



Överbeläggning

Konsekvenser för patienten

Charlotte Bengtsson
Petra Magnusson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete 61-90 hp
Ht 2011

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



Overcrowding

Consequences for the patient

**Charlotte Bengtsson
Petra Magnusson**

Nursing Programme, 180 credits
Nursing Thesis, 15 credits (61-90)
Autumn 2011

School of Social and Health Sciences
P.O. 823
S- 301 18 HALMSTAD

Titel Title	Överbeläggning: Konsekvenser för patienten Overcrowding: Consequences for the patient
Författare Author	Charlotte Bengtsson, Petra Magnusson Charlotte Bengtsson, Petra Magnusson
Sektion Departement	Sektionen för hälsa och samhälle School of Social and Health Sciences
Handledare	Marie Sandh, Universitetsadjunkt, filosofie magister
Supervisor	Annika Wing-Hörnfolk, Universitetsadjunkt, filosofie magister Marie Sandh, Lecturer, MNSc Annika Wing-Hörnfolk, Lecturer, MNSc
Examinator Examiner	Barbro Boström, Universitetslektor, medicine doktor Barbro Boström, Senior lecturer, PhD
Tid Period	Ht 2011 Autumn 2011
Sidantal Pages	15 15
Nyckelord Key words	Patientsäkerhet, utlokalisering, överbeläggning, överrapportering Handover, overcrowding, patient safety, relocation
Sammanfattning	Vårdenheter i dagens sjukvård arbetar ofta och återkommande i överbeläggningssituationer. Detta kan innebära konsekvenser för patientsäkerheten. En litteraturstudie gjordes med granskning av 9 artiklar med syftet att belysa konsekvenser för patienter vid överbeläggningar inom somatisk slutenvård. Som största konsekvenser för patienter vid överbeläggningar identifierades brister i överrapporteringssituationer av patienternas fortsatta vård och konsekvenser av utlokalisering av patienter. För vårdpersonalen innebär utlokaliserade patienter ökade belastningar på flera nivåer, framförallt på grund av skillnader i kompetens och otillräckliga erfarenheter för att kunna tillgodose patienters omvårdnadsbehov. Kommunikationsbrist visades vara en bidragande faktor till vårdskador. Brister i basal omvårdnad kan leda till ökat lidande, förlängd vårdtid och komplikationer. Fortsatt forskning är angelägen, då det finns flera aspekter på ämnet som behöver belysas.
Abstract	Health care units are frequently and repeatedly working with overcrowding situations. This can pose consequences to patient safety. A literature review was done with the review of nine articles with the aim to illuminate the consequences for patients with overcrowding wards at inpatient care units. Main consequences for patients with overcrowding wards were identified as lack of information at handoff situations regarding to the care of the patients and the consequences of the relocation of patients. Relocated patients implies increased loads on several levels for nursing staff , mainly due to differences in skills and insufficient experience to meet the care needs of patients. Lack of communication was shown to be a contributing factor to adverse events. Deficiencies in basic nursing care can lead to increased suffering, prolonged hospital stay and complications. Continued research is important, since there are several interesting aspects that need to be elucidated.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Syfte	4
Metod	4
Datainsamling	4
Databearbetning	6
Resultat	6
Patientsäkerhet	6
Utlokalisering	6
Överrapportering	7
Diskussion	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
Konklusion	14
Implikation	14
Referenser	
Bilagor	
Bilaga I Tabell 2. Sökhistorik	
Bilaga II Tabell 3. Artikelöversikt	
Bilaga III. SBAR	

Inledning

Överbeläggningar inom svensk somatisk slutenvård är följden av minskat antal vårdplatser. Patientgruppen äldre sjuka, som tillfälligt behöver akut vård ökar i antal och får ibland förlängd vårdtid då deras grundsjukdomar och ålder ökar riskerna för komplikationer såsom pneumoni och justeringar av insulinbehandling vid diabetes. (Socialstyrelsen [SoS], 2009a). SoS har i sina rapporter (2003; 2008a) konstaterat att platsbrist inom sjukvården innebär allvarliga risker för patientsäkerheten. SoS (2003; 2008a) har följt och granskat konsekvenserna av överbeläggningar som leder till utlokalisering av patienter på svenska sjukhus. SoS (2003; 2008a) konstaterade att utlokalisering av patienter är en lösning på platsbrist och accepteras i verksamheter som ett normaltillstånd.

Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) innebär att vårdgivarna har ett ansvar att systematiskt bedriva ett patientsäkerhetsarbete som involverar samtlig personal i vårdkedjan. Enligt International Council of Nurses [ICN] (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) är sjuksköterskans ansvar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande vilket stämmer överens med kraven på systematiskt patientsäkerhetsarbete. När vården inte bedöms som patientsäker ska sjuksköterskan ingripa och skydda patienten. Enligt SoS (2003; 2008a) utredningar, som lett fram till uppdateringen av Patientsäkerhetslagen (2010:659), är överbeläggningar och utlokalisering av patienter en angiven risksituation.

Cameron (2006) menar att överbeläggningar på sjukhusen ska ses som en ökad risk för patientsäkerheten och en ansträngd arbetsmiljö för vårdpersonalen. Överbeläggningar minskar effektiviteten i vården och att det i stället leder till minskat patientflöde.

Konsekvenserna av att utlokalisera patienter är ett relativt nytt forskningsområde, både ur patientsäkerhetsperspektiv och för vårdpersonalen och därför finns ett värde i att belysa detta.

Bakgrund

Varje år drabbas cirka 100 000 patienter av vårdskador i Sverige, trots att grundprincipen för all verksamhet är att ingen patient ska skadas i sjukvården (SoS, 2009b). Enligt SoS (2005) innebär säker hälso- och sjukvård att genom ett aktivt riskförebyggande arbete, ska vårdskador förhindras. Med vårdskada menas alla komplikationer och förändringar av patientens tillstånd som inte är konsekvenser av eller komplikationer till följd av patientens diagnos. Med säker vård menas att diagnostik, vård och behandling utförs på rätt sätt. Säkra system måste utvecklas så att vårdskador kan undvikas, då utgångspunkten i patientsäkerhetsarbetet är att få samspelet mellan tekniska funktioner, mänskliga faktorn och omgivningen att fungera optimalt. Trots detta drabbas patienter varje dag av brister i vården och omsorgen. Det är ett stort slöseri med samhällets resurser, men är också till ett stort lidande för patienten (SoS, 2011b).

Ordet patient kommer från latinets *patiens*, som betyder uthållighet med innebörden att vara tålmodig, uthållig och vara aktiv som patient. Att vara sjuk är krävande eftersom

den sjuke samtidigt ska ta in kunskaper om sin diagnos och kanske förändra sin livsstil. Ordet patient beskrivs som en person som på grund av sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad. Med ordet säkerhet menas att åtgärder genomförs för att minska olycksrisker och att oönskade händelser inte ska inträffa som kan leda till skada (Nationalencyklopedin, 2011).

SoS (2003) rapporterade att konsekvenserna av utvecklingen inom svensk sjukvård under 2000-talet har inneburit en förändring av antalet vårdplatser inom somatisk slutenvård. Vårdtiderna har genom effektiviseringar förkortats och en stor del av tidigare slutenvård har flyttats över till poliklinisk vård. Situationen med platsbrister inom slutenvården ses som en accelererande verklighet. En bidragande orsak till platsbrist, anger SoS (2009a), vara minskat antal slutenvårdsplatser och att patientgruppen över 80 år har ökat. Denna åldersgrupp har ofta flera grundsjukdomar, vilket kan leda till ökade risker för komplikationer och förlängd tid för återhämtning. Personalen inom kommunsjukvården anser sig ofta inte ha tillräckligt med kompetens och resurser för att vårda dessa patienter i hemmen, vilket kan bidra till förlängda vårdtider inom slutenvården. Rapporten (SoS, 2009a) visar också att vårdenheter ofta och återkommande arbetar i överbeläggningssituationer. Överbeläggningar innebär att avdelningen bedriver vård för fler patienter än vad verksamheten är planerad för. Överbeläggningar på vårdavdelningar beskrivs som ett nytt normaltillstånd, eftersom vårdplatserna inte räcker till på sjukhusen. En konsekvens kan bli att patienter utlokaliseras. Med utlokalisering menas att patienter temporärt vårdas och behandlas på avdelningar/kliniker som har lediga vårdplatser men oftast har annan kompetens och behandlingsinriktning än vad patientens diagnos kräver (ibid). Enligt SoS rapporter (2003; 2008b) utgör bristen på vårdplatser allvarliga risker för patientsäkerheten. Som största risk med utlokalisering identifierades att den vårdande enheten brast i kompetensen för patientens diagnos.

Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) tydliggör ansvaret hos vårdgivaren att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsarbetet och förebyggande åtgärder för att förhindra vårdskador. Patientsäkerheten ska förbättras och förenkla för patienter att anmäla felbehandling. Händelser som har lett eller skulle kunna leda till vårdskada ska anmälas och utredas. All hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar att aktivt delta i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivarens skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete beskrivs och det framgår att kraven på god vård ska upprätthållas genom en fullgod organisation. Vårdskador ska förhindras genom förebyggande arbete och alla händelser som inneburit vårdskada eller kunde lett till densamma ska utredas och rapporteras till Socialstyrelsen.

I Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SoS, 2005) tydliggörs sjuksköterskans ansvar för en god omvårdnad genom att beskriva innehållet i professionens yrkeskunnande. Kompetensen hos sjuksköterskan innebär vilja och förmåga att tillämpa kunskaper och färdigheter. Sjuksköterskan arbetar utifrån en humanistisk människosyn och ett etiskt förhållningssätt som utgår från omsorgen om och respekten för patienten. Under kompetensområdet ledarskap beskrivs förmågan att bedriva omvårdnad med fokus på patientens omvårdnadsbehov och utforma omvårdnadsarbetet med högsta möjliga kvalitet och bästa tillgängliga kunskap. Ett ansvar i sjuksköterskans arbetsledande funktion är att motivera arbetslaget att ta ansvar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så som Patientsäkerhetslagen (SFS,

2010:659) föreskriver. Sjuksköterskan ska samverka i vårdkedjan och arbeta för att informationsöverföringen som är väsentlig och aktuell fungerar optimalt och att högsta möjliga kontinuitet eftersträvas.

ICN (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) är en vägledning för sjuksköterskans etiska handlande och sammanfattas i fyra huvudområden. Ett område beskriver sjuksköterskans ansvar för omvårdnaden genom att utforma och använda sig av aktuella riktlinjer för professionen. Sjuksköterskan har även ett ansvar att ingripa och skydda patienten när vården inte bedöms som säker.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) § 2 ska vården vara av god kvalitet, med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet. Vården ska utformas individuellt och patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården ska särskilt tillgodoses. En god relation ska eftersträvas mellan patient och vårdgivare.

Freitag och Carroll (2011) beskriver att omvårdnadsarbetet ska utföras så att patientens resurser tillvaratas och bevakas. Författarna utgår från att resultatet av omvårdnaden återspeglas i patientens upplevelser av sin sjukdom och sitt tillfrisknande och de beskriver omvårdnaden utifrån Watsons omvårdnadsteori. Engagemang för ett professionellt förhållningssätt och en ständig strävan efter ökad klinisk kompetens är sjuksköterskans drivkraft. Den ömsesidiga relationen mellan vårdgivare och patient utgör grunden för god omvårdnad. För att omvårdnadsbehovet hos utlokaliserade patienter ska kunna tillgodoses, av övertagande vårdgivare, är en korrekt informationsöverföring av största vikt (ibid).

SoS (2009b) rapport visar att överrapporteringssituationer av patienter mellan avdelningar/kliniker kan vara en riskfaktor. Uppgifter om patientens aktuella tillstånd, anamnes och aktuella omvårdnadsbehov kan falla bort. Socialstyrelsens (2008) tillsynsaterföring visar att sjukvårdens avvikelshanteringssystem inte fungerar tillfredställande för att kunna registrera alla former av händelser som lett till vårdskador. Överbeläggningar och utlokalisering av patienter är en risksituation som inte syns i avvikelshanteringssystemen. Ökade risker för patienten i form av missad information gällande omvårdnadsbehoven kan leda till brister i basal omvårdnad. För patienten kan brister i omvårdnaden leda till ökat lidande, förlängd vårdtid och komplikationer.

Freitag och Carroll (2011) beskriver vikten av att rapporteringar av patienters omvårdnadsbehov mellan sjuksköterskor bör utföras så att bästa möjliga kontinuitet eftersträvas. Genom att överrapporteringen sker med omsorg om patienterna som individer fokuseras innehållet på patientens upplevelser av sin sjukdom och sitt tillfrisknande. Patientcentrerad vård, enligt Watsons teori, innebär en omsorgsfull syn med patienten i fokus där interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan ger möjligheter för patienten att utvecklas och att ta egna beslut om sin hälsa. För att förbättra överrapporteringarna användes kommunikationsverktyget SBAR (Bilaga C). SBAR står för S = Situation, B = Bakgrund, A = Aktuellt tillstånd och R = Rekommendation. S innebär en kort beskrivning av situationen och anledningen till kontakten, B är en kort, saklig bakgrundsbeskrivning som ska vara relevant för att mottagaren ska ha en möjlighet att sätta informationen i ett sammanhang. A sammanfattar det viktigaste fakta i situationen och R står för en rekommendation av vilka åtgärder som kan rätta till problemställningen. SBAR är en strukturerad, välbeprövad kommunikationsteknik som används för överföring av kritisk information i

komplexa arbetsmiljöer. Tekniken används inom flera verksamhetsområden där korrekt, angelägen information måste överföras snabbt i kritiska lägen. Strukturerat informationsutbyte, där fokus ligger på huvudbudskapet bidrar till en gemensam förståelse för hur innehållet ska se ut. För att kunna minska vårdskadorna måste kommunikationen i samband med överrapporteringen bli bättre. Inom vården är därför SBAR en lämplig metod att använda. Sjuksköterskorna rapporterade ”bedside”, vilket innebär i patientens närvaro. Detta ökade patienternas känsla av delaktighet i sin vård samtidigt som felaktigheter i kommunikationen kan undvikas.

Kommunikationsverktyget SBAR ökar den gemensamma förståelsen för patienten och innehållet i överrapporteringarna blev tydligare. Engagemanget för ett professionellt förhållningssätt hos sjuksköterskan och en ständig strävan efter ökad klinisk kompetens är drivkraften. Den ömsesidiga relationen mellan vårdgivare och patient utgör grunden för god omvårdnad. För att omvårdnadsbehovet hos utlokaliserade patienter ska kunna tillgodoses, av övertagande vårdgivare, är en korrekt informationsöverföring av största vikt för att kunna tillgodose patientens behov av kontinuitet (ibid)

Kommunikationsbrister inom vården är en bidragande faktor till vårdskador enligt Wallin och Thor (2008). Författarna menar att SBAR även styr förväntningarna på vad som ska rapporteras och uppmuntrar till dialog mellan vårdpersonal. Sjuksköterskor och läkare har skilda kommunikationsmönster, en bakomliggande orsak är enligt författarna utbildningsmetoder. Sjuksköterskan kommunicerar beskrivande, utförligt och ordrikt, läkaren sammanfattar för att kunna ställa diagnoser och redogöra för sina åtgärder. Kommunikationsnivån ska bidra till gemensam förståelse för situationen för att rätt beslut ska kunna tas. Genom att införa SBAR som kommunikationsverktyg menar författarna att patientsäkerheten stärks (ibid).

Mot bakgrund av detta kan det vara av intresse att lyfta fram konsekvenserna av överbeläggningar med fokus på patientsäkerhet, utlokalisering av patienter samt kommunikationen vid överrapporteringar.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa konsekvenser för patienter vid överbeläggning.

Metod

En litteraturstudie genomfördes för att sammanfatta aktuell forskning inom området.

Datainsamling

För att få en överblick över omvårdnadsproblemet relaterat till överbeläggningar med fokus på patientsäkerhet, utlokalisering av patienter samt kommunikation vid överrapportering gjordes en sökning på Cinahl och PubMed för att hitta relevanta sökord. Valet av databaser var dessa eftersom de är inriktade på omvårdnad. Sökord som användes var *handoff*, *patient safety*, *nurs**, *communication* och *communication*

failures i olika kombinationer. Sökningarna resulterade i ett stort antal artiklar som beskrev överrapportering vid skiftbyte av icke utlokaliserade patienter och vikten av god kommunikation. Därefter kompletterades sökningen med *healthcare error* och *adverse health care events*. I PubMed kunde MeSH-termer användas enbart på *patient safety*.

De sökord (Tabell 1) och kombinationer av sökord som resulterade i för syftet relevanta artiklar hittades, framgår av tabell 2 (Bilaga A1 och A2). Inklusionskriterier som gjordes i Cinahl var att abstrakt skulle finnas, att de skulle vara vetenskapliga, vara skrivna på engelska och vara publicerade mellan 2002 och 2011 alternativt 2006-2011. I PubMed valdes begränsningarna att artiklarna skulle innehålla abstrakt, vara skrivna på engelska och vara publicerade de senaste 10 åren.

Tabell 1 Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl Subject heading list	PubMed
Överrapportering	Handoff	
Patientsäkerhet	Patient Safety	Patient Safety (MeSH)
Sjuksköterska	Nurs*	Nurs* (fritext)
Kommunikation	Communication	
Bristande kommunikation	Communication failures	Communication failures (fritext)
Felbehandlingar	Healthcare errors Adverse health care events	

Exklusionskriterier var artiklar som innehöll överrapportering mellan skift, psykiatri, barnsjukvård, intensivvård, diagnosrelaterade och gällde överrapportering till kommunsjukvård och äldreboenden.

