egentligen hör beror inte bara på vad den som talat säger, utan också på lyssnarens personliga sociala situation och vad som tidigare har blivit sagt. (Salmon & Young 2011)

I patientsäkerhetslitteratur har man kunnat konstatera att samarbete och gemensamma prestationer är avgörande för säker patientvård. Vårdpersonal som jobbar i aktiva och energiska omständigheter, i till exempel intensivvården eller akutvården, jobbar under

förhållanden som konstant ändrar med vårdpersonal från flera olika specialtområden, som alla måste kunna samarbeta för ett gemensamt mål. (Manser 2008)

Effektiv kommunikation är särskilt viktigt när man överför vården från en vårdare till en annan vid skiftesbyte. Överföringarna är då ofta mycket varierande och är känsliga för misstag. (Manning 2006)

Samarbete kan definieras som en process av gemensamt beslutsfattande bland självständiga individer som involverar gemensamt ansvar för beslut och kollektivt ansvar för de resultat man får. Samarbete innefattar att man stödjer upprätthållandet av gruppssamarbete genom att man skapar en miljö var personlig integritet värdesätts, var man respekterar alla åsikter, uppmuntrar personliga olikheter och tar ansvar för den personliga insatsen som var och en måste ge för att man ska nå det bästa möjliga resultatet. Samarbete mellan sjukskötare och läkare är viktigt för att kunna försäkra god klinisk vård. (McCaffery et al. 2011)

God kommunikation bygger på relationer, som kan variera mellan sjukskötare och annan vårdpersonal och kan ändra med tiden. I den ständigt ändrande vårdmiljön finns det ofta få möjligheter att etablera samt vårda sina relationer med andra inom vårdpersonalen. (Manning 2006)

En viktig del för kommunikationen är också förmågan att kunna samarbeta. Teamarbete är en vanlig form av samarbete inom vården men strukturen av teamen kan variera ganska mycket. Vissa grupper består av mycket skickliga och högt specialiserade individer med samma profession, medan andra grupper kan bestå av individer från olika professioner med samma mål och uppgifter. (Jacobsson et al. 2012)

### **3.2 Faktorer som underlättar vs försvårar kommunikationen mellan personalen**

I en akut vårdenhet underlättas arbetsfördelningen och teamkoordinationen av en förståelse av de förmågor andra inom vårdpersonalen innehar. Förmågan att kunna anpassa sig till en situation och förmågan att ”dela den mentala modellen” är två dimensioner

var teamarbete kan skilja sig. Hög maktdistans, var en stor makt avvikelse finns mellan auktoritet och underordnade, är ett annat särdrag av kulturer som kan försämra effektiviteten av team samarbete. Att förutse och planera är viktigt i alla plan av utföranden eftersom många av de komplicerade uppgifterna som utförs på en akut vårdenhet förlitar sig på planering och förberedelse. Att kunna tänka framåt och kunna förutse vad som möjligtvis skulle kunna hända, och utveckla en plan för det kan förbättra resultatet av vården. (Carne et al. 2012)

Effektiv kommunikation i en akut vårdmiljö är avgörande för patientvården. Teammedlemmarna ska kunna överföra viktig information till andra som vårdar patienten via effektiv kommunikation. Fysiska begränsningar så som oljud eller språksvårigheter kan förhindra överföringen av information mellan vårdpersonalen. Olika kommunikationsstilar och problem med hierarki och auktoritet är också faktorer som kan påverka hur bra information kan överföras mellan vårdare. Individer kommer också att tolka information väldigt olika beroende på deras eget perspektiv och fördomar. De kan kanske inte alltid ta emot ett meddelande om de är koncentrerade på deras eget arbete i en stressfull situation. Färdigheter som kan öka effektiviteten av kommunikationen, speciellt i stressiga situationer, är att vårdarna kan se på saker från olika perspektiv och endast fokuserar på den aktuella frågan. Genom att ha en god kommunikation kan förhållandet och samarbetet mellan vårdpersonalen förbättras. Vårdpersonalen jobbar tillsammans mot att gemensamt nå de målen de har för vården och kan då uppnå den bästa möjliga patientvården. (Carne et al. 2012)

För god kommunikation måste man lära sig att känna igen sitt eget emotionella tillstånd: är man trött, arg eller stressad, hur detta påverkar ens sätt att kommunicera och ens tolerans för andra, på samma gång som man behöver tänka på hur detta påverkar den man kommunicerar med. På samma sätt måste man förstå den andra personens perspektiv och hur den känner. Detta kan hjälpa en att kontrollera riktningen och tonen på konversationen för att kunna göra framsteg i patienters vård. Det är också bra att lära sig att kontrollera sin ångest, oro eller respons till att bli förhörd av en läkare eller någon annan av vårdpersonalen. Det kan handla om att de testat olika hypoteser för att få hjälp med ett beslut. (Curtis et al. 2011)

För att underlätta kommunikationen är det bra att förbereda sig före man till exempel kontakter en läkare. Man kan samla sina anteckningar och tankar och fundera på vad det är man vill uppnå med samtalet, vem man behöver tala med så man inte behöver ringa runt och ödsla tid med det, och fundera på vad den andra personen behöver veta för att kunna hjälpa dig bäst. Ett strukturerat tillvägagångssätt när man kommunicerar har sina fördelar. Det försäkras att viktiga detaljer inte missas eller glöms bort och minimerar risken för fel i kommunikationen redan från början av konversationen. SBAR eller IS-BAR (se kap. 4.3.1, i fortsättningen används ordet SBAR) är ett bra redskap för sjukskötare att använda när de kommunicerar med läkare. Det är ett effektivt sätt att förbättra klarheten och innehållet av en kliniskt baserad konversation. (Curtis et al. 2011)

Skicklig kommunikation fokuserar på klinisk kommunikationsfärdighet så som självmedvetenhet, dialog, konflikthantering, förhandling, försvar och lyssnande. Före man kan uppnå effektiv kommunikation måste man förstå sig på de grundläggande komponenterna av kommunikation. Sjukskötares och läkares idéer om vad som är effektiv kommunikation skiljer sig från varandra till en viss del. Enligt McCaffery et al. (2011) framhäver läkare vikten med att inte lägga ner så mycket tid på kommunikationen utan att en sjukskötare ska kunna förutse vad en läkare behöver och kunna ta order korrekt. Under studietiden lägger man varken för sjukskötare eller läkare ner mycket tid på professionell kommunikation vilket kan bidra med problem mellan vårdpersonalen. (Beyea 2004)

Uttrycklig eller tydlig kommunikation är avgörande för patientsäkerhet. Det innebär att man är organiserad i tanke, att man innehar teknisk och social kompetens och att man söker en gemensam överenskommelse och värderar åsikterna från alla i vårdpersonalen. Det föreslås att man påbörjar uttrycklig kommunikation genom att börja frasen med ”jag är bekymrad”. När man använder sig av en strukturerad ram och specifika fraser förutser det en gemensam strategi för att få varandras uppmärksamhet och larmar dem om att man behöver hjälp. Uttrycklig kommunikation bidrar med situationsmedvetenhet och en delad förståelse för vad som händer. Situationsmedvetenhet hjälper vårdpersonalen att förstå och känna igen kliniska situationer och agera på ett effektivt sätt. (Beyea 2004)

Effektiv kommunikation och samarbete vill skapa en gemensam mental modell och så kallat ”få alla i samma film”. Det är också viktigt att skapa en trygg miljö för att alla



inom personalen ska våga säga sin åsikt när de har oro gällande säkerheten. (Leonard et al. 2004)

Många faktorer kan bidra till fel i kommunikationen. För det första är sjukskötare och läkare tränade att kommunicera rätt olika. Enligt litteraturen har sjukskötare blivit lärda att vara väldigt breda och berättande i sina beskrivningar av en klinisk situation medan läkare lär sig att vara väldigt kortfattade och att komma till saken rätt snabbt. SBAR är ett väldigt effektivt redskap när man vill minska på dessa olikheter i kommunikationen och få alla inom vårdpersonalen att kommunicera på ett mera gemensamt sätt. För det andra så hindrar hierarkin ganska ofta människor från att säga sin åsikt. Kapabla ledare minskar på skillnaderna i hierarkin och får det att kännas säkert för alla att säga sin åsikt och delta i konversationerna. Bristen av standardiserad kommunikation inom vården tyder på att vårdpersonalen är i behov av gemensam mental modell för att kunna förutse och kontrollera vad som kommer att hända. (Leonard et al. 2004)

De medfödda begränsningarna av det mänskliga minnet, effekten av stress, trötthet och utmattning, risken förknippad med distraktioner och avbrott och den begränsade förmågan att göra flera saker på samma gång säkerställer att även skickliga, erfarna vårdare kommer göra misstag. Effektiv kommunikation som skapar en välförstådd plan på vården minskar chansen av att oundvikliga misstag blir regelbundna och skadar patienterna. (Leonard et al. 2004)

För att kunna uppnå effektivt samarbete och kommunikation är det viktigt att vårdpersonalen innehar något som kallas för situationsmedvetenhet. Med situationsmedvetenhet avses att vårdgruppen upprätthåller ”den stora bilden” och tänker framåt för att planera och diskutera oförutsedda händelser. Den pågående dialogen som håller teammedlemmarna medvetna om vad som händer och hur de ska reagera om situationen ändras, är en viktig del av säkerheten. (Leonard et al. 2004)

Situationsmedvetenhet i vilken klinisk situation som helst kräver en pågående, effektiv och aktiv kommunikation. Kommunikation som främjar säkerheten består av både aktiv kommunikation men också lyssnande. Läkare lyssnar kanske inte alltid på sina kollegor eller på sina egna intuitioner. Inom kliniska miljöer finns det ofta distraktioner eller av-

brott vilket gör det svårt för vårdpersonalen att lyssna ordentligt. Ofta finns det så mycket information och så många konversationer att det är svårt om inte omöjligt att urskilja vilka konversationer som är de mest kritiska och viktigaste att lyssna på. Genom att ha en gemensam mental modell, ett gemensamt tillvägagångssätt och genom att använda ord som signalerar att man behöver hjälp och uppmärksamhet, kan främja en effektiv kommunikation och patientsäkerhet. (Leonard et al. 2004)

Kommunikationen är kärnan av relationen mellan vårdpersonalen och är beroende av en sjukskötares förmåga att lyssna, assimilera, tyda och tolka, samla och dela information i ständigt ändrande system som är uppbyggda av många discipliner och hierarkin. (Manning 2006)

### **4.3 Strukturerade kommunikationsmodeller som underlättar kommunikationen**

I detta kapitel tas det upp två olika kommunikationsmodeller som ska göra det lättare för vårdpersonalen att kommunicera med varandra, nämligen SBSR och *Closed-Loop Communication*.

