



Implementering av standardiserad rapportering

En systematisk litteraturstudie

Jessica Silfver

Masterarbete
Avancerad klinisk vård 2011
2014

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård 2011
Identifikationsnummer:	14157
Författare:	Jessica Silfver
Arbetets namn:	Implementering av standardiserad rapportering En systematisk litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Kvinnokliniken, ÅUCS
<p>Brister i kommunikationen står för över 60 % av alla rapporterade farosituationer inom vården. En rekommendation för att förbättra situationen med hjälp av en standardiserad kommunikations modell (ISBAR) vid rapportering har utfärdats av WHO (World Health Organization) år 2007. I Finland gav Sjukskötarförbundet år 2012 ut en för finska förhållanden anpassad modell av ISBAR.</p> <p>Syftet med detta arbete är att undersöka implementeringen av ISBAR som kommunikationsmodell med fokus på vilka effekterna är på rapporteringen och i den kliniska verkligheten. Detta görs i form av en systematisk litteraturstudie. Resultatet kommer att fungera som evidensbas för den fortsatta implementeringen av ISBAR på kvinnokliniken vid ÅUCS. Kvinnokliniken står som uppdragsgivare för detta arbete.</p> <p>I studien inkluderades 15 vetenskapliga artiklar som omfattade effekterna av implementeringen av ISBAR och hade en tydlig klinisk koppling. Alla artiklar kvalitetsgranskades och en bedömning av evidensstyrkan på materialet gjordes. En innehållsanalys gjordes på materialet som analyserades både deduktivt och induktivt. Resultatet visade att implementeringen av ISBAR medförde en förbättrad rapportering genom att den kommunicerade datamängden och kvaliteten ökad samt att innehållet blev mer relevant. Även samarbetet inom och mellan enheter och yrkesgrupper förbättrades, risken för avvikelser minskade och säkerhetskulturen förbättrades.</p>	
Nyckelord:	ISBAR, rapportering, klinisk verklighet, effekter, Åbo universitetscentralsjukhus
Sidantal:	58
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Avancerad klinisk vård 2011
Identification number:	14157
Author:	Jessica Silfver
Title:	Implementation of standardised handover A systematic review
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	The Unit for Obstetrics and Gynaecology, Turku University Hospital
<p>Failure due to communication is the root cause for over 60 % of the reported adverse events in healthcare. In 2007 WHO (World Health Organization) recommended the use of a model for standardized communication (ISBAR) for handovers. The Finnish Nurses Association (Sairaanhoitajaliitto) presented an adapted version of the ISBAR model for Finnish conditions in 2012.</p> <p>The aim for this systematic literature review is to examine the effects implementation of ISBAR as a communication model has on handover and the clinical setting. The result of this review can be used as an evidence base for further implementation of ISBAR in the unit of obstetrics and gynecology at the Turku University Hospital. This study is commissioned by the same unit.</p> <p>Fifteen scientific articles based on studies on the effects of implementation of ISBAR was included in the review, they all had a connection to the clinical setting. All articles underwent quality control and an assessment of evidence strength. A deductive and inductive content analysis was performed on the material. The results show that implementation of ISBAR leads to a better handover by increasing the amount of data communicated and the quality of the data. Also the content of the handover becomes more relevant. The interaction in and between units and professions develops in a positive way as well as the safety climate reducing the risks for adverse events.</p>	
Keywords:	ISBAR, handover, clinical setting, effects, Turku University Hospital
Number of pages:	58
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Avancerad klinisk vård 2011
Tunnistenumero:	14157
Tekijä:	Jessica Silfver
Työn nimi:	Standardisoidun raportoinnin käyttöönotto Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Naistenklinikka, Turun yliopistollinen keskussairaala
<p>Kaikista hoitoalan raportoiduista vaaratilanteista 60 % johtuu puutteellisesta kommunikatiosta. Tilanteen parantamiseksi WHO (World Health Organization) antoi vuonna 2007 suosituksen standardisoidun kommunikaation mallin (ISBAR) käytöstä raportoinnissa. Sairaanhoidajaliitto julkaisi Suomen olosuhteisiin mukautetun mallin ISBAR:sta vuonna 2012.</p> <p>Tämän työn tarkoitus on tutkia ISBAR:n implementoinnin vaikuttavuus raportointiin ja kliiniseen todellisuuteen kirjallisuuskatsauksen muodossa. Työn tulos on käytettävissä pohjana ISBAR:n implementoinnissa TYKS:n naistenklinikalla. Naistenklinikka on myös tämän työn toimeksiantaja.</p> <p>Katsaukseen hyväksyttiin 15 tieteellistä tutkimusartikkelia. Kaikki tutkimukset käsittelivät ISBAR:n implementoinnin vaikutuksia ja kaikilla oli yhteys kliiniseen työhön. Kaikista artikkeleista tehtiin laatutarkastus ja koko materiaalista tehtiin näytön vahvuuden määrittely. Materiaalista tehtiin sekä deduktiivinen että induktiivinen sisältöanalyysi. Tulosten perusteella ISBAR:lla on positiivinen vaikutus raportointiin parantamalla kommunikoidun datan määrä sekä laatu, myös raportin sisällön relevanssi parani. Implementoinnin jälkeen yhteistyö yksiköiden ja ammattiryhmien sisällä ja niiden välillä parani. Myös poikkeamien riski pieneni ja turvallisuuskulttuuri parani.</p>	
Avainsanat:	ISBAR, raportointi, kliininen todellisuus, Turun yliopistollinen keskussairaala
Sivumäärä:	58
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL / CONTENTS

1	Bakgrund	9
2	Teoretisk utgångspunkt	13
2.1	Säkerhetskultur	13
2.2	Systemsäkerhet	16
2.2.1	<i>Individmodellen</i>	16
2.2.2	<i>Systemmodellen</i>	17
2.2.3	<i>Individen i systemet</i>	18
3	Syfte, frågeställningar och design	19
4	Metod	21
4.1	Litteratursökning	22
4.2	Inklusions- och exklusionskriterier	22
4.3	Kvalitetsgranskning	24
4.4	Forskningsetik	25
5	Sammanfattning av artiklarna	26
5.1	RCT:n	26
5.2	Kvasiexperimentellastudier	28
5.3	Kvalitativa studier	32
6	Analys	34
6.1	Deduktiv analys	34
6.1.1	<i>ISBARs effekter på rapporteringen</i>	34
6.1.2	<i>Informationsmängd och kvalitet</i>	34
6.1.3	<i>Informationsstruktur</i>	35
6.1.4	<i>ISBARs effekter i den kliniska verkligheten</i>	36
6.1.5	<i>Effekt på personalen</i>	37
6.1.6	<i>Effekt på vården</i>	38
6.1.7	<i>Sammanfattning</i>	38
6.2	Induktiv analys	39
6.2.1	<i>Sammanfattning</i>	41
6.3	Syntes av resultaten	43
6.3.1	<i>Effekter på rapportering</i>	43
6.3.2	<i>Effekter i den kliniska verkligheten</i>	44
7	Diskussion	45
7.1	Effekter på rapporteringen	45

7.2	Effekter i den kliniska verkligheten	46
7.3	Resultatet i förhållande till teorin	48
8	Kritisk granskning	51
	Källor	53
	Bilagor	58

Figurer

Figur 1. HaiPro rapporter på kvinnokliniken	9
Figur 2. Schweizerostmodellen	18
Figur 3. Design.....	21
Figur 4. Inklusions- och exklusionskriterier.....	23

Tabeller

Tabell 1. Exkluderad artiklar	24
Tabell 2. Artikel översikt.....	33
Tabell 3. Deduktiv analys.....	39
Tabell 4. Induktiv analys.....	41

INLEDNING

Kommunikationsrelaterade avvikelser är en av de mest förekommande avvikelsetyperna inom vårdsektorn, detta har konstaterats både nationellt och internationellt. Även på det lokala planet, i det här fallet den obstetriska delen av kvinnokliniken (hädanefter kvinnokliniken) vid Åbo Universitets centralsjukhus (ÅUCS) har denna trend kunnat ses genom de rapporter över avvikelser och nära på situationer (HaiPro-rapporter) som gjorts. I sjukhusets verksamhetsprogram tas kommunikationen upp som en skild punkt och man strävar till att minska kommunikationsrelaterade avvikelser. Sjukvårdsdistriktets patientsäkerhetskommitté har gett ut en rekommendation om att alla enheter inom distriktet skall använda sig av en standardiserad kommunikationsmodell (ISBAR) för muntlig rapportering.

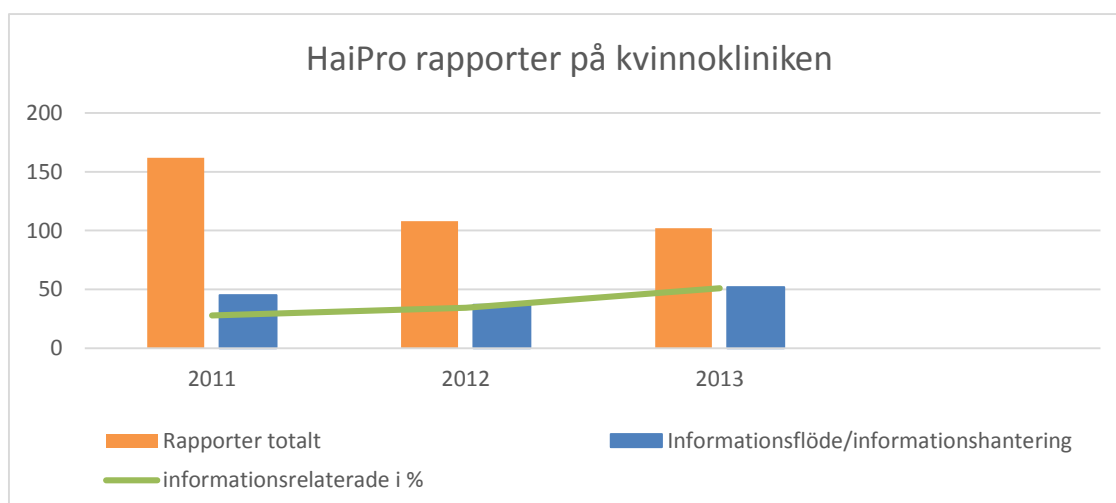
På kvinnokliniken har man utvecklat ett eget rapporteringskort utgående från ISBAR principen. Detta kort är introducerat i vårdverkligheten men användningsgraden är låg. Vid en enkätundersökning (webropol-enkät) gjord vid kliniken framkom att en stor del av personalen inte kände till rapporteringskortet. Detta i samband med situationen i det dagliga arbetet ger en bild av ett behov för en effektivare implementering av och evidens för användningen av ISBAR. Ett i vårdverkligheten återkommande argument för att inte ta i bruk ISBAR är bristen på tid och motivation att genomföra förändringar. Stöd för implementeringen behövs för att nå ut till användarna på rätt sätt. Resultatet från denna systematiska litteraturstudie används som evidensbas för vidare arbete med implementering av ISBAR. Arbetet görs på uppdrag av kvinnokliniken vid ÅUCS. Arbetets fokus ligger på effekterna av implementeringen.

1 BAKGRUND

Så gott som alla praktiska åtgärder för att förbättra patientsäkerheten innefattar kommunikation. En god kommunikation är grunden för ett välfungerande teamarbete. Koordinering av arbetsuppgifter, situationsmedvetenhet och dess upprätthållande samt beslutsfattande är alla delar av ett fungerande teamarbete och dessa delar är så gott som omöjliga att hantera utan en god och öppen kommunikation i det multiprofessionella arbetsteamet. (Helovuo, et al., 2012, p. 189)

Internationellt är det välkänt att brister i kommunikationen står för över 60 % av alla rapporterade farosituationer inom vården. (Boaro, et al., 2010, p. 11; Kinnunen & Peltomaa, 2009, p. 86; McMurray, et al., 2010, p. 2581; Pettker & Funai, 2011, p. 2). Vid undersökning av 47 perinatala dödsfall var bristfällig kommunikation en grundorsak i 72 % av fallen, därtill förekom i 55 % av fallen en organisationskultur som motverkade effektivt teamarbete och god kommunikation (Pettker & Funai, 2011, p. 2). The Joint Commission for Hospital Accreditation undersökte 2455 anmälda avvikelser och även här kom det fram att brister i kommunikationen var en av de grundläggande orsakerna (root cause) till avvikelserna i 70 % av fallen, i 75 % av dessa fall avled patienten. (Leonard, et al., 2004, p. 86)

Även på det lokala planet kan trender kring orsaker till avvikelser ses med hjälp av de frivilliga avvikelse rapporter (HaiPro rapporter) som görs. Vid kvinnokliniken gjordes år 2011 45st (27,8%) HaiPro anmälningar som gällde informationsflödet eller informationshantering, år 2013 var antalet 52 (51 %)



Figur 1 HaiPro rapporter på kvinnokliniken

Amerikanska flottan utvecklade på 1990-talet SBAR-modellen för att skapa en struktur för den muntliga kommunikationen på atom U-båtar. SBAR har sedermera utvecklats till ISBAR där I (identifiera) har lagts till, egentligen är det frågan om att S(situation) har delats upp i två delar för att tydliggöra identifieringen av både vårdare och patient. (Marshall, et al., 2008, p. 2) ISBAR är en effektiv metod vad gäller muntlig överföring av viktig information på en begränsad tid. (Marshall, et al., 2008, p. 1) Leonard et.al gav 2004 ut en artikel där de beskriver vikten av standardiserad kommunikation och specifikt ISBAR och dess betydelse för patientsäkerheten och dess utveckling vid hälso- och sjukvård producenten Kaiser Permanente i USA. I litteraturen nämns ofta denna utvecklingsprocess vid Kaiser Permanente som exempel och föregångare. I Finland har Sjukskötarförbundet (Sairaanhoitajaliitto) gett ut en för finska förhållanden anpassad modell av ISBAR, som finns tillgänglig på förbundets hemsidor.

Inom vården i Finland dagsdato används namnet ISBAR som kommer från:

Identifiera - (Tunnista) (Identify)

Situation - (Tilanne) (Situation)

Bakgrund - (Tausta)(Background)

Aktuellt tillstånd - (Nykytilanne) (Assessment)

Rekommendation - (Toimintaehdotus) (Recommendation)

(Sairaanhoitajaliitto, 2014)

I detta arbete får akronymen ISBAR stå för alla former av den ursprungliga SBAR-modellen SBAR, SBAR-R, ISBAR, ISOBAR, osv.

WHO tog ställning till patientsäkerheten år 2002 genom att uppmana medlemsstaterna att uppmärksamma problemen inom patientsäkerheten samt etablera och stärka de evidensbaserade system som behövs för att förbättra patientsäkerheten och kvaliteten på hälso- och sjukvården. (WHO, Fifty-fifth world health assembly, 2002) År 2007 uppmanade WHO sina medlemsstater att införa standardiserad kommunikation vid rapportering. Som ett verktyg för detta rekommenderas användningen av ISBAR. (WHO Collaborating Centre for Patient Safety , 2007)

På det nationella planet trädde den nya hälsovårdslagen i kraft i maj 2011. I lagen lyfts kvalitet och patientsäkerhet fram. Med hälsovårdslagen vill man försäkra sig om att patienten får en säker vård på alla instanser. För att ytterligare förtydliga lagen finns förordningar som ger direktiv om hur detta skall förverkligas ute på fältet. (THL, 2011, pp. 7-9) THL gav 2011 ut Patientsäkerhetsguiden som hjälpmedel för att förverkliga Social- och Hälsovårdsministeriets Förordning 341/2011 angående kvalitetskontroll och patientsäkerhet. I denna guide uppmanar man organisationerna att trygga informationsflödet mellan de enskilda individerna inom organisationens enheter med betoning på de multiprofessionella teamarbetet, samt mellan de olika enheterna och nivåerna inom organisationen. (THL, 2011, p. 27)

I verksamhetsprogrammet för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt 2010-2015 under rubriken "Vårdarbetets kvalitet" har man som målsättning att vårdarbetet skall vara högklassigt, effektivt, tryggt och säkert samt utföras som ett multiprofessionellt samarbete. Som åtgärder för att nå detta mål vill man ta i bruk evidensbaserad och enhetlig vårdpraxis samt en enhetlig dokumenterings- och rapporteringspraxis. (Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, 2010)

Vid kvinnokliniken utvecklades ett rapporteringskort, ett verktyg för standardiserad kommunikation enligt ISBAR modellen på vårvintern 2012. (Bilaga 1) Kortet introducerades inför sommaren. Efter detta har kortet uppdaterats i några omgångar på användarnas begäran. I juni 2013 genomfördes en webropol-enkät bland personalen (n 435) på U-sjukhuset (kvinnokliniken, barnkliniken, öronkliniken). Svarsprocenten var 36 % (n=157). Av respondenterna ansåg 60 % att ISBAR var obekant för dem. Av de som svarat använde endast 24 % sig av ISBAR vid rapportering och konsultering. Endast 39 % av de svarande var av åsikten att det är någon nytta med användningen av ISBAR. Denna riktgivande enkät tillsammans med observationer i det dagliga arbetet på kvinnokliniken tyder på att implementeringen inte har lyckats. (Hautaniemi, et al., 2013)