Samtliga funna artiklars titlar lästes före urval och de artiklar som verkade relevanta till syftet valdes ut. Abstrakten på 44 artiklar lästes och därefter kunde relevanta artiklarna väljas ut till urval 2 för att vara med i litteraturstudiens resultat (Bilaga A1).

Sökningarna i Cinahl och PubMed gav 6 artiklar, varför funna artiklars referenser användes. De artiklar som framkom i referenslistorna hittades inte vid databassökningarna.

Till analysen valdes 9 artiklar ut, 6 stycken via sökord och 3 stycken framtagna via manuell sökning.

Databearbetning

Vid artikelsökningen lästes titel och abstrakt igenom, därefter valdes artiklar ut som passade till syftet. Sedan analyserades och bedömdes varje artikels kvalitet utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) bedömningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier (Bilaga B1-B9). Därefter lästes åter igen artiklarna igenom först enskilt för att sedan jämföras gemensamt och diskuteras. Den frågeställning som användes vid genomläsningarna var: Vilka konsekvenser får överbeläggningar för patienter?

Resultat

Litteraturstudien har utförts för att belysa konsekvenser för patienter vid överbeläggningar. Analysen av de i studien ingående artiklarna redovisas under de tre områden som studien hade fokus på: patientsäkerhet, utlokalisering och överrapportering.

Patientsäkerhet

Sprivulis, Da Silva, Jacobs, Frazer och Jelinek (2006) har undersökt om överbeläggning och dålig tillgång till vårdplatser på, för patientens diagnos, rätt vårdavdelning har ett samband med ökad patientdödlighet. Stort patientflöde på akutmottagningen förlängde väntetiderna för patienterna att få träffa en läkare. På grund av överbeläggningar på vårdavdelningarna väntade patienterna på akutmottagningen i väntan på en vårdplats. Dessutom fann Sprivulis, et al. (2006) att patientsäkerheten minskade genom att negativa behandlingsresultat ökade. Resultatet visade vidare att hög beläggning på vårdavdelningarna var förknippad med en 30 % ökad risk för dödlighet mellan dag 2 och dag 7 under vårdtiden. Denna ökning i dödlighet var oberoende av patientens ålder och/eller diagnos. Pedroja (2008) fann ett samband mellan hög beläggning och vårdskador. Sjukvårdssystemet i Kalifornien beskrevs som flexibelt med en kapacitet för högre beläggningar till en viss gräns utan att patientsäkerheten hotades. Ökade beläggningen ytterligare kunde inte patientsäkerheten garanteras och riskerna för felbehandlingar och avvikelser ökade snabbt. Vid hög beläggning av patienter ökade dessutom belastningen på andra system inom sjukvården så som röntgen, laboratorier och operationsavdelningar.

Utlokalisering

Sprivulis, et al. (2006) menade att överbeläggningar som leder till utlokalisering bör betraktas som en patientsäkerhetsfråga eftersom frekvensen av felaktiga behandlingar ökade.

Utlokaliseringar av patienter beskrevs som tillfälliga, kortvariga lösningar på överbeläggningar enligt Apker, Mallak och Gibson (2007). Patienter placerades ut på avdelningar som hade lediga vårdplatser, men inte nödvändigtvis vårdpersonal med rätt kompetens, i avvaktan på att få komma tillbaka till, för sin diagnos rätt avdelning.

Apker, et al. (2007) menade att de olika professionernas olika kunskaper försvårade möjligheterna för vårdpersonalen att förstå patienternas omvårdnadsbehov.

Sprivulis, et al. (2006) beskrev att patienter som kom till akuten och behövde slutenvård, riskerade att placeras på vårdavdelning som hade annan specialitet i väntan på plats på för patientens diagnos relevant avdelning. Studien visade att konsekvenserna blev att rapporten gavs till personal som inte hade erfarenheter av patientens diagnos och hälsotillstånd och därför kunde ha svårigheter att upptäcka eventuella komplikationer tidigt.

Överrapportering

Apker, et al. (2007) framställde att läkarna som deltog i studien upplevde att överrapporteringen kunde innebära otydligheter om patienternas tillstånd och planerade behandlingar. Vårdpersonalens skilda erfarenheter och förväntningar på kommunikationen och innehållet ansågs påverka kvaliteten på överrapporteringen. Greenberg, et al. (2007) redogjorde för att allvarliga fel kunde inträffa vid överrapporteringen, framförallt vid en verbal kommunikation.

Att utlokalisera patienter som en lösning på platsbrister inom slutenvården ger ökade risker för att grundläggande information gällande patientens omvårdnad, hälsotillstånd och behandling faller bort (Shendell-Falik, Feinson & Mohr, 2007). I resultatet som Pezzolesi, et al. (2010) redovisade angavs otillräcklig eller ofullständig överrapportering som en orsak till nästan hälften av rapporterade avvikelser. Apker, et al. (2007) menade att överrapporteringen vid utlokalisering av patienter ofta präglades av att otillräcklig, utelämnad och/eller felaktig information överfördes. För patienten innebar en utlokalisering att ytterligare en överrapportering är förväntad, då en tillbakaflyttning till ordinarie vårdavdelning ofta är målet (ibid).

Kitch, et al. (2008) beskrev också hur vårdpersonal uppgav att de upplevt att en eller flera patienter, efter utlokalisering, har skadats på grund av felaktiga eller bristfälliga rapporteringar. Ofullständig eller felaktig information eller till och med information som saknades kunde leda till patientskada.

Apker, et al. (2007) visade på riskerna för informationsbortfall vid överrapporteringen av utlokaliserade patienter och redovisade att professionernas olika kunskaper och kompetensnivåer styrde innehållet i överrapporteringen, vilket innebar att patientinformation riskerade att värderas och prioriteras olika beroende av kompetensen hos den som rapporterade. Vid utlokalisering rapporterades patienten till avdelning av vårdpersonal som hade erfarenhet av patientens tillstånd. Mottagande vårdpersonal saknade ofta aktuell kompetens som rörde patientens specifika diagnos och omvårdnadsbehov, vilket innebar en patientsäkerhetsrisk, då mottagande vårdpersonal inte alltid hade kunskaper för att ställa rätt motfrågor som ytterligare gav en beskrivning av patientens hälsotillstånd (ibid).

Shendell-Falik, et al. (2007) visade att tidsbrist i överrapporteringssituationen var en faktor som gjorde att information mellan sköterskor skedde snabbt och att innehållet i informationen som överfördes var av väldigt olika kvalitet. Deras resultat visade att innehållet i överrapporteringen kunde variera mellan sjuksköterskors individuella

prioriteringar av vad som skulle rapporteras. Detta i sig var en risk för att avgörande information vad gäller patientens omvårdnadsbehov kunde gå förlorad. Även sjuksköterskornas kompetens var en faktor som kunde påverka det diagnosrelaterade innehållet i överrapporteringen.

Pezzolesi, et al. (2010) studerade under tre år antalet rapporterade vårdskador på ett sjukhus i England. Studien visade att av 2729 rapporterade vårdskador och tillbud berodde 334 stycken på brister i överrapporteringen och av dessa var 98 stycken utlokaliserade patienter. Kommunikationen vid överrapporteringen av utlokaliserade patienter var en kritisk faktor inom hälso- och sjukvården när det gäller patientsäkerhet. Greenberg, et al. (2007) har funnit att förbättrad kommunikation vid överrapportering ökade säkerheten och minskade vårdskador och i studien framkom att majoriteten av felbehandlingarna inom vården skedde efter muntlig kommunikation vid utlokalisering. Arora, Johnson, Lovinger, Humphrey och Meltzer (2005) visade att bristande kommunikation under överrapportering kunde leda till oklarheter om patientens omvårdnadsbehov och fortsatta behandlingar.

Horwitz, et al. (2009) undersökte i sin studie om och hur överrapporteringen mellan akutmottagningen och vårdavdelningar var en patientsäkerhetsfråga. Av de 139 tillfrågade läkarna uppgav 29 % att de behandlat patienter som fått vårdskada till följd av bristfällig kommunikation i samband med överrapporteringen vid utlokalisering. Resultatet överensstämmer med Apker, et al. (2007), där akutläkare och avdelningsläkare beskrev att överrapporteringen av patienter ofta präglades av oklarheter och ibland även osäkerhet om innehållet.

Resultaten visade brister och felaktigheter i överrapporteringarna i tre sammanhang som är återkommande. Överrapportering av utlokaliserad patient från akuten till avdelning (Apker, et al., 2007; Arora, et al., 2005; Greenberg, et al., 2007; Horwitz, et al., 2009; Kitch, et al., 2008; Pezolesi, et al., 2010; Sprivulis, et al., 2006), rapportering av utlokaliserade patienter mellan skift av sjuksköterskor samt rapport vid utlokalisering av patienter från ordinarie, vårdavdelning till avdelning med annan vårdinriktning (Greenberg, et al., 2007; Horwitz, et al., 2009; Kitch, et al., 2008; Pezolesi, et al., 2010).

Shendell-Falik, et al. (2007) fann att Appreciative Inquiry (AI) kunde användas som förändringsmetod för att förbättra överrapporteringsteknikerna och därmed höja patientsäkerheten på ett sjukhus. AI som metod fokuserar på vad som fungerar i en organisation snarare än att hitta brister. Att fokusera på att hitta felaktigheter och brister kan innebära att det blir ett anklagande, bestraffande arbetsklimat, vilket kan försvåra utvecklingsarbetet. Med AI lyftes positiva aspekter på verksamheten fram och fungerar som utgångspunkter för förändringsarbetet. För att förbättra säkerheten i överrapporteringen användes personalens goda erfarenheter av patientrapporter som utgångspunkt. Arbetet fokuserade på att hitta innehållet i den ultimata överrapporteringen.

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie genomfördes med inriktning att belysa konsekvenser med överbeläggningar med fokus på patientsäkerhet, utlokaliserade patienter och kommunikationen i samband med överrapporteringen. Databaserna Cinahl och PubMed valdes då dessa är inriktade mot omvårdnad. Sökorden som valdes var relevanta till syftet och gjordes i kombination med varandra för att på så sätt få så många relevanta träffar som möjligt.

Många artiklar handlade om psykiatri, barnsjukvård, intensivvård, var diagnosrelaterade och rörde överrapportering till kommunsjukvård och äldreboenden. Dessa valdes bort eftersom syftet var att belysa konsekvenser av överbeläggningar för patienter inom somatisk slutenvård.

Utöver de sökord som användes (tabell 1) provades *overcrow**, *transition*, *transfer*, *relocated patients* samt *between clinics* och *between wards* i olika kombinationer med sökorden enligt tabell 1 för att finna artiklar om utlokaliserade patienter, men detta gav inte några ytterligare för syftet användbara träffar.

Konsekvenser av överbeläggningar med fokus på patientsäkerhet, utlokalisering och överrapportering är ett relativt nytt forskningsområde. Sökningarna gav därför inte så många, för syftet, relevanta artiklar. De artiklar som hittades och valdes ut visar att forskningsområdet är relativt nytt, då de publicerades år 2009, 2010 och 2011. Genom att använda artiklarnas referenslistor gjordes riktade sökningar på titlar som återkom i flera artiklar. Detta kan anses som en styrka eftersom flera artiklar var återkommande i referenslistorna.

En artikel var publicerad i England, en i Australien och de återstående var publicerade i USA. Ingen svensk artikel hittades. Representerade länder har andra försäkringssystem och sjukvårdslagstiftningar än i Sverige, vilket sannolikt har påverkat att mer forskning har genomförts utanför Sverige. Artiklarnas resultat redovisade huvudsakligen överbeläggningssituationer ur generella verksamhetsperspektiv med fokus på patientsäkerhetsfrågor samt ur läkarperspektiv där kommunikationen belystes. Resultaten ansågs ändå vara väsentliga, då frågeställningarna är relevanta för sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv. Forskning relaterat till konsekvenser av överbeläggningar ur individuella patientperspektiv verkar saknas, då inga artiklar belyste patientperspektivet relaterat till överbeläggningssituationer inom sjukvården. Problemställningarna var mest aktuella på organisationsnivå. En styrka i föreliggande studie är att ett flertal artiklar belyser kommunikationen vid överrapporteringen av patienter, då det var en del av problemformuleringen.

Utmärkande var att det fanns mycket aktuell forskning inom ämnet patientsäkerhet, men urvalet begränsades av att konsekvenserna av överbeläggningar enbart skulle belysas i föreliggande studie. Alla resultat studerades därför noggrant för att motsvara syftet. Flera olika engelska begrepp för att förklara problemområdet används och de skiljer sig åt mellan de olika länderna. På engelska finns inget gemensamt samlingsbegrepp för utlokaliserade patienter. Socialstyrelsen använder sig av begreppet ”utlokaliserade patienter”, vilket sannolikt är och kommer att vara den svenska korrekta benämningen på patientkategorin.

Resultatdiskussion

Granskningsmallar enligt Willman, et al. (2011) för kvalitativa och kvantitativa artiklar användes för att bedöma artiklarnas vetenskapliga kvalitet. Artiklarna analyserades enskilt för att sedan bedömas gemensamt. För att motsvara önskvärt innehåll och vara relaterade till syftet bedömdes artiklarna utifrån perspektiven överbeläggningar, utlokalisering och kommunikationen vid överrapportering. Bedömningarna av artiklarna resulterade i att nio artiklar valdes ut som ansågs ha tillräckligt hög relevans för att gemensamt ge ett sammantaget resultat av valt ämne. Granskningarna resulterade i sex artiklar med hög vetenskaplig kvalitet och tre artiklar med medelhög vetenskaplig kvalitet, vilket kan ses som en styrka då de flesta artiklar var av hög vetenskaplig kvalitet och hade etiskt godkännande. Av de artiklar med hög vetenskaplig kvalitet var tre kvalitativa studier och tre kvantitativa studier, vilket kan ses som en styrka då resultaten visar på olika forskningsansatser. Av artiklar med medelhög vetenskaplig kvalitet var en kvantitativ studie och två kvalitativa studier. Två av artiklarna med medelhög vetenskaplig kvalitet bedömdes i det lägre graderingsspannet av medelhög vetenskaplig kvalitet, men bedömdes ändå vara relevanta för resultatet. Endast en artikel presenterade sitt resultat ur genusperspektiv. Det är både en styrka och en svaghet, då de övriga resultaten inte presenterades ur genusperspektiv. Ingen artikel belyste frågeställningarna ur kulturella eller etniska perspektiv.

Apker, et al. (2007) beskrev betydelsen av vårdpersonalens kompetens och erfarenheter. De fann att behandlingsresultaten kunde påverkas av att vårdpersonalen inte hade rätt kompetens, vilket var ett tydligt resultat på hur patientsäkerheten och personalens faktiska förutsättningar att ge rätt vård hade ett samband. Enligt HSL (1998:1660) ska vård ges av personal med rätt kompetens, i rätt lokaler och med rätt utrustning. Vårdpersonal som tillfälligt eller under längre perioder får vårdansvar för utlokaliserade patienter ställs inför att snabbt söka mer kunskaper och finna lösningar för att på bästa möjliga sätt tillgodose patienternas omvårdnadsbehov vilket inte svarar upp mot gällande lagstiftning (ibid). Att vårda utlokaliserade patienter utan att ha rätt kompetens och erfarenheter innebar enligt Apker, et al. (2007) en påfrestande arbetssituation för vårdpersonalen.

Shendell-Falik, et al. (2007) och Apker, et al. (2007) beskrev att en bidragande faktor var tidsbrist i överrapporteringssituationen samt att patienterna vårdades av personal med annan kompetens, erfarenhet och kunskap. Detta styrks av SoS (2003) som sammanfattar ökade patientsäkerhetsrisker vid utlokalisering. Förutom förlängda vårdtider och fördröjningar i behandlingar ses den största risken vara ovana och kompetensbrist hos den personal som vårdar utlokaliserade patienter. Angeläget är att sjuksköterskan uppmärksammar den ökade risken patienten utsätts för i samband med utlokalisering genom att vara medveten om att brister i kontinuitet och kommunikation kan förekomma.

I Kompetensbeskrivningen (SoS, 2005) anges att ett av ansvarsområdena i sjuksköterskans arbetsledande funktion är att motivera arbetslaget att ta ansvar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så som Patientsäkerhetslagen (SoS, 2011:659) föreskriver. Patientsäkerhetslagen tydliggör dessutom att ansvaret ligger hos vårdgivaren när det gäller att systematiskt arbeta med patientsäkerhetsarbete och med förebyggande åtgärder förhindra vårdskador. Detta stämmer väl överens med Sehgal, et al. (2008), som menade att god samarbetsförmågan och tydlig kommunikationen i

arbetsgruppen var en väsentlig del för patientsäkerhetsarbete och hög vårdkvalitet. För att få de olika professionerna i vårdlaget att fortsatt arbeta för utveckling samarbete och kommunikation krävs gemensamt arbete över tid. Det bekräftas även av Leonard, Graham och Bonacum (2004) som påtalade vikten av ett arbetsklimat som tillåter medarbetarna att slå larm om riskfyllda situationer, där patientsäkerheten hotades. Strukturerad kommunikation i kritiska situationer, som kunde uppstå i vårdmiljön, skapade lämpliga förutsättningar för att snabbt kunna vidta korrekta åtgärder för patientens bästa, menade Leonard, et al. (2004).

Patientsäkerhetsperspektivet vid hög beläggning på sjukhus studerades av Pedroja (2008) och Sprivulis, et al. (2006) som även undersökte konsekvenserna av överbeläggningar relaterat till vårdskador. Överbeläggningar visade sig kunna leda till negativa behandlingsresultat, enligt Pedroja (2008) och Sprivulis, et al. (2006). Eftersom Sprivulis, et al (2006) fann en överhängande ökad risk vård dygn 2-7 för komplikationer och ökad dödlighet, visades angelägenheten i att hitta en lösning på hur patienterna ska skyddas från vårdskador och detta gällde vid utlokalisering i synnerhet. Vid utlokalisering av patienter borde särskild uppmärksamhet ägnas åt informationsutbytet mellan vårdgivare, så att överrapporteringen blir komplett, då Pedroja (2008) och Sprivulis, et al. (2006) visade att överrapporteringen var en kritisk situation för vårdresultatet.

SoS (2009b) rapport åskådliggör att vårdenheter återkommande arbetar i överbeläggningssituationer och att konsekvensen kan bli att patienter utlokaliseras. Ejd (2009) fann att överbeläggningar var ett hot mot patientsäkerheten och därmed ett problem för sjukvården. Överbeläggningar som ledde till utlokalisering kunde medföra konsekvenser då patientgruppen vårdades av personal med annan kompetens än diagnosen krävde. Dessutom innebar utlokalisering ökade risker för smittspridning, förväxlingar av läkemedel, missar i informationsöverföringen och förlängda vårdtider. Både Ejd (2009) och SoS (2009a) bekräftar att överbeläggningar och utlokalisering av patienter numera är att betrakta som ett normaltillstånd inom sjukvården. Utlokaliseringen av patienter borde ur perspektivet brist på kompetens, erfarenhet och kunskap hos vårdpersonalen ses som en angelägen patientsäkerhetsfråga inom hälso- och sjukvården (Pezzolesi, et al., 2010; Kitch, et al., 2008; Horwitz, et al. 2009).

Greenberg, et al. (2007) Arora, Johnson, Lovinger, Humphrey och Meltzer (2005) har funnit att förbättrad kommunikation vid överrapportering ökade patientsäkerheten och minskade vårdskador eftersom bristande kommunikation kunde leda till oklarheter om omvårdnadsbehovet för den utlokaliserade patienten. SoS (2009b) beskriver, att överrapportering av utlokaliserade patienter kan medföra en risk för bristande kontinuitet i vården. Ong och Coiera (2011) beskrev kommunikationsbristen i överrapporteringarna av patienternas omvårdnadsbehov och visade på en avsevärt högre patientsäkerhetsrisk vid förflyttningar av patienter mellan avdelningar än överrapportering mellan arbetsskift på vårdavdelningar. Greenberg, et al. (2007) Arora, et al. (2005) samt Ong och Coiera (2011) menade att både kontinuiteten i vården och behandlingsresultat kunde påverkas negativt för patienten.

Apker, et al. (2007) beskrev att överrapporteringen av utlokaliserade patienter var en risk, då mottagande vårdpersonal inte alltid hade nödvändig och tillräcklig kompetens för patientens specifika omvårdnadsbehov. För att omvårdnadsbehovet hos utlokaliserade patienter skulle kunna tillgodoses var en korrekt informationsöverföring

av största vikt, enligt Freitag och Carroll (2011). Det överensstämmer med ICN:s etiska kod (2007) som är en vägledning för sjuksköterskeprofessionen och innefattar sjuksköterskans ansvar för kommunikationen gällande patientens omvårdnadsbehov. Greenberg, et al. (2007) menade att allvarliga fel kunde inträffa vid överrapporteringen, framförallt behövde den verbala kommunikation förbättras, då brister i kommunikationen angavs som ett hot mot patientsäkerheten.

Reisenberg, Leitzsch och Cunningham (2010) och Weismann, et al. (2008) beskrev risker och konsekvenser av bristande överrapportering vid utlokalisering som välkända. Behovet av ytterligare forskning inom ämnet påtalades. Frågeställningar som framkom var behovet av användbara metoder för hur vårdorganisationerna skulle kunna förbättra kommunikationen samt hur sjukvården skulle kunna lära sig av patienternas upplevelser och erfarenheter för att förbättra patientsäkerheten (ibid). Verksamheter bör avsätta tid för utveckling av åtgärder för att förbättra kommunikationen genom diskussioner och reflektioner.

Enligt Apker, et al. (2007) prioriterades och värderades patientinformationen olika mellan professionerna, vilket innebar att avrapporterande vårdpersonal hade ett stort ansvar för att informationsinnehållet var utförligt och komplett. Mottagande vårdpersonal kunde genom att ställa motfrågor få bekräftelse på att informationsinnehållet var förstått. Överrapporteringen av utlokaliserade patienter ställde därför högre krav på professionellt ansvar hos både avrapporterande och mottagande vårdpersonal för att patientsäkerheten skulle tillgodoses och att informationsbrister minimerades. Studiens styrka var att kompetensnivåerna problematiserades, vilket gav en ökad förståelse för hur innehållet i en överrapportering borde se ut, så att innehållet i informationen kunde förstås av berörda professioner (ibid).

Enligt Apker, et al (2007) var en effektiv, korrekt överrapportering avgörande för patientsäkerheten vid utlokalisering. Överrapportering av patienter är en grundläggande kompetens för sjuksköterskan, vilket styrks av Kompetensbeskrivningen för sjuksköterska (SoS, 2005). Där beskrivs kommunikationsförmågan hos sjuksköterskan som en delkompetens, vilket ska återspeglas i både omvårdnadsarbetet, arbetsledningen och samspelet med övriga professioner inom vården. Sjuksköterskans uppgift är att tillgodose och bevaka patientens omvårdnadsbehov.

Utlokalisering av patienter innebar en hög risk för informationsbortfall i överrapporteringen vid överflyttning till annan vårdavdelning eller klinik enligt Apker, et al. (2007), Pezzolesi, et al. (2010) och Shendell-Falik, et al. (2007). Sjuksköterskans profession innebar att eftersträva kontinuitet i omvårdnadsarbetet och under överrapporteringen förmedla en helhetssyn av patienten enligt Freitag och Carroll (2011). Freitag och Carroll (2011) var inte specifika i beskrivningarna av vilka omvårdnadsåtgärder som kunde falla bort vid en överrapportering eller vilka omvårdnadsåtgärder som skulle prioriteras. Sjuksköterskans ansvar är att förhålla sig professionellt genom att styra innehållet i överrapporteringen så att patientens totala omvårdnadsbehov kan tillgodoses. Vid en utlokalisering bör sjuksköterskan förmedla en känsla av säkerhet och trygghet till patienten genom att påtala att de aktuella omvårdnadsbehoven är överrapporterade. På så vis kan sjuksköterska få patienten att uppleva en känsla av delaktighet i vården.

Vikten av innehållet i överrapporteringen och betydelsen av att korrekt, relevant information gällande utlokaliserade patienter framgick tydligt i studien av Apker, et al. (2007). Horwitz, et al. (2009) presenterade på liknande sätt betydelsen av korrekt överrapportering av patientinformation för att öka patientsäkerheten. Sambandet mellan informationsbortfall och ökade risker för vårdskador styrktes av Shendell-Falik, et al. (2007) som även visade behovet av ökat utrymme för vidare utveckling av patientsäkerhetsarbetet inom sjukvården. Ett aktivt förhållningssätt mot patientsäkerhetsfrågor kan leda till ett öppnare arbetsklimat som ger utrymme för identifiering av risker i vårdarbetet. Patientsäkerhetsarbete behöver bedrivas i en arbetsmiljö som fokuserar på verksamhetens styrkor istället för svagheter. Personalens resurser och förmågor att identifiera brister kan på detta vis tas tillvara i en positiv och utvecklande anda, som styrker yrkesidentiteten och ansvarskänslan hos professionerna.

Kommunikationen enligt Apker, et al. (2007) syftade till att all aktuell och nödvändig information skulle överföras så att patientens sammantagna behov skulle uppfattas och därmed kunna tillgodoses av mottagande vårdgivare. Avgörande för patientsäkerheten var att överrapporteringen skulle vara effektiv, men ändå innehålla korrekt uppdaterad information, till mottagande vårdgivare för att minimera patientsäkerhetsriskerna vid utlokalisering. Vikten av korrekt informationsöverföring styrktes av Stevens, Bader, Luna och Johnson (2011) som fann att användning av checklistor och användandet av standardvårdplaner ökade patientsäkerheten. SBAR som kommunikationsverktyg var väl utvärderat med goda resultat ur ett patientsäkerhetsperspektiv som ett led i att minska antalet avvikelser och felbehandlingar. Resultatet av studien visade att sjuksköterskorna var välbekanta med SBAR, men att det inte användes som överrapporteringsinstrument. En vidareutveckling av SBAR gjordes där sjuksköterskorna anpassade instrumentet för att bättre motsvara omvårdnadsperspektivet för patienterna. Det utvecklade verktyget kallades SBAP där P står för Plan eftersom sjuksköterskorna uttryckte behov av få mer förståelse för vad som var planerade behandlingar för just varje patienten. R:et togs bort eftersom det ansågs att rekommendationer sjuksköterskor emellan inte var ur det omvårdnadsperspektiv som fanns behov av. En checklista anpassad för varje klinik togs fram och användes parallellt med SBAP. Sjuksköterskorna deltog i arbetet med att ta fram anpassade checklistor som överrapporteringsverktyg (ibid). Utmaningen för sjukvården är att få igång användandet av checklistor och kommunikationsverktyg som SBAR i den kliniska verksamheten. Vårdverksamheter behöver avsätta tid och medel för att förändringsinriktade processarbeten ska kunna genomföras.

Kitch, et al. (2008), Greenberg, et al. (2007) och Stevens, et al. (2011) påtalade risker för patientsäkerheten vid felaktigt informationsutbyte vid överrapporteringen av utlokaliserade patienter. Kommunikationen i samband med överrapporteringen behöver utvecklas, för att kunna minska vårdskadorna. SBAR kan vara en lämplig metod. Wallin och Thor (2008) menade att SBAR styrde förväntningarna på vad som skulle rapporteras och uppmuntrade till dialog vårdpersonal emellan. SBAR som användbart kommunikationsverktyg inom sjukvården styrks av Thomas, Bertram och Johnson (2009) som beskrev sjuksköterskestudenters behov av kommunikationsträning för att vara bättre förberedda på att överrapportera till vårdpersonal. Effektiv kommunikation mellan läkare och sjuksköterska ansågs av författarna vara centralt för patientsäkerheten, då de menade att skillnaderna i yrkesutövningen påverkade sättet att kommunicera. De påtalade att läkare var mer inriktade på kommunikation om behandlingar och diagnoser samtidigt som sjuksköterskor var omvårdnadsinriktade i sitt

sätt att kommunicera. Greenberg, et al. (2007) påtalade även vikten av att hitta lösningar på problemet med felaktiga överrapporteringar, eftersom det var ett uttalat, väl dokumenterat, hot mot patientsäkerheten. Kitch, et al. (2008), Greenberg, et al. (2007), Stevens, et al. (2011), Wallin och Thor (2008) och Thomas, et al. (2009) var därmed överens om kommunikationens betydelse både kliniskt, men även ur ett utbildningsperspektiv. Studenter och vårdpersonal bör uppmärksammas på vikten av korrekt informationsöverföring och även ges tillfällen att diskutera konsekvenser av otillräcklig överrapportering i ett utvecklande syfte. Att dessutom arbeta med standardvårdplaner och överrapporteringsverktyg i syfte att förbättra patientsäkerheten kan vara ett effektivt sätt att minska brister i kommunikationen.

Att öka patientsäkerheten innebar också att eftersträva rapportering av avvikelser och tillbud på sjukhusen enligt Stevens, et al. (2011). Ett effektivt arbetsredskap var ”Catch of the day” som innebar att alla risksituationer skrevs upp dagligen på en tavla som hängde synligt. Risksituationerna kunde sammanställas av verksamhetschefen och diskuterades på arbetsplatsträffar (ibid). Att använda sig av Appreciative Inquiry (AI) som förändringsmetod (Shendell-Falik, et al., 2007) och ”Catch of the Day” (Steven, et al., 2011) som ett redskap för att synliggöra brister var beskrivningar på hur arbetet med aktivt patientsäkerhetsarbete kunde bedrivas.

Konklusion

Genom studien framkommer att överbeläggningar inom somatisk slutenvård kan innebära negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Kommunikationen vid överrapportering i överbeläggningssituationer kan präglas av tidspress och ökad arbetsbelastning för vårdpersonalen. Detta kan leda till att informationsöverföringen blir bristfällig eller felaktig vilket, för patienten, kan innebära tillbud, avvikelse eller faktisk vårdskada. Utlokalisering av patienter innebär en förflyttning till avdelning med annan vårdinriktning på grund av platsbrist i samband med överbeläggningar. Vid utlokalisering försvåras kommunikationen vid överrapportering ytterligare av att vårdpersonalen har olika kompetenser och referensramar vilket innebär att överrapporteringen kan leda till oklarheter om patientens omvårdnadsbehov, komplikationsrisker och fortsatta behandlingar. Utlokalisering innebär även att patienter vårdas av personal med annan kompetens, erfarenhet och kunskap än om vården hade utförts på diagnosrätt avdelning. Att vårda patienter med diagnoser som vanligtvis inte förekommer på vårdavdelningen försvårar vårdpersonalens möjligheter att tillgodose patienternas omvårdnadsbehov. Majoriteten av felbehandlingar inom vården beror på brister i verbal och skriftlig kommunikation.

Implikation

För att sjukvården ska kunna erbjuda en patientsäker vård behöver konsekvenserna av överbeläggningar utforskas ytterligare. Aktivt arbete med engagemang för att implementera fungerande kommunikationsmetoder i sjukvården är en förutsättning. Vårdpersonal som vårdar utlokaliserade patienter utsätts för en extra belastning som påverkar arbetsförmågan i flera nivåer. Kompetens, erfarenheter och arbetsmiljö sätts på prov vilket behöver tas hänsyn till på ett bättre sätt. Konsekvenserna för utlokaliserade patienter, ur perspektivet vårdskada/hot om vårdskada, är ett relativt utforskat område

som behöver klarläggas. Patienternas erfarenheter och upplevelser av vårdtiden bör tas tillvara som kunskaper för att förbättra förståelsen och öka patienternas delaktighet. Patientsäkerheten för utlokaliserade patienter är en angelägenhet som behöver belysas med fortsatt forskning. Aktuell forskning och Socialstyrelsens rapporter om utlokaliserade patienter ger exempel på klinisk implementering för att minska risker för patienter i samband med utlokalisering. SBAR som patientsäkert överrapporteringsverktyg är väldokumenterat. Kommunikationsträning mellan olika professioner ger en ökad förståelse för hur olika professioners kompetenser kan påverka innehållet i kommunikationen. Sjuksköterskan fokuserar på omvårdningsperspektivet och en helhetssyn av patienten samtidigt som läkaren är mer inriktad på behandling av diagnosen. Genom att sträva efter en gemensam syn på innehållet i kommunikationen om patientens aktuella tillstånd och omvårdningsbehov ökar patientsäkerheten.

”Bedside” rapportering vid utlokalisering av patienter ger ökade möjligheter för mottagande sjuksköterska att ställa kompletterande frågor och ger en trygghet för patienten.

Utlokalisering av patienter är en konsekvens av överbeläggningar och platsbrister inom sjukvården. Patientgruppen är sårbar ur patientsäkerhetsperspektiv och behöver uppmärksammas i Sjuksköterskeutbildningen.

Referenser

- *Apker, J., Mallak, L., & Gibson, S. (2007). Communicating in the "gray zone": perceptions about emergency physician-hospitalist handoffs and patient safety. [Electronic version]. *Academic Emergency Medicine* 14(10), 884-894.
- *Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H., & Meltzer, D. (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Quality & Safety In Health Care* 14(6), 401-407.
- Cameron, P. (2006). Hospital overcrowding: A threat to patient safety. *The medical journal of Australia* 184(5), 203-204.
- Ejd, M. Stress. (2009). Överbeläggningar inte bara ett sommarproblem. *Vårdfokus*. Hämtad 2011-11-17 från: <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/tidningen/2009/Nr-8-2009-8/STRESS-Overbelagningar-inte-bara-ett-sommarproblem/>
- Freitag, M., & Carroll, S. (2011). Handoff Communication: Using Failure Modes and Effects Analysis to Improve the Transition in Care Process. *Quality Management In Health Care* 20(2), 103-109.
- *Greenberg, C., Regenbogen, S., Studdert, D., Lipsitz, S., Rogers, S., Zinnet, D., et al. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. [Electronic version]. *Journal of American College of Surgeons* 204, 533-540.
- *Horwitz, L., Meredith, T., Schuur, J., Shah, N., Kulkarni, R., & Jenq, G. (2009). Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. [Electronic version]. *Annals Of Emergency Medicine* 53(6), 701-710.
- *Kitch, B. Cooper, J. Zapol, W., Marder, J., Karson, A., Hutter, M., et al. (2008). Handoffs causing patient harm: a survey of medical and surgical house staff. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety* 34 (10), 563-570.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and safety in healthcare* (13), 85-90.
- Nationalencyklopedin* (u.å.). Patient. Hämtad 2011-11-10 från: <http://www.ne.se/lang/patient>
- Nationalencyklopedin* (u.å.). Säkerhet. Hämtad 2011-11-10 från: <http://www.ne.se/lang/s%C3%A4kerhet/322447>
- Ong, M., & Coiera, E. (2011). A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers. *Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety* 37(6), 274-284.
- *Pedroja, A. (2008). The tipping point: the relationship between volume and patient harm. [Electronic version]. *American Journal Of Medical Quality* 23(5), 336-341.

*Pezzolesi, C., Schifano, F., Pickles, J., Randell, W., Hussain, Z., Muir, H., et al. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. [Electronic version]. *International Journal for Quality in Health Care* 22(5), 396-401.

Riesenberg, L., Leitzsch, J., & Cunningham, J. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature: surprisingly little is known about what constitutes best practice. *American Journal Of Nursing* 110(4), 24-36.

Sehgal, N., Fox, M., Vidyarthi, A., Sharpe, B., Gearhart, S., Bokkwalter, T., et al. (2008). A multidisciplinary teamwork training program: the triad for optimal patient safety (TOPS) experience. *Journal of General Internal Medicine* 23(12), 2053-2057.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Riksdagen

*Shendell-Falik, N., Feinson, M., & Mohr, B. (2007). Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. *Journal Of Nursing Administration* 37(2), 95-104.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2009a). *Nationella indikatorer för god vård*. Hämtad 2011-10-12 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen (2011a). *Patientsäkerhet*. Hämtad 2011-10-10 från: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>

Socialstyrelsen (2011b). *Tillsyn av vårdplatssituationen på sjukhus*. Hämtad 2011-10-11 från: <http://www.socialstyrelsen.se/tillsyn/aktuelltillsyn/vardplatssituationen>

Socialstyrelsen (2009b). *Vårdgivarnas beredskap för hantering av patientsäkerhetsrisker vid överbeläggningar och utlokalisering av patienter*. Hämtad 2011-10-11 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17900/2010-1-8.pdf>

Socialstyrelsen (2008b). *Vårdskador inom somatisk slutenvård*. Hämtad 2011-10-11 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8622/2008-109-16_200810916_rev2.pdf

Socialstyrelsen (2003). *Överbeläggningar – utlokaliserade patienter*. Hämtad 2011-10-11 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10612/2003-109-11_200310911.pdf

Socialstyrelsen (2008a). *Överbeläggningar – utlokaliserade patienter*. Hämtad 2011-10-11 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8778/2008-126-34_200812634.pdf

- *Sprivulis, P., Da Silva, J-A., Jacobs, I., Frazer, A., & Jelinek, G. (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency department. *The Medical Journal of Australia* 184(12), 208-212.
- Stevens, J., Bader, M K., Luna, M., & Johnson, L. (2011). Implementing standardized reporting and safety checklists. *American Journal of Nursing* 111(5), 48-53.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Thomas, C., Bertram, E., & Johnson, D. (2009). The SBAR communication technique. *Nurse Educator* 34(4), 176-180.
- Wallin, C-J., & Thor, J. (2008). SBAR-Modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen* 105(26-27), 1922-1925.
- Weismann, J., Schneider, E., Weingart, S., Epstein, A., David-Kasdan, JA., Feibelman, S., et al. (2008). Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not?. *Annals of Internal Medicine* 149, 100-108.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB

Tabell 2, Sökhistorik

Bilaga A1

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska Operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
5/10 2011	Cinahl	(MH"Communication") AND ("Patient safety") Limits: Abstract available; Published date from 2006- 2011; English Language; Research Article; Linked full text	36	8	2	1
5/10 2011	Cinahl	("Handoff") AND ("Patient Safety") Limits: Abstract Available; Published date from 2002- 2011; English Language; Research Article; All adult	3	1	1	1
5/10 2011	Cinahl	("Patient Safety") AND ("Communication failures") Limits: Abstract Available; Published date from 2002- 2011; English Language; Research Article	11	3	2	2
5/10 2011	Cinahl	("Patient safety") AND ("Health care error") Limits: Abstract Available; Published date from 2002- 2011; English Language; Research Article	11	2	1	1
5/10 2011	Cinahl	("Adverse health care events") AND ("Communication") AND ("Handoff") Limits: Abstract Available; Published date from 2002- 2011; English Language; Research Article	6	3	1	1

Tabell 2, Sökhistorik**Bilaga A2**

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska Operatorer	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2
6/10 2011	PubMed	“Communication” AND “Patient Safety” AND “nurs*” Limits: Abstracts; Published last 5 years; English; All adult	138	20	(1)	(1)
6/10 2011	PubMed	”Patient Safety” AND ”Communication failures” Limits: Abstracts; Published latest 10 years; English; All adult	16	4	(1)	(1)

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvantitativ metod

Bilaga B1

Publika-tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 USA Cinahl	Greenberg, C., Regenbogen, S., Studdert, S., Lipsitz, S., Rogers, S., Zinner, M., & Gawande, A	Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients	Syftet var att se om brister i kommunikationen vid överslagningen kan leda till fara för patientsäkerheten	Kvantitativ studie och i studien analyserades data från 444 patientfall som lett till anmälan om komplikationer i samband med vård. Patientdata kategoriserades och analyserades för att undersöka och hitta faktorer som visade på vårdskador. Ytterligare analyser av bidragande orsaker till vårdskador genomfördes för att hitta resultat som visade att kommunikationen var en bidragande faktor.	Av de 444 patientfall som granskades berodde 258 av dessa på felbehandlingar. Ytterligare granskning visade att kommunikationsbrister var en faktor i nästan en fjärdedel (60 av 258) av fallen. 19 % var gällde patienter som rapporterades mellan kliniker. Misstag i verbal kommunikationen mellan två vårdgivare ökar risken för oklarheter om ansvarsfördelningen och leda till hot mot patientsäkerheten.	Hög

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvantitativ metod

Bilaga B2

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2010 England Cinahl	Pezzolesi, C., Schifano, F., Pickles, J., Randell, W., Hussain, Z., Muir, H., & Dhillon, S.	Clinical handover incident reporting in one UK general hospital	Syftet med studien var att undersöka patientsäkerheten vid överrapporteringar mellan kliniker och vårdavdelningar.	En retrospektiv, kvantitativ studie gjord på ett medelstort sjukhus i England. Författarna gick igenom sjukhusets datoriserade rapporteringssystem av avvikelser, kritiska incidenter som inneburit vårdrelaterade skador. Rapporterna granskades under tiden 061001 till 081031 för att hitta incidenter som inträffat på grund av fel i överrapporteringen. 2008 utvecklades systemet och underlättade för all vårdpersonal att rapportera in avvikelser och händelser som kunde leda till vårdskada eller andra hot mot patientsäkerheten. Inrapporteringen till systemet skedde anonymt. De sökord som användes för att upptäcka avvikelser relaterade till kommunikationsbrister var: överrapportering, information, kommunikation, jour, remissansvar och ansvar. Alla rapporter kodades på grund av sekretesskäl. Författarna fick etiskt godkännande för forskningen från både Regionala forskningsetiska kommittén och forskning- och utvecklingsavdelningen på sjukhuset	Resultatet visade att överrapportering av patienter vid en förflyttning är en kritisk faktor inom hälso- och sjukvården när det gällde patientsäkerheten, eftersom viktig information om patientens hälsotillstånd riskerade att utelämnas. De fann totalt 2729 rapporter med patienter som på något sätt skadats av vården med sökorden som grund. Det representerade 2 % av den totala rapporteringen av patientskador under studerad period. Genom ytterligare analys framkom att 334 patienter hade vårdrelaterade skador på grund av brister i överrapporteringen. Av dessa rapporterades 51% över inom samma klinik, 29% överrapporterades för utlokalisering, 15% till kommunal sjukvård, 4% till annat sjukhus och 1% till ambulans för specialisttransport.	Hög

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2006 Australien Pubmed	Spivulis, P.C., Da Silva, J-A., Jacobs, I.G., Frazer, A.R.L., & Jelinek, G.A.	The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments	Syftet var att undersöka om dödsfall inom sluten somatisk sjukvård har ett samband med hög belastning på akutmottagningarna, långa väntetider på akutmottagningarna och överbeläggningar på vårdavdelningar.	Kvantitativ retrospektiv studie under tre år av totalt 62495 inlagda patienter via akutmottagningarna på tre sjukhus i Perth, Australien. Patienterna var över 18 år. I analysen studerades beläggnings-situationerna på sjukhusen genom angivna skalor 1-3 på akutmottagningarna och vårdavdelningarna, där 3 var överbeläggningar. Datan bearbetades mot HMDS (Hospital morbidity data system) som mäter dödsfall på sjukhus. Studien fokuserade på dödsfall vårddygn 2,7 och 30. Insamlad data bearbetades med beläggnings-skalorna från akutmottagningarna och vårdavdelningarna. För att sortera materialet (patienterna) användes karaktäristika som kön, ålder +/- 50 år, sjukdom/skada, tid på dygnet för inläggning, årstid, remitterad - akutbesök, transport till sjukhuset och Triage-bedömning.	Resultatet visade ett samband mellan överbeläggningar på vårdavdelningar och ökad risk för vårdskada som kan leda till ökad risk för vårdskada. Överbelagda sjukhus innebar förlängda väntetider på akutmottagningarna för de patienter som behövde slutenvård. Resultatet visade att dödligheten ökade för de patienter som hade förlängd väntetid på akuten och därmed fördröjd behandling och fortsatt vård. Högst risk för dödsfall kunde mätas vårddygn 2 och 7.	Hög

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvalitativ metod

Bilaga B4

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 USA Cinahl	Apker, J., Gibson, S., & Mallak, L.	Communicating in the "Gray Zone": Perceptions about Emergency Physician hospitalist handoffs and patient safety	Syftet var att identifiera risker vid förflyttning av patienter från akutmottagningen till slutenvårds-avdelningar med fokus på överslaggning	Kvalitativ studie med 12 läkare. 6 läkare arbetade på akutkliniken och de resterande 6 arbetade som avdelningsläkare inom somatisk slutenvård. Genomsnittsåldern var 47 år och samtliga hade avslutat sin utbildning i USA. Studien genomförde med semistrukturerade intervjuer som varierade från 20 till 45 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades för analys Frågeställningarna syftade till att återge positiva och negativa erfarenheter av överslaggningar baserade på deltagarnas egna erfarenheter.	Resultatet av studien visade att läkare uppfattar överslaggningss- kommunikation som en "gråzon" som präglades av oklarhet om patientens behandling och omvårdnad. Osäkerhet var patienter med flera diagnoser skulle vårdas kunde leda till flera förflyttningar mellan kliniker. Otillräcklig information, utelämnanden och felaktig information kunde inverka negativt på patientens behandlingsresultat och på patientsäkerheten.	Medel

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvalitativ metod

Bilaga B5

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2005 USA Cinahl	Arora, V., Humphrey, H.J., Johnson, J., Lovinger, D., & Meltzer, D.O.	Communication failures in patient sign-out an suggestions for improvement: a critical incident analysis	Syftet var att studera om brister i kommunikationen vid överrapporteringar kan leda till vårdskada	Kvalitativ studie. 26 läkare intervjuades efter överrapportering, gällande övertagande av sammanlagt 82 patienter, från annan läkare. Läkarna intervjuades utan ha fått information gällande syftet. Frågor ställdes gällande brister i överrapporteringen från annan läkare, både skriftlig och verbal som de upptäckt rörande patientens tillstånd. Läkarna ombads också beskriva de mest allvarliga överrapporteringsbrister de upplevt det senaste året. Insamlad data kategoriserades, kodades och jämfördes.	Resultatet visade två huvudkategorier på bristande kommunikation vid överrapporteringen av patienter mellan ansvariga läkare. Kommunikationsbrister vid överrapportering ansågs ofta leda till osäkerhet i beslut om patientens vård.	Hög

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvalitativ metod

Bilaga B6

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2009 USA Cinahl	Horwitz, L., Meredith, T., Schuur, J., Shah, N., Kulkarni, R. & Jeng, G.	Dropping the baton: A qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care	Syftet var att undersöka kommunikationen vid rapporteringen av patienter från akutmottagningen för att identifiera, beskriva och kategorisera brister ur ett patientsäkerhets- perspektiv	Kvalitativ studie som genomfördes på ett universitetssjukhus i USA med 944 vårdplatser. All vårdpersonal som arbetar med förflyttningar av patienter mellan akuten och vårdavdelningar tillfrågades att delta i studien. Av 264 tillfrågade deltog 139 genom att besvara ett formulär med frågeställningar runt kommunikation i överrapporteringen av patienter. En frågeställning var specifikt om respondenterna upplevt tillbud, avvikelser som uppstått efter brister i kommunikationen, en kort beskrivning kunde ges på just den frågan. Svaren analyserades genom kodningar, vilket resulterade i 11 huvudteman med 35 underkategorier.	Resultatet visade att 30 % av respondenterna kunde beskriva avvikelser och tillbud vid förflyttningar av patienter. Konsekvenserna av kommunikationsbristerna ledde till i första hand till misstag i diagnoser och felbehandlingar. Studien visade att brister i överrapporteringen ökar vid hög belastning på akuten.	Hög

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvalitativ metod

Bilaga B7

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 USA Cinahl	Kitch, B. Cooper, J. Zapol, W., Marder, J., Karson, A., Hutter, M., & Campell, E.	Handoffs causing patient harm: A survey of medical and surgical house staff	Syftet var att undersöka hur frekvent läkare uppfattar att överrapporteringen inom slutenvården är en faktor som kan påverka patientsäkerheten och beskriva hur en överrapportering går till samt att bedöma kvaliteten.	Kvalitativ studie som genomfördes 2006 på Massachusetts General Hospital. Studien inkluderade alla 249 läkarstuderande inom medicin och kirurgi. 161 deltog och fullföljde studien. Studien genomfördes med frågeformulär och personliga intervjuer. Respondenterna fick frågor om effekt och kvalité på överrapporteringar och gavs möjligheter att beskriva brister och effekter av överrapporteringarna.	59 % av respondenterna angav att de upplevt brister i överrapporteringen som anledning till vårdskada. 12 % angav att vårdskadan blivit omfattande. Resultatet av studien visade att 31% upplevde att överrapporteringarna hade brister, framförallt vad gällde aktuella status och allmäntillstånd. Förflyttning av slutenvårdspatienter mellan kliniker och olika avdelningar kunde innebära risker för patienterna när överrapporteringen brister.	Hög

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvalitativ metod

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 USA Cinahl	Pedroja, A	The tipping point: The relationship between volume and patient harm	Studien syftade till att undersöka samband mellan beläggningar på sjukhusen och vårdrelaterade patientskador.	<p>Kvantitativ studie som under 515 vårddygn mätte beläggningen på ett sjukhus med 400 platser. Mätningar av patientvolymen registrerades varje dygn med 5 parametrar. 3 var relaterade till kirurgi, 1 relaterad till vårdavdelningar (kirurgi och medicin) och 1 till akuten. Parametrarna utgjorde indikatorer för hur beläggningen registrerades. För att mäta samband med registrerade avvikelser/vårdsador graderades incidentrapporter enligt skala 1-4, där 1 var ingen rapporterad avvikelse/vårdskada och 4 var dödsfall relaterat till vårdskada. Mätningen gjordes en gång per dygn. Resultaten samkördes.</p> <p>Studien vidareutvecklades till en kvalitativ studie där 2 sjukhus i Kalifornien deltog. Respondenterna svarade på undersökande frågor relaterat till överbeläggningar, vårdsador och hur arbetet fungerade under hög press. Svaren analyserades genom kodning och delades upp i övergripande teman.</p>	<p>Genom mätning av sambanden mellan de 5 parametrarna och rapporteringen av avvikelser/vårdsador visade resultatet att sambandet mellan vårdsador och hög beläggning på sjukhusen förelåg.</p> <p>Resultaten av studien där vårdpersonalens upplevelser studerades styrkte sambandet mellan överbeläggningar och avvikelser. Teman som presenterades var: Incidenter och avvikelser ökade vid överbeläggningar; hög beläggning på vårdavdelningar innebar högre press på laboratorier, röntgen etc. vilket kunde innebära ökad risk vid fördröjningar av resultat; patienter på akutmottagningen med psykiatriska diagnoser innebar en högre belastning på vårdpersonalen vilket förlängde väntetider.</p>	Medel

Tabell 3, Artikelöversikt/Forskning med kvalitativ metod

Bilaga B9

Publika- tionsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 USA Cinahl	Shendell-Falik, N., Feinson, M. & Mohr, B.J.	Enhancing patient safety: Improving the patient handoff process through appreciative inquiry	Syftet var att undersöka hur förändringsprocessen Appriciative Inguiry kunde användas för att förbättra patientsäkerheten i överskottet mellan akuten och en medicinavdelning för att förbättra patientsäkerheten	Kvalitativ studie på ett sjukhus med sjuusköterskor från akuten och en medicinsk vårdavdelning för hjärtpatienter. Med förändringsprocessen Appreciative Inquiry (AI) undersöktes hur överskottet mellan avdelningarna kunde förbättras i syfte att öka patientsäkerheten och öka vårdpersonalens medvetenhet om innehållet. Under en 10 veckors period pågick förändringsprocessen enligt AI metoden för att sedan sammanställa resultatet efter intervjuer.	Resultatet visade att AI är en lämplig förändringsmetod för att öka kunskapen om överskottet och därmed öka patientsäkerheten. Metoden fokuserar på att vidareutveckla det som fungerar bra i verksamheterna och ger därför utrymme för ett öppnare arbetsklimat som tillåter utvecklande kommunikation.	Medel

SBAR – icke akut situation

S Situation

Vad är problemet/
anledning till kontakt?

Ange:

Eget namn, titel, enhet
Patientens namn, ålder,
eventuellt personnummer.

Jag kontaktar dig för att ...

B Bakgrund

Kortfattad och
relevant sjukhistoria
för att skapa en
gemensam helhetsbild
av patientens
tillstånd fram tills nu.

Informera om:

tidigare och nuvarande
sjukdomar av betydelse. