

Implementering av SBAR - vägen till gemensamt lärande

Studie av implementering av SBAR på en kardiologisk vårdavdelning

Alicja Korszunowa

Examensarbete 30 hp, masteruppsats

Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa, vård och omsorg

Jönköping, juni 2012

Handledare: Karin Havemose, Universitetslektor
Lena Sharp, Med. Dr.

Examinator: Boel Andersson-Gäre, Professor

Sammanfattning

Bakgrund: Bristande kommunikation och informationsöverföring är huvudorsaken till uppkomsten av vårdskador i hälso- och sjukvården. Komplexiteten i hälso- och sjukvårds organisation i kombination med den mänskliga faktorn ställer krav på struktur i kommunikationen med hjälp av standardisering. En utmaning för hälso- och sjukvården är att implementera och studera standardiserade kommunikationsmetoder och studera effekten på patientsäkerhet och arbetsmiljö. SBAR (Situation-Bakgrund-Aktuell Status-Rekommendation) är en kunskapsbaserad kommunikationsmetod, utvecklad för överföring av kritisk information i komplexa arbetssituationer. Metoden hjälper till att skapa den struktur och förutsägbarhet som krävs för effektiv kommunikation i komplexa arbetssituationer såväl under normala förhållanden som under stress.

Syfte: Att studera implementering av SBAR på en kardiologisk vårdavdelning med fokus på strategier som kan underlätta processen.

Metod: Studien är en kvalitativ intervjustudie med analytisk ansats. Den baseras på tio intervjuer med sjuksköterskor och läkare som arbetar på vårdavdelningen. Dessutom har en kvantitativ basundersökning om samarbets- och säkerhetsklimatet (enligt Safety Attitude Questionnaire) och kommunikationen genomförts under implementeringen, mars 2011-december 2011.

Resultat: På vårdavdelningen har ca 95 % av sjuksköterskor och ca 70 % av läkare har fått utbildning i SBAR och flertalet av dessa har fått repetitionsutbildning. Sjuksköterskorna upplever en förbättring i den intraprofessionella kommunikationen efter att SBAR implementerats. Sjuksköterskorna beskriver att kommunikationen efter implementeringen följer SBAR strukturen i högre utsträckning, den är saklig och mer avgränsad samt innehåller i högre omfattning än tidigare en planering för och uppföljning av patientens vård. Endast enstaka läkare anger att de använder SBAR i den intra- och interprofessionella kommunikationen.

I den kvalitativa studien har såväl strategier som underlättar implementeringen av SBAR som fallgorpar identifierats och beskrivits. De strategier som identifierats handlar om bl.a. ledningsansvar, definiering av ansvar och roller i vård-teamet, skapande av mötesstrukturer för tvärprofessionellt samarbete, kommunikation och helhetssyn, identifiering och förebyggande av hierarkiska strukturer och introducering av förbättringskunskap i projektets genomförande. De fallgorpar som identifierats har att göra med bristande föranalys, otydliga uppdrag, brister i resurser som metodstöd och tid, bemötande av kritiska röster, bristande läkarmedverkan, yttre påverkans faktorer. Resultaten av den kvantitativa enkätundersökningen visade att det inte finns några skillnader mellan läkarnas och sjuksköterskornas uppfattning om säkerhetsklimat eller samarbete och kommunikation med den egna arbetsgruppen. Däremot finns det signifikanta skillnader mellan läkare och sjuksköterskor beträffande det gemensamma samarbetet och kommunikationen där sjuksköterskor uppfattar samarbetet och kommunikationen som mindre väl fungerande (Bilaga 1-3)

Diskussion: Implementeringsprocessen visat sig vara kunskaps- och meningsskapande genom den ovan beskrivna analytiska ansatsen. Resultaten visar att implementeringen av SBAR behöver kompletteras med flera andra åtgärder som kan bidra till att skapa förutsättningar för ökat tvärprofessionellt samarbete och kommunikation. Studien bekräftar det kommunikationsgap som finns mellan sjuksköterskor och läkare och behovet av förståelse för varandras olika roller och ansvar för att kunna skapa en helhetssyn med fokus på patienten i vården. Identifiering och förebyggande av de hierarkiska strukturer samt tydliggörande av innebörden i ledarskapet i vårdteamet har visat sig vara avgörande. Implementering av SBAR är en satsning på en av de viktigaste patientsäkerhetsfrågorna och kräver tydlig och engagerat ledning.

Nyckelord: Förbättringsarbete, SBAR, kommunikation, samarbets- och säkerhetsklimat, förbättringskunskap, lärandeprocesser, patientsäkerhet, ledarskap

Abstract

Background: Poor professional communication and information transfer are main causes for medical error in the health care systems. The complexity in health care organisations in combination with human factors issues raises a demand for structured and standardised communication. One challenge is to implement standardised communication models and study its effect on patient safety and working conditions. SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) is a knowledge based communication model, developed to transfer critical information in complex work environments, both in normal and stressful conditions.

Aim: To study implementation of SBAR on a Cardiology ward with focus on strategies that could facilitate the process.

Method: Ten qualitative interviews with members of staff during the implementation process and quantitative data (130 anonymous questionnaires among staff, Safety Attitude Questionnaire, SAQ, during the implementation of SBAR have been collected (March- December 2011)

Results: 95 % of the nurses and 70 % of the physicians have received SBAR education. In the interviews, the nurses describe an improved intra-professional communication after the implementation of SBAR. The nurses also describe the communication to be more focused on the patients' care, follow the SBAR process. However, only a few physicians explain that they are using SBAR in the intra- and/or inter professional communication.

Strategies (leadership, role definitions within the team, structure for multi-professional cooperation, identification and prevention of hierarchical structures and introduction of improvement knowledge) and hindrances (limited clinical analyses before the project, unclear assignment, limited resources e.g. time and methodology, handling critical voices, limited input from physicians and external impact factors) for implementation of the SBAR model were identified.

The response rate for the baseline SAQ questionnaire was 94 % among nurses and 69% among physicians. No differences were found in nurses and physicians' attitudes on safety climate and teamwork within their own groups. Some significant differences however were found concerning cooperation and communication between the two groups; nurses were less satisfied with cooperation and communication compared to the level of satisfaction in the group of physicians.

Discussion: The implementation process has been meaningful in regards to an increase in knowledge through the analytic outlook of the study. The result indicates that the actual implementing of SBAR requires further steps to create optimal conditions to achieve better results in communication and collaboration in cross-professional teams. The study confirms the communication gap that exist between doctors and nurses and highlights the need for a better understanding of each other's roles and responsibilities, in order to achieve an integral patient-centred approach. It is crucial to identify and to prevent existing structures of hierarchy and to clarify the meaning of leadership within the team. The process of implementing SBAR is an effort to address one of the most important issues in patient safety and requires firm and committed leadership.

Keywords: Quality improvement, SBAR, communication, cooperation- and safety climate, improvement knowledge, learning processes, patient safety, leadership

Innehållsförteckning

Implementering av SBAR = vägen till gemensamt lärande.....	1
Bakgrund.....	1
Kommunikation.....	1
SBAR metoden	2
Studier av effekter av SBAR.....	2
Säkerhetsklimat och säkerhetskultur.....	3
Förbättringskunskap.....	4
Det lokala problemet	4
Avsedd förbättring	6
Frågeställningar.....	6
Metod.....	6
Etiska aspekter	6
Forskningsmiljö	6
Planering och genomförande av förbättringsprojektet	7
SBAR-utbildningens upplägg.....	8
Basmätning av samarbets- och säkerhetsklimat och kommunikation	9
Implementering på M82	10
Planering av studien av implementering, avgränsad till M82	12
Tidplan för studien av implementeringen av SBAR.....	13
Studiedesign.....	13
Metod för utvärdering av förbättringsprojektet	14
Kvalitativa intervjuer med analytisk ansats	14
Intervjumetod.....	14
Identifiering av metaforer – den kritiska granskningen	15
Resultat.....	16
Förbättringsprojektets genomförande med fokus på vårdavdelningen.....	16
Framgångsrika strategier	17
Tydligt ställningstagande och engagerat ledarskap	17
Definition av ansvar och roller, tvärprofessionell mötesstruktur.....	17
Identifiering av hierarkiska strukturer och tydliggörande vem som leder teamet.....	18
Yttre påverkansfaktorer som påverkar samarbete och kommunikation	19
Översyn av den fysiska överrapporteringsmiljön.....	19
SBAR och erfarenhet	19
Förbättringskunskap och implementering	19
Strategier för framtiden.....	20
Fallgropar	20
Bristande föranalys och prioritering.....	20
Ett otydligt uppdrag	21
Bemötande av motstånd och kritiska röster	21
Bakgrunden till skillnader i kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor	22
Vad har vi lärt oss av denna implementering?.....	22
Diskussion.....	23
Sammanfattning.....	23
Resultat av studien.....	23
Relation till annan evidens och tolkning	23
Aktionsforskningen som studiedesign och analytisk intervju	25
Forskningsmetoderna.....	25

Begränsningar.....	26
Slutsatser	26
Bilagor	27
Bilaga 1	27
SAQ enkäten	
Bilaga 2.....	28
Resultat av samarbetsklimatsmätning	28
Bilaga 3.....	29
Resultat av säkerhetsklimatmätning (Safety climate).....	29
Bilaga 4.....	30
Resultat av samarbete och kommunikationsmätning inom och mellan yrkesgrupperna	30
Bilaga 5.....	31
Frågor till djupintervjuer med läkare	31
Bilaga 6.....	32
Frågor till djupintervjuer med sjuksköterskor	32
Bilaga 7.....	33
Kompletterande frågor till den lokala projektgruppen om implementeringsprocessen.....	33
Bilaga 8.....	34
Faktorer som kan påverka validiteten och reliabiliteten i intervjuforskning.....	34
Bilaga 9.....	35
PDSA, fredad överrapportering möjliggör rapport enligt SBAR.....	35
Referenser	36

Bakgrund

Hälso- och sjukvården beskrivs ofta som en komplex och riskfylld vård- och arbetsmiljö, där stora mängder kritisk information överförs mellan olika vårdgivare, patienten och närstående (Leonard et al., 2004, Wallin and Thor, 2008). Patienterna vårdas ofta av ett tvärprofessionellt team, där läkaren och de övriga professioner behöver inta tydliga roller (Leonard et al., 2004). Det kan vara omöjligt för en ensam yrkeskategori eller enskilda medarbetare att ha tillgång till all relevant kunskap och information för att ge optimal vård (Sharp, 2012). Komplexiteten i hälso- och sjukvårdsorganisation i kombination med den mänskliga faktorn ställer krav på struktur i kommunikationen med hjälp av standardisering. Effektiv kommunikation och fungerande teamsamarbete har beskrivits som avgörande för patientsäkerheten (Manser, 2009). Den komplexa miljön förutsätter att enskilda individer, som uppmärksammat risker kan uttrycka sin oro och förmedla den till övriga i teamet oberoende av ställning eller roll (Leonard et al., 2004). Ofta förekommande är att flera aktörer behöver kommunicera om komplicerade och multisjuka patienter som är i behov av helhetssyn och samverkan. Det är avgörande för patientsäkerheten att kommunikationen leder till ett skapande av en gemensam bild och förståelse för patienten och situationen (Wallin and Thor, 2008).

Kommunikation

Kommunikation är en mänsklig förmåga och beskrivs som en komplex social process. Den är mer än bara ren information då den förmedlar känslor och den är meningsskapande. Den kan både vara verbal, uttryckt i ord, meningar, påståenden och icke verbal, uttryckt i ansiktsuttryck, kroppshållning, tonfall och röstläge. Det är viktigt att vara medveten om detta, eftersom kommunikationen kan störas av individers känslomässiga och psykiska tillstånd, t.ex. stress och/eller av omgivande faktorer som t.ex. buller. Kommunikation i sjukvården är oftast muntlig, ansikte mot ansikte men också per telefon och involverar olika yrkeskategorier, patienten och närstående (Norgaard, 2011). Goda kunskaper i kommunikation kan beskrivas som nyckelkompetens för att få samarbetet i ett team att fungera (Sharp, 2012).

Bristande kommunikation och informationsöverföring är huvudorsaken till uppkomsten av vårdskador (Wallin and Thor, 2008, Leonard et al., 2004). I en rapport 2004 beskrevs analys av 2455 tillbud och negativa händelser som lett till vårdskador. Den visade att 70 % av dessa berodde på kommunikationsbrister (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). På Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm är 30 % av alla inrapporterade avvikelser i det IT-baserade avvikelssystemet bedömda som brister i kommunikation och informationsöverföring enligt uppgift från ansvarig kvalitetssamordnare. Orsaker till brister i kommunikation beskrivs som multifaktoriella. Det är t ex faktorer som avsaknad av struktur och standardisering, stress, osäkerhet om vem som har ansvar för patienten, skillnader i status och utbildning, kön, språksvårigheter och kulturella skillnader (Haig et al., 2006, Leonard et al., 2004, Wallin and Thor, 2008, Westfelt et al., 2010). Dessa faktorer samverkar. Sjuksköterskor har t.ex. tillskrivits att vara mer omskrivande, detalj- och ordrika i sin kommunikation. Läkare däremot har en tendens att sammanfatta viktig information i koder, vilket i sig kan innebära ett säkerhetsproblem (Greenfield, 1999, Haig et al., 2006, Wallin and Thor, 2008).

Trots att kunskapsbaserade och beprövade kommunikationsmetoder sedan länge har använts och studerats i andra högriskorganisationer (t.ex. flygtrafik och kärnkraftsindustrin) så är tillämpningen av dessa metoder fortfarande blygsam i hälso- och sjukvårdens organisationer. De ingår oftast inte heller i grundutbildningen för läkare eller sjuksköterskor. En utmaning för hälso- och sjukvården är att ta del av andra högriskorganisationers erfarenhet och vetenskapliga utvärderingar och intensifiera sitt eget arbete med att minska risker för vårdskador som uppkommer i samband med brister i kommunikation (Ardoin and Broussard, 2011). En annan utmaning är att implementera dessa metoder i sin egen verksamhet och studera effekten på patientsä-

kerhet och arbetsmiljö (Haig et al., 2006, Socialstyrelsen, 2009, Wallin and Thor, 2008, Beckett and Kipnis, 2009).

Flera internationella och nationella organisationer (bl.a. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Institute of Healthcare Improvement, Veteran Affairs National Center for Patient Safety i USA, Canadian Patient Safety Institute och Sveriges Kommuner och Landsting) stödjer och rekommenderar införande av SBAR (S-situation, B-bakgrund, A-aktuell status, R-rekommendation). Metoden har införts på bred front i USA och är på frammarsch i den svenska hälso- och sjukvården (Haig et al., 2006, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Wallin and Thor, 2008, Sharp, 2012). Under 2011 antog även Karolinska Universitetssjukhuset verksamhetsmål som inkluderar införandet av SBAR (Kvalitet och patientsäkerhet Karolinska Universitetssjukhuset, 2010).

SBAR metoden

SBAR är en kunskapsbaserad kommunikationsmetod, utvecklad för överföring av kritisk information i komplexa arbetsmiljöer. Den anses skapa den struktur och förutsägbarhet som krävs för effektiv kommunikation i komplexa arbetsmiljöer, såväl under normala förhållanden som under stress (Socialstyrelsen, 2009, Wallin and Thor, 2008).

Metoden har ursprungligen utvecklats av den amerikanska marinen och använts i s.k. högrisk-organisationer som flyget, NASA och kärnkraftsindustrin. SBAR anpassades för första gången till hälso- och sjukvårdens förhållanden av Michael Leonard, patientsäkerhetsansvarig läkare och hans medarbetare på Kaiser Permanente, som är den största icke-vinstdrivande vårdorganisationen i USA, som tillhandahåller hälso- och sjukvård för 8,3 miljoner patienter (Leonard et al. 2004). Metoden har sedan spridits världen över och rekommenderas av SKL (Sveriges kommuner och landsting) för införande i svensk hälso- och sjukvård¹.

En effektiv kommunikation beskrivs som komplett, avgränsad och tydlig. Den har som syfte att fokusera på huvudbudskapet och ska leda till att snabbt och korrekt sätta in mottagaren i en situationsbeskrivning, oavsett komplexiteten i situationen. Kommunikation enligt SBAR innebär att avsändaren ska ha förberett budskapet och tagit reda på alla fakta som kan vara av intresse innan kommunikationsöverföringen. Den kräver full uppmärksamhet av både avsändaren och mottagaren och att kommunikationen sker enligt bestämd ordning. Mottagaren uppmanas att ”kvittera” given information genom att repetera budskapet. Detta ger avsändaren möjlighet att korrigerar felaktigt uppfattad information. Metoden uppmuntrar således till fokusering på sakfrågor, den bidrar till att skapa en gemensam bild av patienten och underlätta för dialog, vilket kan hjälpa till att överbrygga hierarkier (Wallin and Thor, 2008, Haig et al., 2006).

Undersökning av samarbets- och säkerhetsklimatet och kommunikationen rekommenderas av flera forskare i samband med implementering av SBAR. Resultaten kan visa på organisationens styrkor och svagheter och kan vara vägledande i implementeringsprocessen. Uppföljande undersökningar av samarbets- och säkerhetsklimatet och kommunikationen kan användas i pedagogiskt syfte om de återkopplas till organisationen. Det kan också bidra till utvärdering av genomförd implementering över tid. (Leonard et al., 2004, Wallin and Thor, 2008, Westfelt et al., 2010).

Studier av effekter av SBAR

Studierna av effekterna av SBAR har främst visat på effekter på arbetsmiljön med fokus på kommunikation, samarbets- och säkerhetsklimat. Dessa begrepp beskrivs i detalj nedan. Sambanden mellan kommunikation, samarbets- och säkerhetsklimat och patientsäkerhet är svåra att mäta och saknas ännu mätmetoder. (Leonard et al., 2004). Ett sätt att undersöka sambanden skulle kunna vara att samtliga inrapporterade risker, tillbud och negativa händelser analyseras och att man kartlägger bakomliggande orsaker, vilket är resurskrävande och praktiskt inte genomför-

¹www.patientsakerhet@skl.se

bart i dagens läge. Däremot har studier visat att det finns ett samband mellan gott samarbets- och säkerhetsklimat och patientsäkerhet och det är viktigt att fortsätta undersöka vidare dessa samband (Törner, 2010, Manser, 2009).

I en randomiserad interventionsstudie på läkarstudenter, där en interventionsgrupp som fått utbildning i SBAR jämfördes denna grupp med en kontrollgrupp. Jämförelsen visade signifikanta skillnader avseende kvaliteten på innehållet i kommunikationen ($p < 0,001$) och tydligheten i kommunikationen ($p < 0,001$) (Marshall et al., 2009). Effekter som upplevd förbättrad kommunikation, teamsamarbete, bättre fungerande informationsöverföring och förbättrad patientsäkerhetskultur samt samarbetsklimat visas i flera studier (Velji et al., 2008, Beckett and Kipnis, 2009, McCaffrey et al., 2010, Haig et al., 2006). Andra studier visar att användningen av SBAR leder till bättre struktur och effektivare kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare samt att informationsöverföringen vid överrapportering mellan olika skift har förbättrats (Woodhall et al., 2008, Raica, 2009, Beckett and Kipnis, 2009, Clark et al., 2009). I två av studierna har den allmänna patientnöjdheten undersökts, före och efter införande av SBAR, och visat svag positiva resultat (McCaffrey et al., 2010, Velji et al., 2008).

Säkerhetsklimat och säkerhetskultur

Definitioner av säkerhetskultur och säkerhetsklimat både varierar och överlappar varandra delvis. Många forskare är överens om att säkerhetskulturen är mer djupgående och svårare att förändra jämfört med säkerhetsklimatet som kan skifta betydligt snabbare. Detta kan beskrivas som ”magneter i bakgrunden som både drar till sig och håller uppe det mer rörliga och föränderliga säkerhetsklimatet” (Törner, 2010, Stricoff, 2005, Sharp, 2012). Jag har valt att använda begreppet säkerhetsklimat i denna studie.

Säkerhetsklimat kan definieras som arbetsgruppens gemensamma uppfattning av policys, riktlinjer och praktik i relation till säkerhet i organisationen. Ledningens engagemang och ansvar beskrivs som viktigt i all kvalitetsförbättringsarbete, men avgörande när det gäller säkerhet (Reason, 2007, Törner, 2010, Bergman and Klefsjö, 2001)

Faktorer som anses påverka utveckling av säkerhetsklimatet kan vara medarbetarnas uppfattning om ledningens prioritering av säkerhet i relation till produktionskrav. Detta handlar om ledningens hantering av målkonflikter som kan uppstå mellan produktionsstyrning, effektivisering och säkerhet för såväl patienter och personal.

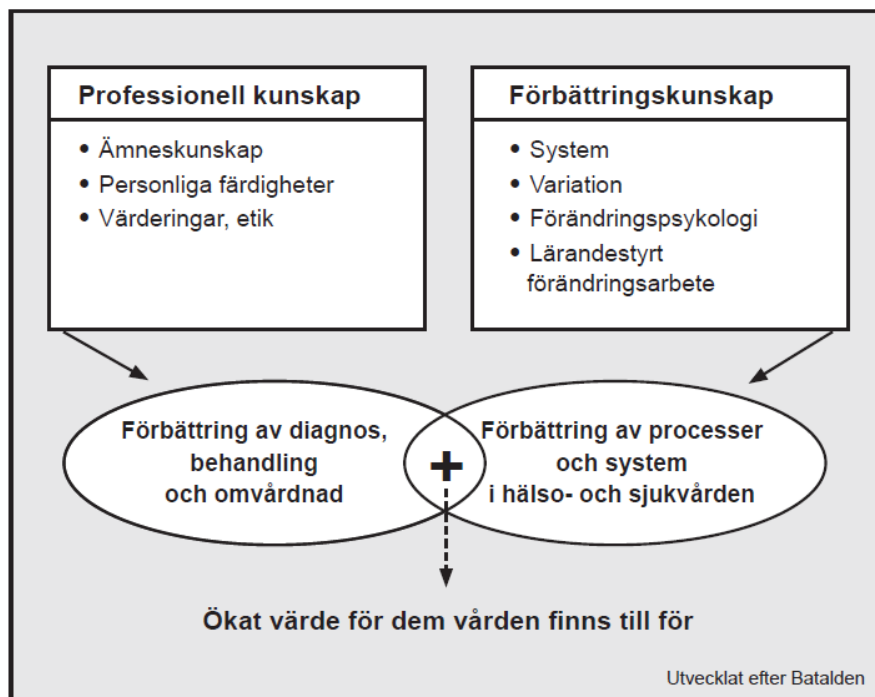
Faktorer som anses bidra till en positiv utveckling är ledningens engagemang i arbetsmiljöarbete, prioritering av säkerhetsarbete och rättvis behandling av medarbetarna med fokus på systemfel och inte syndabockstänkande. Andra faktorer som kan påverka klimatet är medarbetarnas eget engagemang och säkerhetsklimat. De relateras i litteraturen till hur medarbetarna upplever att ledningen återkopplar från tillbudsrapporteringen, om det resulterar i åtgärder och om ledningen är konsekvent i vad den säger och vad den gör. Vidare är medarbetarnas engagemang i säkerhetsfrågor, öppen kommunikation, goda ledar - medarbetarrelationer, tillit till ledningen, tilltro till säkerhetsledningssystem och sunt ifrågasättande bidragande till det goda klimatet. Det anses således handla om chefers och arbetsledares attityder och beteenden samt medarbetarnas delaktighet (Törner, 2010, Stricoff, 2005, Rollenhagen, 2005).

Sambanden mellan ett starkt och bra säkerhetsklimat och positivt säkerhetsbeteende i kombination med ett negativt samband med patientskador, olyckor och riskfyllt beteende lyfts fram i en kunskapsöversikt och dessa samband behöver studeras vidare (Törner, 2010, Manser, 2009). Det finns flera utmaningar vid införande av SBAR. Ofta handlar det om behovet av förändringar i organisationens vedertagna arbetssätt och organisationens säkerhetsklimat. Det kan t.ex. handla om behovet att bygga upp teamsamverkan, eftersom ingen enskilt yrkesgrupp eller någon ensam medarbetare kan ha tillgång till all kunskap och relevant klinisk data för att ge optimal och säker vård (Sharp, 2012, Leonard et al., 2004). Det medicinska ansvaret ligger ytterst på läkaren, därför beskrivs läkargruppens delaktighet som viktigt i processen att förbättra kommunikationen (Wallin and Thor, 2008, Leonard et al., 2004). Men för att åstadkomma en sann team-

samverkan krävs det även en delaktig och yrkesstolt sjuksköterskekår som har lärt sig kommunicera och förmedla sin kompetens som kliniska experter. (Leonard et al., 2004, Buresh and Gordon, 2006, Wallin and Thor, 2008).

Förbättringskunskap

Hälso- och sjukvården behöver hantera den alltmer växande komplexiteten och dynamiken i sina organisationer utifrån samverkan och helhetssyn. Personer i lednings- och ansvarspositioner förväntas leda ett systematiskt arbete med ständiga förbättringar och med en fokus på patient- och samhällsnytta. (Nyström, 2007, Batalden and Davidoff, 2007b). Kunskapen om ett lärandestyr och effektivt förbättringsarbete finns beskriven i den relevanta litteraturen, men skulle behöva tillämpas i högre grad i hälso- och sjukvården för att förbättra kvalitet och patientsäkerhet (Thor, 2002). Modeller och metoder för förbättringskunskap kan skapa strukturer och förutsättningar för delaktighet och underlätta lärande. De kan underlätta planering, genomförande, återkoppling och utvärdering av förbättringsprojekt. En modell som erbjuder en sådan struktur är Nolans modell med tre grundläggande frågor, som riktar fokus på vad målet med förbättringsarbetet är, på vilket sätt detta ska utvärderas samt vilken idé som ska prövas. Nolans modell kompletteras med en specifik metod, Plan-Do-Study-Act, som ger en ram för att testa förbättringar i liten skala (Langley, 2009, Batalden and Davidoff, 2007a, Thor, 2002).



Figur 1 Sambandet mellan professionell- och förbättringskunskap (Sverige. Socialstyrelsen, 2006)

Medan den professionella kunskapen handlar om utveckling av det egna kunskapsområdet, personliga färdigheter, värderingar och etik så fokuserar förbättringskunskapen på förståelse av system, förstå och analysera variation för att se om en process är stabil, metoder att mäta resultat, förändringspsykologi samt ledarskap och lärandestyr förändringsarbete. Synergien mellan den professionella kunskapen och förbättringskunskap är avgörande för utfallet av förbättringsarbetet (Thor, 2002, Sverige. Socialstyrelsen, 2006). Enligt Batalden måste alla som arbetar inom hälso- och sjukvården vara medvetna om att deras dagliga arbete innebär två uppdrag: att göra arbetet och att förbättra det (Batalden and Davidoff, 2007b).

Det lokala problemet

Den moderna hjärtsjukvården är högteknologisk och teknikintensiv. Avancerade behandlingsmetoder och potenta läkemedel i kombination med riskpatienter ökar de potentiella patientsäkerhetsrisker. En hjärtklinik är en komplex arbetsplats med många risker, där samspelet mellan mänskliga, tekniska och organisatoriska faktorer kräver välfungerande kommunikation och informationsöverföring (Socialstyrelsen, 2008).

Klinikledningen på Hjärtkliniken på Karolinska Universitetets Sjukhuset har beslutat om att ta krafttag mot brister i kommunikation efter flera fall av vårdskador med allvarliga konsekvenser som lett till Lex Maria anmälningar. I ett fall har brister i kommunikation lett till förlängd vårdtid och lidande för patienten. I ett annat fall har brister och oklarheter vid överrapporteringen varit bidragande till att patienten avled. Avsaknaden av struktur och standard för kommunikation har uppmärksammats i båda händelseanalyserna.

Andra drivkrafter som bidragit till att man har beslutat att införa SBAR, har varit den interna frustrationen över brister i kommunikation, uttryckt av sjuksköterskor och läkare i informella möten, på arbetsplatsmöten och vid utvecklingssamtal. Kommunikationen mellan professioner och inom professionen har varit föremål för tidigare förbättringsförsök. Framförallt i sjuksköterskegruppen har flera försök gjorts för att standardisera och förbättra kommunikationen. Sjuksköterskor har provat olika överrapporteringssätt, muntliga rapporter, lärapporter och blandvarianter samt olika strukturerade rapportmallar. Inget av förbättringsförsöken eller metoderna har visat sig tillräckligt bra eller varaktiga. De praktiska implikationerna av dessa misslyckade försök var att kommunikationen fortsatt upplevdes som otillfredsställande och riskfylld. Sättet att kommunicera, med alla dess brister, har beskrivits bero på individuell kompetens och erfarenhet och på personlig kommunikationsstil. Läkare har i olika sammanhang uttryckt sin frustration över sjuksköterskornas dubbelokumentation, sjuksköterskorna å sin sida har varit frustrerade över att läkarna har för vana att sälla bort omvårdnadsdokumentation. Det ökade dokumentationskravet har lett till ett ökat och osorterat informationsflöde, ibland med inslag av oviktiga fakta och brus. Detta förhållande är giltigt för all dokumentation inom vården (Morfeldt, 2009). Både läkare och sjuksköterskor har beskrivit hur viktig information har försvunnit i bruset av oväsentlig information, vilket har lett till ökade risker för vårdskador.

Kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor har också varit föremål för försök till förbättringar, framförallt genom strukturering av rondens innehåll. Kommunikationen har av sjuksköterskegruppen beskrivits som hierarkisk. Omvårdnadsaspekter, som t.ex. smärta, nutrition, patientens aktuella status, behov av övervakning m.m. och samordnad vårdplanering har inte fått det utrymme, som sjuksköterskor önskat för att få helhetssyn i den annars medicinskt inriktade rondens innehåll. Läkarna å andra sidan har ibland uttryckt att sjuksköterskor har lagt fokus på fel saker, och att det medicinska alltid behöver prioriteras.

Tillsammans med medicinskt ansvarig läkare har jag i min roll som chefssjuksköterska ansvar för handläggning av alla avvikelser, inrapporterade på vårdavdelningen och har på så sätt god kännedom om innehållet i dessa. 2010 och 2011 har 30 % av avvikelserna bedömts bero på brister i informationsöverföringen enligt uppgift från kvalitetssamordnare på Karolinska Universitetssjukhuset. Viktig information om patienten har inte förts fram eller "försvunnit" mellan olika skift och mellan olika yrkesgrupper. Avvikelseberättelserna beskriver brister i kommunikation och informationsöverföring beträffande patientens medicinska behandling, beslut om behandlingsbe- gränsningar, och i läkemedelsordinationer, basala omvårdnadsbehov som nutrition, sömn, smärta eller samordnad vårdplanering. Dessa kommunikationsbrister har lett till förlängd vårdtid, risk för vårdskador, men även tillbud och negativa händelser. Trots att vårdavdelningen kännetecknas av hög inrapporteringsfrekvens vad gäller avvikelser finns det goda skäl att tro att alla inte rapporteras in.

Avsedd förbättring

Studien beskriver och analyserar ett förbättringsprojekt som syftar till att implementera en standardiserad kommunikationsmetod, SBAR, med fokus på den muntliga kommunikationen, intra- och interprofessionellt mellan läkare och sjuksköterskor som arbetar på en hjärtklinik. Målet är att samtlig personal på enheten utbildas och tränas i SBAR med syfte att minska risken för kommunikationsbrister och öka patientsäkerheten.

Frågeställningar

Vilka strategier har visat sig vara framgångsrika?

Vilka fallgropar finns?

Vad har vi lärt oss av denna implementering?

Metod

Etiska aspekter

Svaren från de anonyma pappersenkäterna har kodats, analyserats elektroniskt och sparats på en lösenordsskyddad dataserver som endast behöriga forskare hade tillgång till. Intervjuer har spelats in digitalt, transkriberats och sparats enligt ovan. Den sekreterare som hjälpte forskaren med transkribering har omfattats av samma krav på sekretess som forskaren och har lämnat både skriftlig och muntlig försäkran. Enkätsvaren har tolkats på gruppnivå, vilket har inneburit att ingen enskilt individ går att identifiera. Vid intervjuer har tydlig information om projektets genomförande inför det skriftliga samtycket minskat risken för integritetsintrång. En ansökan om etikprövning har lämnats in till Etikprövningsnämnden vid Högskolan i Jönköping och beviljats enligt diarie nummer 12-1.

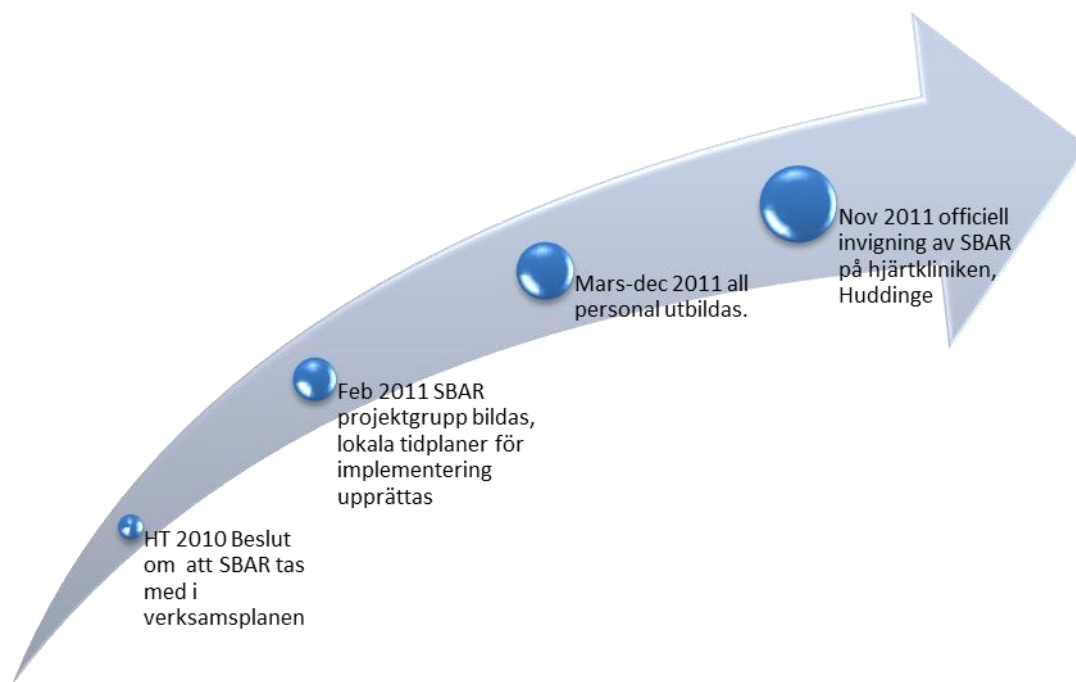
Forskningsmiljö

Projektet har genomförts på en avdelning på hjärtkliniken på ett stort universitetssjukhus. Avdelningen inrymmer både akut och planerat vård. Det finns tretton akuta slutenvårdsplatser och tio veckovårdsplatser för planerad vård. På avdelningen bedrivs vård, utredning och behandling av patienter med arytmier, hjärtsvikt samt vård inför och efter hjärttransplantation. Vårdproduktionen ligger på ca 3000 vårdtillfällen årligen, varav 50 % inom akut slutenvård. Medelvårdtiden ligger på mindre än ett dygn för den planerade vården och drygt tre dygn för akuta slutenvårdspatienter. Personalen arbetar processororienterat i medicinska team bestående av läkare, sjuksköterskor, konsulterande sjukgymnast, dietist och kurator. Ambitionen är att patienten ska utgöra en självklar del av teamet. Till sin hjälp har teamet sekreterare och avdelningsassistenter som utför det vårdnära servicearbetet. Avdelningen bemannas av 45 sjuksköterskor. Samtliga sjuksköterskor alternerar mellan den planerade och den akuta verksamheten. Tio sjuksköterskor bemannar även interventionslaboratorier, en transplantationsmottagning och en inskrivningsenhet. En avdelningsassistent har ett speciellt uppdrag som innebär vårdnära servicearbete inför och efter planerad vård. Det medicinska ansvaret ligger på två överläkare och flera underläkare under specialistutbildning. På grund av vårdavdelningens utbildningsuppdrag medverkar även studenter och medicine kandidater i vården.

Under de senaste åren har avdelningen flera gånger haft högst andel inrapporterade avvikelser från sjuksköterskegruppen. Inrapporteringen från läkargruppen ökar stadigt. Stämningen i arbetsgruppen är god, arbetsklimatet solidarisk och avdelningen har blivit uppmärksammas för sitt framgångsrika, processorienterade arbetssätt.

Planering och genomförande av förbättringsprojektet

Klinikledningens ambition att minska risken för vårdskador på grund av brister i kommunikation har lett till beslutet om implementering av SBAR. Utan tvekan har resultatet av de utredningar av Lex Maria fall, som lett till fatala konsekvenser för patienter, varit bidragande till detta beslut. Tidplanen för implementeringen beskrivs översiktligt i figur 1.



Figur 2. Tidplan för implementering av SBAR

Beslutet om implementering av SBAR togs på hösten 2010 och antogs sedan i klinikens verksamhetsplan för 2011 (Hjärtkliniken Karolinska Universitetssjukhuset, 2010). En klinikövergripande projektgrupp har bildats i februari 2011 med ett uppdrag från klinikledningen att planera och genomföra implementeringen av SBAR. Gruppen har initialt bestått av en läkare och fem sjuksköterskor. Projektledningsansvaret har gått till en läkare inom ramen för dennes specialistutbildning. Ett beslut om att genomföra implementeringen gradvis med start i Huddinge åtföljt av Solna, togs av projektgruppen. Den lokala processgruppen i Huddinge har senare utökats med en läkare. Projektgruppen utbildades till SBAR- instruktörer på Centrum för avancerad medicinsk simulering och träning, CAMST, Karolinska, Huddinge. Mellan mars och december 2011 har all personal på kliniken erbjudits utbildning i SBAR. I november 2011 invigdes SBAR officiellt på kliniken i Huddinge. I februari 2012 introducerades PDSA metodik på enheten, där jag är chefsjuksköterska för att stödja och följa den fortsatta implementeringen lokalt.

Det ursprungliga SBAR kortet anpassades av projektgruppen till hjärtklinikens förutsättningar och behov (se tabell 1) enligt SKL (Sveriges kommuner och Landsting) rekommendationer. Projektgruppen utformade därefter en plan för utbildning och implementering.

Tabell 1 SBAR kort, hjärtkliniken 2011.

<p>Situation Vad är problemet/anledningen till kontakt</p>	<p>Ange Eget namn, titel, enhet, patientens namn. Jag kontaktar dig för att...</p>
<p>Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en helhetsbild av patientens tillstånd</p>	<p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar, Aktuella problem och behandlingar, bedömning av tillståndet tills nu, Mediciner av betydelse (blodförtunnande behandling, infusioner) Ev. allergi, smittorisk, beslut om behandlingsbegränsningar</p>
<p>Aktuellt tillstånd/Status Bedömning</p>	<p>Rapportera A-luftväg B-andning (frekvens, syremättnad, syrgasbehandling, lungauskultation) C- cirkulation (puls, blodtryck) D- medvetandegrad, orienterad, patient? E- smärta, temp, hud, färg, vätskebalans EKG (PM? MIDA/telemetri/EKO) Patologiska provsvar ADL förmåga/omvårdnadsbehov Jag tror att problemet/anledningen till patientens tillstånd är...</p>
<p>Rekommendation Tidsram Bekräftelse på rekommendation</p>	<p>Därför föreslår jag... Omedelbar handläggning Övervakning/överflyttning Utredning Insättning av behandling Kontroller, hur ofta? Hjärtövervak/telemetri? När ska jag ta kontakt igen? Frågor? Är vi överens?</p>

Implementeringen startade på hjärtkliniken i Huddinge under våren 2011 och under höstterminen på i Solna. En viktig del av förbättringsprojektet bestod av förberedelser och tillhandahållande av material för att stödja användningen av SBAR. Materialet bestod av rapporteringsblock i A4 och A5 format, där SBAR- strukturen var förtryckt och små, inplastade kort, lagom stora att förvara i fickan. Affischer och SBAR-kort har satts upp på strategiska ställen som vid telefoner, datorer och andra centrala platser.

Informationen om förbättringsprojektet har gått ut till samtliga medarbetare på kliniken. Första linjens chefer har haft ansvaret för att tid och resurser skulle avsättas i verksamheterna för utbildning och träning. Stora delar av implementeringen har handlat om förankring och motivering. Utbildningen påbörjades i mars 2011 och avslutades i december 2011. En plan för fortsatt introduktion i SBAR av ny personal har upprättats av projektgruppen. Alla som har fått utbildning eller information om SBAR, har uppmanats att använda SBAR omedelbart. Under höstterminen 2011 har det dessutom anordnats repetitionsutbildningar. Majoriteten av alla sjuksköterskor samt ca 70 % av läkarkåren hade utbildats eller fått information om SBAR i december 2011.

SBAR-utbildningens upplägg

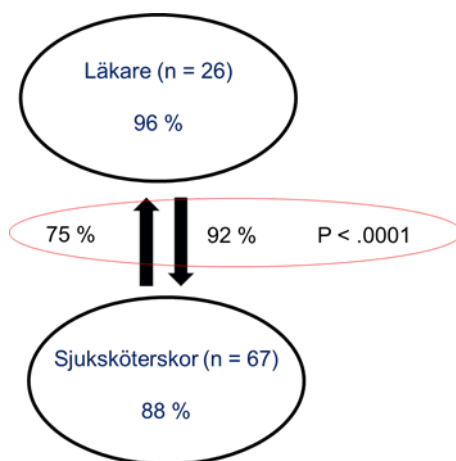
Utbildningen delas upp i tre moment: introduktion, filmvisning och gruppövning. Alla deltagare får en artikel om SBAR (Wallin and Thor, 2008) att läsa efter utbildningen. Totala tidsåtgången är ca 1-1,30 timme. I introduktionen presenteras konceptet, bakgrunden till metoden och förvänt-

ningarna till vad SBAR förväntas leda till i en Powerpoint presentation. Presentationen tar bl. a upp att SBAR-strukturen underlättar vid rapportering i miljöer som är präglade av komplexitet, tidsbrist, beslutstagande under stress och med ett stort flöde av information samt minskar riskerna kring informationshantering. Därefter visas en 16 minuter lång film, framtagen av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.² Filmen visar hur SBAR-strukturen används i hela vårdkedjan, från akutmottagningen till dess att patienten skrivs ut och får besök i hemmet av sjukvården. Olika personalgrupper, läkare och sjuksköterskor, rapporterar patienten enligt SBAR-strukturen vid byte av avdelning, skift och vid konsultation kring patientens tillstånd. I det sista momentet får deltagarna dela upp sig i grupper om tre. Varje person får välja ett patientfall som han eller hon anpassar till en rapport enligt SBAR-strukturen. Varje deltagare får träna på tre olika roller; rapportör, mottagare och observatör. Efter varje genomförd rapport får deltagarna möjlighet att reflektera över processen enligt en riktad frågemall och får sedan feedback om rapporteringen och följsamheten till SBAR-strukturen samt förslag till förbättring. Tanken med reflektionen är att alla ska lära av varandra och hjälpa varandra utveckla rapporteringen enligt SBAR-strukturen.

Basmätning av samarbets- och säkerhetsklimat och kommunikation

För att få ett utgångsläge beträffande klinikens kommunikation, samarbets- och säkerhetsklimat har samtliga medarbetare på hjärtkliniken i Huddinge, som utbildats i eller deltagit i informationsmöten om SBAR fått svara på SAQ enkäten. Enkätundersökningen genomfördes under hela utbildnings- och implementeringsprocessen från mars 2011 till december 2011. Svarsfrekvensen låg på 94 % av sjuksköterskor (84 av 89) och 69 % av läkare (38 av 55) som vid tillfället arbetade på hjärtkliniken. Bortfallet kan bero på att man inte velat svara på enkäten, att man glömt den eller inte haft tid att svara. En svarsfrekvens över 65-85 % anses vara god och representativ för SAQ.

Resultatet visar att det inte finns några skillnader mellan läkarnas och sjuksköterskornas uppfattning om säkerhetsklimat eller samarbete och kommunikation med den egna arbetsgruppen. Den uppfattas som god (Bilaga 1-3). Däremot finns det signifikanta skillnader mellan läkare och sjuksköterskor beträffande det gemensamma samarbetet och kommunikationen.



Figur 3 Andel som upplevde bra eller mycket bra kvalitet på samarbete och kommunikation med respektive yrkesgrupp

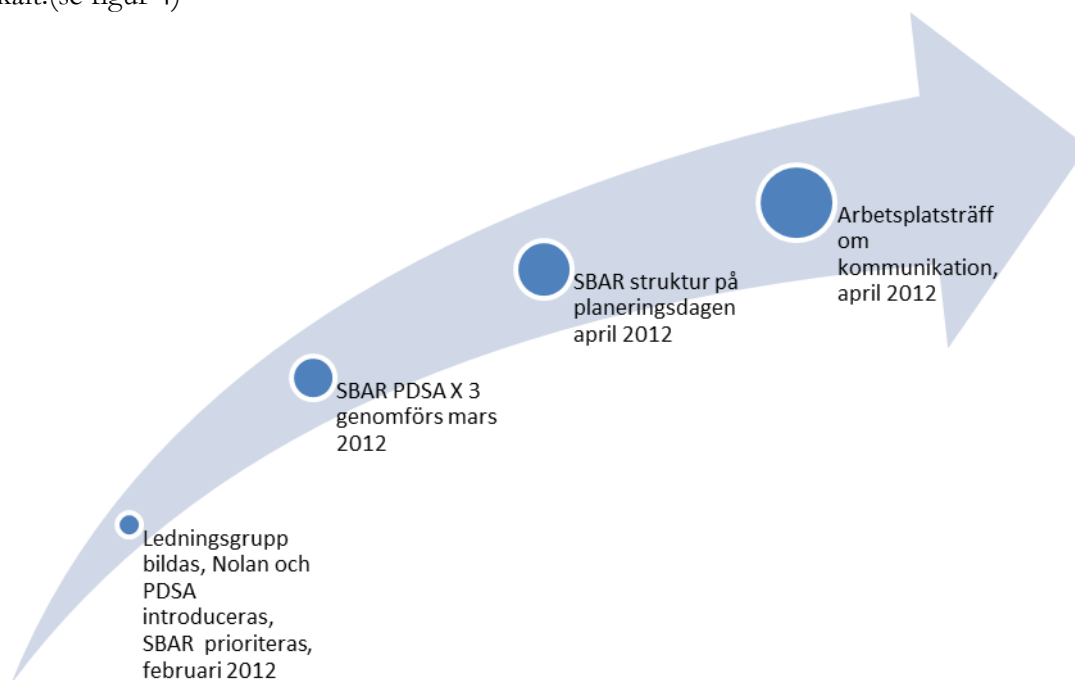
96 % av läkarna upplever samarbete och kommunikationen är god eller mycket god inom den egna gruppen och 88 % av sjuksköterskorna som uppfattar samarbete och kommunikation som god inom egna gruppen. Det är 92 % av läkare som uppfattar samarbete och kommunikation

² http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/aktuellt_2/sbar_minskar_risker_i_varden.

med sjuksköterskor av bra eller mycket bra kvalitet jämfört med 75 % av sjuksköterskor som uppfattar samarbete och kommunikation av bra eller mycket bra kvalitet. (se figur 3)

Implementering på M82

I december 2011 var de flesta medarbetare på vårdavdelningen M82 utbildade i SBAR, men följsamheten till metoden varierade hos sjuksköterskorna och den var minimal hos läkarna. Detta föranledde att jag i min roll som chef vidtog ytterligare åtgärder för att stärka implementeringen lokalt.(se figur 4)

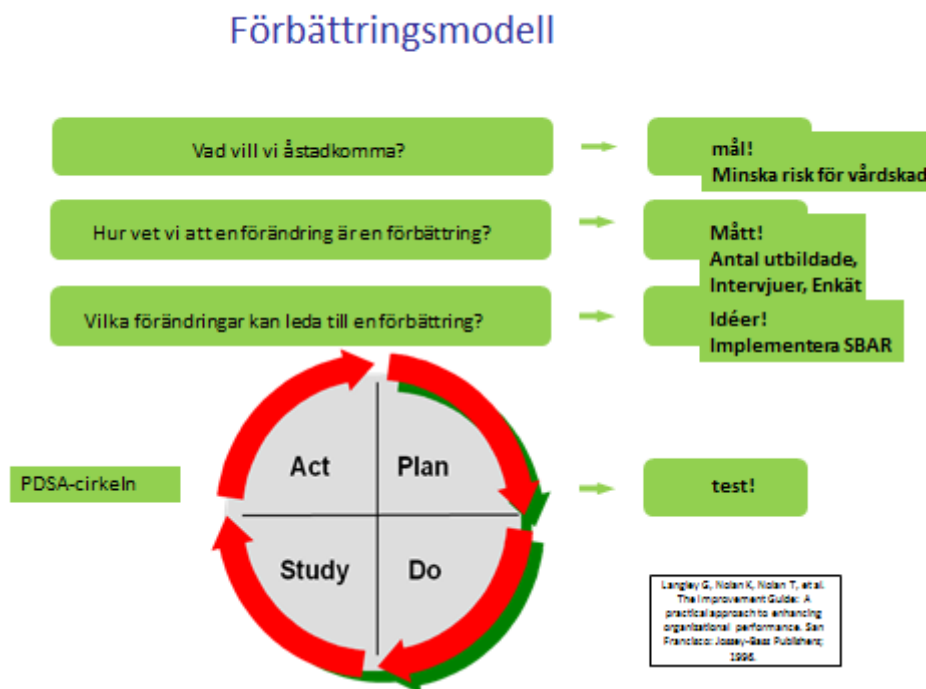


Figur 4 Den lokala tidplanen och genomförandet

I januari 2011 bildades på avdelningen en ledningsgrupp bestående av mig, medicinsk ansvarig läkare, koordinatörer, utbildnings- och studentansvariga sjuksköterskor samt sjuksköterskor med specifikt ansvar för utvecklingsprojekt på enheten. Ledningsgruppens mål och syfte har varit att få ett bättre helhetsgrepp om alla på enheten pågående förbättringsprojekt och SBAR prioriterades. Jag introducerade verktyg och idéer från förbättringskunskap för att skapa struktur och metoder för fortsatt genomförande och uppfölning i det pågående förbättringsprojektet (figur 4).

Den lokala SBAR projektgruppen fick stöd i att planera och genomföra PDSA-cykler (Plan-Do-Study-Act), utifrån gemensamt identifierade problem vid implementeringen (Langley, 2009)). Flera PDSA genomfördes som bl.a. ledde till en förbättrat fysisk överrapporteringsmiljö. Ledningsgruppen genomförde därefter andra åtgärder, som anses ha bidragit till bättre samarbete och kommunikation. Det handlade om tydliggörande av syfte och struktur för tvärprofessionellt samarbete och kommunikation, t.ex. rond, planeringsmöten och reflektion. En annan PDSA-cykel som genomfördes handlade om förtydligande av olika ansvar och roller i vårdteamet, och om vem som ska leda teamet. En arbetsplatsträff ägnades åt dialog mellan läkare och sjuksköterskor om ömsesidigt samarbete och kommunikation, med fokus på förståelse för varandras olika ansvar och roller samt förutsättningar för säker kommunikation och vård. För att öka kunskapen och motivationen för projektet har jag i min roll som chef delat ut relevanta artiklar i ämnet till medarbetare. SBAR har använts för att strukturera information på arbetsplatsträffar, det har tillämpats av medarbetare i presentation av pågående projekt och verksamhet på planeringsdagarna. En pågående dialog med läkargruppen har varit en av strategierna för att öka

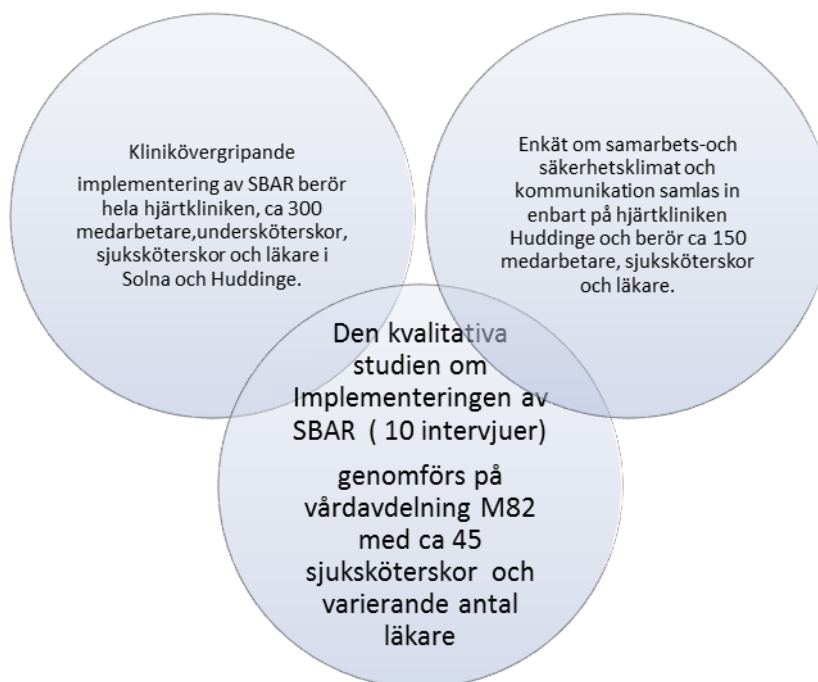
läkarnas delaktighet och engagemang. Avvikelser i kommunikation såväl brister och goda exempel har tagits upp i olika sammanhang, t.ex. på dagliga planerings- och reflektionsträffar och veckosammanfattningar som skickas ut till samtliga medarbetare.



Figur 5 PDSA(Langley, 2009)

PDSA började användas som metod och det blev tydligare för alla medarbetare vilka delar av projektet vi fokuserade på. Det är en tydlighet som tidigare saknats i den pågående implementeringen.(se figur 5)

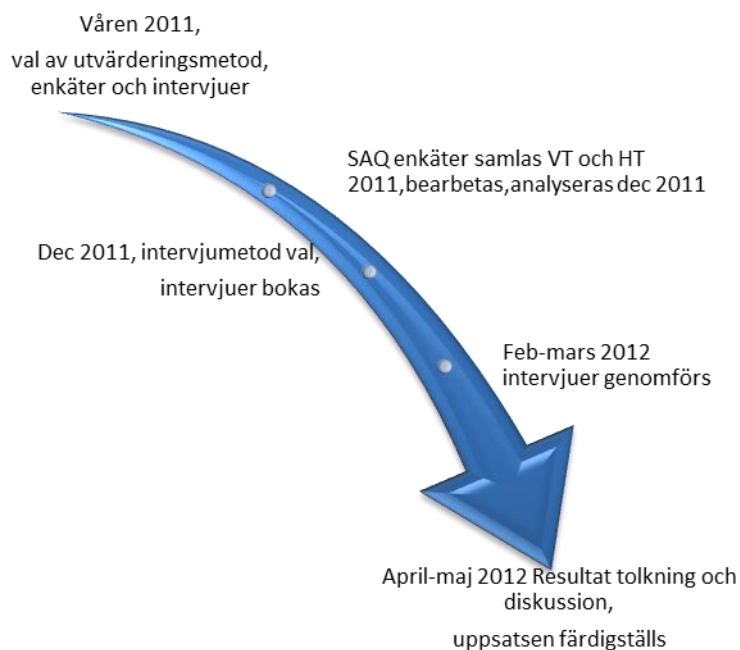
Planering av studien av implementering, avgränsad till M82



Figur 6 Avgränsning av studien till M82

SBAR har implementerats på hjärtkliniken i Solna och i Huddinge med ca 300 medarbetare. Utvärderingen av samarbets- och säkerhetsklimatet och kommunikation med hjälp av SAQ enkätstudie har enbart genomförts i Huddinge p.g.a. praktiska skäl och berört ca 150 sjuksköterskor och läkare. Studien av implementeringen av SBAR med 10 kvalitativa intervjuer har genomförts på vårdavdelning M82 där författaren arbetar som första linjes chef.(se figur 6)

Tidplan för studien av implementeringen av SBAR



Figur 7 Tidplan för studien av förbättringsprojektet

Studien av implementeringen på M82 har planerats under våren 2011. Val av intervju och tolkningsmetod har gjorts i december 2011. Tio kvalitativa intervjuer har genomförts i februari-mars 2012. Analys och tolkning har slutförts i april-maj 2012. (se figur 7)

Studiedesign

Som studiedesign valde jag aktionsforskning, vilket innebär att forskaren medverkar aktivt i samtliga studiefaser. Det är ett interaktivt förhållningssätt som kan passa i utvärdering av förändringsprocesser, eftersom den främjar öppenhet för förändringar och kan öka förutsättningarna för kreativitet. I aktionsforskning betraktas forskaren som ett instrument, då hon/han intar olika förhållningssätt beroende av situationen. Studiens resultat kan påverkas av forskarens skicklighet och förmåga att hantera grupprocesser och vetenskapliga frågor (Coghlan and Casey, 2001). Valet av denna studiedesign har varit relevant och bekräftat det faktiska förhållandet att jag som första linjens chef aktivt medverkar i och är ansvarig för att underlätta implementeringen av SBAR. Att vara aktionsforskare i sin egen organisation innebär både möjligheter och utmaningar som jag har behövt ta hänsyn till, t.ex. för-förståelse, dubbla roller och organisatoriska maktrelationer (Coghlan and Casey, 2001).

Aktionsforskningens ansats har för mig inneburit ett ställningstagande att bygga upp gemensam kapacitet och lärande i förbättringsprocessen hos alla inblandade. Den lärandeprocessen har bl.a. lett till att jag återkopplat resultat till deltagarna vilket i sin tur har lett till reflektion och samverkan kring vilket nästa steg i förbättringsprojektet förväntas ge bäst resultat. (Fulop, 2001). Som ett inslag i aktionsforskningen har jag valt att använda Nolans förbättringsmodell med PDSA-cykler som en metod för implementering av förbättring (Langley, 2009, Granskär and Höglund-Nielsen, 2009).

Metod för utvärdering av förbättringsprojektet

Under februari och mars 2012 genomförde jag sammanlagt tio intervjuer. För att öka representativiteten gjorde jag ett strategiskt urval med hänsyn till ålder, erfarenhet och yrkesroll/ansvar. Fyra läkare och sex sjuksköterskor valdes ut. De fyra läkarna var 27-61 år gamla och hade 3-16 års erfarenhet i yrket. Sjuksköterskorna var 23-45 år gamla och hade 1-23 års erfarenhet i yrket. Ingen av deltagarna har angivit att de tidigare fått utbildning i en strukturerad kommunikationsmetod. Endast en läkare och ingen av sjuksköterskorna har beskrivit att de tidigare erhållit utbildning i teamsamarbete.

Kvalitativa intervjuer med analytisk ansats

Jag har använt analytisk intervjuansats, där syftet med intervjuerna har varit att inbjuda till reflektion, analys och gemensamt kunskapskapande och att undersöka det pågående förbättringsprojektet, förklara nuvarande situationen och söka alternativa arbetshypoteser (Kreiner, 2005). Den analytiska intervjun kan leda till att både forskaren och den intervjuade blir involverade i samarbete om teoribildning och skapande av ny kunskap (Kreiner, 2005). Genom gemensamma reflekterande samtal kan intervjun bidra till ökat lärande (Wibeck, 2010).

Plats

Samtliga intervjuer genomfördes på mitt arbetsrum.

Datainsamlingsmetod

Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades sedan ordagrant av en sekreterare.

Urval

För att få ett representativt urval som kunde spegla enheten har jag gjort ett strategiskt urval av de sjuksköterskor och läkare som medverkat i intervjuer (Frost, 2010). De variabler som styrde urvalet var ålder, erfarenhet i yrket, roller och ansvar, specialistkunskap och syn på förbättringsprojektet.

Struktur

Till min hjälp har jag haft ett frågeformulär som utformats och testats i samarbete med den lokala handledaren och en läkare som varit mig behjälplig med anpassning och tolkning av SAQ enkäten. Frågeformulären har fungerat som stöd, struktur och inspiration men det har inte begränsat mig utan jag har ställt följdfrågor och utforskat olika intressanta områden tillsammans med de intervjuade (Kreiner, 2005).

Intervjumetod

I den kvalitativa intervjun ställs forskaren inför fyra dilemman; (plan versus presence, interacts versus double interacts, mono-directinal learning versus multi-directianl learning, proving a point versus persuing new meaning) som man behöver ta hänsyn till och i möjligaste mån överbygga. Jag har även försökt genomföra intervjuer utifrån kunskapen om Alvessons metaforer, som jag sedan använt i min tolkning av intervjuerna (Alvesson and Torhell, 2011).

Plan versus presence

Målet med den analytiska intervjun har varit att utforska okända samband. Därför har jag inte enbart följt den halvstrukturerade frågeguiden utan har även varit lyhörd, uppmärksam och närvarande genom att ställa nya uppföljande frågor och bekräfta.

Interacts versus double interacts

Jag har strävat efter att skapa en dialog med den intervjuade personen i intervju-situationen som också skulle kunna fortgå. Ofta har jag ställt uppföljande frågor för att öppna för nya dimensioner, polemisera och inspirera till fortsatt dialog. Medan ”interact” (fråga-svar sekvens) har varit relativt enkel att planera, var ”double interact” (fråga-svar-uppföljande fråga) situationen omöj-

ligt att planera i förväg och kontrollera vilket har försatt mig i en osäkerhetssituation vid flera tillfällen.

Mono-directional learning versus multi-directional learning

En förutsättning för ömsesidigt lärande är delaktighet. Det har i praktiken inneburit att jag har aktivt deltagit i tanke och reflektionsprocessen och bjudit in till gemensamt teori- och meningskapande. Det har lett till att den sociala situationen som kan ha upplevts som ojämnt i de flesta fall blivit mer jämlik och medverkande. Både intervjuaren och den intervjuade har blivit involverade i en läroprocess, grunden för multi-directional learning (Kreiner, 2005).

Proving a point versus pursuing new meaning

Den analytiska intervjun har som mål att utforska okänd mark och inte att bekräfta eller motsäga en teori. Forskaren har försökt förmedla detta till de intervjuade och att förhålla sig prestigglöst under själva intervjun. När den analytiska intervjun lyckas som bäst är både forskaren och den intervjuade inbegripna i sitt sökande efter mening och ny kunskap. Både forskaren och den intervjuade kan också konfronteras med samma typ av förvirring och svårigheter som kännetecknar en läroprocess (Kreiner, 2005). Forskarens ansats att låta bli att söka efter resultat och istället rikta in sig på reflektion bidrar till meningsskapande och lärande.

Identifiering av metaforer – den kritiska granskningen

I studien har jag använt mig av metaforer för att kritiskt granska och reflektera kring intervjuer. Med en metafor, menar flera forskare, att människor försöker beskriva och förstå en annan erfarenhet, uppfatta och tolka ett objekts innebörd utifrån ett annat objekts innebörd. Verkligheten kan ofta beskrivas i metaforer och de anses vara viktiga för organisering av tankar och idéer om komplexa fenomen. Metaforer kan rikta uppmärksamheten mot vad som kan döljas i olika perspektiv (Alvesson and Torhell, 2011, Morgan, 1999).

Den kritiska granskningen har haft som syfte att öka validiteten och reliabiliteten i studien. De åtta metaforerna är: social scen och dynamik, kognitiv inramning och meningsbildning, identitetsarbete, följande av ett kulturellt script, intrycksstyrning, politiskt handlande, konstruktionsarbete och diskursivt maktspel (Bilaga 5). Genom att förhålla mig till dessa metaforer i granskningen har jag kunnat inta en kritisk hållning vid genomläsningen av intervjumaterialet. Alvesson förespråkar också reflexiv pragmatism, som har anammats i analysarbetet. Det är en ansats som anses skapa balans mellan att identifiera och påvisa svagheter i intervjumaterialet och ett försök till att utveckla något nytt, vaska fram ny kunskap (Alvesson and Torhell, 2011).

Jag har läst igenom de transkriberade intervjuerna flera gånger, i syfte att identifiera eventuella metaforer som har gjort sig gällande och har tagit hänsyn till hela intervjumaterialet och intervjusituationen. Metaforerna har identifierats genom en fördjupad reflektion och tolkning av text och kontext. För att fortsätta analysen har jag läst genom hela intervjumaterialet och fokuserat på att ta fram intressanta sammanhang, ny eller fördjupad kunskap och reflektioner som kunde besvara studiens syfte och frågeställningar.

En metafor som identifierats kan ha påverkat samtliga intervjuer. *Social scen och dynamik; lokal prestation* handlar om att samspelet mellan två människor i en intervjusituation kan präglas av deras kön, ålder, personlighet, yrkesroll och etnicitet. Intervjun kan påverkas av den fysiska platsen. I genomläsningen av intervjuer har jag reflekterat kring följande. Samtliga intervjuer har ägt rum på mitt arbetsrum på avdelningen, eftersom jag också är chef för de sjuksköterskor som har deltagit i studien. Dessutom är jag som första linjens chef direkt underställd verksamhetschefen och del av ledningsgruppen. På grund av denna position är det viktigt att påpeka att mitt engagemang i förbättringsprojektet kan ha påverkat intervjupersonerna. Detsamma gäller för det faktum att jag valde detta förbättringsprojekt som mitt masterprojekt. De faktorerna kan ha bidragit till att de intervjuade sjuksköterskorna och läkare kanske inte velat eller vågat tala fritt. Medveten om dessa förutsättningar försökte jag kompensera för det under intervjuerna ge-

nom att beskriva min roll som forskare, mitt engagemang i projektet och därmed försökt inspirera de medverkande till reflektion, gemensamt teori- och kunskapsskapande.

En annan metafor som jag har identifierat i flera intervjuer var *intrycksstyrning*. Det handlar om att människor gärna vill lämna en positiv bild av sig själva och den organisation de tillhör. Medvetet eller omedvetet kan denna positiva sneddrivning visa sig i en intervjusituation.

I flera intervjuer med både läkargruppen och sjuksköterskegruppen har de intervjuade enligt min tolkning av intervjusituationen och det transkriberade materialet, valt att framställa den egna gruppen i positiva ordalag och jämfört sig med andra vårdavdelningar och kliniker. Jag uppfattade en viss rädsla för att kritisera den egna enheten, eller en specifik grupp. Ett sätt för mig att försöka balansera dessa uttryck i intervjusituationen har varit att åter fokusera på frågan om den aktuella situationen på den egna vårdavdelningen och kliniken. Jag har försökt lyfta det lärande vi kan åstadkomma genom att sakligt beskriva och reflektera kring de bekymmer vi uppfattar, polemiserat och avdramatiserat genom uppföljande frågor.

I flera intervjuer har metaforen *kognitiv inramning och meningsbildning* identifierats. Metaforen syftar på att en intervju är en mångtydig situation och att den kräver meningskapande från intervjupersonens sida. Här handlar det om antaganden, tolkningar och värdering. Vad t.ex. intervjupersonen tänker, kan variera och skilja sig från vad forskaren tänker eller antar. Vid flera tillfällen har jag och de intervjuade missuppfattat varandra. När detta varit uppenbart har jag i intervjusituationen ställt uppföljande frågor, tydliggjort och fört dialog om innebörden av en viss fråga. Vi har därmed skapat konsensus kring vad som sagts. Meningskapande och kognitiv inramning kan uppta en stor del av en intervju, speciellt i en analytisk intervju.

I flera intervjuer förekom metaforen *identitetsarbete*. Både intervjuaren och intervjupersonen återoppar en identitet. Forskare uppmuntrar ofta, medvetet eller omedvetet, intervjupersoner att anta en identitet. Intervjuberättelsen kan leda till att konstruera en identitet istället för att avslöja och spegla en ”sann identitet”. Det framkom i den kritiska analysen av texten, att jag själv bidragit till att tilldela den intervjuade en specifik identitet. Ibland medvetet, och då i syfte att beskriva en kvalitet som den intervjuade hade tilldelats av andra för att få intervjupersonen att reflektera, t.ex. erfaren, god kommunikatör. Ibland har jag hänvisat till mig själv med ett specifikt epitet, t.ex. som chef eller forskare. Detta kan ha styrt de intervjuade på ett visst spår och det finns risk att jag tappat andra viktiga aspekter och insikter.

Resultat

Förbättringsprojektets genomförande med fokus på vårdavdelningen

På vårdavdelningen M82 har 95 % av sjuksköterskor gått utbildning i SBAR och 70 % av läkarna fått någon form av utbildning eller information om SBAR mellan mars 2011 och februari 2012. Bortfallet i sjuksköterskegruppen beror på ledigheter och sjukdom. Bortfallet i läkargruppen har inte varit möjligt att förklara men kan ha berott på tidsbrist, prioritering och övrig frånvaro. Följsamheten till SBAR i den intraprofessionella kommunikationen bland sjuksköterskor uppskattades som god. En mindre grupp sjuksköterskor uppgavs ha svårt att släppa sin egen rapporteringsstruktur, som de känner sig trygga med. Samtidigt uppgav sjuksköterskorna att de uppskattar att få rapport enligt SBAR från sina kollegor. Sjuksköterskorna upplevde en förbättring i den intraprofessionella kommunikationen efter det att SBAR implementerats. Kommunikationen beskrevs följa SBAR:s struktur, vara saklig, mer avgränsad och i högre omfattning än tidigare innehålla planering och uppföljning av patientens vård. Följsamheten till SBAR i läkargruppen är fortfarande liten. Endast enstaka läkare använder SBAR i den intra- och interprofessionella kommunikationen.

Den lokala implementeringen på M82 har under våren 2012 intensifierats. En ledningsgrupp har bildats och förbättringskunskapen har introducerats. PDSA har använts som metod och struktur för en fortsatt implementering av SBAR. Det har gjorts en översyn av de fysiska förutsättningarna för rapporter och kommunikation och en tvärprofessionell mötesstruktur har

tagits fram, som ett led i förbättringsprojektet. Syftet med de olika kommunikationsmötena som t.ex. rond, avstämning, reflektion har förtydligats och allas olika roller och ansvar har börjat tydliggöras genom dialog mellan sjuksköterskor och läkare. De reflektioner som har framkommit i genomförda intervjuer om t.ex. vilka faktorer som bygger upp gott samarbete och god kommunikation och vilka faktorer som försvårar detta har återkopplats till läkare och sjuksköterskor i olika forum, såsom t.ex. på ledningsgruppsmöte och på arbetsplatsträffar. Återkopplingen och dialogen mellan sjuksköterskor och läkare har varit betydelsefull under hela processen och bidragit till ett gemensamt lärande.

Framgångsrika strategier

Det finns några strategier som lyfts fram av de intervjuade läkare och sjuksköterskor och som även jag bedömt som särskilt intressanta och viktiga vid implementeringen.

Tydligt ställningstagande och engagerat ledarskap

Ett tydligt ställningstagande från klinikledningens sida med att sätta SBAR som verksamhetsmål har varit avgörande genom att resurser till projektgruppen avsattes. Engagerad ledning på lokal nivå har bidragit till implementeringen genom sitt stöd och avsatta resurser. Genomgående har det framkommit i intervjuerna att ledarskapet spelar en viktig roll, framförallt när det gäller att frigöra resurser och skapa förutsättningar för projektets genomförande. Dessutom ansågs det lika viktigt att visa att ledningen tog projektet på största allvar och tydligt signalerade att de förväntade sig att samtliga medarbetare både lär sig och följer metoden. En annan aspekt som togs upp var att chefer kan föregå med gott exempel genom att använda SBAR i sin kommunikation. Detta illustreras nedan i citat från två olika sjuksköterskor under intervjuerna.

... som ledare blir man ju väldigt tongivande... tycker man att det är viktigt då är man väldigt öppen och så blir det också viktigt för alla. Framgångsfaktorn är att alla chefer tycker att det här är viktigt genom att lyfta fram att vi använder SBAR, att avsätta tid, ta upp på möten, underhålla. (sjuksköterska 1)

... ledarskap spelar viktig roll, alltså väldigt stor roll för att alla har olika viljor... det behövs sägas att nu är det SBAR som gäller. (sjuksköterska 2)

Definition av ansvar och roller, tvärprofessionell mötesstruktur

Flertalet av de intervjuade sjuksköterskor och läkare har beskrivit behovet av att definiera, tydliggöra varandras ansvar och roller och skapa en tvärprofessionell kommunikationsstruktur för att underlätta samarbete i samband med implementering av SBAR. Det framkom i intervjuerna att läkare och sjuksköterskor ofta kan ha olika fokus i vården och att man arbetar stort sett i separata processer. Båda grupperna uttryckte en frustration över missförstånd och ibland brist på respekt för varandras arbete och ansvar. Det råder stora brister i hur man kommunicerar och relaterar till varandra vilket båda grupperna anser behöver förbättras. Tre läkare och tre sjuksköterskor beskriver det på följande sätt.

... det är väldigt viktigt att man vet vad som är våra huvudsakliga ansvarsområden, vem som är ansvarig för medicinska beslut och vem är ansvarig för omvårdnadsfrågor... de (sjuksköterskorna) vet ofta inte vad en doktor behöver veta (läkare 1)

... många läkare klickar bara i läkaranteckningar och bara läser läkaranteckningar... med vissa läkare får sjuksköterskan inte plats på rondan, oftast blir det kommunikation mellan underläkare och överläkare (sjuksköterska 1)

... om inte sjuksköterska är där och med så blir det saker som kanske missas eller också binner de (läkarna) arbeta flera timmar utifrån fel perspektiv... det fattas liksom sjuksköterskans bit eller insikt (sjuksköterska 3)

vi kanske är bäst på den medicinska bakgrunden och sjuksköterskan bäst på omvårdnadsbiten, hur det är aktuellt ... om patienten svarat på behandling, om den klarar av att gå hem... det måste råda någon form av samförstånd... när patienten börjar närma sig att bli medicinskt färdig behandlad, det är oerhört viktigt att man snappar upp om patienten behöver mera hjälp (läkare 2)

Man står i mitten, kontaktar läkare, kontaktar sjukgymnast, hemmet, vårdcentral... det är sjuksköterskans roll, hon sitter på ganska mycket information men alla aktörer vet inte att hon kanske har allt det här ... det kan också vara ganska otacksamt. Om mötesstruktur och helhetsbild (sjuksköterska 4)

Det framkom främst i intervjuer med sjuksköterskorna att de skulle önska att det fanns en mötestruktur för att få in alla aspekter, inte enbart det medicinska för att kunna få helhetsbild av patienten. Den nuvarande strukturen har beskrivits som helt beroende av överläkarens ledning. Läkarna vill gärna prioritera och fokusera på det medicinska men vissa läkare har en viss förståelse för att andra aspekter behöver lyftas för att patienten ska få bra vård.

med vissa läkare tycker jag att sjuksköterskan inte får sin plats, det är ofta att det blir kommunikation mellan underläkare och överläkare ... jag önskar att läkaren och sjuksköterskan gick efter ett strukturerat schema, liksom vad man ska ta upp, jag tycker att SBAR har de delarna i sig (sjuksköterska 1)

... i den situation vi befinner oss i så vill man gå rond snabbt och effektivt och då kan vi inte sitta och filosofera... men det är jätteviktigt att släppa fram sjuksköterskorna om man ska träna kommunikation... sjuksköterskorna ser väldigt mycket till patientens kvalitet, andra aspekter av vården som vi doktorer är sämre på och då måste de hinna säga någonting så att hela teamet hör (läkare 1)

Efter att detta framkommit har avdelningen börjat arbeta med att underlätta tvärprofessionell kommunikation genom mötestruktur och tydliggörande av olika roller och ansvar.

Identifiering av hierarkiska strukturer och tydliggörande vem som leder teamet

En hierarki som motverkar samarbete och kommunikation har beskrivits av flertalet personer i båda grupperna. Teamsamarbete och teamledning är inget självklart och behöver förtydligas. För patienten är en helhetsyn avgörande, det innebär att all väsentlig information behöver komma fram och den som leder teamet har det ansvaret. Att det måste byggas på respektfullt samarbete och förståelse för varandras olika roller och ansvarsfullt ledarskap är något både läkare och sjuksköterskor har berört i intervjuerna. Att identifiera de lokala förutsättningar och förhållanden kan också vara viktigt vid implementering. Tre sjuksköterskor och två läkare beskriver det så här i intervjuer.

Läkarna står långs fram, koordinatoren i mitten, sjuksköterskorna långs bak, så bara på att man ser hur vi står betecknar ju, ger en bild av vem det är som styr. (sjuksköterska 4)

Jag tycker att sjuksköterskor sitter kanske lite tysta och passiva, jag tycker att det är fel för jag tycker att alla ska ta del... jag skulle önska att vissa var mera aktiva. (läkare 3)

Jo vi är ett team, vi jobbar i ett team, men teamet måste ledas av någon... när jag säger ledare här är det för att jag leder diskussionen... prioriterar med mitt team, hur vi ska göra med den här patienten. (läkare 4)

... jag tror att vi måste börja tro på oss själva, stå för våra åsikter och lägga fram dem och visa att det här är också viktigt. (sjuksköterska 4)

Jag tror att man måste ha någon arbetsledare och det måste vara överläkaren... när man har en tydlig överläkare så får alla en uppgift och läkaren lyssnar också på sjuksköterskorna eller en yngre läkarkollega som kanske tycker annorlunda. (sjuksköterska 3)

Yttre påverkansfaktorer som påverkar samarbete och kommunikation

Det kan vara viktigt i samband med implementeringen av SBAR att analysera och belysa förutsättningarna för samarbete och kommunikation. Flertalet av läkare och sjuksköterskor, framförallt de med lång erfarenhet, har i intervjuerna beskrivit en försämring av arbetsmiljön och mera stress. Kortare vårdtider, ökat krav på produktion av vård, överbeläggningar, multisjuka patienter med behov av vårdinsatser från flera aktörer och samordnade insatser, processarbete och informationssystem har påverkat vården avsevärt. De beskriver även att detta har påverkat kommunikationen i vården. Här kommer exempel från intervjuer med en sjuksköterska och en läkare.

När jag var ung och nyfärdig doktor kunde patienterna ligga inne precis hur länge som helst och då kunde vi beta av alla de här frågorna i lugn och ro, det var inte alls det här behovet av snabba beslut, men dagens sjukvård kräver att vi kan identifiera problemen mycket tidigare och det är någonting man måste försöka skola nya medarbetare i (läkare 1)

... idag ska det gå så fort... förr kunde jag uppleva att när man satt på rondan så gick den långsamt men det var där man skaffade sig en helhetsbild, man satt tillsammans med läkaren och gick igenom allting, labblista, läkemedelslista, man betade av allting i en viss ordning i en viss struktur. (sjuksköterska 5)

Översyn av den fysiska överrapporteringsmiljön

Under implementeringen visade det sig att den fysiska överrapporteringsmiljön för sjuksköterskor var undermålig. Översyn och förbättring av de fysiska förutsättningarna för rapporter och kommunikation har varit en viktig faktor därför att störningsmoment uppmärksammades och successivt minskades. Flera PDSA-cykler ägnades åt att förbättra förutsättningarna för effektiva rapporter (Bilaga 9).

SBAR och erfarenhet

En aspekt som beskrivits av läkare och sjuksköterskor och som kan vara viktigt att belysa är att SBAR ger struktur för informationsöverföring men inte ersätter erfarenheten. Kommunikation handlar också om erfarenhet, att veta vad som är viktigt eller oviktigt och förmågan sälla mellan olika budskap. De flesta intervjuade beskriver att detta utvecklas med tiden och den ökade erfarenheten i arbetet. SBAR- strukturen ger en bra grund att stå på genom att man lär sig att pake- tera informationen.

... man kan märka hur pass erfaren en sjuksköterska är ... det har jag tänkt på, att precis som man som ung doktor har svårt att sälla information för man ser allt och man vet inte riktigt vad man ska fokusera på. (läkare 2)

man ser inte vad som är relevant information, det gäller underläkare, medicinekandidater... yrkeskickligheten är ju en kombination av personlig fallenhet, begåvning, intresse för ämnet och den tid man lägger ner på det också. (läkare 1)

min erfarenhet spelar säkert en roll, hur jag ställer frågan, föreslår en åtgärd men också hur jag sällar frågorna... jag vet att det här kan jag vänta med till morgonronden. (sjuksköterska 3)

Förbättringskunskap och implementering

SKL rekommendationer för implementering av SBAR har hjälpt till att skapa en struktur i genomförandet för förbättringsprojektet. De intervjuade sjuksköteskorna uppgav att SBAR instruk-

törsutbildning har gett projektgruppen den kompetens som krävs för att utbilda samtliga medarbetare.

Med introduktion av förbättringskunskap på vårdavdelningen har projektets mål och syfte tydliggjorts. Genom att börja använda PDSA-cykler i förbättringsarbetet har strukturer för genomförande och uppföljning samt återkoppling skapats.

Strategier för framtiden

För att kunna komma vidare i förbättringsprojektet var det viktigt att få veta hur långt vårdavdelningen hade kommit i sin process och vad man behövde fokusera på härnäst. Det som har framkommit är först och främst att sjuksköterskor behöver fortsätta träna. De har upplevt en positiv förändring men rutinerna har inte satt sig än. Läkarna behöver börja använda SBAR i sin egen kommunikation, såväl inom gruppen som interprofessionellt med de övriga yrkeskategorierna. Den viktigaste faktorn som har identifierats är att läkare och sjuksköterskor fortsatt behöver träna samarbete och kommunikation tillsammans.

Alla sjuksköterskor beskriver att det numera finns en struktur i kommunikationen och att överrapporteringen har blivit bättre mellan kollegerna. De viktigaste förändringarna består i att rapporterna upplevs som mer sakliga, för att de flesta följer SBAR:s struktur och att den som rapporterar sällan blir avbruten av sin kollega, vilket tidigare var vanligt. Gruppen beskriver att SBAR numera används av en klar majoritet av sjuksköterskorna. En intervjuad sjuksköterska uppskattar följsamheten till 80 %. Detta exemplifieras här nedan med utdrag från intervjuer med tre sjuksköterskor och en läkare.

Jag tycker att det har blivit mera struktur nu i och med SBAR, jag känner att jag har en tydligare bild av patienten, det är jätte viktigt att man får snabbare veta strukturen, planeringen och hur dem mår. Det har blivit bättre successint. (sjuksköterska 6)

Det finns fortfarande en liten grupp sjuksköterskor som har svårt att rapportera enligt SBAR.

... de som har jobbat länge har väl sin strukturerade rapport som de byggt upp under alla år... jag tror att de uppskattar att få en rapport enligt SBAR men har svårare att ge rapporten enligt SBAR. (sjuksköterska 2)

Sjuksköterskor beskriver att SBAR sällan används av läkare i kommunikation med sjuksköterskor vilket bekräftas av de läkare som jag intervjuat. De intervjuade läkarna har inte heller märkt någon större förändring i kommunikationen med sjuksköterskor eller andra läkare efter implementeringen av SBAR.

... jag undrar om det kan var mitt fel... jag kanske är lite för dominant när vi pratar om patienten, jag kanske borde släppa fram sjuksköterskorna mer, det kanske är så jag ska arbeta för att märka om SBAR är ett levande instrument i verksamheten. (läkare 1)

Det som behöver hända är att man börja se liksom vikten av att sammarbeta mellan professioner, mellan sjuksköterskor och läkare... rent fysiskt ha en plan, ett strukturerat sätt hur vi bysnar på varandra och att alla säga sin del... så vi borde träna det med läkarna... jag tror att patienterna vinner på det... att man ser en helhet, att man tagit upp alla aspekterna. (sjuksköterska 2)

Fallgropar

Bristande föranalys och prioritering

Med hänsyn till projektets komplexitet skulle en mera noggrann analys behövt göras för att kunna göra en prioritering av de nödvändiga resurserna för projektets genomförande. SBAR- implementeringen har också överskuggats av andra pågående processer. En initial översyn av alla pågående

processer hade kunnat leda till en bättre prioritering med en hållbar tidplan och projektet hade inte krockat med andra förbättringsprojekt.

Ett otydligt uppdrag

Projektgruppens uppdrag har varit oklart avseende ansvar, roller och mandat vilket fördröjt starten och samarbetet. Det har tagit tid för gruppen att formulera sitt uppdrag och att skapa fungerande arbetsätt. Flera av de intervjuade anser att för lite tid har avsatts till planering och genomförande. Projektgruppen har saknat resurser i form av metodstöd för implementeringen men även saknat avsatt tid för planering och genomförande. De hade behövt mera tid för att identifiera lokala resurser och förutsättningar. Sjuksköterskorna har haft något bättre förutsättningar jämfört med läkarna som har deltagit i projektet. Det har varit för få engagerade läkare och läkarna har saknat tid för detta uppdrag. Trots att ledningens stöd anses vara betydelsefullt för projektets genomförande har första linjens chefer inte definierat vilket stöd de skulle ge till projektet.

Sjuksköterskorna och läkaren har upplevt projektet som viktigt. De har upplevt svårigheter med genomförande men även glädje över att ha lyckats. Så här uttrycker sig en sjuksköterska och en läkare:

ibland tror jag att man vinner om saker får ta lite längre tid ...folk vill ju och de är så jäkla duktiga. Lite långsamt och en sak i taget. (sjuksköterska 5)

egentligen har jag inte fått tiden att införa SBAR, vi har sprungit fram och tillbaka på olika möten, mellan ronderna, mellan mottagningsbesöken... men vi har gjort vårt bästa. (läkare 4)

Bemötande av motstånd och kritiska röster

Flera av de intervjuade sjuksköterskor och läkare anser att det motstånd och den kritik som fanns skulle ha bemöts på ett sakligt sätt från ledningens och projektgruppens sida. De efterlyste mera dialog om vad SBAR har som mål i det tvärprofessionella perspektivet och varför det var viktigt och prioriterat att genomföra projektet. Det som kännetecknade motståndet hos sjuksköterskor var ifrågasättande av SBAR som en bättre metod än egna rapporteringssättet. Följande citat av två sjuksköterskor beskriver detta:

i samband med att man utbildar och implementerar verkligen lyfta fram de kritiska rösterna, folk borde få diskutera ... om vad det handlar om och vad det är. (sjuksköterska 5)

det här berör mer... man kanske inte riktigt förstår nyttan... man har hittat sitt sätt och tycker om det man har, så varför lära om. (sjuksköterska 1)

I läkargruppen var det en annan aspekt som blev tydlig i intervjuerna. Läkarna har inte känt sig motiverade att prioritera SBAR utbildningen, de uttryckte att de inte hade problem med sin kommunikation och att problemet förövrigt upplevdes som banalt. Det var viktigt att få läkarna att förstå att SBAR handlade om att förbättra samarbetet och kommunikationen inte enbart i den egna gruppen utan i hela teamet.

En intressant aspekt som visade sig i analysen av intervjuerna med läkarna var att träning i kommunikation kan behövas i den gruppen. Framförallt de erfarna läkarna, som jag intervjuade upplever kommunikationen som bristande, även i läkargruppen.

man kan få väldigt diffusa frågeställningar(från läkare) ... träning i kommunikation kan behövas i alla personalkategorier. (läkare 1)

När vi började i läkargruppen var det mycket svårt för dem att förstå hur viktigt det var... det var banala grejer... men jag förklarade att det var viktigt för vår sjuksköterskegrupp som inte jobbat så här tidigare... att det här är någonting vi kan bidra med för att förbättra vår kommunikation så att patienterna får bättre vård. (läkare 4)

Bakgrunden till skillnader i kommunikation mellan läkare och sjuksköterskor

Bakgrunden till det existerande gapet och orsakerna till samarbets- och kommunikationsbristerna hade kunnat belysas mera. Det hade varit medvetandegörande att genomföra en nulägesanalys och beskriva de utmaningar sjuksköterskor och läkare stod inför. Det hade kunnat klargöra på vilket sätt de kanske skulle kunna stödja varandra i denna process för bättre och säker vård.

Gapet mellan sjuksköterskor och läkare har tydligt visat sig i intervjuer med båda grupperna. Samtidigt har båda grupperna beskrivit situationer, där samarbetet och kommunikationen fungerat väl och i samband med detta lyfter man fram faktorer som personkännedom, kompetens och erfarenhet. Ingen av de intervjuade sjuksköterskor och läkare har varit med om att träna tvärprofessionellt teamsamarbete och kommunikation under sin utbildning eller introduktion till yrket.

Samtliga läkare har beskrivit att de under sin utbildning fått lära sig ett strukturerat sätt att ta anamnes på patienter och föra journal. Alla har berättat om att de har tränats att sälla fram medicinskt väsentlig information, ge tydliga och kortfattade rapporter, ofta i situationer under stress. Samtliga läkare berättar att det har ställts krav på denna kommunikationsträning redan under utbildningen och i den tidiga yrkeskarriären. Detta strukturerade kommunikationssätt beskrivs likna SBAR strukturen. Det är alltså inte förvånansvärt att läkarna kunde tycka att SBAR kändes banalt och inte berörde dem.

I sjuksköterskornas utbildning saknas träning i att kommunicera på ett strukturerat sätt under praktik, vid introduktion på arbetsplatserna och senare i yrkeskarriären. Sjuksköterskorna introduceras i en annan journalföring, som är olik den medicinska journalstruktur, vilket kan bidra till kommunikationsgapet. Den muntliga kommunikation har de fått lära sig på sin arbetsplats, där var och en anammat det kommunikationssättet som passat dem bäst. Sjuksköterskorna beskriver att de kommunicerar på ett sätt med sina kollegor och på ett annat med läkare. Sjuksköterskor med lång yrkeserfarenhet erfarenhet av tätt samarbete med läkare vet att läkare vill fokusera på de rent medicinska aspekterna och de har lärt sig den typen av kommunikation. Men deras sätt att kommunicera med sina sjuksköterskekollegor bygger i högre grad på helhetssyn och kompletteras med omvårdnadsaspekter. En sjuksköterska och två läkare uttrycker det så här i intervjuerna.

... jag försöker verkligen ta det strikt, det blir inte riktigt samma rapport som till mina kollegor, det märker jag ju, men jag tar det mest väsentliga. (sjuksköterska 6)

... vi har lärt oss tidigt... vi kommunicerar på helt annat sätt när vi kommunicerar med varandra".(läkare 4)

jag kommer inte ihåg vilken läkare det var som sade det... men det var att presentera patienten på två minuter ... det man gör fel i början som ny är att man ger alldeles för mycket information, att man har svårt att sälla vad som är viktigt. (läkare 2)

Vad har vi lärt oss av implementeringen av SBAR?

Implementeringen av SBAR har påverkat de flesta på vårdavdelningen och processen har lett till att alla har fått ökad kunskap om sättet att samarbeta och kommunicera. Processen har visat att vi fortfarande upprätthåller hierarkiska strukturer, som motverkar samarbete och kommunikation och saknar tydligt ledarskap. Organisationen behöver förändras, eftersom sjuksköterskor och läkare fortfarande arbetar i separata arbetsprocesser. Vi behöver bryta upp dessa barriärer, förstå varandras ansvar och roller och skapa förutsättningar för tvärprofessionellt samarbete. Vi behöver också ta ett gemensamt ansvar för att våra patienter ska få en säker vård. Det betyder att vi kommer att tvingas till att överge våra egna bekväma sätt att kommunicera till förmån för att bygga upp en gemensam och samspelt teamkommunikation. Vi har tvingats till eftertanke och översyn av våra arbetssätt och rutiner. Genom dialog, reflektion och återkoppling har processen lett till individuellt och gemensamt lärande. Implementeringen av SBAR kräver en prioritering av patientsäkerhet och arbetsmiljö och engagerat ledarskap. Utöver utbildning behövs flera andra

kompletterande åtgärder, t.ex. förbättring av den fysiska överrapporteringsmiljön, skapande av tvärprofessionell mötesstruktur där målet för teamsamarbetet och kommunikationen ska vara helhetssyn på patienten.

Diskussion

Sammanfattning

Syftet med studien har varit att identifiera strategier som kan tänkas underlätta implementering av förbättringsprojekt, beskriva fallgröpar och dra lärdomar av den genomförda processen.

Flera strategier har visat sig vara framgångsrika, som t.ex. tydligt ställningstagande från klinikledningen till förbättringsprojektet, bildandet av en projektgrupp och klara strukturer för implementeringen. SKL:s rekommendationer och SBAR:s instruktörsutbildning bidrog också. På vårdavdelningen har jag introducerat metoder i förbättringskunskap för att stödja implementeringen av SBAR. Jag anser att detta har bidragit till att förtydliga syftet och nyttan med projektet och gett en struktur för genomförande, uppföljning och återkoppling som tidigare saknats. Bildandet av en ledningsgrupp har bidragit till att bringa ordning och struktur i alla pågående och planerade projekt på avdelningen. Tid och resurser har kunnat avsättas till att fokusera på själva förbättringsprojektet. Dialogen mellan sjuksköterskor och läkare om respektive ansvar, roller och förväntningar i kommunikation samt identifiering av goda exempel har bidragit till ömsesidigt förståelse. Det har också bidragit till att börja minska gapet mellan yrkesgrupperna.

Fallgröparna har identifierats och beskrivits och de består till stora delar av en bristande föranalys av projektets komplexitet. Behovet av metodstöd och andra förutsättningar för projektgruppens arbete saknades och tid som kunde avsättas för projektet var en bristvara. Första linjes chefs ansvar i samband med implementering har inte heller tydligt definierats trots att det anses vara en av de viktigaste faktorerna. Men trots alla brister och hinder har målet med förbättringsprojektet, d.v.s. att implementera SBAR genom att utbilda samtliga medarbetare i SBAR i stort sätt uppnåtts på hela hjärtkliniken.

Resultat av studien

I studien av förbättringsprojektet har såväl strategier som underlättat implementeringen av SBAR som fallgröpar identifierats. Studien har inneburit en lärandeprocess genom gemensam reflektion och återkoppling, som in sin tur ledde till handling. Resultatet visar också att det krävs många samordnade insatser för att genomföra ett förbättringsprojekt som berör samarbete och kommunikation.

Relation till annan evidens och tolkning

Enkätstudien som genomfördes på hjärtkliniken har gett en uppfattning om kvaliteten på samarbets- och säkerhetsklimatet och kommunikationen inom och mellan professionerna. Den kan vara intressant att följa upp i en framtida studie (Sexton et al., 2011) för att t.ex. följa utvecklingen över tid. Jämfört med andra nationella och internationella studier, där SAQ använts, var sjuksköterskornas och läkarnas uppfattning om organisationens samarbets- och säkerhetsklimat mera samstämmigt och positivt (Westfelt et al., 2010, Thomas et al., 2003, Makary et al., 2006). Det goda samarbets- och säkerhetsklimatet som kännetecknar hjärtkliniken på Karolinska i Huddinge kan vara ett tecken på att man har förutsättningar för att skapa fungerande team, men det kan också vara följd av den sedan flera år tillbaka pågående satsningen på såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö. Sjuksköterskor och läkare hade däremot olika uppfattningar beträffande det interprofessionella samarbetet och kommunikationen. Sjuksköterskorna upplevde samarbetet och kommunikationen som mindre väl fungerande, vilket bekräftas av andra studier (Makary et al., 2006, Thomas et al., 2003). Det är intressant att notera skillnaden i uppfattning om samarbete och kommunikation mellan yrkesgrupperna. Trots det positiva resultatet avseende samarbets- och

säkerhetsklimatet så finns det ett kommunikationsgap. Resultatet av enkäten belyser organisationens styrkor och svagheter och kan komma att användas i pedagogiskt syfte för att öka medvetenheten hos personalen och följa utvecklingen i förbättringsprojektet.

Gapet i kommunikation mellan yrkesgrupperna styrks av aktuell forskning om behovet att förbättra samarbetet och kommunikationen mellan olika yrkesgrupper i syfte att förbättra patientsäkerheten. (Leonard et al., 2004, Makary et al., 2006, Wallin and Thor, 2008). Likaså bekräftas de bakomliggande orsakerna till bristerna i kommunikation: olika kommunikationsstilar, den hierarkiska strukturen, betydelse av kön och kultur (Wallin and Thor, 2008, Thomas et al., 2003). Detta kan kanske förklaras med att medicinska utbildningar och vårdutbildningar saknar moduler i tvärprofessionellt samarbete och kommunikation och att vårdens organisation fortfarande bygger på en föråldrad uppfattning om att en ensam läkare är ansvarig för patientens vård (O'Leary et al., 2010, Leonard et al., 2004, Sharp, 2012).

I samband med implementering av SBAR är det därför väsentligt att se över och förbättra förutsättningar för det tvärprofessionella samarbetet. Implementeringen behöver trigga igång lärandet om teamsamarbete och kommunikation lokalt på t.ex. en vårdavdelning. Och för att utveckla teamlärande behövs träning, dialog och innovativ samverkan (Senge et al., 1995)

En av strategierna som har visat sig framgångsrik har varit att identifiera och om möjligt eliminera de bakomliggande orsakerna till kommunikationsbrister på det lokala planet. Läkare och sjuksköterskor behöver förstå varandras ansvar och roller, de behöver lära sig hur de kan kommunicera och samarbeta för att ge patienten säker vård. Den medicinska vårdplanen och omvårdnadsplanen är inte alltid tydligt uttalade, dessutom skiljer sig sjuksköterskornas och läkarnas uppfattning avseende planernas inbördes relation (O'Leary et al., 2010). Dialogen mellan professionerna har därför varit avgörande i denna studie och är även nödvändig i samband med implementeringen av SBAR (Tschannen et al., 2011a).

Positiva effekter efter implementeringen av SBAR har beskrivits av sjuksköteskorna i denna studie, framförallt i den intraprofessionella kommunikation, vilket även kan ses i andra studier. Sjuksköterskorna har också beskrivit ökat självförtroende och säkerhet i kommunikation med läkare som en följd av att använda SBAR strukturen (Woodhall et al., 2008, Clark et al., 2009, Beckett and Kipnis, 2009). Läkarna har inte märkt någon större skillnad efter implementeringen, vilket kan bero på att de inte har börjat använda SBAR i lika stor utsträckning som sjuksköterskorna i sin kommunikation intra- och interprofessionellt.

Med tanke på de värdsador som kan uppstå i samband med kommunikationsbrister måste ledningen fortsätta med sin satsning på organisationsförändringar. Ledningens ansvar i förbättringsprojektet behöver tydliggöras, framförallt för första linjens chefer stöd som spelar en avgörande roll i förbättringsprojektet. Ledningen behöver ha kunskap och kompetens inom områden patientsäkerhet, arbetsmiljö och förbättringskunskap. Detta krävs för att driva ett aktivt förbättringsarbete och skapa gemensamma strategier för att uppnå goda resultat. Speciellt viktigt är det avseende förbättringar som berör det rådande klimatet och kulturen, och patientsäkerhet (Sharp, 2012, Nyström, 2007, Weingart and Page, 2004, Thor, 2002). Utmaningen för hälso- och sjukvårdens ledare är att stödja denna utveckling. Detta kan åstadkommas med intern utbildning, träning i kommunikation och samarbete. Samtidigt behöver utbildning och träning i kommunikation ingå som ett ämne i medicinska och vårdutbildningar (Tschannen et al., 2011b).

Implementering av SBAR påverkar samtliga medarbetare och det innebär att chefer för såväl den medicinska personalen som omvårdnadspersonalen behöver identifiera strategier som stödjer förbättringsprojektet. Det är en läroprocess som samtliga medarbetare behöver bli delaktiga i. SBAR är onekligen ett verktyg som kan hjälpa till att skapa struktur för intra – och tvärprofessionellt kommunikation. Följsamheten till metoden är avgörande om kommunikationsmönstret ska kunna förändras. Hittills har sjuksköterskorna på den studerade vårdavdelningen varit aktiva och drivande i förbättringsprojektet och det är de som upplevt den störst positiva förändringen. Sjuksköterskorna kan bidra till ökad patientsäkerhet genom att utveckla den egna

intraprofessionella kommunikation och sin kommunikation gentemot läkare (Miller et al., 2009). Men utvecklingen av den interprofessionella kommunikationen är helt beroende av läkarnas medverkan. En orsak till att läkargruppen dröjt med att engagera sig i projektet kan vara att de har varit nöjda med sin egen intra- och interprofessionella kommunikation. Läkarna har uppfattat samarbetet med sjuksköterskorna som välfungerande. De har inte heller uppfattat sin egen medverkan i förbättringsprojektet som en avgörande faktor för förbättrad kommunikation och därmed patientsäkerhet. För att driva utvecklingen mot en välfungerande teamsamverkan behöver båda grupperna ta ett personligt och ett kollektivt ansvar. Ytterst handlar det om en ökad medvetenhet om faktorer som påverkar teamsamarbete och sambandet mellan teamsamarbete och patientsäkerhet (Manser, 2009, Miller et al., 2009).

Aktionsforskningen som studiedesign och analytisk intervju - vägen till gemensamt lärande

Att vara aktionsforskare i sin egen organisation kan vara svårt, men jag har upplevt att denna studiedesign har varit ett stöd i min egen och i den gemensamma läroprocessen. I min roll som aktionsforskare har jag varit delaktig i hela processen. Jag har återkopplat insikter och reflektioner direkt från den pågående studien tillbaka till organisationen, vilket jag upplever har påskyndat läroprocessen och stärkt implementeringen (Coghlan and Casey, 2001). Jag har utnyttjat min roll som chef och påverkat implementeringen av SBAR på vårdavdelningen genom en introduktion av förbättringskunskapsmetoder. Det har visat sig vara framgångsrikt. Den analytiska intervjuansatsen har enligt min erfarenhet ytterligare bidragit till gemensamma reflektioner och en teori-bildning. Styrkan i aktionsforskningsdesignen ligger i delaktigheten som den skapar förutsättningar för (Kreiner, 2005).

Att som forskare vara delaktig i intervjuer med en stor bakgrundskunskap har varit till stor nytta. Jag upplever att jag har kunnat bidra till ett gemensamt utforskande genom att ha denna bakgrundskunskap samt kunskap om aktuell forskning om ämnet som studien berör. Med det kritiska förhållningssättet som både Kreiner och Alvesson förespråkar, har jag kunnat bemöta och neutralisera vissa av de bias som uppstått under intervjuer. Den kritiska granskningen har bidragit till att ha en ödmjuk attityd till tolkningen av resultaten (Alvesson et al., 2008, Kreiner, 2005). Det har visat sig att det inte finns några absoluta sanningar men att det finns många sätt att komma fram till kunskapskapande. Studiedesignen och studieansatsen har bidragit till ett lärande på det personliga planet i min roll som chef, det har triggat igång min kreativitet som forskare men även bidragit till det kollektiva lärandet som sattes igång på vårdavdelningen.

Forskningsmetoderna

Två centrala frågor då trovärdigheten hos en forskningsmetod ska bedömas är validitet och reliabilitet. I det här fallet har jag som forskare varit en aktiv part i hela forskningsprocessen och är därför delaktig. Även de intervjuade kan ha velat påverka intervjuutfallet till en viss grad. Denna eventuella manipulation har kunnat påverka både validiteten och reliabiliteten. Samtidigt har metodvalet av aktionsforskning och analytisk intervju varit ett medvetet val för att jag har velat skapa en lärandeprocess. Det har stärkt min nyfikenhet och kreativitet och jag har kunnat återkoppla reflektioner och erfarenheter till hela gruppen och på det viset påverka lärandeprocessen (Coghlan and Casey, 2001). I syfte att öka validiteten och reliabiliteten i studien har jag försökt förhålla mig till de olika bias genom att kritiskt granska det transkriberade intervjumaterialet. Jag har använt det som en kritisk dialogpartner och inte haft någon annan ambition än att resultatet ska leda till ökat kunskap om implementering av förbättringsprojekt (Alvesson and Torhell, 2011, Kreiner, 2005).

Begränsningar

Det här är en studie, som är begränsad till en enda enhet. Det var för kort tid för att kunna utvärdera effekterna av förbättringsprojektet och effekterna på samarbets- och säkerhetsklimat och kommunikation. Det skulle vara mycket intressant att utvidga studien till att omfatta en hel klinik eller göra en jämförande studie på en annan klinik. Jag har endast kunnat påverka och utvärdera implementeringen på en vårdavdelning, men det skulle vara spännande att se om erfarenheterna från denna studie kan vara till nytta för andra verksamheter.

Slutsatser

Denna studie har handlat om implementeringen av SBAR på en vårdavdelning. Styrkan i implementering har varit lärandeprocessen. Strategier som kan underlätta en implementering har identifierats likaså fallgroparna som kan hindra implementering. Det räcker inte med enbart utbildningsinsatser, SBAR kräver träning och det måste finnas tid och möjlighet att studera och lära av varandra. Här kan olika professioner dra nytta av varandras kunskaper. Min rekommendation för framtida implementering är också att använda metoder från förbättringskunskapen som tydligt skapar struktur för planering, genomförande och uppföljning.

Läkargruppen har tränats i en muntlig och skriftlig struktur som liknar SBAR redan i sin utbildning. Steget för läkare att börja tillämpa SBAR är relativt litet och de skulle dessutom kunna hjälpa hela teamet att träna upp sin kommunikationskompetens, eftersom de redan har fått en sådan träning. Sjuksköterskor å andra sidan skulle kunna bidra till ett förbättrat kommunikationsklimat med sin omvårdnads kunskap och samordningskompetens, allt för att kunna skapa en helhetsyn med fokus på patienten i vården. Genom att se över och förtydliga syften med olika möten och skapa strukturer för tvärprofessionellt samarbete skapas förutsättningar för allas aktiva delaktighet. Genom att förtydliga roller och ansvar i teamet, lyfts ledarskapet och hierarkiska strukturer, som är farliga för patientsäkerheten, kan byggas bort.

Tack!

Jag skulle vilja tacka alla medarbetare och läkare på vårdavdelningen för att de på ett generöst sätt har delat med sig av sina erfarenheter. Mina handledare som ingjutit hopp när jag som mest behövt förtjänar också ett stort tack, såsom mina kollegor och lärare som har följt mig på denna resa. Ett speciellt tack till Carl Johan Wallin för hans ovärderliga hjälp med SAQ- enkäten och till Kerstin Johansson för hennes tålmod vid transkriberingen, Natalia Berg för all stöd vid litteratursökningar och till Margareta Berglund för stöd och korrigerering samt till Morena Azbel Schmidt för hennes tålmod med mina språkförbistringar. Min allra närmaste familj vill jag tacka för att den stått vid min sida i vått och torrt.

Bilagor

Bilaga 1

SAQ enkäten: SAQ enkäten. Original: Safety Attitudes Questionnaire – Teamwork and Safety Climate (Sexton et al., 2006).

Available: http://www.uth.tmc.edu/schools/med/imed/patient_safety/questionnaires/.

Svensk version med tillstånd av Simulatorcentrum, Karolinska universitetssjukhuset.

Enkät om samarbets- och säkerhetsklimat (Hjärtkliniken)

SVARSANVISNING	Använd endast blyertspenna Sudda alla markeringar du vill ändra	Korrekt markering <input checked="" type="checkbox"/>	Ogiltiga markeringar · X ✓			
Befattning på Hjärtkliniken (markera endast en ruta):						
<input type="checkbox"/> Undersköterska	<input type="checkbox"/> Sjuksköterska	<input type="checkbox"/> Läkare				
<input type="checkbox"/> Annan personalgrupp (Lex. sekreterare / sjukgymnast / dietist / kurator)		<input type="checkbox"/> Chef				
Dagens datum: _____						
Svara på följande påståenden gällande Hjärtkliniken. Välj svar enligt skalan nedan:						
A Stämmer mycket dåligt	B Stämmer ganska dåligt	C Neutral	D Stämmer ganska bra	E Stämmer mycket bra	X Inte aktuellt	
SAMARBETSKLIMAT						
1. Sjuksköterskornas, undersköterskornas och övriga personalgruppers synpunkter tas emot väl på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
2. Jag har svårt att göra min stämma hörd på avdelningen om jag upptäcker problem med patientvården.	A	B	C	D	E X	
3. När beslut ska fattas på avdelningen tas det hänsyn till synpunkter från relevanta personalkategorier	A	B	C	D	E X	
4. Läkarna, sjuksköterskorna, undersköterskor, chefer och övriga personalgrupper samarbetar som ett väl samordnat team.	A	B	C	D	E X	
5. Vi löser meningsskiljaktigheter på avdelningen på ett ändamålsenligt sätt (dvs. inte beroende på vem som har rätt utan på vad som är bäst för patienten).	A	B	C	D	E X	
6. Det är ofta jag inte kan framföra avvikande åsikt gentemot läkarna och cheferna på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
7. Det är lätt för personalen att ställa frågor om det är något som de inte förstår.	A	B	C	D	E X	
8. Jag får det stöd jag behöver från annan personal vid vården av patienterna.	A	B	C	D	E X	
9. Jag känner till både för- och efternamn på alla medarbetare som jag arbetade med under det senaste arbetspasset.	A	B	C	D	E X	
10. Rapporteringen av viktig information fungerar väl vid passbytena.	A	B	C	D	E X	
11. Rapportgenomgångar i personalgruppen innan ett pass börjar (t.ex. för att planera för hur man ska hantera oförutsedda händelser) är viktiga för patientsäkerheten.	A	B	C	D	E X	
12. Avstämningar är vanligt förekommande här.	A	B	C	D	E X	
13. Jag är nöjd med kvaliteten på samarbetet med läkarna och chefer på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
14. Jag är nöjd med kvaliteten på samarbetet med sjuksköterskorna, undersköterskor och övriga personalgrupper på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
SÄKERHETSKLIMAT						
15. Personalresurserna på avdelningen är tillräckliga för patientarbetet.	A	B	C	D	E X	
16. Jag skulle känna mig trygg som patient här.	A	B	C	D	E X	
17. Jag uppmanas av mina kollegor att rapportera alla patientsäkerhetsrisker som jag upptäcker.	A	B	C	D	E X	
18. Personalen åsidosätter ofta de regler eller riktlinjer (t.ex. PM, rutiner, behandlingsprotokoll, metoder etc.) som gäller på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
19. Kulturen på avdelningen gör det lätt att lära av andras misstag.	A	B	C	D	E X	
20. Jag får adekvat återkoppling på mitt arbete.	A	B	C	D	E X	
21. Medicinska avvikelser hanteras korrekt här på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
22. Jag känner till vilka vägar jag ska gå för att framföra frågor om patientsäkerheten på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
23. Det är svårt att diskutera avvikelser på avdelningen.	A	B	C	D	E X	
24. Klinikledningen tummar inte medvetet på patientsäkerheten.	A	B	C	D	E X	
25. Hjärtkliniken gör mer för patientsäkerheten nu än för ett år sedan.	A	B	C	D	E X	
26. Cheferna på hjärtkliniken driver på för att vi ska vara en säkerhetsfokuserad organisation.	A	B	C	D	E X	
27. Mina förslag gällande säkerhet skulle leda till handling om jag framförde dem till cheferna.	A	B	C	D	E X	
Använd skalan för att beskriva kvaliteten på ditt samarbete och din kommunikation med följande personalgrupper						
	A Mycket låg	B Låg	C Adekvat	D Hög	E Mycket hög	X Inte aktuellt
Undersköterskor	A	B	C	D	E	X
Sjuksköterskor	A	B	C	D	E	X
Läkare	A	B	C	D	E	X
Andra personalgrupper	A	B	C	D	E	X
Chefer	A	B	C	D	E	X
28. Har du tidigare besvarat denna enkät?	Ja	Nej	Vet inte			
Pappas förnamn _____	Mammas förnamn _____					

Tack för att du fyllde i enkäten – din tid och medverkan är mycket uppskattad.

Bilaga 2

Resultat av samarbetsklimatsmätning

Bilaga 2 Samarbetsklimat (Teamwork climate)

Uppfattning om kvalitén på samarbetet mellan vårdpersonal (Perceived quality of collaboration between personnel) beräknas från 6 frågor:

(Perceived quality of collaboration between personnel)

1. Sjuksköterskornas, undersköterskornas och övriga personalgruppers synpunkter tas emot väl på avdelningen.

4. Läkarna, sjuksköterskorna, undersköterskor, chefer och övriga personalgrupper samarbetar som ett väl samordnat team.

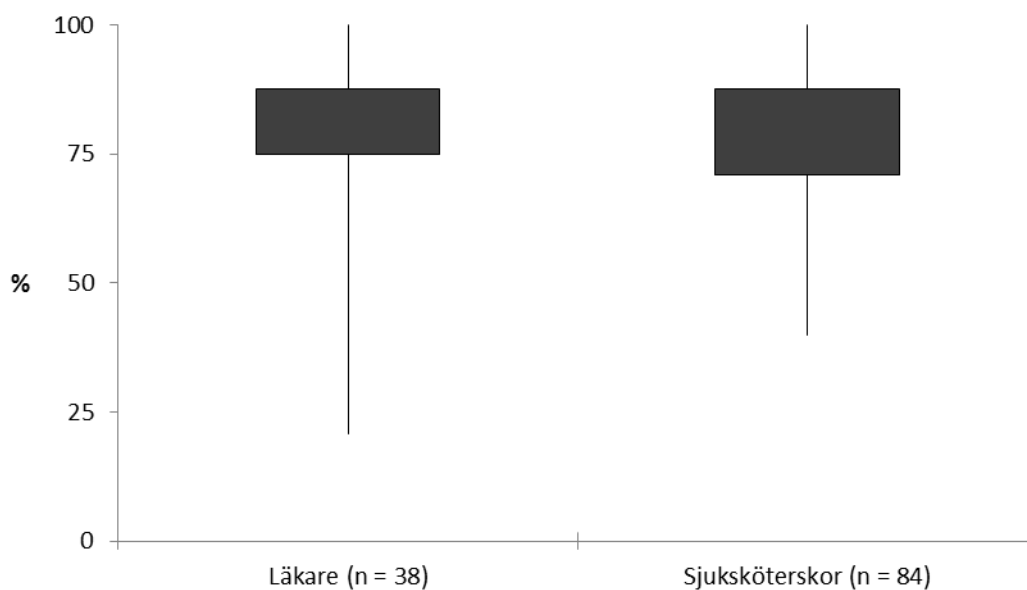
5. Vi löser meningsskiljaktigheter på avdelningen på ett ändamålsenligt sätt (dvs. inte beroende på vem som har rätt utan på vad som är bäst för patienten).

6. Det är ofta jag inte kan framföra avvikande åsikt gentemot läkarna och cheferna på avdelningen.

7. Det är lätt för personalen att ställa frågor om det är något som de inte förstår.

8. Jag får det stöd jag behöver från annan personal vid vården av patienterna.

Samarbetsklimat



Median (IQR): Läkare 81,25 (12,5), sjuksköterskor 79,17 (16,7)

Mann-Whitney Rank Sum Test: $p = 0,405$

Medel (SD): Läkare 78,2 (17,4), sjuksköterskor 77,6 (13,7)

T-test: $p = 0,8$

Läkarnas och sjuksköterskornas uppfattning om kvalitén på samarbetsklimatet på hjärtkliniken, Karolinska, Huddinge har varit övervägande samstämmigt och positivt.

Bilaga 3

Resultat av säkerhetsklimatmätning (Safety climate)

Uppfattning om organisationens starka och proaktiva engagemang i patientsäkerhet (Perceptions of a strong and proactive organizational commitment to patient safety) beräknas från 6 frågor:

16. Jag skulle känna mig trygg som patient här.

17. Jag uppmuntras av mina kolleger att rapportera alla patientsäkerhetsrisker som jag upptäcker.

19. Kulturen på avdelningen gör det lätt att lära av andras misstag.

20. Jag får adekvat återkoppling på mitt arbete.

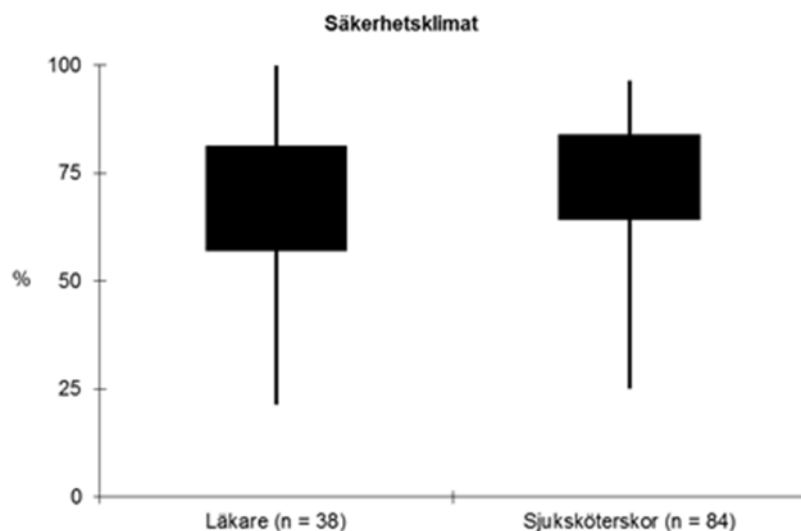
21. Medicinska avvikelser hanteras korrekt här på avdelningen.

22. Jag känner till vilka vägar jag ska gå för att framföra frågor om patientsäkerheten på avdelningen.

23. Det är svårt att diskutera avvikelser på avdelningen.

* Med medicinsk avvikelse menas ett misstag som någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen gör vid vården av en patient, oberoende av konsekvenserna.

Faktorn ”säkerhetsklimat” beräknas som medelvärdet alt. median av de 7 svaren för varje individ där A stämmer mycket dåligt (0 %), B stämmer ganska dåligt (25 %), C neutral (50 %), D stämmer ganska bra (75 %) och E stämmer mycket bra (100 %).



Median (IQR): Läkare 71,4 (24,1), sjuksköterskor 75,0 (19,6)

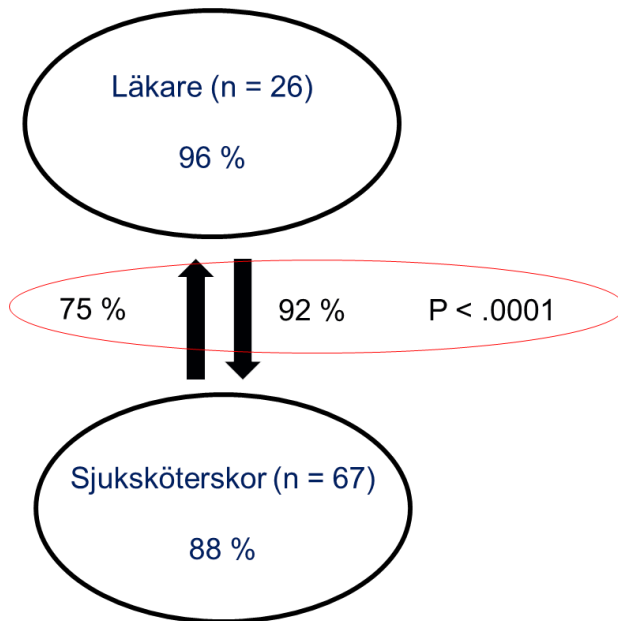
Mann-Whitney Rank Sum Test: $p = 0,164$

Medel (SD): Läkare 68,3 (18,9), sjuksköterskor 73,5 (14,6)

T-test: $p = 0,10$

Bilaga 4

Resultat av samarbete och kommunikationsmätning inom och mellan yrkesgrupperna



Det finns signifikanta skillnader mellan läkare och sjuksköterskor beträffande det gemensamma samarbetet och kommunikationen.

Läkare (n = 26, bortfall 12) uppfattning om samarbete med sjuksköterskor:

Negativ (0 – 75 %) samarbete och kommunikation: 2

Positiv (75 – 100 %) samarbete och kommunikation: 24

Sjuksköterskors (n = 67, bortfall 17) uppfattning om samarbete med läkare:

Negativ (0 – 75 %) samarbete och kommunikation: 17

Positiv (75 – 100 %) samarbete och kommunikation: 50

Bilaga 5

Frågor till djupintervjuer med läkare

- Ålder
- Kön
- År i yrket
- Tidigare erfarenhet av/utbildning i strukturerad kommunikationsmetod, team samarbete

Vid rond/ kommunikation med ssk/underläkare/överläkare öga mot öga

- Får du den information du behöver för att skapa dig en tydlig bild av patientens tillstånd?
- Förstår du vad sjuksköterskan/underläkaren vill att du ska göra?
- Får du bekräftelse på att sjuksköterskan/underläkaren förstår vad du vill?
- Ge exempel på bra respektive dålig kommunikation

På jourtid per telefon

- Får du den information du behöver för att skapa dig en tydlig bild av patientens tillstånd?
- Förstår du vad sjuksköterskan vill att du ska göra när hon ringer?
- Ge exempel på bra respektive dålig kommunikation

Vi har infört SBAR

- Hur skulle du vilja att kommunikationen fungerade?
- Har du märkt någon förändring i kommunikationen senaste året?
- På vilket sätt?

Planerings- och avstämningsmöten: morgonmöte och reflektion

- En viktig aspekt av effektiv kommunikation är att alla i teamet bidrar med sina synpunkter kring patientens vård och säkerhet. Hur tycker du det fungerar? Hur tas hela teamets kompetens tillvara?
- Hur tycker du att teamet uppfattar/förstår det du vill förmedla?
- Hur får du bekräftelse på att det du vill förmedla har förståtts av teamet?
- Många ssk tycker det är svårt att göra rekommendationer till läkare så som det beskrivs i SBAR. Hur tycker du det fungerar hos oss? Kan du ge exempel?

Andra synpunkter du vill dela med dig

Bilaga 6

Frågor till djupintervjuer med sjuksköterskor

- Ålder
- Kön
- År i yrket
- Tidigare erfarenhet av/utbildning i strukturerad kommunikationsmetod, team samarbete

Vid rond/ kommunikation med överläkare/underläkare, öga mot öga

- Får du den information du behöver för att skapa dig en tydlig bild av patientens tillstånd?
- Förstår du vad överläkaren/underläkaren vill att du ska göra?
- Får du bekräftelse på att överläkaren/underläkaren förstår vad du vill?
- Ge exempel på bra respektive dålig kommunikation

På jourtid per telefon (hjärtbakjour)

- Har du klart för dig vilken information läkaren behöver för att skapa sig en tydlig bild om patientens tillstånd?
- Har du själv en tydlig frågeställning innan du ringer? Vet du vad du vill uppnå med samtalet?
- Får du dem svar och den hjälp du behöver?
- Får du den information du behöver för att skapa dig en tydlig bild av patientens tillstånd?
- Ge exempel på bra respektive dålig kommunikation

Vid skiftbyte

- Får du den information du behöver för att skapa dig en tydlig bild av patientens tillstånd?
- Förstår du vad din kollega vill att du ska göra när hon rapporterar.
- Ge exempel på bra och dålig rapport vid skiftbyte?

Vi har infört SBAR

- Hur skulle du vilja att kommunikationen fungerade?
- Har du märkt någon förändring i kommunikationen senaste året?
- På vilket sätt?
-

Planerings- och avstämningsmöten: morgonmöte och reflektion

- En viktig aspekt av effektiv kommunikation är att alla i teamet bidrar med sina synpunkter kring patientens vård och säkerhet. Hur tycker du det fungerar? Hur tas hela teamets kompetens tillvara?
- Hur tycker du att teamet uppfattar/förstår det du vill förmedla?
- Hur får du bekräftelse på att det du vill förmedla har förståtts av teamet?
- Många ssk tycker det är svårt att göra rekommendationer till läkare så som det beskrivs i SBAR. Hur tycker du det fungerar hos oss? Kan du ge exempel?

Andra synpunkter du vill dela med dig?

Bilaga 7

Kompletterande frågor till den lokala projektgruppen om implementeringsprocessen

Har uppdraget projektet varit klart och tydligt formulerat?

Har du förstått ditt uppdrag, din roll?

Har projektgruppen fått tillräckliga resurser för genomförande?

Har det funnits plan för uppföljning, vilken?

Fanns det kompetens i projektgruppen relaterad till uppdraget, tillräcklig representation från olika grupper?

Mandat att driva projektet?

Har du fått stöd från ledningen?

Andra synpunkter du vill dela med dig beträffande projektet?

Svagheter, styrkor, intressanta reflektioner...

Bilaga 8

Faktorer som kan påverka validiteten och reliabiliteten i intervjuforskning, fritt tolkat.

1. Social scen och dynamik: intervjun som lokal prestation- samspelet mellan två människor i en intervjusituation kan präglas av deras kön, ålder, personlighet, yrkesroll och etnicitet. Intervjun kan påverkas av den fysiska platsen.
2. Kognitiv inramning och meningsbildning- intervju är en mångtydig situation och kräver meningsskapande från intervjupersonens sida. Här handlar det om antaganden, tolkningar och värdering. Vad t.ex. intervjupersonen tänker kan variera och skilja sig från vad forskaren tänker eller antar.
3. Identitetsarbete- att styra in på ämnet i intervjun. Både intervjuaren och intervjupersonen åberopar en identitet. Forskare uppmanrar ofta (medvetet eller omedvetet) intervjupersoner att anta en identitet. Intervjuberättelsen kan leda till att konstruera en identitet istället för att avslöja och spegla en "sann identitet"
4. Följande av kulturellt script- den intervjuade kan ge uttryck för en norm, gällande kultur. Det kan vara viktigt för intervjupersonen att framstå som autentisk och individuell och det kulturella scripten göms. Det kan vara svårt för forskaren att skilja element från ytligt scriptföljande från reflektioner som verkligen säger något utanför "protokollet".
5. Intrycksstyrning- människor vill gärna lämna en positiv bild av sig själva och den organisation de tillhör, medvetet eller omedvetet kan denna positiva sneddrivning förekomma i en intervjusituation.
6. Politiskt handlande- intervju som politisk handling. Intervjun kan användas som arena för egna syften, forskaren kan komma att stöta på manipulationer och opportunistiska och det kan vara svårt att skilja mellan "autentiska erfarenheter" och konstruktioner som tjänar en individ eller en grups intressen. Intervjupersonen kan ha svårt att förhålla sig till forskarens garantier om anonymitet, hon/han kan aldrig vara säker på vad som händer med intervjumaterialet.
7. Konstruktionsarbete-att med språkets hjälp snickra till berättelser. Att använda språket är att konstruera världen, en egen version av denna. Människors verbala färdigheter skiftar och de välartikulerade behöver inte alltid vara de som verkligen anstränger sig att återge en verklighetsbeskrivning.
8. Diskursivt maktspel- Här handlar det om att intervjupersonen är styrd av en övergripande diskurs. Att hon/han återspeglar en sociohistorisk kontext. Det handlar om ett ömsesidigt beroende mellan en subjektiv uppfattning och rådande diskurs. Intervjun ses här som ett spel mellan gällande diskurser och subjektivitet. (Alvesson and Torhell, 2011)

Bilaga 9

Testcykel nr: 2 Fredad överrapportering möjliggör rapport enligt SBAR	
Team:	SBAR gruppen
Testansvariga:	xxx, xxx, xxx,
Datum	Testen börjar: v 9 Testen avslutas: v 10
Mål:	Övergripande mål - Fredad överrapporteringsmiljö, rapport enligt SBAR, mindre risk för vårdskador relaterade till brister i kommunikation
Idé att pröva:	7.00- 7.15 Nattsjuksköterska rapport till dagsjuksköterska ger rapport på läkarexpeditionerna. Resurssjuksköterska/koordinatorn svarar på ringningar i första hand. Nattsjuksköterska skriver upp ansvarssalar på tavla på ssk expeditionen så att dagsjuksköterskor direkt kan gå till rätt expedition. 14.00–14.30 dagsjuksköterska ger rapport till kvällsjuksköterska rapporter på ssk expeditionen med skylt ”rapport pågår”, stängd dörr samt telefon kopplad till handsfree, vilket koordinatorn har hand om. Koordinatorn utse någon som svarar på ringningar - resurssjuksköterska i första hand.
Betydelse för kunder/patienter:	Bättre arbetsmiljö vilket leder till att SBAR kan användas fullt ut. Mindre risk för brister i kommunikation minskar risk för uppkomst av vårdskada
Varför görs testen?	Återkommande avvikelser om brister i kommunikationen Undermålig arbetsmiljö, Rapport enligt SBAR omöjlig då ssk ständigt blir avbrutna och rapporter sker i stökig miljö
Hur ska testen utvärderas?	Genom direktavstämning på pappersark dagligen (rött, gult, grönt med kommentarsfält) uppsatta på respektive expedition. Separat utvärdering för natt-dag skift och dag-eftermiddag skift

PDSA, fredad överrapportering möjliggör rapport enligt SBAR

Referenser

- SBAR för strukturerad kommunikation* [Online]. SKL. Available: www.skl.se.
- ALVESSON, M., SVENINGSSON, S. & TORHELL, S.-E. 2008. *Förändringsarbete i organisationer : om att utveckla företagskulturer*, Malmö, Liber.
- ALVESSON, M. & TORHELL, S.-E. 2011. *Intervjuer : genomförande, tolkning och reflexivitet*, Malmö, Liber.
- ARDOIN, K. B. & BROUSSARD, L. 2011. Implementing handoff communication. *J Nurses Staff Dev*, 27, 128-35.
- BATALDEN, P. & DAVIDOFF, F. 2007a. Teaching quality improvement: the devil is in the details. *JAMA*, 298, 1059-61.
- BATALDEN, P. B. & DAVIDOFF, F. 2007b. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*, 16, 2-3.
- BECKETT, C. D. & KIPNIS, G. 2009. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 31, 19-28.
- BERGMAN, B. & KLEFSJÖ, B. 2001. *Kvalitet från behov till användning*, Lund, Studentlitteratur.
- BURESH, B. & GORDON, S. 2006. *From silence to voice : what nurses know and must communicate to the public*, Ithaca, NY, ILR Press/Cornell University Press.
- CLARK, E., SQUIRE, S., HEYME, A., MICKLE, M. E. & PETRIE, E. 2009. The PACT Project: improving communication at handover. *Med J Aust*, 190, S125-7.
- COGHLAN, D. & CASEY, M. 2001. Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of advanced nursing*, 35, 674-82.
- FULOP, N. 2001. *Studying the organisation and delivery of health services : research methods*, London ; New York, Routledge.
- GRANSKÄR, M. & HÖGLUND-NIELSEN, B. 2009. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs]*, Johanneshov, TPB.
- GREENFIELD, L. J. 1999. Doctors and nurses: a troubled partnership. *Ann Surg*, 230, 279-88.
- HAIG, K. M., SUTTON, S. & WHITTINGTON, J. 2006. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 32, 167-75.
- HJÄRTKLINIKEN KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET 2010. Verksamhetsplan.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Sentinel event statistics, June 29,2004* [Online]. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Available: www.jcaho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events/sentinel+event+statistics.htm.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *National patient safety goals for 2005 and 2004* [Online]. Available: www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety/npsg.htm.
- KREINER, K. M., J. 2005. The analytical interview. Relevance beyond reflexivity in The Art of Science. Available: <http://frontpage.cbs.dk/insights/710008.shtml>.
- KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET 2010. Kvalitets- och patientsäkerhetsmål 2011 Karolinska Universitetssjukhuset.
- LANGLEY, G. J. 2009. *The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance*, San Francisco, Jossey-Bass.

- 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*, 13 Suppl 1, i85-90.
- MAKARY, M. A., SEXTON, J. B., FREISCHLAG, J. A., HOLZMUELLER, C. G., MILLMAN, E. A., ROWEN, L. & PRONOVOST, P. J. 2006. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*, 202, 746-52.
- MANSER, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-51.
- MARSHALL, S., HARRISON, J. & FLANAGAN, B. 2009. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Qual Saf Health Care*, 18, 137-40.
- MCCAFFREY, R. G., HAYES, R., STUART, W., CASSELL, A., FARRELL, C., MILLER-REYES, C. & DONALDSON, A. 2010. A program to improve communication and collaboration between nurses and medical residents. *J Contin Educ Nurs*, 41, 172-8.
- MILLER, K., RILEY, W. & DAVIS, S. 2009. Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of nursing management*, 17, 247-55.
- MORFELDT, L. 2009. [In Process Citation]. *Lakartidningen*, 106, 2949-50.
- MORGAN, G. 1999. *Organisationsmetaforer*, Lund, Studentlitteratur.
- NORGAARD, B. 2011. Communication with patients and colleagues. *Danish medical bulletin*, 58, B4359.
- NYSTRÖM, M. E. 2007. Utvecklings-och förbättringsarbete inom vården - lärdomar från forskning och goda verksamhetsexempel. *Rapporter från Sveriges Kommuner och Landsting*. Medical Management Centre Institutionen LIME, Karolinska Institutet.
- O'LEARY, K. J., THOMPSON, J. A., LANDLER, M. P., KULKARNI, N., HAVILEY, C., HAHN, K., JEON, J., WAYNE, D. B., BAKER, D. W. & WILLIAMS, M. V. 2010. Patterns of nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *Qual Saf Health Care*, 19, 195-9.
- RAICA, D. A. 2009. Effect of action-oriented communication training on nurses' communication self-efficacy. *Medsurg Nurs*, 18, 343-6, 360.
- REASON, J. (ed.) 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, sid 139-160.* , Stockholm: Liber.
- ROLLENHAGEN, C. (ed.) 2005. *Säkerhetskultur*, Stockholm: Elanders Gotab AB.
- SENGE, P. M., CATO, T. & WIBERG, L. 1995. *Den femte disciplinen : den lärande organisationens konst*, Stockholm, Nerenius & Santérus.
- SEXTON, J. B., BERENHOLTZ, S. M., GOESCHEL, C. A., WATSON, S. R., HOLZMUELLER, C. G., THOMPSON, D. A., HYZY, R. C., MARSTELLER, J. A., SCHUMACHER, K. & PRONOVOST, P. J. 2011. Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med*, 39, 934-9.
- SEXTON, J. B., HELMREICH, R. L., NEILANDS, T. B., ROWAN, K., VELLA, K., BOYDEN, J., ROBERTS, P. R. & THOMAS, E. J. 2006. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6, 44.
- SHARP, L. 2012. *Effektiv kommunikation för säkrare vård*, Lund, Studentlitteratur.
- SOCIALSTYRELSEN. 2008. Patientsäkerhet:tema Medicinteknik/ Nummer3-2008. Available: www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet.
- SOCIALSTYRELSEN. 2009. Verktyg för säker kommunikation i vården. Available: www.socialstyrelsen.se.
- STRICOFF, S. 2005. Understanding safety's role in culture and climate. *Occupational Hazards. The Magazine of Safety, Health and Loss Prevention*.

- SVERIGE. SOCIALSTYRELSEN 2006. *God vård [Elektronisk resurs] : om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*, Stockholm, Socialstyrelsen.
- THOMAS, E. J., SEXTON, J. B. & HELMREICH, R. L. 2003. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*, 31, 956-9.
- THOR, J. 2002. [Improvement of knowledge should be used when working for changes of health care]. *Lakartidningen*, 99, 3312-4.
- TROST, J. 2010. *Kvalitativa intervjuer*, Lund, Studentlitteratur.
- TSCHANNEN, D., KEENAN, G., AEBERSOLD, M., KOCAN, M. J., LUNDY, F. & AVERHART, V. 2011a. Implications of nurse-physician relations: report of a successful intervention. *Nursing economic*, 29, 127-35.
- TSCHANNEN, D., KEENAN, G., AEBERSOLD, M., KOCAN, M. J., LUNDY, F. & AVERHART, V. 2011b. Implications of nurse-physician relations: report of a successful intervention. *Nurs Econ*, 29, 127-35.
- TÖRNER, M. 2010. Bra samspel och samverkan skapar säkerhet - om klimat och kultur på arbetsplatsen *Kunskapsöversikt*. Arbetsmiljöverket
- WALLIN, C. J. & THOR, J. 2008. [SBAR--model for better communication between health personnel. Inefficient communication contributes to the majority of injuries in health care]. *Lakartidningen*, 105, 1922-5.
- WEINGART, S. N. & PAGE, D. 2004. Implications for practice: challenges for healthcare leaders in fostering patient safety. *Quality & safety in health care*, 13 Suppl 2, ii52-6.
- VELJI, K., BAKER, G. R., FANCOTT, C., ANDREOLI, A., BOARO, N., TARDIF, G., AIMONE, E. & SINCLAIR, L. 2008. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthcare quarterly*, 11, 72-9.
- WESTFELT, P., HEDSKOLD, M., PUKK-HARENSTAM, K., SVENSSON, R. M. & WALLIN, C. J. 2010. [Efficient training in cooperation within your own emergency department. With patient simulation and skilled trainers]. *Lakartidningen*, 107, 685-9.
- WIBECK, V. 2010. *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*, Lund, Studentlitteratur.
- WOODHALL, L. J., VERTACNIK, L. & MCLAUGHLIN, M. 2008. Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*, 34, 314-7.