#### **4.3.1 SBAR eller ISBAR**

SBAR har utvecklats av den amerikanska marinen var man ofta arbetar under tidspress. Numera används SBAR också inom hälso- och sjukvården för att strukturera den information som överförs mellan personalen och för att presentera viktig fakta på ett snabbt och effektivt sätt. SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. ISBAR används synonymt med SBAR var I står för identifiera (se bilaga 1 och 2). SBAR kan användas i både akuta och icke akuta situationer. När man rapporterar med SBAR vill man uppnå att informationen blir rätt, omfattande och begränsad till ämnet. (Sairaanhoitajaliitto 2014 s. 3) SBAR används för att minska risken för att viktig information glöms bort eller missuppfattas. All hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av SBAR och genom användning av SBAR skapas en gemensam kommunikationsstruktur mellan vårdpersonalen. SBAR är speciellt användbart när man rapporterar vidare en

patient, kommunicerar med vårdpersonal med olika yrkestillhörigheter, rapporterar till ett akutteam och vid stress och ovana situationer. (Hansen et al. 2010)

Med hjälp av SBAR kan man samla, invertera, strukturera och överföra information, och ökar möjligheten av att informationsbytet blir korrekt. Genom att fokusera på huvudbudskapet undviker man att man blir fast i små detaljer. SBAR styr förväntningarna på vad som kommer kommuniceras och kan användas vid både skriftlig och muntlig kommunikation. När informationen ska överföras ska man samla alla som ska ha informationen på ett skilt ställe. För att försäkra kommunikationer hjälper det om man kan ha ögonkontakt med mottagarna. Avsändaren presenterar sig själv och patienten i fråga, ger en kort bakgrund om patientens sjukdomar, rapporterar nuläget och under den sista punkten ger avsändaren förslag till beslut och handlingar och fråga mottagaren efter dess synpunkter på saken. När mottagaren känner till hur SBAR fungerar kan den i lugn och ro lyssna på avsändaren eftersom ordningen som informationen kommer i är bekant. Mottagaren ska försöka att inte störa avsändaren genom att avbryta mitt i informationsbytet. (Wallin & Thor 2008)

SBAR gör det lättare för både sjukskötare och läkare att tydligare uttrycka vad de tror anseende den medicinska diagnosen. Genom att undvika omskrivningar gör man språket mindre svårförståeligt, så att annan vårdpersonal och patienterna lättare kan förstå vad avsändaren tror och tänker. (Wallin & Thor 2008)

SBAR började först användas inom hälso- och sjukvården för att hjälpa strukturera kommunikationen mellan sjukskötare och läkare i akuta vårdssituationer vid brådskande patientvård. (Boaro et al. 2010)

#### **4.3.2 Closed - Loop Communication**

En annan kommunikationsmodell som används för att förbättra kommunikationen vid en akut vårdenhet är en så kallad sluten kommunikationsslinga, även kallat *Closed - Loop Communication* (CLC) på engelska. *Closed-Loop Communication* är ett effektivt redskap att använda sig av vid informationsbyte. CLC innebär att sändaren först sänder ett meddelande som mottagaren tar emot, tolkar och bekräftar att de har fått meddelan-

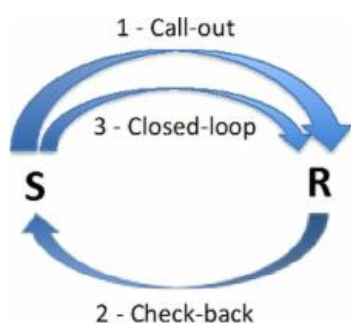
det, sedan säkerställer ännu sändaren att det avsedda meddelandet blev mottaget. (Jacobsson et al. 2012)

*Closed-Loop Communication inkluderar utrop, Call-out (CO) vilket är en viktig del av konceptet baserat på det antagandet att säker kommunikation i en akut vårdenhet uppnås genom standardiserad terminologi och procedurer. Call-out är den första verbalisationen av en observation och den gör alla inom vårdpersonalen medvetna om viktiga förändringar, speciellt när något verkar vara fel. CLC kan beskrivas som en överföringsmodell var verbal feedback är av stor betydelse för att kunna säkerställa att vårdpersonalen har förstått meddelandet korrekt. (Härgestam et al. 2013)*

När man använder sig av CLC har ledarna gjort gruppen medveten om viktiga observationer genom att fråga om patientens tillstånd. Dessa frågor är riktade till en i gruppen som sedan måste visa att den är uppmärksam genom att återkoppla tillbaka till ledaren. Ledaren sluter sedan slingan genom att bekräfta att meddelandet har förståtts rätt. Meningen med CLC är att förbättra kommunikations effektiviteten och minimera missförstånd. (Jacobsson et al. 2012)

Förklaring på *Closed-Loop Communication*. (Härgestam et al. 2013)

1. Sändaren (S) överför ett meddelande, utrop (CO)
2. Mottagaren (R) bekräftar meddelandet med check-back
3. Sändaren verifierar att meddelandet har tolkats rätt, man har uppnått CLC.



Figur 1 Modell på *Closed-Loop Communication*. (Härgestam et al. 2013)

## 4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta arbete var att kartlägga hur användandet av kommunikationsmodeller, SBAR och *Closed-Loop Communication*, underlättar kommunikationen i akuta situationer och hur det påverkar patientsäkerheten.

Frågeställningarna i detta arbete har varit

1. Underlättar användandet av en kommunikationsmodell kommunikationen i akuta situationer?
2. Bidrar användandet av en kommunikationsmodell till bättre patientsäkerhet?

## 5 TEORETISKT PERSPEKTIV

Det teoretiska perspektivet kan beskrivas som hur du väljer att se på de metoder som används för att analysera den insamlade empirin och tolka den. Det teoretiska perspektivet kan hjälpa en att förstå, förklara och värdera det som kommit fram i undersökningen. Genom ens syfte och frågeställningar kan man bestämma det teoretiska perspektivet och frågeställningarna avgränsar sedan ur vilket perspektiv fenomenet kan studeras. (Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen 2014)

### 5.1 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet utgör grunden för hälso- och sjukvårdens kvalitet. Inom säker vård använder man sig av de resurser man har på bästa möjliga sätt och använder effektiva metoder så att det inte sker någon onödig skada till patienten. Sjukvården är krävande och komplex och riskmoment kan förekomma även fast personalen är yrkesskicklig och är engagerad i den vård de ger. Patientsäkerheten består av principer och funktioner, med vilken säkerheten för patienterna garanteras. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Patientsäkerhet innebär att patienterna får nödvändig och rätt vård och att vården orsakar så små skador som möjligt. Med patientsäkerhet avses också de principer och rutiner

som personalen, enheterna och organisationerna inom hälso- och sjukvården följer garanterar säkra vårdtjänster. Säker vård av patienter med förebyggande av sjukdomar, diagnostik, behandling och rehabilitering ingår också i patientsäkerheten. (THL 2012)

En säker vård är effektiv och ges på rätt sätt i rätt tid. Oväntade incidenter orsakas oftast av brister i arbetsgemenskapen, funktionsstörningar eller brist på resurser och mera sällan på enskilda personers yrkesutövning. Man kan försöka förebygga patientskador genom att gå igenom och lära sig av alla avvikelser som händer. (Social- och hälsovårdsministeriet 2012)

Patientsäkerheten kan främjas av: (Social- och hälsovårdsministeriet 2012)

- En konstruktiv och positiv verksamhetskultur som inte väcker onödiga skuld känslor
- Föregripande av olika situationer
- Ledningens engagemang för optimal patientsäkerhet
- Lärande av egen och andras verksamhet
- Teamarbete och gemensamt överenskommen praxis
- Aktiv medverkan av patienter och deras anhöriga

Av erfarenhet vet man att man bäst kan garantera patientsäkerhet genom att istället för att fokusera på enskilda anställda och fel, fästa uppmärksamheten på att minska skadorna på patienterna samt bedöma och granska servicesystemet och avlägsna risker inom detta. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Social- och hälsovårdsministeriet hade en verksamhetsidé med vilken de ville före år 2013 nå säker och effektiv vård. I den strategin behandlades patientsäkerheten ur fyra olika vinklar: säkerhetskultur, ansvar, ledning och författning. Strategins mål hänför sig till information och egenmakt för patienterna, förebyggande av risker, rapportering av riskmoment och lärdom av dessa, personalens kompetens samt tillräckliga resurser för patientsäkerhetsarbete. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Inom hälso- och sjukvården innebär säkerhetskultur att individerna och organisationen ständigt handlar på ett sådant sätt som garanterar att patienterna får säker vård. Till patientsäkerhetskulturen hör riskbedömning, förebyggande och korrigerande åtgärder samt kontinuerlig utveckling av verksamheten. Genom att stärka patientsäkerhetskulturen kan man minska eventuella risker i anslutning till vården och skador som patienterna förorsakas under vården. Detta förutsätter ett gemensamt ansvar. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

I en förtroendefull och öppen atmosfär vågar både personalen, patienterna och anhöriga uttrycka sin oro, ställa frågor och ingripa ifall de upptäcker faktorer i verksamheten eller i omgivningen som hotat säkerheten. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Patientsäkerheten är en gemensam sak som berör alla yrkesbildade personer inom social- och hälsovården. Yrkeskunnigheten omfattar på ett centralt sätt att varje anställd och varje yrkesgrupp tar ansvar för patientsäkerheten och engagerar sig i främjandet av den genom att bedöma och utveckla sitt eget arbete och sin kompetens så att dessa blir säkrare. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Patienten och de anhöriga ska involveras i främjandet av vårdsäkerheten. Vården ska ges i samförstånd med patienten och patienten ska få tillräckligt med information om sin sjukdom, behandlingar och läkemedelsbehandling på ett sådant sätt att patienten kan förstå det som berättas. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Den vårdpersonal som deltar i vården av en patient ska ge information åt patienten om vården, behandlingar, ingrepp och eventuella skador. Patienten uppmanas ge sina vårdönskemål och eventuella riskuppgifter som kan vara betydelsefulla för vården. (THL 2012)

Patientsäkerheten kan förbättras med hjälp av kvalitetsstyrning och riskhantering. Bakom alla risksituationer ligger ofta dolda faktorer som är viktiga att få fram redan innan skador uppstår. Riskerna för de vanligaste negativa händelserna minskar när organisationen tillämpar gemensamt överenskomna, säkra och effektiva förfaringssätt och riktlinjer som grundar sin på forskning och erfarenhet. Patientsäkerhetsrisker förekommer särskilt i samband med informationsstyrning, organisationsförnyelse samt när man tar i bruk ny teknik eller vårdpraxis. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

### **Lagstiftningen för främjande av patientsäkerheten**

Den viktigaste lagen som finns om hur man ska främja patientsäkerheten finns i hälso- och sjukvårdslagen. Där tar man upp kvaliteten av patientsäkerheten inom vården.

#### **8 § Kvalitet och patientsäkerhet**

Verksamheten inom hälso- och sjukvården ska baseras på evidens, god vårdpraxis och goda rutiner. Den ska vara högkvalitativ och säker och bedrivs på behörigt sätt. Den kommunala primärvården ska ansvara för samordningen av den samlade vården av en patient, om inte något annat särskilt avtalas.

En verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ska göra upp en plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses. I planen ska samarbetet med serviceproducenterna inom socialvården beaktas i syfte att främja patientsäkerheten. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet föreskrivs det om de frågor som det ska överenskommas om i planen. (THL 2012)

### **Patientsäkerhetens problem**

Många nya förändringar påverkar patientsäkerheten. Den medicinska utvecklingen för med sig nya och allt mer effektiva mediciner som ställer högre krav på rätt användning och distribuering. Specialiseringen gör att vården blir splittrad och försvårar genomförandet av patientfokuserad och säker vård. Personalresurserna är sällan tillräcklig och personalomsättningen snabb, vilket försvårar genomförandet av säker vård. (THL 2012)

### **Patientsäkerhetsplan**

Patientsäkerheten utgör grunden för hälso- och sjukvårdskvalitet tillsammans med vårdens effektivitet, rättidighet och smidighet. Både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet grundar sig på ett strukturellt arbetssätt och metoderna inom båda är till stora delar den samma. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsenheterna göra upp en plan över kvalitetsledningen och tillgodoseendet av patientsäkerheten. Patientsäkerhetsplanen utgör inget självändamål, utan fungerar som ett instrument för att minska de vårdrelaterade skadorna och felbehandlingarna på alla organisationsnivåer. För att använda planen i praktiken behövs ett effektivt patientsäkerhetssystem. (THL 2012)

### **Patientsäkerhetsplanens innehåll (THL 2012)**

- Ledarskap och ansvariga personer
- Personalledning och öppen säkerhetskultur
- Personalens deltagande
- Inskolning och utbildning av personalen
- Patientens och de närståendes deltagande
- Kvalitetsledningsdokument
- Säkerhetsrisker - hantering, dokumentering och informationsutbyte
- Rapportering, anmälningssystem och korrigerande åtgärder
- Regionalt samarbete

### **Dokumentering och informationsbyte**



Dokumentering hör till en av de viktigaste dagliga arbetsuppgifterna och är också ett viktigt instrument för rapportering av all information som behövs för samtliga delar av patientvården och anknyter nära till informationsutbytet. Den sammanhängande helheten mellan dokumentering och informationsbyte spelar en väsentlig roll när det gäller att kunna ge en högklassig och säker vård. En god dokumentering skapar också grunden för hantering av säkerhetsrisker. (THL 2012)

Information som är väsentlig för patientsäkerheten går mellan patienterna, vårdpersonalen och vårdorganisationerna. I verksamhetens patientsäkerhetsplan ska det fastställas principer för informationsbytet mellan både patienterna och vårdpersonalen vid olika avdelningar eller enheter. Inom organisationen ska ett fungerande informationsbyte tryggas mellan varje anställd vid enheten, särskilt med beaktande av kraven på multidisciplinärt teamarbete mellan enheterna och de olika organisationerna. (THL 2012)

## **6 ETISKA REFLEKTIONER**

Forskning inom etiken kan inte bara begränsas till själva forskningsprocessen utan måste ses ur ett bredare perspektiv som innefattar alla skeden som hör till det vetenskapliga arbetet. Etiska frågor inom vårdforskningen innebär att man gör en ytterligare precisering av den etiska kod som tillämpas inom allmänt vårdarbete. Forskningsetiska frågor får inte stå i konflikt med de allmänt etiska frågorna som finns inom vården. (Eriksson 1991 s. 21)

Ström (Eriksson 1991) har delat in etiken i dessa tre punkter:

1. Naturlig etik som kommer spontant från individen och utgår från känsla och sunt förnuft, de egna erfarenheterna och värderingarna
2. Principiell (tekniks etik) som är utarbetad och prövad av filosofer och andra erfarna och tänkande personer, accepterad av gruppen/samhället

3. Professionell (empirisk) etik, som finns mer eller mindre genomtänkt och formulerad i professionella grupper som ofta berör frågor och situationer där det etiska inslaget är indirekt och är svårt att se för utomstående

Ström (Eriksson 1991) betonar att det är viktigt att komma ihåg den naturliga etiken och att det är den som på bästa sätt vägleder forskaren i vetenskapens inre etik, var ärlighet, sanning, anspråkslöshet och generositet är viktigt. Glömmer man bort den naturliga etiken och den principiella och professionella etiken blir för dominerande är det lätt att man också glömmer bort vad som är rätt och fel, gott och ont, sant och osant och farligt och ofarligt i forskningsprocessen. Varje forskare måste medvetet lära sig att hitta den naturliga etiken. Det finns många möjligheter att ledas på fel spår av yttre normer och regler och på det sättet komma bort från den inre naturliga etiken, det egna samvetet. Som forskare måste man kunna behålla sin naturliga medmänsklighet på samma gång man måste kunna vara objektiv och se på saker på distans. (Eriksson 1991 s. 21)

God vetenskaplig praxis måste följas under examensarbetsprocessen. Materialet som har använts i detta arbete möter kriterierna för ett examensarbete och är vetenskapligt baserat. Det material och de forskningar som har använts har hanterats omsorgsfullt och med respekt för de tidigare författarna. I arbetet förekommer ingen plagiering eller direkta refereringar. Respondenten har tagit hänsyn till etiken inom det egna yrkesområdet och jobbat etisk genom arbetets hela process. Alla källor som har använts är korrekt hänvisade till den ursprungliga texten och ingen information har blivit använd utan att ha blivit hänvisad till. All litteratursökning har noga blivit dokumenterad under arbetets gång och finns redovisad i en tabell. (Arcada 2014)

## **7 METOD**

Att göra en induktiv innehållsanalys betyder att man går från empiri till teori. Det betyder att en teori skapas från det som man observerar, empirin ska skapa en utgångspunkt för teorin. När man gör en induktiv innehållsanalys ska undersökaren försöka samla in information på ett så öppet sätt som möjligt och att man försöker undvika att styra den information man samlar in så lite som möjligt. Har man redan från början en uppfatt-

ning om vad man söker efter kan det leda till att man bara ser det man på förhand bestämt sig för att leta efter och då bara får sina antaganden bekräftade. När man gör en induktiv innehållsanalys ska man alltså undvika att skapa en specifik uppfattning om hurudan information man söker efter. Bäst är det om man utan förväntningar och förut-satta meningar samlar in information som återspeglar verkligheten i något visst sammanhang. Det garanterar att informationen är riktig och relevant. Sedan kan man börja utveckla teorier. Genom att inte ha några förväntningar eller uppfattningar om den information man söker efter blir den information som samlas in väldigt nyanserande. Analysmetoden är också flexibel. Den problemställning man hade i början av arbetet kan förändras i takt med att man får mera information. Man kan alltså gå tillbaka och ändra på den problemställning och datainsamlingsmetod man hade från början. (Jacobsen 2007 s.49-50)

Om man använder sig av en induktiv innehållsanalys är en viktig del av processen att organisera informationen. Denna process innefattar öppen kodning, skapande av kategorier och avskiljande av det som inte hör till ämnet. Öppen kodning betyder att anteckningar och rubriker skrivs ner medan man läser. Det skriftliga materialet läses igenom igen och så många rubriker som möjligt skrivs ner i marginalen för att beskriva alla aspekter av innehållet. Syftet med att gruppera informationen är att minska på mängden av kategorier genom att ta bort de som är liknande eller olika in i bredare kategorier. (Elo & Kyngäs 2007)

När man formulerar kategorier i induktiv innehållsanalys kommer forskaren till ett beslut genom att försöka tolka vilka saker som ska höra till samma kategori. Abstraktion betyder att man formulerar en generell beskrivning av de forskningsämnen, genom att skapa olika kategorier. Varje kategori namnges genom att använda innehållskaraktistiska ord. Underkategorier med liknande händelser och incidenter grupperas samman som kategorier och kategorier grupperas samman i huvudkategorier. (Elo & Kyngäs 2007)

Genom induktiv analys, var mönster, teman och kategorier baserar sig på information blir forskaren även medveten om mönster och kategorier som inte är tydligt uttalade. (Forsberg & Wengström 2003)

Artiklarna som har använts i detta arbete har lästs igenom flera gånger och kategoriserats in i olika kategorier och rubriker med olika färger. De har sedan omformulerats och kategoriserats på nytt för att hitta den relevanta informationen som söktes efter och som svarade på frågeställningarna. Kategorierna var ganska många till en början men kunde minskas på under arbetets lopp. De fyra huvudkategorierna som tas upp i arbetet har arbetats fram ur flera mindre kategorier som sedan kunde sättas samman till större huvudkategorier. Huvudkategoriernas underrubriker tar upp tyngdpunkterna av varje huvudkategori.

## 7.1 Datainsamlingsmetod

I detta arbete har använts 26 stycken artiklar, varav 17 stycken har använts för att göra innehållsanalysen (se bilaga 3), var alla utom tre har varit engelskspråkiga. Dessa artiklar har hittats på de vetenskapliga databaserna: Academic Search Elite, Medline Ovid, PubMed, Google Scholar och Google. Sökorden som användes var *communication*, *emergency*, *emergency department*, *healthcare professionals*, *clinical communication* och *patient safety* som har kombinerats på flertal olika sätt. T.ex. *emergency and communication*, *healthcare professionals and communication*, *common errors in emergency medicine and communication* är kombinationer som har använts. Artiklarna valdes utgående från de kriterierna att de tangerar ämnet, helst inte är äldre än 10 år gamla och att de är skrivna på svenska, finska eller engelska. De flesta artiklarna är inte mera än fem till sex år gamla men fyra lite äldre artiklar från åren 2000, 2004 och 2006 togs med eftersom de ansågs vara relevanta för arbetet.

## 7.2 Design

Processen med detta arbete började utgående från ett intresse för akut vårdarbete och reflektioner som gjorts under praktiker på olika avdelningar. Det som kunde konstateras var att stora eller små brister i kommunikationen på ett eller annat sätt finns på de flesta avdelningar och utifrån det valdes ämnet till detta arbete.

Först gjordes ett preliminärt syfte och frågeställningarna. Sedan började artikelsökningen. En tidtabell gjordes och artiklarna analyserades och kategoriserades. Frågeställningarna finslipades några gånger för att få fram det mest centrala ur arbetet.

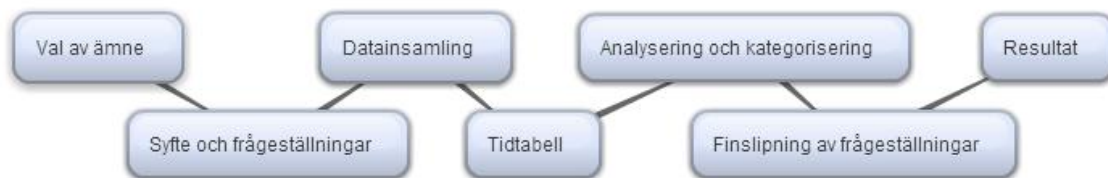


Bild 1 Modell av arbetsprocessen

## 8 RESULTATREDOVISNING

Efter att artiklarna hade analyserats kunde fyra huvudkategorier bildas vilka blev; akuta situationer, vårdpersonal, patientsäkerhet och kommunikationsmodeller. Huvudrubrikerna har bildats på det material som gåtts igenom och de kategorier som gjorts.

### 8.1 Akuta situationer

Till denna huvudkategori har använts material som tar upp vilka faktorer som påverkar både samarbete och kommunikationen i akuta situationer. Att kunna kommunicera och samarbeta med andra inom vårdpersonalen är en viktig del inom vården. Speciellt viktigt är det med en god kommunikationsförmåga och samarbetsförmåga i akuta situationer när saker ska gå snabbt och effektivt.

#### Faktorer som påverkar samarbete och kommunikation i akuta situationer

I en Brittisk forskning undersökte man kommunikationsbelastningen hos en avdelningsskötare vid en akut vårdenhet och dokumenterade över 1000 separata kommunikations-sammanhang under ett 10 timmars arbetspass. 14 procent av dessa skedde på samma gång, i samband med att avdelningsskötaren då för tillfället höll på med en annan uppgift som inte bestod av någon form av kommunikation. Ytterligare var 30 procent av konversationer avbrott i en aktivitet var man avbröt ett pågående kommunikationstillfäll-

le. En felfrekvens på bara en procent kunde potentiellt leda till tio misslyckanden anknutna till patienthantering under ett typiskt arbetspass. Ökad arbetsbelastning resulterar i mindre tid, motivation och energi för kommunikation med vårdpersonal och patienter. (Curtis et al. 2011)

Verbal kommunikation mellan vårdpersonal är vanligen mycket mindre strukturerad och konsekvent än skriftlig kommunikation. Vid olika sjukvårdsinrättningar är verbal kommunikation det primära sättet som viktig information om patientens status och vård överförs. Sjukskötare och läkare ger varandra rapporter med få riktlinjer för att försäkra fullständighet och riktighet. När information överförs verbalt kan viktig information missförstås eller förloras. Problemen med verbal kommunikation inom vården uppstår från det att vårdpersonal får väldigt lite undervisning om hur man ska kommunicera effektivt med varandra. Andra faktorer som bidrar med problem med den verbala kommunikationen är brist på strukturerad policy och procedurer med innehåll, tidpunkt och definierat ändamål. Vidare så saknar nästan alla inom vården en gemensam mental modell eller ram för verbal kommunikation inom vården. Det finns regler för skrivna dokument men inte några för regelbundna verbala överföringar av information som sker ansikte mot ansikte eller över telefon. De flesta inom vården får undervisning om hur man kommunicerar med patienterna men inte någon undervisning om hur man kommunicerar med andra inom vårdpersonalen eller hur man kommunicerar i en brådskande eller akut situation. (Beyea 2004)

Effektiv kommunikation är hörnstenen av tvärvetenskapligt samarbete. Detta stämmer speciellt bra när två olika professioner så som läkare och sjukskötare med olika prioriteter jobba tillsammans för att vårda patienter. Inkonsekvenser i den verbala kommunikationen mellan vårdpersonalen kan öka de medicinska misstagen och kan leda till att vården blir försenad. (McCaffery et al. 2011)

Det är viktigt att kunna åtskilja de oundvikliga misstagen och kommunikationsfelen som är associerade med mänskliga prestationer med den kliniska frågan om kompetens. Det är inte bara skillnader i kommunikationens stilar mellan sjukskötare och läkare som hindrar en samarbetande grupp miljö, utan komplexiteten av vårdprocessen har gjort att effektiv kommunikation är av största vikt för säker vård. (Leonard et al. 2004)

Klar och tydlig kommunikation och tvärvetenskapligt samarbete är kritiskt för att kunna ge god vård. Samarbete mellan alla inom vårdpersonalen skapar en positiv jobb miljö, förbättrar patientvården och minskar dödligheten. En av de viktigaste aspekterna av samarbete är klar och tydlig kommunikation utan vilken äkta samarbete är omöjligt. God kommunikation mellan vårdpersonalen möjliggör en bättre lösning av de komplexa problem man möter av hospitaliserade patienter och deras familjer. (McCaffery et al. 2011)

Tidigare erfarenheter påverkar interaktionen med andra för alla inom vårdpersonalen. Om en läkare känner skuld för något som har hänt med en tidigare patient kan den vara allt för vaksam och aggressiv om den hamnar i en liknande klinisk situation. Studier har visat att sjukskötare använder sig av tidigare erfarenheter när de gör beslut genom att jämföra den nuvarande situationen med en tidigare händelse som de kommer ihåg. Detta tankesätt kan påverka hur en vårdare eller läkare bemöter andra inom yrket. Tankar och känslor som inte kommer till uttryck har en tendens att komma till ytan på andra kontrollerade sätt så som passiv aggressivitet, öppen fientlighet mot annan vårdpersonal eller patienter och frånvaro. (Curtis et al. 2011)

Brist på gruppmedvetenhet om enskilda åtgärder resulterade i förvirring, försummelse, dubbelarbete och möjliga misstag. Dock genom bekräftelse från primära källor och dubbelkontroller, hjälper det att upptäcka och korrigera några misstag och möjliga fel. (Siassakos et al. 2009)

Det finns en lucka mellan evidensbaserad kunskap med att använda kommunikation för att nå säkerhet och det praktiska genomförandet av kommunikationsmodellen i trauma skolning. Man fokuserar ofta mera på den uppgift man har, än på att kommunicera. Komplexa uppgifter behöver mera distinkt kommunikation vilket kan gå förlorat eller missförstås om man fokuserar mest på uppgiften. (Härgestam et al. 2013)

## **8.2 Vårdpersonal**

Till denna huvudkategori har använts material som tar upp hur man kan försöka förbättra samarbetet och kommunikationen mellan vårdpersonalen. Vårdpersonalen måste fungera som en grupp, diskutera och hjälpa varandra i vården av patienter.

## **Förbättring av samarbete och kommunikation mellan vårdpersonalen**

Effektiv kommunikation spelar en central roll i utarbetningen och upprätthållandet av en samarbetande relation mellan vårdpersonal och deras patienter och mellan vårdpersonalen själv. Dålig kommunikation är också ett av de mest vanliga stresseselementen för vårdpersonalen. En uppmärksam kommunikationsstil har visats ha en effekt på sjukskötares perspektiv på sjukskötar- och läkarsamarbeten. (Curtis et al. 2011)

Kommunikationen mellan vårdpersonalen vid en akut vårdenhet är essentiell för säker och effektiv vård. Stora delar av kommunikationen vid en akut vårdenhet är okänd, men börjar ofta från en sjukskötare och slutar hos en läkare snarare än andra vägen. Dålig teamkommunikation är en av de mest vanliga grundorsakerna för misstag inom vården. Att förbättra kommunikationen är ett huvudmål för säkerhetsfokuserade program för vården. Dessa program sätter tyngd på frekvent och klar kommunikation mellan alla teammedlemmarna. (Manser 2008)

Effektiv kommunikation inom vården kräver lagarbete och träning för att försäkra kompetens. Förutbestämda strategier eller metoder för verbal kommunikation som stärker gruppmedlemmarnas medvetenhet hjälper att skapa en miljö var teammedlemmarna kan minska risken för vårdfel. (Manning 2006)

Vårdmiljöer är hierarkiska och det kan vara svårt att våga säga till och uttrycka sin oro. CUS (concerned, uncomfortable, scared) står för ”jag är oroad”, ”jag är obekvämt”, ”det här är osäkert” eller ”jag är rädd” och antas inom vårdkulturen som att ”vi har ett seriöst problem, stanna upp och lyssna på mig”. Denna förmåga att få alla att stanna upp och lyssna är väsentligt för säker vård. Kritiskt språk skapar en tydlig överrenskommen kommunikationsmodell som hjälper att undvika den naturliga tendensen att tala indirekt eller differentiellt. (Leonard et al. 2004)

För att kunna uppnå effektivt samarbete och kommunikation är det viktigt att vårdpersonalen innehar något om kallas för situationsmedvetenhet. Med situationsmedvetenhet avses att vårdgruppen upprätthåller ”den stora bilden” och tänker framåt för att planera och diskutera oförutsedda händelser. Den pågående dialogen som håller teammedlemmarna medvetna om vad som händer och hur de ska reagera om situationen ändras, är en viktig del av säkerheten. (Leonard et al. 2004)



Patientsäkerhetsgenomgångar är ett lätt och effektivt sätt att dela information på. Ändamålet med dessa genomgångar är att hålla vårdpersonalen informerade så att de ska kunna förutse behov och göra lämpliga planer för vården. Dessa genomgångar hålls på en bestämd tid och plats och ska inte vara mer än fem minuter. Personalen kan då ställa frågor som är relevanta, till exempel; är någon oroad över någon viss patient, behöver någon patient nära övervakning som alla behöver veta om eller har man påbörjat några nya mediciner som kan orsaka hälsorisk. (Manning 2006)

Patientsäkerhetsgenomgångar är bra att ha i slutet av dagen för att bedöma vad gruppen gjorde bra, vilka utmaningarna var, och vad man kan göra annorlunda nästa gång. Det är ett bra tillfälle för både individuell och teamlärande medans händelsen är färskt i minnet. (Leonard et al. 2004)

Teammöten, som är lite liknande som patientsäkerhetsgenomgångar, kan användas för att samtidigt kommunicera och dela information med de andra gruppmedlemmarna i början av arbetspasset. Ett teammöte är ett möte med den vårdande personalen för att komma igång i början av jobbspasset med kommentarer från nyckelpersonerna. Teammöten är möten med ett specifikt fokus som baserar sig på funktionen av teamet. Syftet med teammöten är att förbättra teamkommunikationen, patientsäkerheten och vården. Forskning visar att dagliga teammöten resulterar i färre avbrott under dagen och omedelbart klagörande av frågor som finns angående vården. Teammedlemmarna vet att det finns en specifik tidpunkt när de har allas uppmärksamhet. (Dingley et al. 2008)

Riktlinjerna för teammöten är följande: (Dingley et al. 2008)

- Bestäm en specifik tidpunkt varje dag
- Använd samma utrymme eller plats
- Stå upp, sitt inte ner
- Gör närvaro obligatorisk
- Begränsa mötet till 15 minuter
- Börja och sluta i tid
- Försök att ha samma struktur varje dag
- Håll agendan till begränsade punkter

Meningen med teammöten är att gå igenom patientfrågorna för dagen, att gå igenom programmet för dagen och att planera för eventuella problem som kan uppstå. Fördelarna med team möten är det förbereder vårdarna för deras arbetspass, kommunikationen sker ansikte mot, vårdarna får direkt respons på deras frågor. Vårdarna får också snabba svar och lösningar till frågor och funderingar och gör informationsspridningen effektiv. Teammöten förbättrar samarbetet och gör kommunikationen effektivare och ökar vårdpersonalens delaktighet i beslutsfattanden. (Dingley et al. 2008)

Patientsäkerhetsgenomgångar och teammöten har visats vara viktiga för teamen att snabbt bedöma förändringar i den kliniska arbetsbelastningen, identifiera de relevanta frågorna för dagen och tillhandhålla ett sätt att prioritera. På en kort tid kan alla team medlemmarna vara "på samma plan" för dagen och se till att alla relevanta frågor behandlas. (Dingley et al. 2008)

Rollen av en ledare är kritisk i akutmedicinska miljöer. Akuta vårdenheters vårdpersonal leder och koordinerar patienternas vård och balanserar den individuella patientens behov och önskemål med andras. Ledarskapsrollen är bäst utförd på ett deltagande sätt men kan vid behov behöva ha ett mera auktoritärt tillvägagångssätt i mera tidskritiska situationer. Även då ska ledarstilen användas på det mest konfronterade sättet, genom att bibehålla goda relationer kommer det leda till optimala resultat i kommande interaktioner. (Carne et al. 2012)

Teamledare möjliggör effektivt samarbete genom tre huvudfunktioner. Först genom fördelning av teamroller och etablering av beteende och utförande som förväntas av teammedlemmarna. För det andra genom att upprätta och bibehålla teamets delade kunskap. För det tredje underlättar teamledaren teamets effektivitet genom att övervaka den yttre och inre miljön av teamet för att maximera anpassningsbarheten och för att försäkra att teamet inte överrumplas av oväntade händelser. (Carne et al. 2012)

Praktiska punkter att fundera på när man kommunicerar med en läkare om en patient är att känna igen sitt egna emotionella tillstånd och uppgiftsmängd, försök att förstå och bekräfta mottagarens perspektiv, ifrågasättning av din information är inte personlig utan faktasamlade, bestäm vad du vill åstadkomma med samtalet, hur brådskande är ditt ärende, förbered ditt fall, kontakta rätt person den första gången, förutse - vilken infor-

mation kommer läkaren behöva för att göra ett beslut, använd dig av en struktur, till exempel SBAR. (Curtis et al. 2011)

Det finns fyra olika nivåer på hur man kan kommunicera självsäkert och tydligt. (Curtis et al. 2011)

1. Uttryck det som bekymrar dig med ett jag påstående – *jag bekymrar mig över...*
2. Gör en förfråga eller erbjud en lösning – *vill du att jag...*
3. Fråga efter en förklaring – *det skulle hjälpa mig att förstå...*
4. Kräv en respons – *för patientens säkerhet måste du lyssna på mig...*

En metod som ska förbättra ineffektiv kommunikation mellan sjukskötare och läkare är en tredelad strategi som innehåller kulturell förändring, användning av strukturerade kommunikationsredskap och stödjande teknologi. Alla tre måste effektivt användas för att optimera sjukskötar- läkarkommunikationen och undvika kommunikationsluckor som kan leda till patientskada. (Shannon & Myers 2012)

Det första och viktigaste förändringen man kan göra för att förbättra sjukskötar- läkarkommunikationen är att skapa en miljö som är patientcentrerad, säkerhetsfokuserad och uppmuntrande till en öppen kommunikation och samarbete. (Shannon & Myers 2012)

För det andra har man kunnat konstatera att vissa specifika kommunikationsredskap förbättrar kommunikationen bland vårdpersonalen. Ett program som kallas *TeamS-TEPPS* (Team strategies and tools to enhance performance and patient safety) har bildats som fokuserar på att utvecklar fyra grund kompetenser som är ledarskap, situationsövervakning, ömsesidigt stöd och kommunikation. De som använder sig av detta program tränas att använda ett antal olika gruppbaseade kommunikationsmodeller, som bland annat SBAR, utrop eller call-outs (CO) och teammöten. (Shannon & Myers 2012)

Den tredje metoden/strategin som ska förbättra kommunikationen är stödjande teknologi. För att kunna kommunicera effektivt måste vårdpersonalen ha pålitliga och säkra kommunikationsredskap. E-mail, textmeddelanden och anteckningar i de elektroniska databaserna olika sjukhus använder sig av synkroniserar kommunikationen mellan sjukskötare och läkare. En fördel med kommunikation som sker mellan individer som inte närvarande på samma gång är att det kan minska på avbrott, vilket har visats öka medicinska misstag. (Shannon & Myers 2012)

Problemet med ineffektiv kommunikation mellan sjukskötare och läkare är både simpelt och komplext. Flera samverkande faktorer påverkar dynamiken som klart har dokumenterat skadliga effekter på patientsäkerheten och andra resultat. Att förbättra organisationskulturen och använda strukturerade kommunikationsredskap är kritiskt för att kunna ta itu med de kommunikationsluckor som påverkar effektiv kommunikation mellan sjukskötare och läkare. (Shannon & Myers 2012)

### **8.3 Patientsäkerhet**

Till denna huvudrubrik har använts material från artiklar som har tagit upp hur kommunikationen kan påverka patientsäkerheten. Bristande och ostrukturerad kommunikation är en av de största orsakerna till att misstag och missförstånd sker inom vården, vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten.

#### **Kommunikationens påverkan på patientsäkerheten**

Ingen läkare, sjukskötare eller praktikmiljö är immuna mot misstag om kommunikationen är dålig, därför är det viktigt för läkare och sjukskötare att de kan utbyta information på ett sammanhängande och omfattande sätt. (Curtis 2011)

Sjukvårdsinrättningar är ofta hektiska, fullsatta och till synes kaotiska. Försök att kommunicera blir ofta avbrutna och kommunikationen sker ofta mellan flera individer samtidigt. Dålig kommunikation och kommunikationsöverbelastning har en direkt korrelation med den vård patienterna får. (Curtis et al. 2011)

Av alla de problem och misstag som sker på ett sjukhus står kommunikationen för över 70 procent av alla dessa problem. När man har bitt sjukskötare att nämna faktorer som påverkar misstag i patientvården var kommunikationen mellan sjukskötare och läkare en av de mest påverkande faktorerna. I en forskning ansåg vårdpersonal att en av de största orsakerna för medicinska misstag berodde på rädsla. En stor del nämnde att de hade känt press på att ge en medicin som de inte visste var säker eftersom de kände sig skrämda eller oförmögna att effektivt kommunicera sin oro. (Dingley et al. 2008)

Missförstånd i kommunikationen mellan vårdpersonal är en klar orsak till försämrad patientvård. I en studie har det kommit fram att patienter, som vårdades av sjukskötare

och läkare som var mindre samarbetsvilliga, hade en signifikant högre mortalitet än de patienter som vårdades av vårdpersonal som samarbetade med varandra. (Shannon & Myers 2012)

Kommunikationsproblem har blivit associerade med medicinska misstag och negativa situationer vid flera händelser. Misstag relaterade till kommunikationsproblem beror på brister på riktlinjer för kommunikationen mellan vårdare till vårdare och bristen på en gemensam ram och tillvägagångssätt för kommunikation. (Beyea 2004)

Nya sjukskötare har en begränsad erfarenhet av att ge en rapport om en patient åt en läkare. Även mera erfarna sjukskötare har alla olika uppfattningar om vilken information som är väsentlig att förmedla under en rapport. Viktig information kanske inte ges eller glöms bort. Avbrott, distraktioner och frekvensen av kommunikationer kan också ha en dålig inverkan på kommunikationsprocessen och leda till att en vårdare glömmer att dela relevant information. Sjukskötare och läkare har också olika sätt att kommunicera på. Sjukskötares sätt att kommunicera på är berättande och beskrivande medan läkares sätt att kommunicera på är mera fokuserad på ett specifikt problem eller behov. (Beyea 2004)

Den litteratur som finns om säkerhet och prevention av vårdfel avslöjar att ineffektiv eller bristande kommunikation mellan teammedlemmar har en signifikant betydelse för skadliga händelser. I en akut vårdmiljö leder misslyckanden i kommunikationen till ökad patientskada, längre vårdperioder och större användning av de resurser som finns. (Dingley et al. 2008)

Kommunikationsproblem som hotar patientsäkerheten är i grund och botten rätt enkla och kan sättas in i fyra kategorier. (Dingley et al. 2008)

1. Kommunikation som kommer för sent för att vara effektiv
2. Misslyckanden att kommunicera med alla de rätta personerna inom gruppen
3. Man ger information som inte är helt genomgående eller korrekt
4. Kommunikation skedde men man uppnådde inte ändamålet

När man har undersökt resultaten av kommunikation, har forskning kunnat visa ett samband mellan bättre sjukskötar- och läkarkommunikation, samarbete och bättre vård av

patienterna, vilket syns i lägre mortalitet och högre tillfredsställelse. (Dingley et al. 2008)

För att kunna förbättra patientsäkerheten och vården av patienterna borde man fokusera ingripanden på att integrera de kritiska attributen av samarbete, inklusive öppen kommunikation, delat ansvar för planerande samt problemlösande och delat beslutsfattande. (Dingley et al. 2008)

Strategier för att förbättra samarbete och kommunikation kan vara lyckat genomfört i en akut vårdmiljö och de resulterar i en mera effektiv kommunikation. Eftersom ineffektiv kommunikation bland vårdpersonal kan leda till patientskador och negativa händelser är det viktigt med ingripande och genomförande för att förbättra kommunikationsmetoder för att förhindra att vårdfel sker. (Dingley et al. 2008)

Arbetet vid en akut vårdenheter är komplicerat och utförs under press som inte bara kräver utmärkta medicinska och tekniska kunskaper utan också goda kunskaper i kommunikation för att nå de bästa resultaten för patienter med en akut sjukdom eller skada. (Carne et al. 2012)

## **8.4 Kommunikationsmodeller**

Till denna huvudrubrik har använts material som har tagit upp hur användning av olika kommunikationsmodeller kan underlätta kommunikationen i akuta situationer. Kommunikationsmodeller används för att få en struktur på den information som överförs mellan vårdpersonalen.

### **Användning av kommunikationsmodeller underlättar kommunikationen i akuta situationer**

Genom att kunna kommunicera på ett fungerande sätt bidrar det till att bygga relationer människor emellan och till att överföra kommunikation, vilket behövs inom sjukvården. Av erfarenhet har det kunnat konstateras att enkla regler är det bästa för att hantera komplexa miljöer. Det redskap och koncept som har varit mest värdefullt är SBAR. SBAR är kort och koncist sätt att överföra kritiskt viktiga delar av information på ett förutsägbart sätt. SBAR hjälper inte bara med att göra kommunikationen lättare genom

att sättet vårdarna kommunicerar på är bekant, utan också med att utveckla en förmåga till kritiskt tänkande. (Leonard et al. 2004)

Genom att vårdpersonalen får kunskap om hur SBAR fungerar och hur den används, leder det till att kommunikationen blir tydligare, mera relevant och mera direkt. När vårdpersonalen vet i vilken ordning informationen kommer att presenteras får de som ger informationen prata klart utan att den blir avbruten. En studie har visat att läkarna anser att sjukskötarens rapport är mer strukturerad, kortfattad och saklig när de använder sig av SBAR. Genom att använda sig av SBAR kan vårdpersonalen på ett bättre sätt organisera och förbereda överrapporteringar vilket i sin tur leder till en ökad tillfredställelse över kommunikationen. SBAR gör att rätt information överförs och att vårdpersonalen kan fatta de rätta kliniska besluten baserat på den information de har fått. SBAR är ett lätt hjälpmedel som hjälper vårdpersonalen att strukturera den information de ska ge. Risken minskar för missförstånd och kommunikationsmodellen är användbar i vilken situation som helst. (Haddleton 2014 b)

Enligt sjukskötare ger SBAR en bra ram och grund för kommunikation och ökar ens medvetenhet. När SBAR används tillsammans med andra kommunikationsmodeller, förbättras kommunikationen och samarbetet. (Beckett & Kipnis 2009)

Clark et al. har skrivit en forskning om hur man ska förbättra kommunikationen när man ger en vådrapport. De kom fram till att efter att sjukskötare hade börjat använda sig av SBAR säger 68 procent att de nu alltid får den information de behöver vid rapporteringar. Ett medeltal av 70 procent av vårdarna säger att kommunikationen är mera strukturerad och deras egna kommunikationsförmågor har förbättras. De är mera självsäkra när de kommunicerar med läkare och vet vad de ska säga och kommunikationen sker mera effektivt. (Clark et al. 2009)

Användning av SBAR gör sjukskötare mera självsäkra men också kommunikationen mera självsäker och systematisk. Självsäkerheten ökar när de får höra att deras åsikter är betydelsefulla och värdesätts. Sjukskötare använder sig av SBAR modellen och erbjuder förslag på vården men är mera motvilliga att göra det med de läkare som är oförskämda och som inte är samarbetsvilliga. (Raica 2009)

SBAR används gärna av vårdpersonal eftersom den är så enkel och är lätt att förstå. Läkare uppskattar kommunikation som är koncis, kortfattad och som snabbt kommer till det viktiga. (Woodhall et al. 2008)

### **Användning av en kommunikationsmodell bidrar till en bättre patient-säkerhet**

Genom att använda sig av olika kommunikationsmodeller kan man se en betydelsefull skillnad i mängden av oförväntade dödsfall inom vården. Detta kan bero på att då sjukskötare lägger märke till förändringar i patienters tillstånd tidigare ber om mera hjälp för att vårda patienten bättre. (De Meester et al. 2013)

Då sjukskötare använder sig av SBAR är de bättre förberedda på vad de ska säga när de ringer till en läkare och kan ha en rekommendation för vården som är baserad på bedömning av patientens tillstånd. Sjukskötarna är mera säkra på sin omdömesförmåga och har då också en större chans att övertala läkaren om allvarligheten av en situation för att läkarna ska ge order om fortsatt vård snabbare. Användning av SBAR kan lösa problem som brist på förståelse av brådskande situation, brist på uppfattning om ens egna gränser och minska steget för att ringa efter hjälp, på grund av bättre kommunikation och samarbete mellan vårdpersonalen. (De Meester et al. 2013)

SBAR underlättar konsekvent kommunikation vilket förbättrar sjukskötares, läkares och patienters tillfredsställelse. Det ökar patientsäkerheten och vårdresultaten genom att förbättra samarbete och bygga relationer med dem man jobbar med. (Beckett & Kipnis 2009)

I akuta situationer är SBAR en väldigt bra modell att använda. Den ger vårdpersonalen struktur i kommunikationen om patientens bakgrund, aktuella behov och tillstånd. SBAR gör det möjligt att ge en snabb, koncis och fullständig rapport av situationen så att alla i vårdpersonalen kan förstå patientens bakgrund och vad de behöver göra i nuläget. Genom att använda sig av SBAR tillåter det en att förse andra inom vårdpersonalen med kritisk information för att kunna ge snabb livräddande vård till patienten. (Beckett & Kipnis 2009)



Genom att uppmuntra sjukskötare och läkare att vara aktiva med kommunikation och samarbete för att uppnå bästa resultat och förbättra patientsäkerheten, ger det dem grunderna för positivt samarbete. (Beckett & Kipnis 2009)

Kommunikationsmodeller minskar på kommunikationsmisstagen vilket gör att patientsäkerheten ökar (Raica 2009). SBAR gör det lätt för vårdpersonalen att veta vad som kommer att kommuniceras och hur, vilket är väsentligt för att kunna utveckla samarbete och säkra vården av patienterna. (Woodhall et al. 2008)

I akuta vårdsammanhang har SBAR minskat på misstagen som orsakades av antaganden eftersom alla i vårdpersonalen har fått samma information från början. (Woodhall et al. 2008)

*Closed-Loop Communication (CLC)* är en annan av de kommunikationsmodellerna som med strukturerad och omfattande kommunikation försöker undvika och minska misstag inom vården. CLC är en kommunikationsstrategi som ska stöda säker och effektiv vård i olika miljöer och situationer. Konsekvent användning av kommunikationsredskap hjälper oss att undvika misstag som grundar sig på kommunikationsmisstag och beslutsfattande. Att återge den information man har fått är en viktig del i CLC och är en av grundreglerna för god kommunikation. Det ska förbättra utbytet av information som sker mellan två eller flera individer. För god patientsäkerhet borde man alltid använda sig av kommunikationsmodeller när man överför information som är viktig för vården av patienter. Även enkla rapporter som ges vid skiftesbyte innehåller viktig information och borde ha en struktur för att det inte ska ske missar i kommunikationen. Kliniska miljöer som karakteriseras av brådska, osäkerhet och distraktioner, så som en akutmottagning, är speciellt sårbar för missförstånd och misstag när man inte återger den information man har fått. När man kommunicerar med andra underlättar det kommunikationen om man använder namnet av den man talar med, tittar dem i ögonen och lyssnar på vad den andra säger. Kommunikationsproblem besvärar både patienten och vårdarna och kan också leda till skada för patienten. Genom att använda sig av CLC i rutinsituationer hjälper det en att normalisera en akut situation när informationen måste vara tillförlitlig och korrekt. Man undviker överraskningar och minskar möjliga livshotande misstag. (Brown 2004)

För att undvika misstag inom vården antas det att CLC är en nödvändig komponent för att försäkra och främja säker teamkommunikation. Använder man sig inte av någon kommunikationsmodell när man kommunicerar i akuta vårdsituationer var för mycket kommunikation sker på samma gång och på ett ostrukturerat sätt, är det sannolikt att uppmaningar och kommandon inte kommer bli gjorda eller att misstag kommer ske, vilket riskerar patientsäkerheten. (Härgestam et al. 2013)

## 8.5 Resultatets slutsats

Den övergripande slutsatsen för mina frågeställningar är att man kan konstatera att kommunikationsmodeller är till stor hjälp när det kommer till att kommunicera på ett effektivt sätt som underlättar kommunikationen, och till att förbättra patientsäkerheten. Kommunikationsmodeller används gärna av vårdpersonal eftersom den ger en struktur och underlättar kommunikationen, samt gör sjuksköterna mera självsäkra i kommunikationen med läkare. Verbal kommunikation är det primära sättet som information överförs inom vården och är den som är minst strukturerad, vilket lätt leder till missförstånd. Kommunikationsmodeller underlättar den verbala kommunikationen och gör den lättare när man har en modell att följa. På så sätt glöms inte någon viktig information bort. Att samarbeta, jobba som ett team och ta hjälp av varandra när det behövs förbättrar patientsäkerheten. Problem med att kommunicera och att samarbeta har en direkt påverkan på patientsäkerheten och den vård patienten får. Problemen med kommunikationen beror på det att det inte finns några riktlinjer att följa när man kommunicerar och att alla inom vårdpersonalen överför information på väldigt olika sätt.

## 9 DISKUSSION

Jag anser att detta arbete har svarat på frågeställningarna, *underlättar användandet av kommunikationsmodeller kommunikationen i akuta situationer och bidrar användandet av en kommunikationsmodell till bättre patientsäkerhet.*

Vårdpersonalen är överlag väldigt positivt inställda för användningen av kommunikationsmodeller och är av den åsikten att kommunikationen förbättras. Kommunikationsmodeller används gärna bara de är enkla och lätta att förstå sig på. Sjukskötare känner sig mera självsäkra i kommunikationen och vågar uttrycka sina åsikter bättre, speciellt i kommunikationen med läkare. Kommunikationen blir tydligare, mera relevant, mera direkt och effektiv. Genom att man har en klar struktur som man följer vid kommunikation får vårdarna lättare tala till slut utan att bli avbrutna vilket minskar på misstagen som görs. Läkarna säger att sjuksköternas rapporter har en bättre struktur, är mera kortfattade och sakliga när de använder sig av kommunikationsmodeller. Sjukskötares kommunikation förbättras inte bara utan också deras förmåga till kritiskt tänkande blir bättre.

God kommunikation är en kritisk del av patientsäkerheten och minskar på mortaliteten. Genom användning av kommunikationsmodeller gör att sjukskötare litar mera på sin egen omdömesförmåga och kan bättre övertala läkare om att en situation är akut och att de behöver hjälp snabbt. God kommunikation förbättrar samarbetet mellan vårdpersonalen vilket ger en tryggare vård. Det minskar också misstag som har orsakats av antaganden. Kommunikationsmodeller ger kommunikationen en struktur vilket gör det lättare för all kommunikation att nå fram till rätt person i tid.

Strukturerade kommunikationsmönster eller modeller, så som SBAR och Closed-Loop Communication, gör det lättare att kommunicera effektivt genom att ha klara modeller som man kan följa, vilket minskar chansen för att information blir bortglömd eller osagd vilket i sin tur gör patientvården tryggare.

Kommunikation har en stor påverkan på patientsäkerheten. Problem med kommunikationen beror delvis på att vårdarna blir avbrutna när de talar, att kommunikationen sker mellan för många individer på samma gång och att den inte är strukturerad. Huvudkategorierna som finns i detta arbete består av delar som alla påverkar patientsäkerheten. Vårdpersonalens samarbete och hur de kommunicerar med varandra påverkar, akuta situationer gör att vårdarna kommunicerar sämre och brist på strukturerade kommunikationsmodeller att följa när man ska överföra information är alla faktorer som påverkar hur säker vården av en patient är.

## 10 KRITISK GRANSKNING

Arbetet svarar på de frågeställningar jag hade och har uppnått syftet med arbetet. Svaren jag har fått är relativt korta men svarar direkt på de frågor jag hade. Mängden material det finns om Closed-Loop Communication är ganska begränsad eftersom rätt lite forskning är gjord kring ämnet, vilket ledde till att resultatet i stora delar är fokuserat på SBAR.

Beyea nämner i sin artikel om verbal kommunikation hur både läkare och sjukskötare under sin utbildningstid inte får tillräckligt med undervisning i hur man ska kommunicera med andra inom vården. Beyeas artikel börjar kanske vara aningen föråldrad och nuförtiden får läkar- och sjukskötares studerandena nog mera undervisning om kommunikation än tidigare och har blivit bättre på det.

Mina huvudkategorier kom jag fram till rätt sent i arbetes process. Ämnet kommunikation och akuta situationer är väldigt brett och många faktorer påverkar hur bra kommunikationen fungerar. Alla huvudkategorier har en lika stor betydelse för att skapa en god och säker kommunikation som ska vara bra för patientsäkerheten.

I efterhand har jag kunnat konstatera att det skulle ha underlättat om jag lagt ner mera tid på att läsa igenom och bättre kategoriserat artiklarna. Då skulle jag lättare fått den rätta texten till rätt kategori från början och inte hade behövt flytta om så mycket i texten efter att den var skriven.

Jag skulle också ha gjort upp en klarare struktur för hur jag skulle utföra hela arbetet och hade då kanske fått en bättre och klarare helhet av arbetet. Hade jag haft en klarare struktur och verkligen tänkt igenom arbetet före jag började söka artiklarna hade artikel-sökningen möjligen gått smidigare och jag hade gjort en bredare sökning.

Strukturen och fokusen ändrades ganska sent i arbetet vilket ledde till att syftet och frågeställningarna ändrades och att resultatet skrevs om. Det gjorde att arbetet fick en bättre helhet och att resultatet jag fick svarade mera direkt på mina frågeställningar. Detta ledde också till att jag har rätt mycket material till bakgrunden och litteraturoversikten och att själva resultatet blev lite kortare.

Om jag skulle göra om mitt arbete skulle jag ha tagit mera tid på mig att planera och prioriterat annorlunda. Jag skulle bekanta mig mera med ämnet och få en bättre bild av hurdan information det finns. Det hade kanske gjort det enklare att fokusera sig på ett mindre område av ämnet och gjort att jag redan från första början hade fått rätt fokus på arbetet och undvikit att vissa delar av arbetet skrevs om.

En del av de artiklar jag har använt mig av börjar bli aningen gamla speciellt eftersom forskningen går fort framåt inom detta ämne. Jag har ändå valt att använda mig av dessa artiklar eftersom jag ansåg att de hade relevant information som kunde användas i detta arbete.

Ju mer jag har arbetat med detta arbete desto mer har jag börjat kunna se den röda tråden i det och se helheten av arbetet fast det inte alltid har varit så klart under arbetets gång.

Jag arbetade intensivt med detta arbete under våren och efter en tid blir man blind för sina egna misstag. Efter att ha tagit en paus med arbetet och sedan läst igenom det med mera kritiska ögon och arbetat med de förändringar som gjordes så hittades misstagen och slarvfelen och arbetet kunde finslipas ännu en gång.

## KÄLLOR

- Arcada. 2014, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig.  
[http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/481](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481). Hämtad 16.11.2014
- Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen. 2014, *Att skriva självständigt arbete – teoretiskt perspektiv*. Stockholmuniversitetet. Tillgänglig:  
<http://www.buv.su.se/sj%C3%A4lvst%C3%A4ndigt-arbete/att-skriva-sj%C3%A4lvst%C3%A4ndigt-arbete/teoretiskt-perspektiv>. Hämtad 4.4.2014
- Beckett, Cynthia D & Kipnis, Gayle. 2009, Collaborative communication: Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal of Healthcare Quality*, vol. 31, nr. 5, s.19, 22, 25-26.
- Beyea, Suzanne C. 2004, Improving verbal communication in clinical care. *Patient Safety First*, vol. 79, nr. 5, s.1053-1054, 1057.
- Boaro, Nancy; Fancott, Carol; Baker, Ross; Velji, Karima; Anderoli, Angie. 2010, Using SBAR to improve communication in interprofessional teams. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 24 nr. 1, s.111.
- Brown, Jeffery. 2004, Closing the communication loop: Using readback/heartback to support patient safety. *Joint Commissions on Accreditation of Healthcare Organizations*, vol. 30, nr. 8, s.460-463.
- Carne, Belinda; Kennedy, Marcus; Gary, Tim. 2012, Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australia*, vol. 24, s.7-12.
- Clark, Eileen; Squire, Sally; Heyme, Anne, Mickle, Mary-Ellen; Petrie, Eileen. 2009, The PACT-project: improving communication at handover. *MJA*, vol. 190, nr. 11, s. 127
- Creswick, Nerida; Westbrook, Johanna I; Braithwaite, Jeffery. 2009, Understanding communication networks in the emergency department. *BMC Health Service Research*, vol. 9, nr. 247, s.1-7.

- Curtis, K; Tzannes, A; Rudge, T. 2011, How to talk to doctors – a guide for effective communication. *International Nursing Review*, vol. 58, s.13-18.
- De Meester, K; Verspuy, M; Monsieurs, K.G; Van Bogaert, P. 2013, SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, vol. 54, s. 1195.
- Dingley, Cathrine; Daugherty, Kay; Derieg, Mary K; Persing, Rebecca. 2008, Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*, vol. 3, s. 1-6,16.
- Elo, Satu & Kyngäs, Helvi. 2007, The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 62, nr. 1, s.107-112.
- Eriksson, Katie. 1991, *Boar, introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. 342 sidor.
- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2008, *Att göra systematiska litteraturstudier. Värderingar, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Bokförlaget Natur och Kultur. Andra utgåvan, 204 sidor.
- Haddleton, Elisabeth. 2014 a, *Crew Resource Management – CRM. Teamarbete och kommunikation*. Vårdhandboken. Tillgänglig:  
<http://www.varldhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Crew-Resource-Management-CRM/>. Hämtad 16.9.2014
- Haddleton, Elisabeth. 2014 b, *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation – SBAR. Teamarbete och kommunikation*. Vårdhandboken. Tillgänglig:  
<http://www.varldhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Situation-Bakgrund-Aktuell-bedomning-Rekommendation---SBAR/>. Hämtad 16.9.2014
- Hansen, Inger; Månsson, Jörgen; Hallén, Marie; Westfelt, Petter; Renström, Monica; Svensson, Carina. 2010, *SBAR för strukturerad kommunikation*, Sveriges kommuner och Landsting. Ljungbergs tryckeri AB, 20 sidor. Tillgänglig:  
<http://www.skl.se/download/18.535f453b144f9c99a83841ca/1398411918107/skl-sbar-bruksanvisning.pdf>. Hämtad 15.9.2014

- Härgestam, Maria; Lindkvist, Marie; Brulin, Christine; Jacobsson, Matitha; Hultin, Magnus. 2013, Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during situ trauma team training. *BMJ Open*, vol. 3, s.1-2, 4-7.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Studentlitteratur. 316 sidor.
- Jacobsson, Maritha; Fargestam, Maria; Hultin, Magnus; Brulin; Christine. 2012, Flexible knowledge repertoires: communication by leaders in trauma teams. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 20, nr. 44, s.1-7.
- Laidlaw, Anita & Hart, Jo. 2011, Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication. *Medical Teaching*, vol. 33, s.6-7.
- Leonard, M; Graham, S; Bonacum, D. 2004, The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health care*, vol. 13, nr.1, s.85-87, 89-90.
- Manning, Mary Lou. 2006, Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economics*, vol. 24, nr. 5, s.268-270.
- Manser, Tanja. 2008, Teamwork and patient safety in domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scand*, vol. 53, s.134, 145-149.
- McCaffrey, Ruth; Hayes, Rose Marie; Cassell, Asenath; Miller-Reyes, Sharmin; Donaldson, Audeane; Ferrell, Cheryl. 2011, The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents toward the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, vol 68, nr. 2, s.294-295, 297-300.
- Murray, W Bosseau & Foster, Patrik A. 2000, Crisis Resource Management among strangers: Principles of organizing a multidisciplinary group of Crisis resource Management. *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. 12, s.635-636.
- Nilsson, Björn & Waldermanson, Anna-Karin. 2007, *Kommunikation. Samspel mellan människor*. Studentlitteratur. Tredje upplagan. 166 sidor.



- Patterson, Daniel P; Pfeiffer, Anthony J; Weaver, Matthew D; Krackhardt, David; Arnold, Robert M; Yealy, Donald M; Lave, Judith R. 2013, Network analysis of team communication in a busy emergency department. *BMC Health Service Research*, vol. 13, nr. 109, s. 1-2, 6, 9-10.
- Raica, Dagmar A. 2009, Effect of action-oriented communication training on nurses' communication self-efficacy. *MEDSURG Nursing*, vol. 18, nr. 6, s.345-346.
- Sairaanhoitajanliitto. 2014, *ISBAR – menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta raportoitaessa*. Suomen sairaanhoitajaliitto, 15 sidor.
- Salmon, Peter & Young, Bridget. 2011, Creativity in clinical communication: from communications skills to skilled communication. *Medical Education*, vol. 45, s. 218-220
- Shannon, Diane W & Leigh Ann Myers. 2012, Nurse to physician communications: connecting for safety. *Patient safety and quality healthcare*, vol. 9, nr. 5, s.21-26.
- Siassakos, D; Draycott, T; Montague, I; Harris, M. 2009, Content analysis of team communication in an obstetric emergency scenario. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 29, nr. 6, s. 499-500, 502.
- SKL. 2011, *Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården*. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig:  
<http://www.skl.se/download/18.535f453b144f9c99a83841e8/1398412089193/skl-sbar-kort-patient-personal.pdf>. Hämtad 17.9.2014
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2012, *Patientsäkerhet*. Tillgänglig:  
[http://www.stm.fi/sv/social\\_och\\_halsotjanster/halsotjanster/patientsakerhet](http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/halsotjanster/patientsakerhet). Hämtad 18.3.2014.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2009, *Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013*. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, vol.4. Universitetstryckeriet, Helsingfors 2009. Tillgänglig:  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8601.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8601.pdf). Hämtad 18.3.2014

Sundar, Eswar; Sundra, Sugantha; Pawlowski, John; Blum, Richard; Feinstein, David; Pratt, Stephen. 2007, Crew resource management and team training. *Anesthesiology Clinics*, vol. 25, s.287-288.

THL (terveyden ja hyvinvoinnin laitos). 2012, *Handbok om patientsäkerhet, som stöd för verkställandet av patientsäkerhetslagstiftningen och patientsäkerhetsstrategin*. Institutet för hälsa och välfärd. Tammerfors Universitet Tryckeri. Tillgänglig: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d7da94ba-7232-4e48-bf17-ea684ef84146>. Hämtad 18.3.2014

Wallin, Carl-Johan & Thor, Johan. 2008, *SBAR- modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal*. *Läkartidningen*, vol. 105, nr. 26-27, s.1922-1924.

Woodhall, Lorna J; Vertacnik, Lisa; McLaughlin, Maribeth. 2008, Implementation of the SBAR, Communication technique in a tertiary center. *Journal of Emergency Nursing*, vol. 34, nr. 4, s.314, 316.

# BILAGOR

## Bilaga 1

### SBAR Personal

---

<b>S</b>	<b>Situation</b> <i>På vilket sätt ska jag ha kontakt med patienten?</i>  <i>Finns särskilda behov?</i>	Akut besök Mottagningsbesök Inneliggande patient Hembesök Telefon Brev Språk – Tolksbehov Ålder Funktionshinder ex syn, hörsel
<b>B</b>	<b>Bakgrund</b> <i>Vilken bakgrund har patienten du ska ha kontakt med?</i>	Nydebuterad sjukdom Kronisk sjukdom Nuvarande behandling Patientens kunskap om sin sjukdom Livsstil
<b>A</b>	<b>Aktuella uppgifter</b> <i>Vilket/vilka är patientens problem?</i>  <i>Vilka förväntningar har patienten?</i> <i>Vilka informationsbarriärer finns?</i>  <i>Vilka uppgifter behöver jag ta fram?</i>  <i>Lokal</i> <i>Tid</i>	Inhämta kunskap om: ▪ patientens problem ▪ undersökning och behandling som ska rekommenderas Ta reda på vilka förväntningar patienten har på aktuell vårdkontakt Institutions-, känslö-, kunskaps-, roll-, förståelse-, språk- eller kulturbarriärer Tänk igenom hur du kan minska dessa barriärer Kompletterande skriftlig information Kontaktuppgifter om vart patienten vänder sig vid frågor efter aktuell vårdkontakt Ostörd samtalsmiljö Avsatt tid
<b>R</b>	<b>Rekommendation</b> <i>Kommunikation med patienten</i>  <i>Vilken rekommendation ska ges?</i> <i>Kontrollera förståelse</i>  <i>Vad är viktigt för patienten?</i>	Kommunicera i dialog Inled samtal med öppen fråga Lyssna Individanpassa informationen Ge rätt information vid rätt tillfälle Ge information om vad som ske i nästa steg  Återkoppla – gör en kort sammanfattning av samtalet Tydliga rekommendationer Kompletterande skriftlig information Lämna kontaktuppgifter – vart patienten vänder sig vid frågor efter aktuell vårdkontakt

---

Framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, augusti 2011.

## Bilaga 2

### ISBAR – akut situation

<b>1. IDENTIFY</b> Identifiera	<p>Ange</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ditt namn, titel, enhet</li> <li>patientens namn, ålder och personbeteckning</li> </ul>
<b>2. SITUATION</b> Situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jag kontaktar dig för att...</li> </ul>
<b>3. BACKGROUND</b> Bakgrund	<p>Informera om (kort)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tidigare och nuvarande sjukdomar, behandlingar och problem av betydelse</li> <li>allergier</li> <li>smittorisk/isolering</li> </ul>
<b>4. ASSESSMENT</b> Aktuellt tillstånd	<p>Rapportera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vitala funktioner <ul style="list-style-type: none"> <li>A Luftväg</li> <li>B Andning, saturation</li> <li>C Puls, blodtryck</li> <li>D Medvetandegrad (GCS), smärta</li> <li>E Temperatur, hud, färg, buk, urinutsöndring, yttre skador</li> </ul> </li> <li>Väsentliga observationer i patientens tillstånd</li> </ul>
<b>5. RECOMMENDATION</b> Rekommendation	<p>... därför föreslår jag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>omedelbar handläggning</li> <li>intensifierad övervakning</li> <li>behandling</li> <li>förflyttning till annan enhet</li> </ul> <p>Kontrollera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hur länge...?</li> <li>Hur ofta...?</li> <li>När ska jag ta kontakt igen...?</li> <li>Har du fler frågor?</li> <li>Är vi överens?</li> </ul>

### ISBAR – icke akut situation

<b>1. IDENTIFY</b> Identifiera	<p>Ange</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ditt namn, titel, enhet</li> <li>patientens namn, ålder och personbeteckning</li> </ul>
<b>2. SITUATION</b> Situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jag kontaktar dig för att...</li> </ul>
<b>3. BACKGROUND</b> Bakgrund	<p>Informera om</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tidigare och nuvarande sjukdomar, behandlingar och problem av betydelse</li> <li>allergier</li> <li>smittorisk/isolering</li> </ul>
<b>4. ASSESSMENT</b> Aktuellt tillstånd	<p>Rapportera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vitala funktioner</li> <li>Aktuell status som anknyter till situationen</li> </ul>
<b>5. RECOMMENDATION</b> Rekommendation	<p>... därför föreslår jag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>intensifierad övervakning</li> <li>behandling</li> <li>förflyttning till annan enhet</li> <li>ändring i vårdplanen</li> </ul> <p>Kontrollera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hur länge ska jag...?</li> <li>Hur ofta...?</li> <li>När ska jag ta kontakt igen...?</li> <li>Har du fler frågor?</li> <li>Är vi överens?</li> </ul>

### Bilaga 3

Rubrik	Författare	Sökord	Databaser	Årtal
Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes	Beckett Cynthia D., Kipnis Gayle	SBAR - ett möjligt kommunikationsverktyg? (snöbollseffekt)	PubMed	2009
Improving verbal communication	Beyea Suzanne C.	How to talk to doctors – a guide for effective communication (snöbollseffekt)	Medline Ovid	2004
Closing the communication loop: Using readback/heartback to support patient safety	Brown Jeffery P.	Closed-loop communication	Google	2004
Review article: crisis recourse management in emergency medicine	Carn Belind et al.	Common errors in emergency medicine AND communication	Adademic Search Elite	2012
The PACT project: improving communication at handover	Clark Eileen et al	SBAR = ökad patientsäkerhet (snöbollseffekt)	PubMed	2009
How to talk to doctors – a guide for effective communication	Curtis K. et al.	Healthcare professionals AND communication	Academic Search Elite	2011
Improving patient safety trough provider communication strategy enhancements	Dingley Cathrine et al.	Improving patient safety trough communication	Google	-
SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study	De Meester K. et al	SBAR = ökad patientsäkerhet (snöbollseffekt)	PubMed	2013
Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during situ trauma team training	Härgestam Maria et al.	Closed-loop communication	PubMed	2013
The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care	Leonard M. et al.	How to improve communication personnel in the emergency department	pubMed	2004
Communication skills: An essential component of medical curricula. Part 1: Assessment of clinical communication.	Lindlaw Anita, Hart Jo	Healthcare professionals AND communication	Academic Search Elite	2011
Improving clinical communication through structured conversation	Manning Mary Lou	How to talk to doctors – a guide for effective communication (snöbollseffekt)	Medline Ovid	2006
Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review on the literature	Manser T.	How to improve communication personnel in the emergency department	Google Scholar	2008
The effect of an educational programme on attitudes of nurses and medical residents toward the benefits of effective communication and collaboration	McCaffery Ruth et al.	Healthcare professionals AND communication	Academic Search Elite	2011
Effect of action-oriented communication training on nurses' communication self-efficacy	Raica Dagmar A.	SBAR - ett möjligt kommunikationsverktyg? (snöbollseffekt)	PubMed	2009
Nurse to physician communications: connecting for safety	Shannon Diana W., Myers Leigh Ann	Nurse to physician communication	Google	2012
Content analysis of team communication in an obstetric emergency scenario	Siassakos D. et al.	Emergency or acute situation AND communication	Academic Search Elite	2009
Implemetation of the SBAR communication technique in a tertiary center	Woodhall Lorna J. et al.	SBAR - ett möjligt kommunikationsverktyg? (snöbollseffekt)	PubMed	2008