Implementering är en process som innehåller många steg som alla påverkar varandra på många sätt. Processen kan jämföras med en spiral med rörelse åt båda hållen, inom ramar för processen sker alltså konstant återkoppling och utvärdering. (Willman, et al., 2011, p. 129) En förändring i beteendemönster är möjlig, men kräver insatser på olika

nivåer i organisationen som är skräddarsydda för en viss omgivning och målgrupp. (Grol & Grimshaw, 2003, p. 1225) En i förväg gjord bedömning av eventuella hinder och möjligheter för implementeringsprocessen är viktig. (Willman, et al., 2011, p. 131) Dessa hinder kan förekomma på olika nivåer, patienten, vårdaren, vårdteamet, organisationen eller samhället i stort. (Grol & Grimshaw, 2003, p. 1226) För att lyckas med implementeringsprocessen behövs en arbetsgrupp samt ledningens stöd för projektet både ekonomiskt och i form av arbetstidsresurser. En fördel är om arbetsgruppen är multiprofessionell. Befintliga kliniska riktlinjer kan med fördel användas om de är välgjorda, men de kräver oftast en lokal förankring. (Willman, et al., 2011, p. 130) En modell för förenhetligandet av evidensbaserad vårdpraxis (Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen malli) har tagits i bruk på ÅUCS i början av 2014 och enligt denna modell kommer implementeringen av rapporteringskortet att fortsätta. (bilaga 2)

Rapportering definieras som en överföring av helhetsansvaret för en patient mellan två kliniker på tillfällig eller permanent basis. (Chin, et al., 2012, p. 2) I en kvalitativ studie om patientsäkerheten vid rapportering definieras åtta enskilda faktorer som inverkar på rapporten. Som rapport definieras en situation där det professionella ansvaret för någon, eller alla aspekter av, patientens eller patientgruppens diagnostisering, behandling eller vård förflyttas från en eller fler professionella vårdare på tillfällig eller permanent basis. De åtta faktorer som identifierades genom intervjuer var: kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalism, ansvar, team medvetenhet och kultur. (Siemsen Dyrholm, et al., 2012) Rapportering och patientöverföring från en enhet till en annan är typiska kontinuitetsavbrott i vårdkedjan. Dessa kontinuitetsavbrott eller ”glapp i vårdkedjan” är av ytterst stor betydelse inom vårdsektorn, de medför ökade risker men är sådana moment som personalen ofta uppfattar som riskfyllda och kan härigenom utnyttja sitt expertkunnande för att minimera dessa risker. (Dekker, 2007b, pp. 111-112)

Fram tills nyligen har rapportering och övrig så kallad klinisk kommunikation till största delen varit utformad av arbetsplatsens kultur och för yrkeskåren typiska sociolingvistiska mönster. (McMurray, et al., 2010, p. 2581) Kommunikation är en process, ett utbyte av information mellan individer genom användning av system, symboler, tecken eller betenden. Kommunikationen kan vara verbal eller icke verbal. En effektiv kommunikation

är en förutsättning för samarbete. (Sherwood & Barnsteiner, 2013, p. 82) Kommunikationsmönster mellan olika individer inom vårdkedjan påverkas av olika faktorer, t.ex. personlighet, kön, utbildning, kultur, stress, trötthet, hierarkiska och sociala strukturer. (Boaro, et al., 2010, p. 111) Härtill kan konstateras att läkare och vårdpersonal är utbildade att kommunicera på väldigt olika sätt, medan vårdaren tränas till att ge en omfattande helhetsbild tränas läkaren till att vara koncis. (Leonard, et al., 2004, p. 86) Stora skillnader i rapporteringskulturen har konstaterats vara relaterat till patientsäkerhets avvikelser. (Siemsen Dyrholm, et al., 2012)

Verbal rapportering har ofta en tendens att bli alldeles för omfattande och innehålla oväsentlig och irrelevant information, fokus blir på subjektiva tolkningar, spekulering och vag information. Risken finns också att fokus blir på det förflutna, vad den enskilda vårdaren åstadkommit under sitt skift istället för att koncentreras på framtiden, på planering och hur patienten verkligen klarar sig. (McMurray, et al., 2010, p. 2581) Ett annat omfattande kommunikationsrelaterat problem vid rapportering är oklar och ofullständig information, eller total avsaknad av viss relevant information. (Siemsen Dyrholm, et al., 2012) Största orsaken till en otilfredsställande rapportering är en ineffektiv kommunikation och detta medför negativa konsekvenser för patienten. (Barnsteiner, 2013, p. 135) Genom att implementera ISBAR som ett standardiserat rapporteringsverktyg kan man avhjälpa många av dessa problem. Om ISBAR standarden följs fås och ges all den relevanta informationen som behövs, för att patientens vård skall kunna fortgå. (Curtis & Tzannes, 2011, p. 17)

2 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Den teoretiska referensramen för denna systematiska litteraturstudie är uppbyggd kring säkerhetskultur och systemsäkerhet.

2.1 Säkerhetskultur

Säkerhetskultur som begrepp härstammar från kärnkraftsindustrin varifrån det spridit sig till andra säkerhetskritiska branscher och på senare år även till hälso- och sjukvården. Begreppet säkerhetskultur definieras dock på olika sätt beroende på bransch. Inom hälso-

och sjukvården ligger tyngdpunkten på vårdfel och risksituationer och behandlingen av dessa utan att skuldbelägga individen. (Reiman, et al., 2009, pp. 63-64) Inom en organisation kan det finnas flera olika kulturer, varje specialitet, yrkesgrupp eller avdelning kan ha sin egen kultur, det är därmed inte nödvändigtvis frågan om ett fenomen som är enhetligt inom organisationen. Detta kan främja arbetet i den enskilda gruppen men oftare medför det problem som till exempel kommunikations problem vid flytt av patienter. (Barnsteiner, 2013, pp. 126-127) Användningen av termen kultur påvisar hur stort inflytande de sociala krafterna har när det gäller att forma vårt beteende. Vi är alla mer formbara än vi tror och i viss mån utvecklar vi bra eller dåliga vanor utgående från det etiska synsätt som omger oss. (Vincent, 2010, p. 123)

Social- och hälsovårdsministeriet har förordat stärkandet av säkerhetskulturen som en central uppgift i förbättrandet av patientsäkerheten inom alla nivåer av hälso- och sjukvården. (Reiman, et al., 2009, pp. 63-64) Social- och hälsovårdsministeriet, Förordning 341/2011 § 1 moment 2

”I den plan för kvalitetsledningen och för hur patientsäkerheten tillgodoses, som anges i 8 § 3 mom. i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska överenskommas om åtminstone följande:”

”- sådana principer och praxis för personalledningen som stöder en högkvalitativ och säker verksamhet samt värderingar och förfaranden som stöder en öppen säkerhetskultur” (Social- och hälsovårdsministeriet, 2011)

Tanken med moment två i förordningen är att fästa uppmärksamhet vid ledarskapets betydelse för utvecklingen av en öppen säkerhetskultur på arbetsplatsen. Ett gott och kvalitativt ledarskap omfattar en öppen och icke anklagande verksamhetskultur. (THL, 2011, p. 14)

I en god säkerhetskultur har man ett genuint intresse för säkerhet, man strävar till att aktivt förstå och förebygga risker i anslutning till verksamheten. Säkerhet förstås som en övergripande egenskap i organisationen. Personalen i organisationen upplever att de har möjlighet att påverka och känner ansvar för utvecklingen av säkerheten. I en god säkerhetskultur är det också av största vikt att behärska och förstå själva grundarbetet och målet för arbetet. (Pietikäinen, et al., 2008, p. 26)

Med patientsäkerhetskultur förstår man ett systematiskt och planligt sätt att verka som gynnar patientvården samt ledarskap, värderingar och attityder som stöder detta. (THL,

2011, p. 13) Institute of Medicine har definierat patientsäkerhet som frihet från skador på grund av olyckshändelser och misstag i vården. (Barnsteiner, 2013, p. 125) Säkerhet är en genuin värdegrund som beaktas både i beslutsfattandet och i det dagliga arbetet. (THL, 2011, p. 14) I en organisation kan man se det som en rådande vilja att förstå hurudan en säker verksamhet är och vilka risker som är sammankopplade med den samt förebyggandet av dessa. (Pietikäinen, et al., 2008) Centralt är också en förståelse för att patientsäkerheten består av många faktorer och aktörer och inte den enskilda individens arbete. Genom att stärka patientsäkerhetskulturen minskar man riskerna i vårdarbetet samt riskerna för patientskador. (THL, 2011, p. 14)

Patientsäkerhetskultur som begrepp bör användas för att förtydliga att hälso- och sjukvårdsorganisationens sociala, strukturella och psykologiska fenomen tillsammans verkar för patientsäkerheten. Därför bör uppmärksamhet fästas vid normer och värden för ledarskap, organisering av arbetet, informationsflödet samt personalens säkerhet vid utveckling och utvärderingen av patientsäkerheten. Sättet på vilket organisationen hanterar dessa kan kallas patientsäkerhetskultur. (Reiman, et al., 2009, p. 65)

Patientsäkerhetskulturen formas allt eftersom organisationen definierar de krav och begränsningar som tryggheten av säkerheten medför, skapar strukturella och psykologiska förutsättningar för den verksamheten samt agerar inom ramarna för dessa. Det är alltså frågan om en dynamisk och adaptiv process vars uppkomst och upprätthållande är hela personalens uppgift, inte enbart ledningens. (Pietikäinen, et al., 2008, p. 25)

Effektiv riskhantering är beroende av en rapporterande kultur. Utan utförliga rapporter om fel, misstag och närapå situationer har organisationen ingen möjlighet att identifiera och kontrollera risker. Här är förtroende i nyckelposition. Vill man åstadkomma en rapporterande kultur är grunden för detta en etablerad rättvis kultur där alla vet var gränsen för oskyldigt handlande går. Att skapa en rättvis och icke anklagande, kultur är ett av de viktigaste första stegen till att skapa en god säkerhetskultur. (Reason, 2000, pp. 768-769)

2.2 Systemsäkerhet

Mänskliga misstag kan betraktas utgående från två synvinklar, en individ modell eller en systemmodell. Dessa två modeller har olika syn på hur avvikelser uppstår och hur man skall motarbeta dessa. (Reason, 2000, p. 768)

Säkerheten i ett system är ett fenomen som konstant är i rörelse. Ofta ser man på utveckling av säkerhet som ökad standardisering och automatisering, bättre utbildning och en allmän skärpning av procedurer. Dessa tillvägagångssätt fyller förvisso en funktion inom hälso- och sjukvårdsorganisationer som till naturen är väldigt ostrukturerade men kan inte ses som den kompletta lösningen. Individerna i systemet kommer dock alltid att anpassa sig till omständigheterna, ibland på ett säkerhetsvidrigt sätt men oftast leder individernas förmåga att förutse och improvisera i ett komplext och föränderligt system en positiv inverkan på säkerheten. (Vincent, 2010, p. 138)

2.2.1 Individmodellen

Individmodellen betraktar misstag som säkerhetsvidriga handlingar utförda av individer vid frontlinjen. Handlingar som uppstår på grund av oberäknliga mentala processer hos individen som glömska, ouppmärksamhet, dålig motivation, oförsiktighet, nonchalans och vårdslöshet. (Reason, 2000, p. 768) De åtgärder som skall avhjälpa felen är även de individcentrerade ofta disciplinära åtgärder, införandet av nya direktiv och föreskrifter, skuldbeläggning, namngivning, skapande av skamkänslor och omskolning (blaming, naming, shaming and retraining). (Reason, 2007, p. 141; Reason, 2000, p. 768) Man utgår alltså från att individen har vissa karaktärsdrag som gör att den kan begå fel, dessutom anser man att individen kan kontrollera dessa karaktärsdrag och kan därmed anses skyldiga till de fel de begår. (Vincent, 2010, p. 136)

En nackdel med individmodellen är att den motverkar en öppen och rapportrande kultur. Vid risk för disciplinära åtgärder rapporterar inte individerna vid frontlinjen avvikelser och utan kunskap om avvikelserna kan risker inte heller elimineras i framtiden. Fokuset på individens felaktiga handlingar isolerar händelsen från sin kontext vilket medför att liknande fel kan hända igen då liknande omständigheter uppstår. (Reason, 2000, p. 769; Vincent, 2010, p. 136)

Det här påvisar tydligt bristerna i individmodellen, därmed är det inte sagt att den bör avvisas helt och hållet och skulden läggs enbart på systemet. Ett personligt ansvar bör bibehållas men man måste också förstå interaktionen mellan individen, teknologin och organisationen. (Vincent, 2010, p. 136)

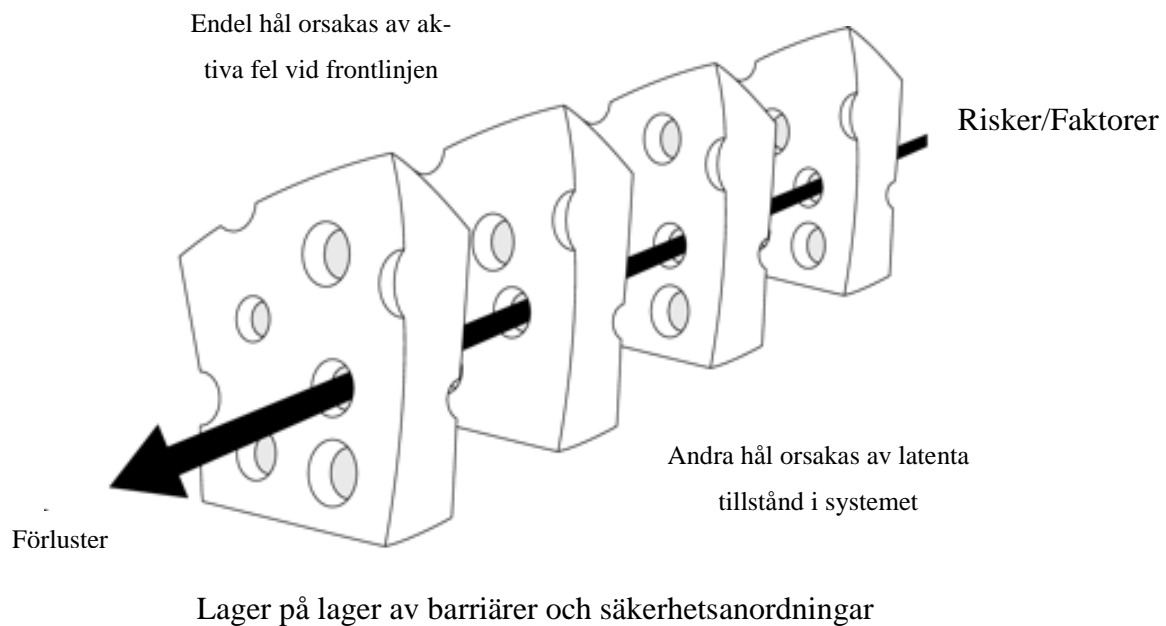
Det finns dock en annan sida av myntet ”människan som hjälte” där individen vid frontlinjen genom sina handlingar förhindrar skador som skulle uppstått som konsekvenser av mänskliga eller tekniska fel. (Reason, 2007, p. 143)

2.2.2 Systemmodellen

Grundantagandet inom systemmodellen är att människan är ofullständig och därmed är avvikelser att vänta även inom den bästa av organisationer. Avvikelse ses som konsekvenser, snarare än orsaker. (Reason, 2000, p. 768) Individen vid frontlinjen ses som arvtagare till snarare än anstiftare av misstaget. (Reason, 2007, p. 141) Vårdpersonal påverkas av olika faktorer som vårdtätgårdens natur, arbetsteamet, omgivningen de arbetar i samt vidare organisations kontexter, dessa är systemfaktorerna. Utgående från detta ser man på avvikelser mer som konsekvenser av allmänna problem i arbetsmiljön än som individuella fel. (Vincent, 2010, p. 136) Åtgärder för att motverka avvikelserns uppkomst är systemförsvar, barriärer och säkerhetssystem. Tanken är att man inte kan ändra människan men man kan påverka de förhållanden människan arbetar i. När en avvikelse sker ligger fokus inte på vem som begick misstaget utan vilka barriärer och skyddssystem som brast samt hur och varför de brast, för att kunna undvika upprepningar i framtiden (Reason, 2007, p. 142; Reason, 2000, p. 768)

Schweizerostmodellen består av tre övergripande begrepp, risker, barriärer och förluster. Systemet fokuserar på att hindra alla slags risker från att komma i kontakt med det potentiella offret genom att skapa barriärer och säkerhetsanordningar. (Reason, 2007, p. 146) Problemet med dessa barriärer är att de inte är fullständigt intakta utan innehåller både aktiva fel och latent tillstånd. (Reason, 2007, p. 147) De aktiva felen är de fel och misstag som görs av individer i frontlinjen som har en omedelbar effekt på säkerheten. De latent tillstånden uppstår på basen av beslut fattade högre upp i organisationen, dessa kan figurera omärkta en längre tid men stiger fram i kombination med aktiva fel och lokala utlösande faktorer. (Reason, 1995, p. 82; Reason, 2000, p. 769) Dessa latent tillstånd kan ha två olika typer av effekt, de kan omvandlas till situationer benägna för avvikelser på den

lokala arbetsplatsen, frontlinjen,(t.ex. underbemanning, bristfällig kompetens, tidspress osv.) eller så kan de orsaka långvariga svagheter i olika säkerhetssystem (t.ex. otillförlitliga alarm eller förfaranden) (Reason, 2000, p. 769) Då dessa fel och avvikelser är placerade så att det blir en tydlig väg genom barriärerna orsakas förluster, dvs. person/omgivning/föremål blir utsatta för risk som kan medföra skada. (Reason, 2007, p. 147)



Figur 2 Schweizerostmodellen som den publicerats av Reason 2007 (Reason, 2007)

2.2.3 Individen i systemet

Att skilja mellan individen och systemet är inte alltid att föredra, allting kan inte skyllas enbart på systemet. (Dekker, 2007a, p. 131) Högrisk arbete verkställs alltid genom direkt kontakt mellan individer, som i vårdarbetet, eller genom individer i kontakt med riskfylld teknologi. Vid frontlinjen kvarstår ett ”område” som inte går att nå med systemförbättringar så istället för individer mot systemet borde vi koncentrera oss på att förstå individerna i systemet. (Dekker, 2007a, pp. 131-132) Systemet skapar en mångfald av möjlig-

heter till verksamhet men begränsar också individen på många sätt. Bakom dessa möjligheter och begränsningar finns ett område (discretionary space) som kan fyllas endast av en individ och dess aktioner. Detta är ett område där organisationen verkligen ger den enskilda individen möjlighet att välja att göra eller inte göra. Detta utrymme är fyllt av oklarhet, osäkerhet och val baserade på moral. Systemet kan inte ersätta det ansvar som föds hos individerna i detta område och individerna är heller inte beredda att ge ifrån sig detta ansvar som gör arbetet meningsfullt. (Dekker, 2007a, p. 132)

Systemet kan dock bistå med två saker för att göra detta område säkrare. Detta område bör klart definieras och det bör vara klargjort hur individerna skall motiveras till att utföra sina arbetsuppgifter inom detta område på ett samvetsgrant sätt. Om individerna tas med i processen och får påverka sin arbetsmiljö och aktivt delta i utformandet av gränserna och innehållet för detta område ökar också deras vilja att axla sitt ansvar inom området. (Dekker, 2007a, pp. 132-133)

Att hålla individen ansvarig för eller att anklaga individen är två skilda saker. Anklagelser gör oftast individerna mindre ansvarstagande, de vill inte rapportera eller delta i utvecklingsarbetet. Detta betyder också att ett icke anklagande system inte är ansvarsfritt, ett dylikt system vill öppna för individen att ta ansvar så att alla kan svara på och känna ansvar för att göra något åt problem som uppstått. Att se att ett icke anklagande system som samma sak som ett ansvarslost system är inte korrekt. För att få individerna motiverade att agera ansvarsfullt bör de involveras i processen kring att utveckla ett bättre system att arbeta i. Genom att hota med repressalier får man ingen att agera ansvarsfullt. (Dekker, 2007a, p. 134)

3 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH DESIGN

Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att undersöka implementeringen av den standardiserade kommunikationsmodellen ISBAR med fokus på effekterna av implementeringen.

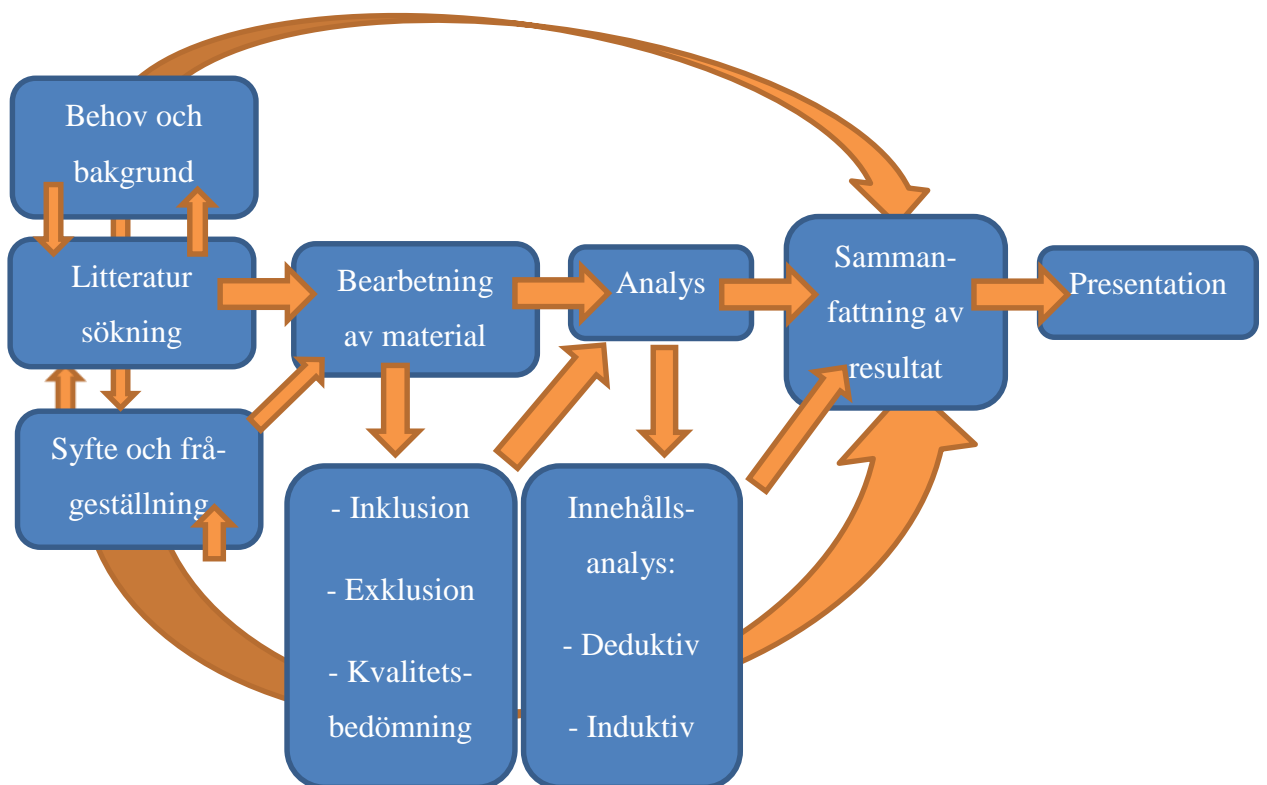
Litteraturstudien kommer att fungera som evidensbas för vidare implementering av ISBAR på kvinnokliniken. För att kunna genomföra en lyckad implementering av ISBAR, behövs evidens för att en dylik implementering är motiverad. På basen av den information

som fås fram genom en systematisk studie av forskningen inom området kan sedan implementeringsprocessen byggas upp. ÅUCS modell för evidensbaserat vårdarbete (bilaga 2) fungerar som stöd för processen i detta arbete. Det färdigställda arbetet kommer att motsvara den inledande delen av processen och därmed kunde implementeringsfasen inledas utgående från detta arbete.

Forskningsfrågorna för denna systematiska litteraturstudie är formulerade så exakt som möjligt för att underlätta analysen av insamlat material samt för att få maximal nytta av analysen. Frågorna är följande:

- Vilken effekt har implementeringen av ISBAR på rapporteringen?
- Vilken effekt har implementeringen av ISBAR i den kliniska verkligheten?

Designen följer riktlinjerna för en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013) med en narrativ analys av samlat material. Behovet för och bakgrunden till studien är behovet av en lyckad implementering av ISBAR på Kvinnokliniken. Utgående från detta gjordes en litteratursökning för bakgrundsmaterial och syfte och frågeställningar utarbetades. En omfattande litteratursökning gjordes och inklusionskriterier utarbetades utgående från syftet och frågeställningar. Materialet kvalitetsbedömdes och på inkluderat material gjordes både en deduktiv- och en induktivanalys. Resultatet sammanfattades utgående från bakgrund, syfte och frågeställning samt analysresultat. (figur 3)



Figur 3 Design

4 METOD

Systematisk litteraturstudie är en form av studie som förutsätter att det finns en tillräcklig mängd forskningsbaserat material av god kvalitet som underlag för bedömningar och slutsatser. Den systematiska litteraturstudien baserar sig på tydligt formulerade forskningsfrågor som besvaras systematiskt genom att indentifiera, värdera och analysera relevant forskning.

Basen för denna systematiska litteraturstudie utgörs av 15 vetenskapliga artiklar, dessa artiklar behandlar till största delen kvantitativa undersökningar (n=14) men även en kvalitativ studie inkluderades. Analysen av materialet görs med innehållsanalys både deduktivt och induktivt.

4.1 Litteratursökning

I inledningsfasen av arbetet gjordes en preliminär sökning för att kartlägga materialet inom området. Sökningar gjordes i flera databaser, EBSCO (Cinahl och Academic Search Elite), PubMed, Ovid, Cochrane samt Medic.

Sökord som användes i olika kombinationer var: ISBAR, SBAR, communication, nursing, ”clinical handover”, handover, handoff och implementation.

Då forskningsfrågorna tagit sin slutliga form gjordes en mer avancerad och begränsad sökning i samarbete med informatikern på Arcada. (Bilaga 2)

Sökfraserna som användes i de olika databaserna var:

- 1) ISBAR OR SBAR(text/abstrakt) AND Implementation (all fields)
- 2) Communication AND Standardized AND “handover” OR “handoff” AND ISBAR OR SBAR (title/abstract)

Sökningarna begränsades till att gälla senaste 5 år och gjordes i databaserna PubMed, EBSO, Cochrane, Sciencedirect, Medline och Medic. Och gav totalt 223 träffar.

4.2 Inklusions- och exklusionskriterier

Utgående från syftet och forskningsfrågorna utarbetades inklusionskriterier för artiklarna. De inkluderade forskningarna förutsattes handla om implementering av ISBAR vid muntlig rapportering (personlig- eller telefonrapport) och ha både metod och resultat beskrivna. Både studier utförda i autentisk miljö och simuleringar inkluderades, förutsatt att samplet var kopplat till den kliniska verkligheten. Endast artiklar på svenska, finska och engelska inkluderades. Artiklar publicerade 2009 framåt beaktades.(Figur 4)

inklusionskriterier	exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> •Forskning/undersökning •ISBAR •muntlig rapportering •svenska, finska, engelska •kvaliteten på studien •artikel publicerad 2009-2014 •autentisk situation eller simulerad klinisk situation •klinisk koppling 	<ul style="list-style-type: none"> •allmänna artiklar •annat rapporteringsverktyg •skriftlig/elektronisk rapportering •språk annat än svenska, finska, engelska •låg kvalitet/dålig beskrivning av undersökningen •artiklar publicerade innan 2009 •avsaknad av klinisk koppling

Figur 4 Inklusions- och exklusionskriterier

Exkludering av artiklar gjordes i flera steg. Först exkluderades artiklar som inte berörde temat eller inte var skrivna på svenska, finska eller engelska. Antalet minskade då från 223 till 184, 88 av dessa var dubletter. Av resterande 96 artiklar fyllde 45 inte inklusionskriterierna på basen av abstraktet och 6 artiklar var inte tillgängliga. De 45 kvarvarande artiklarna lästes igenom i sin helhet och av dessa exkluderades ytterligare 28 på basen av inklusionskriterierna och/eller kvaliteten (Tabell 1).

Litteratursöknings och inkluderingsprocessen finns som bilaga till arbetet. (bilaga 3). För resterande 16 artiklar gjordes en mer omfattande kvalitetsgranskning.

Författare/årtal	orsak till exkludering
Agarwal et.al, 2013	inte ISBAR
Ardoïn et.al, 2010	EBP artikel
Boaro et.al,2010	allmän artikel
Christie et.al, 2009	allmän artikel om en studie
Clark et.al, 2009	dålig beskriven studie
Dawson et.al, 2013	inte ISBAR specifikt, rapport i allmänhet.
Donahue et.al, 2011	analysen och resultatet bristfälligt beskrivet
Dunsford, 2009	allmän artikel
Freitag et.al, 2011	dålig beskriven studie
Gephart et-al, 2012	allmän artikel
Gerard, 2011	doktorsavhandling, ej tillgänglig
Hill et.al, 2010	inte ISBAR
Ilan et.al, 2012	jämför olika kommunikationsmodeller
Jenerette et.al, 2011	clinical notebook
Kwong, 200	doktorsavhandling, ej tillgänglig
Ludikhuize et.al, 2011	fokus på MEWS
Marshall et.al, 2009	Fokus på studerande, ingen klinisk koppling (RCT)
Merten et.al, 2011	pågående studie, resultat saknas
Miller et.al, 20069	mäter teamarbete, ISBAR endast En mätare
Narayan, 2013	ISBAR guide, inte undersökning
Novak et.al, 2012	allmän artikel
Owen et.al, 2009	inte ISBAR, analyserar rapportering överlag (kvalitativ)
Riesenberg et.al, 2009	behandlar olika kommunikationsmodeller
Stevens et.al, 2011	undersöker implementeringsmetoden inte ISBAR
Street et.al, 2011	ISBAR inte i focus
Thomas et.al, 2009	ingen undersökning
Wacogne et.al, 2010	allmän artikel
Whittingham et.al, 2013	e-lärande, inte muntlig rapportering

Tabell 1.Exkluderade artiklar

4.3 Kvalitetsgranskning

Tre randomiserade kontrollerade studier (RCT), elva kvasiexperimentella studier och en kvalitativ studie, granskades systematiskt med hjälp av Forsberg och Wengströms formulär (bilaga 3) och riktlinjer för kvalitetsbedömning (Forsberg & Wengström, 2013, p. 117). Kvaliteten på artiklarna graderades hög-, medelgod-, och låg kvalitet. På basen av denna kvalitetsgranskning exkluderades ytterligare en kvalitativ artikel så det totala antalet inkluderade artiklar blev således 15. En kvalitativ och två kvantitativa artiklar kommer från samma forskargrupp, dessa har dock olika syften och närmelsesätt och inkluderas alla i studien.

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) användes för att beskriva evidensstyrkan i de utvalda materialet. (Forsberg & Wengström, 2013, p. 123) (Balslem, et al., 2011) Evidensgraderingen baserar sig på kvalitetsbedömningen av inkluderade artiklar. Av 15 artiklar är tre RCTn, två av hög kvalitet och en av medelgod kvalitet. 11 artiklar är kvasiexperimentella studier, en av hög kvalitet och tio av medelgod kvalitet. En studie är kvalitativ och av medelgod kvalitet. Två av studierna kommer från samma forskargrupp. Utfallsmåtten i de olika studierna varierar över ett brett spektrum vilket medför att en statistisk sammanvägning av resultaten inte är möjlig utan en narrativ analys bör göras. En checklista (Bilaga 4) för varje artikel är gjord och fungerar som bas vid denna evidensgradering.

De flesta studierna är inte direkt överförbara till andra populationer eftersom det var frågan om studier utförda på en instans (single site studier). I samtliga studier var samplets demografi dock så väl beskrivet att en genrealisering kunde tänkas vara genomförbar på basen av detta. Bortfallsanalyser var gjorda i 5 studier. Kontrollgrupp finns i 6 av studierna. I RCTna var randomiseringen väl utförd. Av studierna är 11 gjorda i USA, två i Australien, en i Belgien och en i Sverige. Detta bör beaktas vid en even överföring av resultat, vårdsektorn är mer läkarstyrd i USA än hos oss.

På basen av de kvalitetsanalyser som gjorts av artiklarna kan konstateras att det samlade evidensvärdet av materialet är måttligt men på gränsen mot lågt. Framtida forskning kommer sannolikt att ha betydelse för skattningen av effekt och dess tillförlitlighet. Skattningen kan eventuellt komma att ändras. (Forsberg & Wengström, 2013, p. 124)

Detta beror delvis på att ingen så kallad ”golden standard” finns för mätning av effekten av kommunikation. Detta i sin tur leder till att effektmåtten i de olika studierna varierar stort. När tillräckligt många studier med jämförbara mätningar är gjorda kommer man att nå en högre evidensstyrka.

4.4 Forskningsetik

Under arbetets gång följs god vetenskaplig praxis i studier vid Arcada (Arcada, 2007) samt Forskningsetiska delegationens anvisningar. (Forskningsetiska delegationen, 2013)

Materialet i detta arbete består av publicerade artiklar, hänsyn har tagits till dessa forskares arbete och resultat och hänvisningar till källorna är gjorda enligt Harvard-modellen. Under arbetet med analyserna har resultatet från de ursprungliga forskningarna beaktats och inkluderats i sin ursprungliga betydelse.

Insamling och lagring av data har inte krävt några special arrangemang då inget känsligt material som intervju- eller enkätmaterial hanterats. Någon direktkontakt med respondenter har inte heller förekommit under arbetets gång som skulle ha krävt lov eller tillstånd från annan instans, vilket diskuterats med beställaren av arbetet samt en kontaktperson på Turun klininen tutkimuskeskus. Ett avtal med beställaren, kvinnokliniken vid ÅUCS är uppgjort, ingen kompensation fås för utförandet av detta arbete.

Arbete är gjort utgående från författarens förståelse för materialet och författarens kunskapsnivå. Författaren har ingen tidigare erfarenhet av motsvarande forskningsarbeten.

5 SAMMANFATTNING AV ARTIKLARNA

För att få en bild av det inkluderade materialet presenteras artiklarna här kortfattat. För att göra sammanfattningen överskådlig grupperades artiklarna enligt studietyp, RCT, kvantitativ och kvalitativ.

5.1 RCT:n

Tre artiklar som omfattade RCT:n fanns med i det inkluderade materialet.

Artikeln *Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting* (Cunningham, et al., 2012) beskriver som rubriken säger en RCT i simulerade förhållanden. Syftet med studien är att fastställa om juniorläkares telefonrapportering förbättras genom implementeringen av ISBAR. Som mätare användes antal kommunicerad data, kvaliteten på kommunicerad data samt tid använd till kommunikationen. Resultatet visade på att den kommunicerade datamängden

inte ökade signifikant, däremot förbättrades kvaliteten på kommunicerad data och rapporteringstiden påverkades positivt. Även kontrollgruppen fick ta del av interventionen efter utförd studie. Kvaliteten på studien bedömdes som hög.

Joffe et al. (2013) beskriver i artikeln *Evaluation of a Problem-specific SBAR Tool to Improve After-Hours Nurse-Physician Phone Communication: A Randomized Trial* utvärderingen av ett problemspecifikt utformat SBAR verktyg och dess effekt på sjukskötare-läkare telefonrapporteringen på jourtid. Hypotesen var att implementeringen av SBAR formuläret skulle underlätta datainsamlingen, organiseringen av data och kommunikationen. Som mätare användes antalet kommunicerad data samt tiden som användes för kommunikationen. Hypotesen förkastades då resultatet inte tydde på någon förbättring i antalet kommunicerad data eller effekt på kommunikationsdurationen. Studien var av medelgod kvalitet.

Den tredje artikeln *Randomized Trial of a Warfarine Communication Protocol for Nursing Homes: an SBAR-based Approach* (Field, et al., 2011) analyserar kommunikationseffekter med helt andra mätare. Samplet utgjordes av vårdhem till skillnad från de två tidigare studierna där samplet varit individer. Mätarna skilde sig också markant, i denna studie användes effekter på vården som mätare, antal dagar med INR på terapeutisk nivå hos patienter med Warfarin behandling samt omfattningen av kontroll INR inom tre dagar från ett förhöjt INR värde. Hypotesen var att implementeringen av ISBAR skulle medföra en högre procent av INR på terapeutisk nivå och större volym av kontroll INR inom 3 dagar från förhöjda värden. Tiden på terapeutisk nivå förbättrades signifikant på de vårdhem där ISBAR infördes för kommunikation sjukskötare-läkare gällande Warfarin behandling, härifrån härleder forskarna att kommunikationen förbättrats. Däremot var kontroll INR frekvensen högre i kontrollgruppen. Studien var av hög kvalitet.

5.2 Kvasiexperimentellastudier

Artiklarna som behandlar kvasiexperimentella studier är elva till antalet.

Randmaa et al. (2014) presenterar i artikeln *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anesthetic clinic: a prospectiv intervention study* en kvasiexperimentell studie av hög kvalitet gjord i Sverige. Syftet med studien var att studera personalens uppfattning om intra- och interprofessionell kommunikation, säkerhetsattityder och empowerment före och efter implementeringen av ISBAR samt undersöka ISBARs effekt på mängden kommunikationsrelaterade avvikelserapporter. Olika valida frågeformulär användes för att kartlägga personalens uppfattning innan och efter implementeringen. Avvikelse- rapporterna samlades från sjukhusets databas under ett års tid före implementeringen och under ett års tid efter. Kommunikationen mellan grupper och säkerhetsklimatet förbättrades signifikant. Även antalet avvikelserapporter minskade signifikant. Studien var av hög kvalitet.

I artikeln *Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital* (Thompson, et al., 2011) bedöms effekterna av ISBAR implementeringen på juniorläkares kommunikation vid rapportering. Som mätinstrument användes inspelning av rapporter för bedömning av innehållet i rapporten och dess duration samt enkäter för att analysera upplevelser av förändringar. Alla resultaten var externt validerade. Samplet var relativt litet men välmotiverat, någon kontrollgrupp fanns inte. Studien var av medelgod kvalitet. Resultatet var positivt, 71 % ansåg att ISBAR förbättrade rapporteringen och 80 % ansåg att ISBAR utbildningen förbättrade den egna rapporteringsprestationen. En signifikant ökning i kommunicerade datakategorier kunde påvisas utan påverkan på durationen.

SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study (De Meester, et al., 2013) presenterar en studie med syftet att bedöma ISBARs effekt på uppfattningen av effektiv kommunikation och samarbete mellan sjukskötare och läkare samt ISBARs påverkan på allvarliga avvikelser. För detta ändamål användes validitetstestade frågeformulär samt analys av patientjournaler. Introduktionen av SBAR förbättrade sjukskötarnas uppfattning av effektiv kommunikation

och samarbete mellan sjukskötare och läkare. Antalet oplanerade intagningar på intensivvårdsavdelningen ökade men antalet oväntade dödsfall minskade. Reliabilitetstestade resultat och valida frågeformulär. Studien var en så kallad "single center studie", utförd på endast en instans så generaliserbarheten är svag, trots välbeskrivet och relativt stort sampel. En studie av medelgod kvalitet.

"ABC-SBAR" Training Improves Simulated Critical Patient Hand-Off by Pediatric Interns (McCrary, et al., 2012) beskriver en studie med syfte att evaluera ABC-SBARs effekt i simulerad miljö. Hypotesen "ett rapporteringsverktyg baserat på ISBAR hjälper en person först på plats att koncist och snabbt kommunicera kritisk information i en akut-situation, med en struktur som skulle hjälpa vid organisering av livräddande interventioner" bekräftas delvis av resultatet. Antalet kritisk data som kommuniceras förbättras signifikant och tiden tills kritisk information kommuniceras förkortas. Däremot förlängs den totala rapport durationen. Trots att den totala durationen förlängs kommuniceras den kritiska informationen i ett tidigare skede och därmed kan livräddande insatser inledas tidigare. Videoinspelade simuleringar användes som instrument för insamling av data. Analysen av materialet gjordes av två experter var för sig. Experterna var inte medvetna om inspelningen tillhörde interventions- eller kontrollgruppen. Studien var av medelgod kvalitet.

Townsend-Gervis et al. (2014) beskriver i artikeln *Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-Admissions and Improve Some Patient Outcomes* en studie med syfte att undersöka om strukturerad kommunikation vid dagliga interdisciplinära ronder förbättrar patientvården. Mätarna som användes var patient tillfredsställelse, avlägsnande av urinkateter samt återinskrivning av patienter inom 30 dagar från utskrivning. Hypoteserna var att interventionen kommer att ge högre patienttillfredsställelse med "sjuksköternas kommunikation" mätt med HCAHPS, ökad situationsmedvetenhet kommer att förbättra avlägsnandet av urinkatetrar samt att införandet av återinskrivningsbedömning kommer att resulterar i lägre återinskrivningsfrekvens. Data samlades in genom randomiserade patientenkäter, journalanalys samt statistik ur sjukhusets databaser. Den första hypotesen kullkastades, patienternas tillfredsställelser med sjuksköternas kommunikation förbättrades inte signifikant. De två andra hypoteserna bekräftades, lyck-

ade kateterborttagningar ökade signifikant, likaså minskade antalet återinskrivningar signifikant. I undersökningen fanns inte en kontrollgrupp utan upprepade mätningar gjordes i samma grupp. Undersökningstiden var relativt lång och demografin på respondenterna väl beskriven. Endast en instans undersöktes. Studien var av medelgod kvalitet.

Samma forskargrupp står även bakom artikeln *Improving Shift Report Focus and Concistency With the Situation, Background, Assessment, Recommendation Protocol*

(Cornell, et al., 2013). Syftet med studien som beskrivs i artikeln var att bedöma effekten och värdet av ISBAR vid skiftesbytesrapporter sjukskötare till sjukskötare. Fem hypoteser ställdes. Det antogs att ISBAR skulle hålla sjuksköterna mer fokuserade och därmed leda till kortare rapporter. Detta bekräftades inte, tiden för rapporten var oförändrad, däremot förbättrades tiden använd för rapportspecifika uppgifter som forskarna hypotiserat. Man antog också att en omställning från skrivande till talande skulle ske och denna hypotes fick delvis stöd, den muntliga kommunikationen ökade i de flesta fall trots att mängden skrivande inte minskade. Det antagna ökandet av datoranvändning uteblev. Denna studie baserar sig på direkta observationer och upprepade mätningar. För ändamålet användes en pilotundersökt checklista för observationerna och utbildade observatörer. Undersökningen utfördes på endast en enhet och uppföljningstiden var ett år. Det använda instrumenten samt respondenternas demografi var välbeskrivna. Studien var av medelgod kvalitet.

Tewes et al. (2012) beskriver i artikeln *Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) and Emergency Medicine Resident's Learning of Case Presentation Skills* en prospektiv interventionsstudie med kontrollgrupp.

Syfte med studien var att beskriva och evaluera användbarheten av ISBAR för undervisning av kommunikationskunskaper för rapportering till första årets specialiserande läkare i akut medicin. Studien bestod av simuleringar och en enkät. Resultatet visade att mängden kommunicerad data ökade signifikant post-ISBAR och läkarna upplevde att ISBAR signifikant förbättrade deras förmåga att kommunicera. Mätningarna gjordes två gånger och mellan mätningarna skedde en stagnation av kommunikationsutvecklingen för att igen genomgå en förbättring i samband med den andra simuleringen och repetitionen av ISBAR. Samplet var tillräckligt stort enligt power beräkningar men från endast en instans. Studien genomfördes under fyra års tid. Studien var av medelgod kvalitet.

Integration of a Formalized Handoff System Into the Surgical Curriculum (Telem, et al., 2011) refererar en prospektiv interventionsstudie med kontrollgrupp gjord i USA. Syftet med studien var att evaluera specialiserande läkares (residents) uppfattning om rapportering, identifiera områden med kommunikationsproblem samt evaluera tidiga resultat av implementeringen av ISBAR i den kirurgiska undervisningen.

Hypotesen var att ISBAR är ett bra verktyg för kommunikation i den dagliga rapporteringen. Som mätare användes en enkät samt analys av ordinationsfel och avvikelser. Läkarna upplevde kommunikationen mellan sjukskötare och läkare som mest problematisk och dålig kommunikation som främsta orsaken till rapporteringsproblem. Ordinationsfelen minskade signifikant efter ISBAR undervisningen, däremot sågs ingen effekt på förekomsten av avvikelser. Hypotesen stöddes av resultatet. Studien var av medelgod kvalitet.

Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams (Andreoli, et al., 2010) beskriver en studie inom rehabiliteringsverksamheten. Syftet med studien var att implementera och evaluera en adapterad version av ISBAR på två interprofessionella rehabiliteringsenheter, specifikt för att motverka och hantera fallskador. Tre resultatmätare användes; personalens uppfattning av patientsäkerhetskultur, team effektivitet och fallfrekvens. Som verktyg användes en pre- och postimplementeringsenkät, intervjuer och fokusgrupper samt analys av fallfrekvens med hjälp av det elektroniska rapporteringssystemet. Som kontrollgrupp användes hela sjukhuset. Personalens uppfattning om säkerhetskulturen och teamarbetet förbättrades signifikant. Den totala fallfrekvensen ökade men antalet allvarliga fallskador minskade. Intervjuerna och fokusgrupperna användes för att evaluera användningen av ISBAR. Man kom fram till att personalen använde ISBAR för att kommunicera fallförebyggande och fallhantering men också som ett allmänt kommunikationsverktyg i varierande situationer. Studien var en prospektiv interventionsstudie med kontrollgrupp av medelgod kvalitet.

Renz et al (2013) presenterar i artikeln *Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care* en prospektiv interventionsstudie med upprepade mätningar vars syfte var att evaluera möjligheterna och nyttan av att implementera SBAR inom långvården. Implementeringen evaluerades på tre sätt, genom att undersöka sjukskötarens

tillfredsställelse med kommunikationen med läkare, läkarnas uppfattning om kommunikationen med sjukskötare samt användningsgraden av ISBAR. Studien genomfördes på ett vårdhem med 137 platser. 33 sjukskötare och 7 läkare deltog. Sjukskötarna fyllde i en enkät pre- och postimplementering (kvantitativ analys) medan läkarna fyllde i ett formulär med öppna frågor (kvalitativ analys) postimplementering. Användningsfrekvensen noterades i varje skift av ansvarig sjukskötare. Sjuksköternas upplevelse av kommunikationen förbättrades överlag men inte statistiskt signifikant. Läkarna upplevde en förbättring av kommunikationen. Användningsfrekvensen var 98 %. Studien var av medelgod kvalitet.

Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes (Beckett & Kipnis, 2009) beskriver en pre- och postinterventionsstudie som är både kvantitativ och kvalitativ till sin natur. Syfte med studien var att evaluera effektiviteten av implementeringen av ISBAR som evidensbaserad praxis. Frågeställningen presenterad i PICOT format som lämpar sig väl för evidensbaserade praxis, ”inom pediatrik sjukvård på ett akutsjukhus, har ISBAR användning vid skiftesbytesrapportering någon positiv inverkan på teamarbete, kommunikation och patientsäkerhet i jämförelse med traditionell rapportering”. Tidsramen var 3 månader från introduktion till evaluering. Studien genomfördes med hjälp av enkäter, observationer och intervjuer. Resultatet visade på statistiskt signifikanta förbättringar inom kommunikation, teamarbete och säkerhetsklimat. Både sjukskötare och läkare ansåg att samarbetet och tillfredsställelsen med arbetet ökat, patienterna upplevde ett bättre säkerhetsklimat. Studien var av medelgod kvalitet.

5.3 Kvalitativa studier

Endast en kvalitativ studie finns med i materialet. Denna kvalitativa case studie av Vardaman et al. (2012) presenteras i artikeln *Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment*. Syftet med studien var att undersöka implementeringen av ISBAR och dess potentiella effekt på sjukskötarens dagliga arbete. Detta gjordes med hjälp av semistrukturerade intervjuer, icke deltagande observationer samt arkivanalys på två olika kliniker. Intervjuerna gjordes under arbetstid, i två steg. Inledningsvis semistrukturerade intervjuer som fokuserade på hur SBAR använ-

des och hur det påverkade sjukskötarnas kommunikation och andra aktiviteter samt uppföljande intervjuer för att klargöra de teman som stigit fram i de första intervjuerna. Insamlade data kompletterades av observationer för att kartlägga hur ISBAR användes i praktiken och för att ge forskarna insikt i ISBARs effekt på de olika enheterna. Arkivanalyser försåg forskarna med en bakgrund för implementeringen av ISBAR.

Resultatet analyserades i 3 steg och resulterade i fyra teman; Schema formation, utveckling av legitimitet, socialt kapital, och förstärkning av dominant logik. ISBAR formar "scheman" hos sjukskötarna som hjälper dem vid intuitivt beslutsfattande. ISBAR påverkade också integreringen på arbetsplatsen positivt genom att den standardiserade formen av kommunikation gav nyanställda en fördel att snabbare samla socialt kapital och på det sättet nå "legitimitet" bland arbetskamraterna. ISBAR påverkar/stöder också utvecklingen från individuell autonom logik till standardiserad och formell praktik. ISBAR har alltså andra fördelar än standardisering av kommunikationen. Studien var av medelgod kvalitet.

författare/titel	studie typ	Centralt innehåll	kvalitet
Andreoli et.al, 2010	exp	Säkerhetskultur, teamarbete, fallrekvens och skadegrad	medel
Becket et.al, 2009	exp	Teamwork och säkerhetsklimat	medel
Cornell et.al, 2013	exp	Skiftesbytes innehåll (rapportspecifika uppgifter) och duration	medel
Cunningham et.al, 2012	RCT	Kommunicerad datamängd och kvalitet, duration	hög
De Meester et.al, 2013	exp	Kommunikations effektivitet, sammarb. ssk-läkare, avvikelser	medel
Field et.al 2011	RCT	Patienteffekter och avvikelser (warfarin)	hög
Joffe et.al 2013	RCT	Kommunicerad datamängd, duration	medel
Mc Crory et.al, 2012	exp	Kommunicerad data och duration	medel
Randmaa et.al 2014	exp	Kommunikation, säkerhetsattityd, empowerment, avvikelser	hög
Renz et.al, 2013	exp	ssk-läkare kommunikation, användningsgrad av SBAR	medel
Telem et.al, 2011	exp	upplevda komm.problem, avvikelser och ordinationsfel	medel
Tews et.al, 2012	exp	Kommunicerad data(utveckling över tid),uppfattning om SBAR	medel
Thompson et.al, 2010	exp	Kommunicerad data och duration, förändringar i förfarandet	medel
Townsend-Gervis et.al, 2014	exp	Patienteffekter (tillfredsställelse, urinkateter, återinskrivning)	medel
Vardaman et.al, 2012	kval	schema, legitimitet, socialt kapital, dominant logik,	medel

Tabell 2. Artikel översikt

6 ANALYS

Analysen av artiklarna gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Meta-analys av materialet var inte möjlig att genomföra på grund av heterogena mätvariabler. Analysen av materialet har gjorts i två delar, inledningsvis en deduktiva analys av materialet utgående från ISBAR som kommunikationsmodell samt en induktiv analys av det manifesta innehållet i materialet.

6.1 Deduktiv analys

Inledningsvis analyseras materialet deduktivt med hjälp av innehållsanalys och enbart det manifesta innehållet i artiklarna behandlas. (Kondracki, et al., 2002, pp. 224-225) Deduktionen görs utgående från frågeställningarna och ISBAR som verktyg enligt sjuksköterskeförbundet i Finland. Sjuksköterskeförbundets modell fungerade som utgångspunkt även då rapporteringskortet för kvinnokliniken utformades.

6.1.1 ISBARs effekter på rapporteringen

ISBAR är ett verktyg för att skapa en kommunikationsstruktur som är enhetlig och tydlig vars syfte är att endast förmedla för situationen relevant information i en given ordning. (Sjuksköterskeförbundet, 2012, p. 3) Detta ger två effektkategorier:

- Informationsmängd och kvalitet
- Informationsstruktur

6.1.2 Informationsmängd och kvalitet

Fem artiklar, två randomiserade kontrollerade studier (RCT) och tre kvasiexperimentella studier tar specifikt upp mängden kommunicerad information. I fyra av studierna är respondenterna läkare, i en studie sjukskötare. I fyra fall av fem är undersökningen gjord i simulerade förhållanden.

Cunningham et al. (2012) kom i en RCT, i simulerade förhållanden, fram till att mängden rapporterad kritisk data inte ökade signifikant efter introduktionen av ISBAR. Ett liknande resultat kom också Joffe et al. (2013) fram till när de i en RCT undersökte hur

situations (S i ISBAR) och bakgrunds (B i ISBAR) information kommuniceras i en simulerad miljö. Kommunikationen av situations information var lika i både experimentgruppen och kontrollgruppen, däremot var kommunikationen av bakgrundsinformationens sämre, om ej signifikant, i experimentgruppen. McCrory et al. (2012) kom i motsats till ovanstående fram till att introduktionen av ISBAR signifikant ökade antalet kommunicerad kritisk data. Kommunicerad bakgrundsinformation var hög både före och efter introduktionen medan aktuellt tillstånds- eller rekommendationsinformationens ökade signifikant efter introduktionen av ISBAR. Även situationsinformationen påverkades positivt men inte signifikant. Ett liknande positivt resultat återfanns i en studie av Thompson et al. (2011), mängden kritisk data som kommunicerades ökar signifikant. Av 19 identifierade kategorier ökade 13 varav 4 signifikant. En studie med upprepade mätningar av kommunicerad data över en längre tidsperiod kom också fram till att introduktionen av ISBAR ökade mängden kommunicerad kritisk data signifikant. (Tewes, et al., 2012)

Av artiklarna (Cunningham, et al., 2012; Joffe, et al., 2013) som inte påvisade någon förbättring i antalet kommunicerad data var båda RCTn den ena av hög- och den andra av medelkvalitet. De tre artiklarna som påvisade förbättring i antal kommunicerad data var alla kvasiexperimentella studier, två prospektiva interventionsstudier med pre- och postundersökningar (Mc Crory, et al., 2012; Thompson, et al., 2011) och en prospektiv studie med upprepade mätningar (Tewes, et al., 2012).

Sammanfattningsvis kan konstateras att ISBAR har en positiv effekt på mängden kommunicerad data i en rapporteringssituation i simulerade förhållanden eftersom Cunningham et al. och Joffe et al. inte kunde påvisa signifikant negativa effekter trots avsaknad av positiv effekt. I och med att Thompson et.al kom fram till samma positiva resultat i en klinisk studie som Mc Crory et al. och Tewes et al. genom simuleringar kunde det tyda på att effekter nås även i den kliniska verkligheten.

6.1.3 Informationsstruktur

Fem av artiklarna behandlar strukturen på rapporten efter introducerat ISBAR verktyg. Av dessa studier var en RCT av hög kvalitet och fyra kvasiexperimentella studier av medelkvalitet.

ISBAR ger en struktur på rapporten som gör det enklare att reagera på avsaknad information, (Thompson, et al., 2011) samt ökar mängden kritisk data i början av rapporten vilket kan ge en positiv effekt på responstiden vid akuta situationer (McCroly, et al., 2012). Strukturen på och innehållet i rapporten förbättrades också enligt en studie av Renz et al. (2013) detta för både erfarna och oerfarna sjukskötare. Becket & Kipnis (2009) lyfter fram ISBAR som en promotor av positiv kommunikation och som en bra struktur, en stark grund för kommunikation. Cornell et al. (2013) lyfter fram strukturen i rapporten ur en annan vinkel genom att observera sjukskötare och deras uppgifter under rapporten. Resultatet i studien påvisade en förändring i rapporteringsstrukturen från en skriftlig mot en muntlig mer informativ rapportering. Även Cunningham et al. (2012) lyfter fram rapportens struktur i sin RCT, efter introduktionen av ISBAR förkortades tiden från inledd rapport tills all kritisk data var kommunicerad vilket tyder på en komprimering av rapportstrukturen.

I tre av studierna undersöktes läkare (icke specialiserade) och i två sjukskötare. RCTn och en av de övriga studierna var genomförda i simulerade förhållanden medan de tre övriga var genomförda i den kliniska verkligheten genom observationer, enkäter och analys av inspelat material. I samtliga studier som tog fasta på rapportens struktur var resultatet positivt, strukturen på rapporten förbättrades och förtydligades.

6.1.4 ISBARs effekter i den kliniska verkligheten

ISBAR förbättrar kommunikationen bland personal ur olika yrkesgrupper och främjar vårdkontinuiteten. (Sjuksköterskeförbundet, 2012, p. 3) Utöver detta utvecklar metoden färdigheterna i att tänka kritiskt och har en positiv effekt på kommunikationsrelaterade avvikelser. (Sjuksköterskeförbundet, 2012, p. 4) Detta ger två effektkategorier:

- Effekt på personalen
- Effekt på vården

6.1.5 Effekt på personalen

Sju studier berörde på något sätt ISBARs effekt på personalen. Av dessa studier var sex kvasiexperimentella studier, en av hög kvalitet resterande fem av medelkvalitet, och en studie var kvalitativ.

Randmaa et al. (2014) som gjort en prospektiv interventionsstudie av hög kvalitet i svenska förhållanden kommer fram till att ISBAR har en positiv effekt på kommunikationen mellan olika yrkesgrupper även kommunikationen inom yrkesgruppen visade positiva tendenser om ej signifikanta. En liknande studie gjord i Belgien visade på signifikanta förbättringar både vad gäller den interprofessionella kommunikationen och det interprofessionella samarbetet. (De Meester, et al., 2013) Cornell et al. (2013) har en annan vinkling på studien och presenterar ett resultat som visar att användningen av ISBAR ger mer tid för rapportering, det vill säga mindre avbrott för att utföra icke-rapportrelaterade uppgifter. Andreoli et al. (2010) kommer i sin studie fram till att teamarbetet förbättras signifikant vad gäller effektiviteten i kommunikationen, samstämmighet vad gäller kommunikationsmetoder samt uppskattning av utfört arbete. Renz et al. (2013) påvisar en icke statistiskt signifikant förbättring i sjukskötarens upplevelse av kommunikationen med läkare samt en viss negativ effekt på tidsanvändningen (ISBAR tar för mycket tid). I samma studie analyserades (kvalitativt) också läkarnas uppfattning om sjukskötarens rapportering som de ansågs förbättrats efter introduktionen av ISBAR. ”Sjukskötarna rapporterar adekvat information i ett koncist format” vilket läkarna upplevde att underlättade deras arbete. Becket & Kipnis (2009) konstaterade att implementeringen av ISBAR förbättrade både kommunikationen och teamarbetet signifikant. Både läkare och sjukskötare ansåg att samarbetet och tillfredsställelsen med arbetsplatsen ökat signifikant. Vardaman et al. (2012) kom i en kvalitativ case studie fram till att ISBAR hade effekter utöver det man tänkt sig (kommunikations effekter). ISBAR fungerade också som schema bildare, dvs. gav sjukskötarna en ram för beslutsfattande, ISBAR påverkade också känslan av legitimitet genom att ge t.ex. ny personal en modell för kommunikation på arbetsplatsen och därmed ett sätt att anpassa sig. ISBAR tillförde också socialt kapital på ett sätt som gav sjukskötarna en bättre självkänsla och ett bättre utgångsläge för samarbete.

Utgående från dessa sju studier kan konstateras att effekten på personalen är förbättrad kommunikation inom och emellan yrkesgrupper, effektivare teamarbetet och mer visad uppskattning för medarbetare och ökat självförtroende.

6.1.6 Effekt på vården

Vardaman et al. (2012) lyfte som ett av resultaten i en kvalitativ case studie fram att ISBAR stöder utvecklingen av ett paradigmskifte inom vården från autonomt mot ett mer standardiserat system vilket påverkar sjukskötarens yrkesidentitet på ett sätt som upplevdes negativt.

ISBAR påverkar vården genom en förbättring av säkerhetskulturen vilket konstateras i flera studier. Säkerhetsklimatet förbättrades enligt en studie av Becket & Kipnis (2009) signifikanta skillnader påvisades vad gäller följandet av riktlinjer, hantering av avvikelser och organisationens insats för säkerheten.

En minskning i antalet allvarliga fallolyckor och närapå situationer (Andreoli, et al., 2010), i oväntade akuta dödsfall (De Meester, et al., 2013), antalet dagar med INR på terapeutisk nivå hos patienter med warfarin behandling (Field, et al., 2011), antalet ordinationsfel (Telem, et al., 2011), en ökning i lyckade urinkateter borttagningar (Townsend-Gervis, et al., 2014) och en rejäl nedgång i antalet kommunikationsrelaterade avvikelserapporter (Randmaa, et al., 2014) visar på direkta positiva effekter av ISBAR på patientarbetet.

Dessa åtta artiklar belyser effekten på vården ur lite olika perspektiv. När det gäller förbättring av patientsäkerhetskulturen och det negativt upplevda paradigmskiftet är det frågan om personalens subjektiva upplevelser av fenomenens inverkan på vården. De övriga sex effekterna är resultat av kvantitativa analyser av data.

6.1.7 Sammanfattning

På basen av den deduktiva analysen av materialet kan konstateras att ISBAR har en positiv effekt på rapporteringen både innehålls- och strukturmässigt.

Vad gäller rapportinnehållet påvisade två studier oförbättrade innehåll men ingen studie tydde på försämrat innehåll. De personalrelaterade effekterna av implementeringen av ISBAR var konsekvent positiva och tog sig uttryck i förbättrad kommunikation inom och

emellan yrkesgrupper, effektiverat teamarbete, ökat självförtroende samt en större uppskattning av kollegerna. Rent kliniskt förbättrades effekterna av patientvården på bred front tillika som säkerhetskulturen påverkades positivt. En tydligt framstigande negativ effekt var påverkan på vårdverkligheten från ett autonomt mot ett standardiserat perspektiv, detta lyftes fram i den enda inkluderade kvalitativa studien som mer på djupet ville analysera effekterna av ISBAR. Sjukskötarna upplevde detta som en negativ förändring. Trots att detta inte direkt kom fram i någon annan studie är detta värt att ta fasta på eftersom detta kunde vara en av orsakerna till att ett visst motstånd/en viss ovilja mot ISBAR existerar. Överlag kunde effekterna av implementeringen av ISBAR konstateras vara positiva. Dessa resultat stöds av resultatet av den induktiva analysen.

författare/titel	studie typ	kvalitet	Informations mängd och kvalitet	Informations struktur	Effekt på personal	Effekt på vården
Andreoli et.al, 2010	exp	medel	-	-	X (+)	X (+)
Becket et.al, 2009	exp	medel	-	-	X (+)	X(+)
Cornell et.al, 2013	exp	medel	-	X (+)	X (+)	-
Cunningham et.al,2012	RCT	hög	X (0)	X (+)	-	-
De Meester et.al, 2013	exp	medel	-	-	X (+)	X (+)
Field et.al 2011	RCT	hög	-	-	-	X (+)
Joffe et.al 2013	RCT	medel	X (0)	-	-	-
Mc Crory et.al, 2012	exp	medel	X (+)	X (+)	-	-
Randmaa et.al 2014	exp	hög	-	-	X (+)	X (+)
Renz et.al, 2013	exp	medel	-	X (+)	X (+)	-
Telem et.al, 2011	exp	medel	-	-	-	X (+)
Tews et.al, 2012	exp	medel	X (+)	-	-	-
Thompson et.al, 2010	exp	medel	X (+)	X (+)	-	-
Townsend-Gervis et.al,	exp	medel	-	-	-	X (+)
Vardaman et.al, 2012	kval	medel	-	-	X (+)	X (-)
X=tas upp, -= tas inte upp, (+)= positiv effekt (-)=negativ effekt, (0)= ingen effekt						

Tabell 3. Deduktiv analys

6.2 Induktiv analys

För att få en ökad förståelse av ISBAR-effekter på rapporteringen och den kliniska verkligheten utfördes också en induktiv analys (bilaga 5) av materialet. Som metod användes kvalitativ innehållsanalys. Analysenheten i arbetet bestod av resultatet och diskussionen/konklusionen/sammanfattningen i de 15 artiklar som inkluderats i litteraturstudien.

Inledningsvis definierades två domäner ur analysenheten utgående från frågeställningarna i detta arbete, rapportering och klinisk verklighet. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, p. 162) 100 meningsbärande enheter extraherades ur materialet. Dessa meningsbärande enheter (meningsenheter) kondenserades, gjordes kortare och mer lätthanterliga utan att påverka det centrala innehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, p. 163). Eftersom materialet till största del bestod av kvantitativa studier med statistiskt analyserat material var meningsenheterna i sig till stor del relativt komprimerade och gjorde i vissa fall kondensering överflödig. Alla kondenserade meningsenheter abstraherades och försågs med en kod som fungerar som etikett för vidare bearbetning av materialet. Koderna skapades utgående från meningsenheternas kontext. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, p. 163) Koderna grupperades sedan i underkategorier som var 23 till antalet. Underkategorierna i sin tur grupperades till 9 kategorier som resulterade i 5 teman. (Tabell 4) Innehållet i kategorierna skall enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) vara internt homogena och externt heterogena. Detta betyder att innehållet i en kategori är likartat och skiljer sig från innehållet i övriga kategorier.

De fem definierade temana var förbättrat rapportinnehåll, förbättrad rapportstruktur, förbättrad arbetsplatskultur, säker vård och förbättrade arbetsförhållanden

Domäner	Underkategori	Kategori	Teman	
Rapportering	Förbättrad kritisk datamängd	Datamängd	Förbättrat rapportinnehåll	
	Oförbättrad kritisk datamängd			
	Innehållsrelevans	Innehåll		
	Ökad innehållskvalitet			
	Förbättrad allmän kommunikationskvalitet			
	Sätt att kommunicera	Struktur		Förbättrad rapportstruktur
	Bättre struktur i kommunikationen			
Kommunikations effektivitet				
Klinisk verklighet	Säkerhetskulturen bättre	Säkerhet	Säkrare vård	
	Positiv effekt på avvikelser			
	Ingen effekt på avvikelser			
	Säkrare vård	Vårdkvalitet		
	Kvalitet på vården			
	Värdeeffektivitet			
	Samarbete mellan enheter	Samhörighet	Förbättrad arbetsplatskultur	
	Samarbete inom enheter			
	Överbygger kulturskillnader			
	Välmående på arbetsplatsen	Nöjd Personal	Förbättrade arbetsförhållanden	
	Eliminerar skillnader	Kunskapsresurser		
	Personlig utveckling			
	Kompetensutveckling	Organisatorisk effekt		
Resursanvändning				
Ekonomisk effekt				

Tabell 4. Induktiv analys

6.2.1 Sammanfattning

Den induktiva analysen resulterade i fem definierade teman; förbättrat rapportinnehåll, förbättrad rapportstruktur, säker vård, förbättrad arbetsplatskultur och förbättrade arbetsförhållanden. Dessa teman har ett mer omfattande och djupgående innehåll än kategorierna i den deduktiva analysen. I denna sammanfattning används de kondenserade meningsenheterna då meningsenheter presenteras, eftersom formatet på de kondenserade meningsenheterna är mer komprimerat.

Förbättrat rapportinnehåll omfattar på bred front innehållet i rapporten, här ingår fem meningsenheter som berör datamängd, två där antalet data ökade, två där antalet data inte påverkades och en där datamängden delvis påverkades negativt ”lägre frekvens i rapportering av bakgrund” därtill ingår meningsenheter som berör innehållet i rapporten som underkategorierna innehållsrelevans, innehållskvalitet och allmän kommunikationskvalitet. Meningsenheterna i dessa tre underkategorier var alla positiva och berörde ökad förståelse, bättre datainsamling, prioritering och positivare upplevelse av kommunikation. Temat förbättrad rapportstruktur bestod av endast en kategori, struktur som i sin tur var uppbyggd av tre underkategorier; sätt att kommunicera, bättre struktur i kommunikationen och kommunikationseffektivitet. Exempel på meningsenheter i dessa underkategorier var ”öppnare kommunikation”, ”ökad verbal kommunikation ”bättre rapportmekanismer”, ”kritisk information tidigare”, ”schema konstruktion” och ”effektivare kommunikation”.

Säkrare vård steg fram som tema genom kategorierna säkerhet och vårdkvalitet som omfattar en bättre säkerhetskultur, positiv eller ingen effekt på antalet avvikelser, säkrare-effektivare- och mer kvalitativvård. Meningsenheter inom detta tema var exempelvis ”icke anklagande kultur”, ”bättre säkerhetsklimat”, ”minskat antal avvikelser”, ”minskat antal alvarliga fallskador”, ”färre oväntade dödsfall”, ”mindre ordinationsfel” och ”bättre vårdprocedurer”.

Förbättrad arbetsplatskultur är ett tema som byggts upp av underkategorierna samarbete inom och mellan enheter samt överbygger kulturskillnader i kategorin samhörighet. Exempel på meningsenheter som stöder detta tema är ”socialt kapital”, ”bättre teamarbete inom enheterna”, ”effektiverat samarbete” ”positivt utvecklade teamprocesser” och ”ökat samarbete mellan enheter”.

Temat förbättrade arbetsförhållanden omfattar både personlig och organisatorisk utveckling. Välmående på arbetsplatsen, eliminerar skillnader, personlig utveckling, kompetensutveckling, resursanvändning och ekonomisk effekt är underkategorier som bildar de tre kategorierna nöjd personal, kunskapsresurser och organisatorisk effekt som temat byggts upp av. Meningsenheter inom detta tema är ”ekonomisk betydelse”, ”tidseffektiv”, ”tidsneutral”, ”ökad kunskap”, ”ökad självkänsla”, ”känsla av legitimitet”, ”förbättrat organisatoriskt lärande” och ”negativt upplevda förändringar”.

6.3 Syntes av resultaten

Den deduktiva analysen gjordes utgående från frågeställningarna och grupperade därmed analysen i två delar, effekter på rapporteringen och effekter i den kliniska verkligheten. Frågeställningarna och materialet styrde utformningen av domänerna i den induktiva analysen och dessa är samma som i den deduktiva analysen, rapportering och klinisk verklighet.

6.3.1 Effekter på rapportering

Innehållet i rapporteringen förbättrades efter introduktionen av ISBAR. Detta framkom i den deduktiva analysen som en ökad mängd kommunicerad data. Den positiva framtoningen av antal kommunicerad data var inte lika stark i den induktiva analysen. Där kom sämre rapportering av bakgrund fram som en stark negativ faktor ännu på kod nivå. Där emot kunde ett förbättrat rapportinnehåll i form av ökad innehållskvalitet och innehållsrelevans samt allmänt förbättrad kommunikationskvalitet identifieras vilket medförde ett överlag förbättrat rapportinnehåll. Förbättring av innehållskvaliteten i rapporten framkom inte i den deduktiva analysen. Typen av kommunicerad data kom fram i den deduktiva analysen vilket stöder den induktiva underkategorin ökad innehållsrelevans.

Rapporteringsstrukturen påverkades också positivt av implementeringen av ISBAR. Den deduktiva analysen påvisade att kritisk data kommunicerades i ett tidigare skede av rapporten, medförde reaktioner vid avsaknad av information samt ledde till likvärdiga rapporter oberoende av arbetserfarenhet. Samma fenomen kunde tolkas ur den induktiva analysen under temat förbättrad rapportstruktur i underkategorierna ”bättre struktur i kommunikationen” och ”kommunikations effektivitet” där meningsenheter som ”bättre struktur och innehåll”, ”förbättrad prioritering av innehållet” samt ”förkortade tiden till kritisk information” förekom. Det som här nämnvärt skiljer analyserna åt är att likvärdighet oberoende av erfarenhet kommer i den induktiva analysen fram under förbättrade arbetsförhållanden i underkategorin eliminerar skillnader och får på det viset en bredare mening i ett större sammanhang.

Sammanfattningsvis kan konstateras att effekterna på rapportering är övervägande positiva. Innehållet i rapporten förbättras både vad gäller mängd och kvalitet. Kritisk data kommuniceras i ett tidigare skede av rapporten och strukturen ger en ökad effektivitet och en möjlighet att identifiera eventuell avsaknad information.

6.3.2 Effekter i den kliniska verkligheten

Den deduktiva analysen påvisade positiv påverkan på personalen. Kommunikationen och samarbete inom och emellan yrkesgrupper förbättrades signifikant. En ökad tillfredsställelse med arbetsplatsen, uppskattning av utfört arbete och ett ökat självförtroende påvisades också. Schema bildning, legitimitet och socialt kapital lyftes fram som effekter utöver de kommunikationsrelaterade.

Den induktiva analysen bygger vidare på detta och breddar området ytterligare genom teman förbättrad arbetsplatskultur och förbättrade arbetsförhållanden. Dessa teman omfattar kategorierna samhörighet, nöjd personal, kunskapsresurser och organisatorisk effekt. Ser man på meningsenheterna under dessa teman kan man utöver det som redan konstaterats i den deduktiva analysen identifiera ”ökat välbefinnande”, ”trovärdighet”, ”ökad kunskap”, bättre integrering”, ”förbättrat organisatoriskt lärande” och ”ekonomisk betydelse”.

Effekter på den kliniska vården kom i den deduktiva analysen delvis fram som negativa genom att ISBAR stöder utvecklingen från en autonom mot en mer standardiserad vård. Däremot påvisades många positiva effekter på vården exempelvis i form av reducerat antal oväntade dödsfall och ordinationsfel. En förbättrad säkerhetskultur kunde ses bland annat genom minskat antal kommunikationsrelaterade avvikelserapporter och en förbättrad hantering av dessa.

I den induktiva analysen byggdes temat säkrare vård upp av kategorierna säkerhet och vårdkvalitet. Ser man närmare på dessa kategorier hittar man meningsenheter som ”bättre säkerhetskultur”, ”icke anklagande kultur”, ”bättre upplevd säkerhet”, ”ökad respons på avvikelser”, ”minskat antal avvikelser”, ”ökad vårdkvalitet” och ”ökad bemanning”. I den induktiva analysen kommer således fler subjektiva kategorier fram. Personalens upplevelser kan anses ha betydelse för att vården skall ses som säker.

Positiva effekter på teamarbetet och samarbete mellan enheter är övergripande effekter av ISBAR i den kliniska verkligheten, välmående personal och en bättre säkerhetskultur likaså. Effekterna är övervägande positiva.

7 DISKUSSION

Diskussionen är uppdelad så att frågeställningarna besvaras först och sedan görs en återkoppling till teorin. Avslutningsvis görs en kritisk granskning av arbetet.

7.1 Effekter på rapporteringen

Kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalism, ansvar, team medvetenhet och kultur är åtta faktorer som inverkar på rapporten. (Siemsen Dyrholm, et al., 2012) Alla dessa faktorer kan identifieras i analysen av materialet.

Bristfällig kommunikation är en av de vanligen förekommande orsakerna till att avvikelser sker inom vården. (Boaro, et al., 2010, p. 11; Kinnunen & Peltomaa, 2009, p. 86; McMurray, et al., 2010, p. 2581; Pettker & Funai, 2011, p. 2) Implementeringen av ISBAR medför en förbättrad rapportering genom att den kommunicerade datamängden ökar samtidigt som kvaliteten blir bättre och innehållet mer relevant. Den förbättrade och enhetliga strukturen på rapporten medför också förbättrade möjligheter att identifiera och fråga efter avsaknad information. Strukturen bidrar också till en ökad effektivitet vad gäller rapporteringen, kritisk information presenteras redan i det inledande skedet av rapporten och kan på detta sätt förkorta till exempel responstider för olika typer av akutvård.

Kommunikationen är en process, ett utbyte av information mellan individer. En effektiv kommunikation är en förutsättning för samarbete. (Sherwood & Barnsteiner, 2013, p. 82) Ovan konstateras att ISBAR hade positiv effekt på kommunikationen, detta borde då också medföra en förbättring i samarbetet. Detta samband bekräftas i både den deduktiva och den induktiva analysen, samarbetet förbättras både inom och emellan grupper efter implementeringen av ISBAR. Enligt den deduktiva analysen förbättras kommunikationen inom och mellan de olika yrkesgrupperna och teamarbetet effektiveras. Samtidigt ökar

tillfredsställelsen med arbetsplatsen, sjukskötarna har ett bättre självförtroende och därmed ett bättre utgångsläge för samarbete. Ur den induktiva analysen kan man se denna koppling mellan kommunikation och samarbete tydligare, i temat arbetsplatskultur som innehåller samarbete både inom och emellan enheter samt överbyggande av kulturskillnader finns meningsenheter som ”positivt utvecklade teamprocesser”, ”förenhetligade kommunikationsstilar”, ”socialt kapital” som syftar på kommunikationens effekt på samarbetet. Implementeringen av ISBAR medförde förbättringar i samarbetet på fler plan både inom och emellan olika yrkesgrupper och enheter. Stora skillnader i rapporteringskulturen har konstaterats vara relaterat till patientsäkerhetsavvikelser. (Siemsen Dyrholm, et al., 2012) I den deduktiva analysen påvisas att samstämmigheten vad gäller kommunikationsmetoder förbättras och uppskattningen av utfört arbete ökar vilket stöds också av den induktiva analysen. Detta tillsammans med det förbättrade teamarbetet och en överlag förbättrad rapportering torde förbättra och förenhetliga rapporteringskulturen och därmed ha effekter även på avvikelser. En positiv effekt på avvikelser kommer tydligt fram i analyserna av materialet, det definierades exempelvis som meningsenheterna ”färre kommunikationsrelaterade avvikelser” och ”ökade respons på avvikelser” under temat säker vård i den induktiva analysen.

7.2 Effekter i den kliniska verkligheten

Genom att implementera ISBAR införs ett gemensamt sätt att kommunicera vilket förebygger missförstånd. Det som kom fram i båda analyserna var att ISBAR minimerade betydelsen av arbetserfarenhet för att ge en god rapport. Detta ger ny personal en förbättrad möjlighet till integrering genom att ta till sig det allmänt accepterade kommunikationssättet på arbetsplatsen. Detta skapar tillhörighet och legitimitet. På basen av detta kunde man dra slutsatsen att det på en enhet med fungerande rapportering enligt ISBAR kunde var lättare att integrera ny personal, introduktionstiderna skulle eventuellt förkortas och arbetet effektiveras vilket indirekt kunde medföra rent ekonomiska fördelar för organisationen. En annan av effekterna implementeringen av ISBAR har som kunde ge ekonomiska fördelar för organisationen är en säkrare vård. Meningsenheter som ”icke anklagande kultur” och ”ökad respons på avvikelser” beskriver en icke anklagande kultur som enligt Reason är ett av de viktigaste första stegen till att skapa en god säkerhetskultur (Reason, 2000, pp. 768-769). En god säkerhetskultur skulle göra arbetsplatsen mer öppen

och tillåtande vilket skulle ge organisationen en bättre möjlighet till förbyggande arbete vad gäller avvikelser. Bättre förebyggande arbete och motiverad personal skulle medföra mindre avvikelser och mindre risk för patientskador som i sin tur direkt eller indirekt är en utgiftspost för organisationen. Detta stöds också av kategorin vårdkvalitet med meningsenheter som ”färre oväntade dödsfall”, ”minskad återinskrivning” och ”mindre ordinationsfel” som även de stöder en positiv ekonomisk effekt.

Utöver detta medför en eliminering av skillnader en ökad tillfredsställelse hos personalen vilket har positiva effekter på utfört arbete. En förbättrad kommunikation har alltså effekter också i den kliniska verkligheten, i den induktiva analysen steg arbetsplatskultur och förbättrade arbetsförhållanden fram som teman. Dessa teman innehåller underkategorier som samhörighet, nöjd personal och organisatoriska effekter. Här kan man se att ISBAR som verktyg ger förutsättningarna för att följa de riktlinjer som organisationerna uppmanas följa i Patientsäkerhetsguiden (THL, 2011); trygga informationsflödet mellan de enskilda individerna inom organisationens enheter med betoning på det multiprofessionella teamarbetet samt mellan de olika enheterna och nivåerna inom organisationen.

I Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts verksamhetsprogram 2010-2015 har man som målsättning att vårdarbetet skall vara högklassigt, effektivt, tryggt och säkert samt utföras som ett multiprofessionellt samarbete. För detta ändamål kan ISBAR fungera som ett steg i rätt riktning, den positiva effekten på det multiprofessionella samarbetet har redan konstaterats. En trygg och säker vård är också något ISBAR kan bidra till. I den deduktiva analysen återfanns många rent konkreta positiva effekter på det kliniska arbetet i form av förbättrade vårdåtgärder. I den induktiva analysen lyftes den förbättrade kliniska vården fram som exempelvis ”bättre vårdprocedurer” och ”ökad patienttillfredsställelse”. Induktivt kunde också en ökad effektivitet utläsas ur resultatet i kategorin vårdkvalitet där värdeffektivitet stod som underkategori innehållande meningsenheten ”ökad produktivitet” och koden ”smidigare patientflöde”. Effektivt kan också ses som att vården har önskad effekt och detta stöds också av implementeringen av ISBAR, detta påvisas i kategorin säkrare vård som meningsenhet ”minskad återinskrivning” och ”färre oväntade dödsfall”. Vården kan också anses som högklassig om den är trygg och säker, effektiv och effektiv, samt medför en trend med ”förbättrad patienttillfredsställelse” som är en meningsenhet under kategorin vårdkvalitet. På basen av detta kan man konstatera att ISBAR

som verktyg följer de riktlinjer som sjukvårdsdistriktet fastställt och en implementering av verktyget är således välmotiverad. Ett smidigare patientflöde och ökad produktivitet i samverkan med den redan konstaterade positiva effekten på både kommunikation och samarbete fungerar också som en effektiv barriär vad gäller de glapp i vårdkedjan som patientöverföringar från enhet till en annan medför enligt Dekker (2007a, pp. 111-112).

Förutom att ISBAR befinner sig inom ramarna för gängse rekommendationer, kan även en renodlad organisatorisk effekt ses som resultat av implementeringen. Under temat förbättrade arbetsförhållanden hittas kategorierna nöjd personal, kunskapsresurser och organisatorisk effekt. I dessa kategorier finns meningsenheter som ”professionell uppskattning”, ”tillåtande miljö”, ”ökad självkänsla”, ”förbättrat organisatoriskt lärande”, ”tidsnextra” och ”ekonomisk betydelse”. Av dessa kan den ekonomiska biten påverka ledningen på ett positivt sätt och indirekt personalen genom att implementeringen således borde få stöd även av ledningen vilket är en förutsättning för en lyckad implementering. Organisatoriskt sett kan ISBAR också ses som ett hot genom att modellen stöder ett paradigmskifte från det autonoma vårdandet mot ett standardiserat sätt att vårda. Detta upplevs som negativt främst av vårdpersonalen och kan ses som ett hinder för en lyckad implementering. En i förväg gjord bedömning av eventuella hinder och möjligheter för implementeringsprocessen är viktig. (Willman, et al., 2011, p. 131) Dessa hinder kan förekomma på olika nivåer, patienten, vårdaren, vårdteamet, organisationen eller samhället i stort. (Grol & Grimshaw, 2003, p. 1226) För att lyckas med implementeringsprocessen behövs en arbetsgrupp samt ledningens stöd för projektet både ekonomiskt och i form av arbetstidsresurser. En fördel är om arbetsgruppen är multiprofessionell. Befintliga kliniska riktlinjer kan med fördel användas om de är välgjorda, men de kräver oftast en lokal förankring. (Willman, et al., 2011, p. 130)

7.3 Resultatet i förhållande till teorin

Vad gäller säkerhetskultur ligger tyngdpunkten inom hälso- och socialvården på vård fel och risksituationer och hantering av dessa utan skuldbeläggning av den enskilda individen. (Reiman, et al., 2009, pp. 63-64) Inom organisationen finns ofta flera olika kulturer

till exempel inom yrkesgrupper och avdelningar. Dessa kulturer kan främja arbetet inom gruppen men medför ofta problem som vid flytt av patienter mellan enheter. (Barnsteiner, 2013, pp. 126-127). ISBAR kan här fungera som en sorts katalysator på grund av sin förenhetligande effekt på kommunikationen, således kan de olika kulturerna existera men risken för att de orsakar avvikelser vid till exempel patientflytt minimeras. Eftersom ISBAR också har en effekt på känslan av legitimitet och uppskattningen av utfört arbete kunde man anta att när kommunikationen mellan enheter och yrkesgrupper sker smidigt ökar känslan av legitimitet, det utförda arbetet uppskattas och samarbetet förbättras. Detta kunde ge en helt annan syn av ”vi”-anda inom hela kliniken, motarbeta en ”vi mot dem” mentalitet. Detta stöds också av slutsatsen att glappen i vårdkedjan som utgörs av patientflytt effektivt täpps till med hjälp av ISBAR.

Med patientsäkerhetskultur förstår man ett systematiskt och planerligt sätt att verka som gynnar patientvården samt ledarskap, värderingar och attityder som stöder detta. (THL, 2011, p. 14) I den induktiva analysen hittas under temat ”säker vård” kategorin säkerhet som byggs upp av meningsenheter som ”bättre säkerhetsklimat”, ”bättre säkerhetskultur”, ”icke anklagande kultur”, ”bättre upplevd säkerhet”, ”positivare säkerhetsuppfattning”, ”minskad risk för avvikelser” och ”avvikelseantal oförändrat”. I den deduktiva analysen steg en förbättrad säkerhetskultur fram i flera studier, bland annat Becket & Kipnis (2009) påvisade signifikanta förbättringar vad gäller följandet av riktlinjer, hantering av avvikelser och organisationens insats för säkerheten. Ser man detta i samband med temat förbättrad rapportstruktur och förbättrade arbetsförhållanden kan man konstatera att ISBAR är ett verktyg som rätt använt kan främja patientsäkerhetskulturen.

Ofta ses utvecklingen av säkerhet som en ökad standardisering och automatisering. Vilket i sig fyller en funktion inom vården som i sig självt är ostrukturerad. (Vincent, 2010, p. 138) Det kom dock fram i båda analyserna att vårdpersonalen upplever standardiseringen som något negativt, ett hot mot den egna yrkesidentiteten. Detta överväger dock inte de positiva effekterna införandet av ISBAR har på både rapporteringen och den kliniska verkligheten. Ser man ISBAR ur systemsäkerhets perspektiv kan man göra det på fler sätt, man kan ta ISBAR som ett konkret verktyg en säkerhets barriär, en metod för att motverka missar i rapporteringen. Problemet med barriärer enligt Reason är att de inte är

intakta utan innehåller både aktiva fel och latent tillstånd. När det gäller konkreta modeller för verksamhet som ISBAR kan de aktiva felen som sker vid frontlinjen vara till exempel att kommunikationsmodellen inte följs och därmed kan fel på grund av bristfällig kommunikation ske. Latenta fel vad gäller ISBAR specifikt kan bestå av strukturell fel i modellen som introducerats på enheterna. Dessa kan figurera en längre tid obemärkta tills det vid någon specifik situation leder till att relevant information gått förlorad.

Vill man se på det ur ett lite vidare perspektiv kan man beakta de olika systemfaktorerna vårdåtgärdernas natur, arbetsteamet, omgivningen och organisationskontext. Alla dessa faktorer påverkas av implementeringen av ISBAR enligt resultatet från denna litteraturstudie. Vårdåtgärderna påverkas positivt, de blir effektivare och säkrare. Arbetsteamet blir mer sammansvetsat genom att teamarbetet blir bättre, kommunikationen fungerar och kulturskillnader elimineras. Omgivningen påverkas även den positivt genom att samarbetet fungerar även mellan enheter och yrkesgrupper samt det faktum att avvikelserapporter behandlas effektivare kan medföra att eventuella olägenheter i den fysiska omgivningen också åtgärdas. Omgivningen påverkas också positivt i och med att uppskattningen av utfört arbete ökar och en ökad känsla av legitimitet uppstår, på detta sätt ökar en ömsesidig respekt hos olika yrkesgrupper och kan ge positiva effekter på rent praktiska problem som utnyttjandet av olika fysiska utrymmen.

Vi är alla mer formbara än vi tror och i viss mån utvecklar vi bra eller dåliga vanor utgående från det etiska synsätt som omger oss. (Vincent, 2010, p. 123) Det här är något vi borde ta vara på när ISBAR implementeras. Vi bör kunna motivera ibruktagandet av ISBAR som verktyg och klargöra dess effekter. Lyckas vi få ISBAR accepterat som en effektiv barriär i systemet kan vi få stora delar av personalen att omfatta detta och utveckla goda kommunikationsvanor som är etiskt hållbara. Vi måste förstå att individen i systemet har ett personligt ansvar, det finns en gräns för vad man kan styra genom regler och riktlinjer. I slutändan är det trots allt den enskilda individen som måste ta ansvar för sitt eget agerande. Vi kan ge förutsättningarna för en lyckad kommunikation i form av en effektiv implementering av ISBAR, men vid frontlinjen kan vi inte övervaka att detta följs till punkt och pricka. Det som också bör komma ihåg är att ISBAR är ett verktyg uppbyggt för att förebygga människans tillkortakommanden tillika som det är beroende av människan för att kunna användas effektivt. (Joffe, et al., 2013, p. 500)

8 KRITISK GRANSKNING

Arbetet är gjort enligt god vetenskaplig praxis i studier vid Arcada (Arcada, 2007) samt Forskningsetiska delegationens anvisningar. (Forskningsetiska delegationen, 2013) och denna kritiska granskning görs utgående från giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, pp. 169-170)

Ett resultat kan anses giltigt om det lyfter fram det som är typiskt eller representativt för det som var avsett att beskrivas. Detta betyder att koder och kategorier överensstämmer med textens innehåll samt att benämningar och tolkningar är rimliga och trovärdiga. (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, p. 169) Syftet med detta arbete var att undersöka effekterna av implementeringen av ISBAR. Resultatet av de båda analyserna stöder varandra och överensstämmer också med bakgrundsmaterialet. Resultatet bekräftade ur olika vinklar de effekter som antagits att ISBAR har, förbättrad kommunikation. Utöver detta lyftes ytterligare effekter som är mer indirekta fram som till exempel ett förbättrat samarbete. Inklusionskriterierna i detta arbete är ganska snäva och det har varit ett medvetet val. I studien inkluderades endast ISBAR baserade studier som hade en tydlig koppling till den kliniska verkligheten. Detta medförde att materialet inte blev så stort. En hel del studier är gjorda bland vård- och läkarstuderande men dessa saknade kopplingen till den kliniska verkligheten. Koderna och kategorierna i den induktiva analysen stämmer överens med innehållet i materialet och benämningarna och tolkningarna är rimliga och trovärdiga. De bekräftas också av resultatet i den deduktiva analysen. I analysen av materialet har meningsenheter presenteras för att läsaren själv skall kunna bilda sig en uppfattning om trovärdigheten i tolkningarna.

Vad gäller tillförlitligheten kunde analysen ha fått ytterligare djup om den gjorts av två av varandra oberoende personer. Eftersom jag gjort detta arbete ensam har jag istället gjort den induktiva analysen i omgångar för att se om innehållet och betydelsen hållits konstant samt gjort också en deduktiv analys som visade sig vara samstämmig med den induktiva. Resultatet av analysen präglas av att jag själv arbetar inom vården och ser de beskrivna fenomenen i det dagliga arbetet. Materialurval och analysprocesser är beskrivna så utförligt som möjligt med text och tabeller för att göra det möjligt att gå tillbaka till källorna och upprepa sökningar och analyser. Analyserna i detta arbete håller sig nära det

konkreta och ursprungliga innehållet i materialet och är utförda utgående från författarens erfarenhet och kunskap.

Materialet i denna litteraturstudie består av 15 artiklar. Kvaliteten på artiklarna är av hög eller medelgod nivå och den totala evidens styrkan kan ses som måttlig med dragning mot låg. Detta beror på att utfallsmåtten i studien är väldigt heterogena. Det som förekommer i många studier är mätning av antal kommunicerad kritisk data, så vad gäller förbättringen av just det utfallsmåttet kan man se det som rätt så tillförlitligt. Men även i det fallet bör en viss försiktighet vidtas eftersom alla forskargrupper utvecklat sina egna mätinstrument utgående från ISBAR. Respondenterna i de olika studierna är sjukskötare, läkare eller vårdenheter i olika kombinationer vilket påverkar överförbarheten, detta bör uppmärksammas vid användning av resultatet. Studierna är till största delen gjorda i USA och Australien men även Europa och Skandinavien finns representerade. Överlag kan konstateras att ett visst mått av försiktighet är att rekommendera vid användning av resultatet.

Vid utformning av rekommendationer på basen av detta material bör den totala evidensstyrkan beaktas och speciellt det faktum att den måttliga nivån nåddes med liten marginal. Framtida studier kommer högst sannolikt att ha effekt på detta resultat. Om forskning med homogena utfallsmått fanns tillhanda kunde en meta-analys eller metasyntes göras och ett resultat med högre evidensgrad fås.

På basen av resultatet från denna systematiska litteraturstudie kan implementeringen av ISBAR effektiveras. Evidensunderlag för att ISBAR är ett effektivt och enkelt verktyg med övergripande positiva effekter kan tolkas ur resultatet. Genom en lyckad implementering av ISBAR kunde omfattande förbättringar i samarbetet och välbefinnandet hos personalen inom kvinnokliniken uppnås med eventuella positiva ekonomiska effekter. Även positiva effekter på patientvården kunde uppnås.

KÄLLOR

Andreoli, A. o.a., 2010. Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams. *Healthcare Quarterly*, 13(Special Issue September), pp. 94-101.

Arcada, 2007. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*, Helsingfors: Arcada bibliotek.

Balshem, H. o.a., 2011. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), pp. 401-406.

Barnsteiner, J., 2013. Säker vård. i: G. Sherwood & B. Jane, red. *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad - sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur, p. 353.

Beckett, C. & Kipnis, G., 2009. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), pp. 19-28.

Boaro, N. o.a., 2010. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), pp. 111-114.

Chin, G. S. M., Warren, N., Kornman, L. & Cameron, P., 2012. Transferring responsibility and accountability in maternity care: clinicians defining their boundaries of practice in relation to clinical handover. *BMJ Open*, Volym 2.

Cornell, P., Townsend Gervis, M. Y. L. & Vardaman, J., 2013. Improving Shift Report Focus and Consistency With the Situation, Background, Assessment, Recommendation Protocol. *The Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), pp. 422-428.

Cunningham, N. o.a., 2012. Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. *Postgraduate Medical Journal*, Issue 88, pp. 619-626.

Curtis, K. & Tzannes, A., 2011. How to talk to doctors - a guide for effective communication. *International Nursing Review*, Issue 58, pp. 13-20.

De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. & Van Bogaert, P., 2013. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, Volym 84, pp. 1192-1196.

Dekker, S., 2007a. *Just Culture*. 4th red. Farnham: Ashgate publishing Limited.

Dekker, S., 2007b. Skuld-en individuell handling eller indirekt konsekvens. i: *I rättvisans namn. Ansvarm skuld och säkerhet i vården*. Stockholm: Liber AB, p. 343.

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, 2010. *Verksamhetsprogram för vårdarbetet för åren 2010-2015*. Åbo: Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt.

Field, T. o.a., 2011. Randomized Trial of Warfarin Communication Protocol for Nursing Homes: an SBAR-based Approach. *The American Journal of Medicine*, 124(2), pp. 179.e1-179.e7.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3 red. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

Forskningsetiska delegationen, 2013. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2012*, Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.

Grol, R. & Grimshaw, J., 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, Volym 362, pp. 1225-30.

Hautaniemi, S., Klemetti, S. & Ervast, M., 2013. *Raportoinnin tarkistuskortti ISBAR-kysely*, Turku: VSSHP, Hoitotyön asiantuntijat. Tillgänglig via författarna.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P., 2012. *Potilasturvallisuus*. Helsinki: Fioca Oy.

Joffe, E. T. J. o.a., 2013. Evaluation of a Problem-Specific SBAR Tool to Improve After-Hours Nurse-Physician Communication: A Randomized Trial. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(11), pp. 495-501.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. red., 2009. *Potilasturvallisuus ensin, Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kondracki, N., Wellman, N. & Amundson, D., 2002. Content Analysis: Review of Methods and Their Applications in Nutrition Education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), pp. 224-230.

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*, Issue 13, pp. 85-90.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., 2008. Kvalitativ innehållsanalys. i: M. Granskär & B. Höglund-Nielsen, red. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur, p. 210.

Marshall, S., Harrison, J. & B, F., 2008. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality & Safety in Health Care*, Volym 000, pp. 1-5.

McCrorry, M. o.a., 2012. "ABC-SBAR" Training Improves Simulated Critical Patient Hand-Off by Pediatric Interns. *Pediatric Emergency Care*, 28(6), pp. 538-543.

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M. & Fetherston, C., 2010. Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, Issue 19, pp. 2580-2589.

Pettker, C. M. & Funai, E. F., 2011. Managing obstetric risk: Is your L&D team ready?. *Contemporary OB/Gyn*, Issue February.

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P., 2008. *Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa*, Esbo: VTT Technical Research Centre of Finland.

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

Reason, J., 1995. Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, Volym 4, pp. 80-89.

Reason, J., 2000. Human error: models and management. *British Medical Journal* , Issue 320, pp. 768-770.

Reason, J., 2007. Individ- och systemmodeller för felhandlingar-att skapa rätt balans i hälso- och sjukvården. i: S. Ödegård, red. *I rättvisans namn. Ansvar, skuld och säkerhet i vården*. Stockholm: Liber AB, p. 343.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P., 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. i: M. Kinnunen & K. Peltomaa, red. *Potilasturvallisuus ensin*. Helsingfors: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, p. 194.

Renz, S. o.a., 2013. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing*, Volym 34, pp. 295-301.

Sairaanhoitajaliitto, 2014. *Potilasturvallisuus*. [Online] Available at: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/ [Använd 20 3 2014].

Sherwood, G. & Barnsteiner, J., 2013. *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad*. 1:1 red. Lund: Studentlitteratur.

Siemsen Dyrholm, I. M. o.a., 2012. Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. *Scandinavian Journal of Public Health*, Issue 40, pp. 439-448.

Sjuksköterskeförbundet, 2012. *ISBAR-säkrare kommunikation vid rapportering om patienter*. [Online] Available at: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/ [Använd 24 3 2012].

Telem, D. o.a., 2011. Integration of a Formalized Handoff System Into the Surgical Curriculum. *Archives of Surgery*, 146(1), pp. 89-93.

Tewes, M., Liu, M. & Treat, R., 2012. Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) and Emergency Medicine Residents' Learning of Case

presentation skills. *Journal of Graduate Medical Education*, Issue september, pp. 370-373.

THL, 2011. *Potilasturvallisuusopas*. Helsingfors: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Thompson, J. o.a., 2011. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*, Issue 87, pp. 340-344.

Townsend-Gervis, M., Cornell, P. & Vardaman, J., 2014. Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-admissions and Improve Some Patient Outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, pp. 1-12.

Vardaman, J. M. o.a., 2012. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*, 37(1), pp. 88-97.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety , 2007. *Communication During Patient Hand-overs- Patient Safety Solutions*. [Online] Available at: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1> [Använd 15 2 2014].

WHO, Fifty-fifth world health assembly, 2002. *WHO*. [Online] Available at: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1 [Använd 15 2 2014].

Willman, A., Stoltz, p. & Bahtsevani, C., 2011. *Evidensbasera omvårdnad, En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. 3 red. Lund: Studentlitteratur AB.

Vincent, C., 2010. *Patient Safety*. 2 red. Hoboken(NJ): wiley-Blackwell.

BILAGOR

Bilaga 1

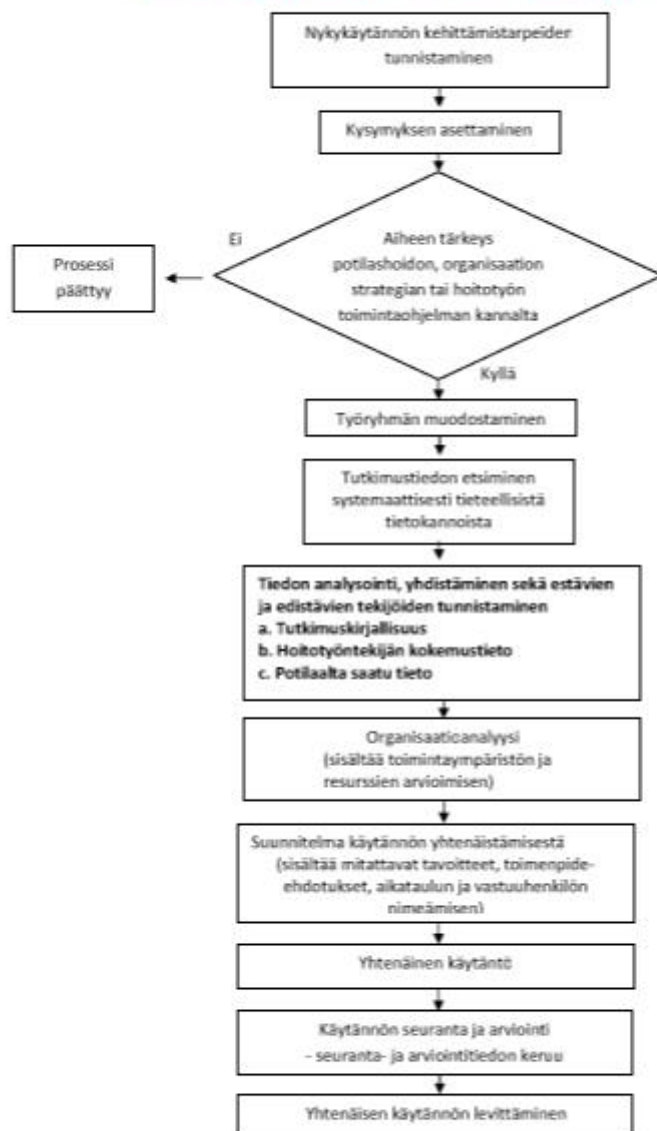
OBST 2013	
Raportoinnin tarkistuskortti	
Tunnista	nimesi, ammatti, yksikkö potilaan nimi, (ht) ikä, G, P, Rv
Tilanne	tulosyy/syy raportointiin annettu hoito tehdyt toimenpiteet tutkimukset
Tausta	raskaus/synnytys eristys: <u>kyllä/ei</u> perussairaudet kotilääkitys allergiat HAL, tupakointi erityishuomiot
Nykytilanne	vointi kiireellisyys
	sikiö/vauva - erityisseuranta - imetys
Tarkista	määräykset onko kysyttävää?

OBST
Hyödyllisiä puhelinnumeroita
GYN päiv 30360
Gyn päiv sh 30485
Leikk päiv sh 30161
Anest lääk 52968
Anest sh 30361
Instrumenttih 30161 tai 35161
Lastenlääkäri 51481
Elvytysryhmä 31440
Verikeskus 32910
U-lab 31931
A-lab 31930
Keittiö 31153 tai 31151
Maitokeskus 32405 tai 52405
Siirtopuhelin 38360
U-neuvonta/vahtimestari 31175
Lähetti 51880
Psyk sh/HAL 32697
DiabHoit 33664
Laitosh (ÄPKL,SSALI) 35082 38163 (klo 10-18)
Kromosomilab 0-3337233
DNALab 0-3337458 tso 0-3337451
Sos.työnt. 31302

Bilaga 2

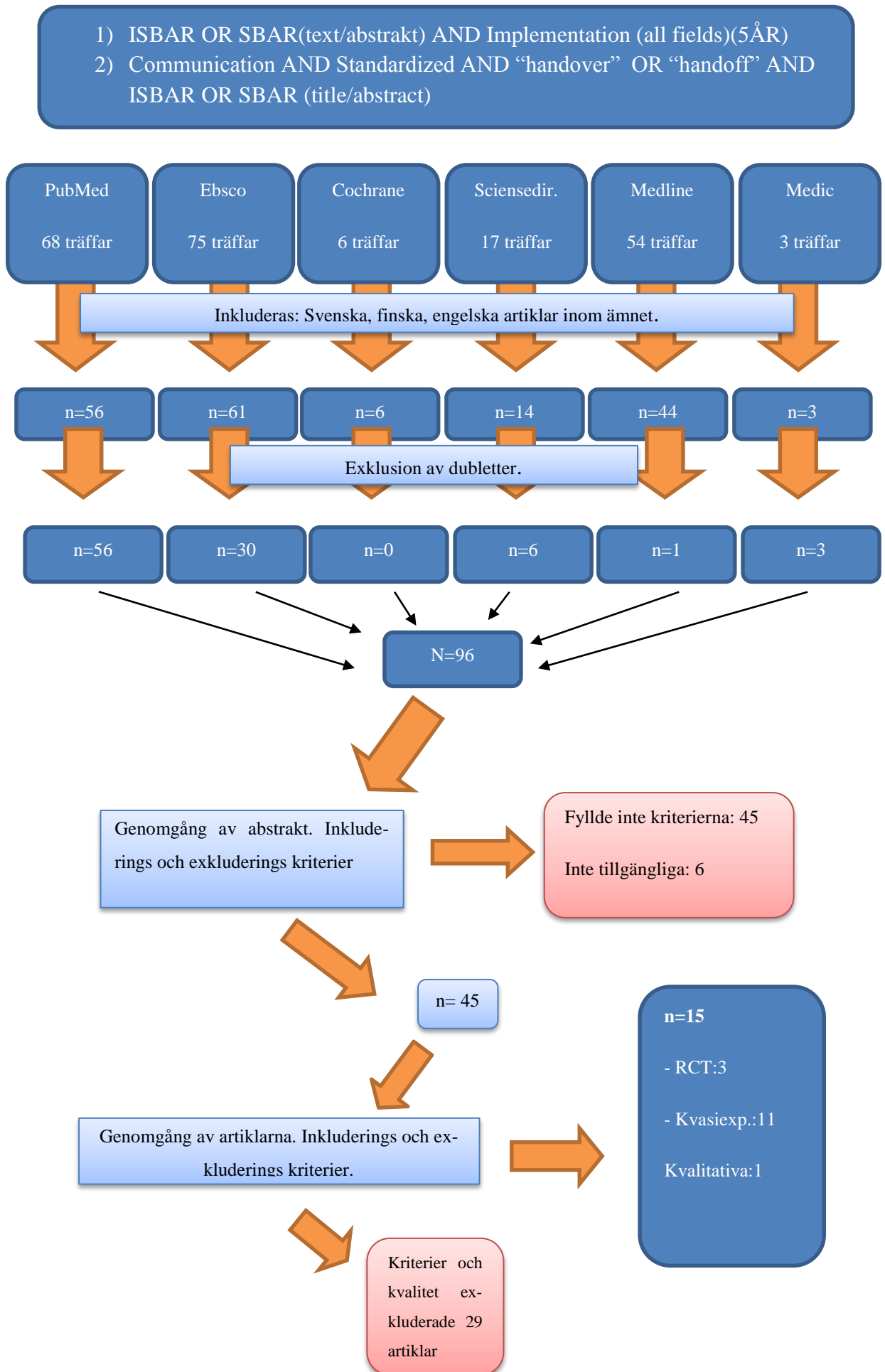
VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPILVI
Egentliga Finlands sjukvårdsstyrelsen

Toimintamalli näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen kehittämiseen



Lähteet: Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli (mukailltu) Holopainen ym. 2010 (Hotus), Rosswurm ja Larrabee 1999, Titler ym. 2001, Stevens 2004, Holopainen ym. 2010. 2.10.2013, työryhmiä: M. Välimäki, A. Pekonen, M. Nummelin, H. Laine, T. Hassinen & S. Eloranta, VSSH 19.3.2014.

Bilaga 3



Bilaga 4

Bilaga 3. Formulär enligt Forsberg & Wengström

Checklista för kvantitativa artiklar

– RCT (randomiserade kontrollerade studier)*

A. Syftet med studien?

.....
.....

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Ja · Nej ·

Är designen lämplig utifrån syftet?

Ja · Nej ·

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

.....

Vilka är exklusionskriterierna?

.....

Är undersökningsgruppen representativ?

Ja · Nej ·

Var genomfördes undersökningen?

.....

När genomfördes undersökningen?

.....

Är powerberäkning gjord?

Ja · Nej ·

Vilket antal krävdes i varje grupp?

.....

Vilket antal inkluderades i experimentgrupp (EG) respektive
kontrollgrupp (KG)?

EG = KG =

Var gruppstorleken adekvat?

Ja · Nej ·

* Modifierad efter RCN. The management of patients with venous leg ulcers. Centre for Evidensbased Nursing, University of York and School of Nursing, Midwifery and Health visiting, University of Manchester, 1998.

C. Interventionen

Mål med interventionen?

.....
.....

Vad innehöll interventionen?

.....

Vem genomförde interventionen?

.....

Hur ofta gavs interventionen?

.....

Hur behandlades kontrollgruppen?

.....

D. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

.....

Var reliabiliteten beräknad?

Ja · Nej ·

Var validiteten diskuterad?

Ja · Nej ·

E. Analys

Var demografiska data liknande i EG och KG?

Ja · Nej ·

Om nej, vilka skillnader fanns?

.....

Hur stort var bortfallet?

.....
Kan bortfallet accepteras?

.....
Var den statistiska analysen lämplig?

Ja · Nej ·

Om nej, varför inte?

.....
Vilka var huvudresultaten?

.....
Erhölls signifikanta skillnader mellan EG och KG?

Ja · Nej ·

Om ja, vilka variabler?

.....
Vilka slutsatser drar författaren?

.....
Instämmer du?

Ja · Nej ·

F. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja · Nej ·

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja · Nej ·

Överväger nyttan av interventionen ev. risker?

Ja · Nej ·

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

Ja · Nej ·

Motivera varför eller varför inte!

.....

*Checklista för kvantitativa artiklar
– kvasi-experimentella studier**

A. Syftet med studien?

.....
.....

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Ja · Nej ·

Är designen lämplig utifrån syftet?

Ja · Nej ·

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

.....

Vilka är exklusionskriterierna?

.....

Vilken urvalsmetod användes?

- Randomiserat urval
- Obundet slumpmässigt urval
- Kvoturval
- Klusterurval
- Konsekutivt urval
- Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ?

Ja · Nej ·

Var genomfördes undersökningen?

.....

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

.....

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

.....
.....

* Modifierad efter RCN. The management of patients with venous leg ulcers. Centre for Evidensbased Nursing, University of York and School of Nursing, Midwifery and Health visiting, University of Manchester, 1998.

Var reliabiliteten beräknad?

Ja · Nej ·

Var validiteten diskuterad?

Ja · Nej ·

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

Ja · Nej ·

Om nej, vilka skillnader fanns?

.....

Hur stort var bortfallet?

.....

Fanns en bortfallsanalys?

Ja · Nej ·

Var den statistiska analysen lämplig?

Ja · Nej ·

Om nej, varför inte?

.....

Vilka var huvudresultaten?

.....
.....

Erhölls signifikanta skillnader?

Ja · Nej ·

Om ja, vilka variabler?

.....

Vilka slutsatser drar författaren?

.....
.....

Instämmer du?

Ja · Nej ·

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population?

Ja · Nej ·

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja · Nej ·

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

Ja · Nej ·

Motivera varför eller varför inte!

.....
.....

*Checklista för kvalitativa artiklar**

A. Syftet med studien?

.....
.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja · Nej ·

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja · Nej ·

Var genomfördes undersökningen?

.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....

Vilken urvalsmetod användes?

· Strategiskt urval

· Snöbollsurval

· Teoretiskt urval

· Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....

.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja · Nej ·

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket

sammanhang skedde datainsamling)?

Ja · Nej ·

* C. Forsberg & Y. Wengström, 2003.

Beskriv:

.....
.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

.....

Ange datainsamlingsmetod:

- ostrukturerade intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video-/bandinspelning
- skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja · Nej ·

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

.....

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....
.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja · Nej ·

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja · Nej ·

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja · Nej ·

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja · Nej ·

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja · Nej ·

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja · Nej ·

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja · Nej ·

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja · Nej ·

Har resultaten klinisk relevans?

Ja · Nej ·

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja · Nej ·

Finns risk för bias?

Ja · Nej ·

Vilken slutsats drar författaren?

.....
.....

Håller du med om slutsatserna?

Ja · Nej ·

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas?

Ja · Nej ·

Bilaga 5

Menings enheter	Kondenserade enheter	Koder	Under kategori	Kategori	Tema
förbättring i antalet kommunicerad kritik data	Större antal kommunicerad data	Bättre kommunikationsinnehåll	Förbättrad kritisk datamängd	Datamängd	Förbättrat rapportinnehåll
ökat antal kommunicerad kärndata	Ökat antal kritisk data	Bättre kommunikationsinnehåll			
ingen förändring i antalet kommunicerad kritik data	Antal kritisk data oförändrad	Oförändrat kommunikationsinnehåll	Oförändrad kritisk datamängd		
lägre frekvens i rapportering av bakgrund	Sämre rapportering av bakgrund	Försämrat kommunikationsinnehåll			
inga förbättringar i antalet presenterad kritik data	Kritisk datamängd oförändrad	Oförändrat kommunikationsinnehåll	Innehålls relevans		
ssk bättre förberedda inför rapport till läkare	rapporten bättre förberedd	Bättre kommunikationsinnehåll			
ssk gav adekvat information	Adekvat information	Bättre kommunikationsinnehåll			
förbättrade data "insamlingen"	Bättre datainsamling	Bättre kommunikationsinnehåll	Ökad innehålls kvalitet		
förbättringar i kvaliteten på kritisk data rapporterad	Bättre data kvalitet	Bättre kommunikationskvalitet			
förbättrat innehåll i rapporten	Bättre innehåll	Bättre kommunikationsinnehåll			
ger överensstämmelse	Förbättrad rapport kvalitet	Bättre kommunikationskvalitet			
ger större exakthet	Ökad exakthet	Bättre kommunikationsinnehåll			
ger förståelser	Ökad förståelse	Bättre kommunikationsstruktur			
bättre kvalitet på given rapport	Ökad rapportkvalitet	Bättre kommunikationsinnehåll			
Identifierar saknad information	Bättre innehåll i rapporten	Bättre kommunikationsinnehåll			
ökar priorisering	priorisering	Bättre kommunikationsinnehåll			

kvaliteten på ssk kommunikation förbättrades	Ökad kommunikationskvalitet	Bättre kommunikationsstil	Förbättrad allmän kommunikationskvalitet	Innehåll	
positiva förändringar inom kommunikationen	Bättre kommunikation	Bättre kommunikation			
förbättringar inom kommunikation	Bättre kommunikation	Bättre kommunikation			
ssk upplevde kommunikationen bättre	upplevd bättre kommunikation	Bättre kommunikation			
förbättrade rapporteringen	Bättre rapportering	Bättre kommunikation			
gjorde kommunikationen säkrare	Säkrare kommunikation	Säkrare kommunikation			
positiv kommunikation	Positivare kommunikation	Bättre kommunikationsstil	Sätt att kommunicera	Struktur	Förbättrad rapportstruktur
förbättrad öppenhet i kommunikationen	Öppnare kommunikation	Bättre kommunikationsinnehåll			
ökad verbal kommunikation	Ökad verbal kommunikation	Bättre kommunikationsstil			
telefon och personrapporter förbättrades	Bättre muntlig rapportering	Bättre kommunikationsstruktur	Bättre struktur i kommunikationen		
ger struktur	Bättre kommunikationsstruktur	Bättre kommunikationsstruktur			
bättre struktur och innehåll	Bättre struktur	Bättre kommunikationsstruktur			
förbättra rapportmekanismen	Bättre rapportmekanismer	Bättre kommunikationsstruktur			
förbättrad timing/priorisering av innehållet	Bättre prioritering av innehållet	Bättre kommunikationsstruktur			
förkortade tiden till kritisk information	Kritisk information tidigare	Bättre kommunikationsstruktur			
ssk formulerar bättre rekommendationer på basen av solida bedömningar	bättre rekommendationer	Bättre kommunikationsstruktur			
förbättrade och effektiviserade interprofessionella kommunikationen	effektiverad kommunikation	Bättre kommunikationsstruktur			

underlättar utvecklingen av scheman	Utvecklar scheman	Schema utveckling	Kommunikations effektivitet	Samhörighet	
positiv effekt på schema konstruktion (beslutsfattandet)	Schema konstruktion	Schema konstruktion			
Ökad tid spenderad på rapportspecifika uppgifter	Mer tid för rapportspecifika uppgifter	Satsning på rapportspecifika uppgifter			
förbättrade effektiviteten i rapporten	Kommunikationen effektivare	Bättre kommunikationsstruktur			
effektivare kommunikation	Effektivare kommunikation	Bättre kommunikationsstruktur			
precisionen i rapporten mellan grupper förbättrades	Precisionen förbättrades mellan grupper	Bättre samarbete mellan enheter	Samarbetet mellan enheter		
förbättrat samarbete mellan enheter	Ökat samarbete mellan enheter	Samarbete mellan enheter			
förbättrade och effektiviserade interprofessionella samarbetet	effektiverat samarbete	Samarbete mellan enheter			
förbättring i precisionen i rapporten inom gruppen	Precisionen förbättrades inom grupper	Bättre samarbete inom enheter	Samarbetet inom enheter		
ssk upplevde samarbetet bättre	upplevt samarbete bättre	Samarbete inom enheter			
förbättringar inom teamarbete	teamarbete och	Samarbete inom enheter			
förbättrad kommunikation och samarbete	Ökat teamarbete	Bättre samarbete inom enheter			
positiva förändringar inom teamprocesser	Positivt utvecklade teamprocesser	Ökat samarbete inom enheter			
förbättrat teamarbete inom enheterna	bättre teamarbete inom enheterna	Bättre samarbete inom enheter			
överbyggde glapp beroende av kommunikationsstilar	Förenhetligade kommunikationsstilar	Bättre kommunikationsstil			
tillhörighet	Tillhörighet	Tillhörighet	Överbygger kulturskillnader		
förbättrat samarbete	Samarbete	Ökat samarbete			
socialt kapital	Socialt kapital	Socialt kapital			

förbättrat säkerhetsklimat	Bättre säkerhetsklimat	Positivare säkerhetskultur	Säkerhetskulturen bättre	Säkerhet			
patienterna upplevde förbättrat säkerhetsklimat	Bättre säkerhetsklimat	Positivare säkerhetskultur					
förbättringar inom säkerhetsklimat kan ses	säkerhetsklimat	Positivare säkerhetskultur					
positiva förändringar inom säkerhetskulturen,	Bättre säkerhetskultur	Positivare säkerhetskultur					
förbättrad icke anklagande respons på avvikelser	Icke anklagande kultur	Positivare säkerhetskultur					
förbättrad patientsäkerhet genom att ssk-läkare kommunikation och samarbetet förbättrades	Ökad patientsäkerhet	Ökad patientsäkerhet					
förbättrad upplevelse av säkerhet	Bättre upplevd säkerhet	Bättre upplevd säkerhet					
betydelsefull förändring i säkerhetsuppfattningen	Positivare säkerhetsuppfattning	Bättre upplevd säkerhet					
kommunikationsrelaterade avvikelserapporter minskade	Färre kommunikationsrelaterade avvikelserapporter	Minskat antal avvikelserapporter	Positiv effekt på avvikelser				
förbättrad feedback och kommunikation om avvikelser	Ökad respons på avvikelser	Förbättrad avvikelser hantering					
minskar risken för avvikelser (då ordinationerna korrekta)	Minskar risk för avvikelser	Avvikelse-risken mindre					
warfarin relaterade avvikelserna minskade	Minskat antal avvikelser	Minskat antal avvikelser					
ingen skillnad i rapporterade antal vårdavvikelser	Avvikelseantal oförändrat	Oförändrat avvikelseantal	Ingen effekt på avvikelser				
antal allvarliga fallskador minskade	Minskat antal allvarliga fallskador	Förbättrad patientvård	Säkrare vård			Vårdkvalitet	Kvalitativ vård
antalet förflyttningar till intensivvård ökade	Ökat antal till intensivvård	Förbättrad patientvård					

antalet oväntade dödsfall minskade	färre oväntade dödsfall	Förbättrad patientvård	Kvalitet på vården		
ökade tiden med INR på terapeutisk nivå	Ökad vårdkvalitet	Förbättrad patientvård			
minskad återinskrivning	Minskad återinskrivning	Bättre patientvård			
ordinationsfelen minskade	Mindre ordinationsfel	Bättre patientvård			
förbättrade vårdprocedurer (Foley)	Bättre vårdprocedurer	Bättre patientvård			
förbättrar patientvården	Bättre vård	Bättre patientvård			
trend mot förbättrade patienttillfredsställelse	Ökad patienttillfredsställelse	Bättre patientvård			
mental modell för patientevaluering	Mental modell	Bättre patientvård			
ökar produktiviteten	Ökad produktivitet	Bättre patientvård			
förbättrad rapportering och förflyttning	Rapportering och förflyttning smidigare	Smidigare patientflöde			
förbättrad bemanning	Ökad bemanning	Bättre personalresurser	Värdeeffektivitet		
förbättringar i tillfredsställelse och samarbete	Ökat samarbete och bättre tillfredsställelse	Ökat välbefinnande			
ssk nöjdare med kommunikationen	Tillfreds med kommunikationen	Ökad tillfredsställelse			
förbättring oberoende av erfarenhet	Eliminerade erfarenhet som faktor	Jämlikhet	Välstånd på arbetsplatsen	Nöjd personal	Förbättrade arbetsförhållanden
upplevd uppskattning som professionell ssk	Professionell uppskattning	Jämlikhet			
tillåtande miljö	Tillåtande miljö	Jämlikhet			
underlättar integrationen i teamet	Bättre integration	Jämlikhet			
ger alla ssk möjlighet att ge lika god rapport, oberoende av erfarenhet	God rapport oberoende av arbetserfarenhet	Alla är likvärdiga			
förbättrad självkänsla	Ökad självkänsla	Självsäkerhet	Personlig ut-	Kunskapsresurser	

förbättrade självsäkerheten	Självsäkerhet	Självsäkerhet		Organisatorisk effekt
aktualiserar beslutsfattandet	Aktualiserar beslutsfattande	Självsäkerhet		
känsla av legitimitet	Känsla av legitimitet	Självsäkerhet		
ger trovärdighet (åt ssk)	Trovärdighet	Självsäkerhet		
förbättrade de egna kunskaperna	Ökad kunskap	Ökad kunskap	Kompetensutveckling	
SBAR användes för att förebygga fall, som debriefing och för att diskutera förändringar i teamprocesser	SBAR används universellt som processverktyg	Utveckling av processer		
förbättrat organisatoriskt lärande	Förbättrat organisatoriskt lärande	Ökat organisatoriskt lärande		
positiva effekter utöver kommunikationen	Positiva effekter utöver kommunikation	Positiva tilläggseffekter		
negativ upplevelse av paradigmskifte	Negativt upplevda förändringar	Negativt upplevt lärande	Resursanvändning	
oförändrad total rapporteringstid	Tidsneutral	Tidsneutral		
förkortade tiden för given relevant information	Tidseffektiv för relevant information	Tidseffektiv		
förbättrade varken innehållet eller durationen på rapporten	Ingen tidspåverkan	Tidsneutral		
tidsneutral	Tidsneutral	Tidsneutral		
förlängde totaltiden	Ökad duration	Negativ tidseffekt		
positiva ekonomiska följder	Ekonomisk effekt	Ekonomisk betydelse		
ekonomisk betydelse	Ekonomisk betydelse	Ekonomisk betydelse	Ekonomisk effekt	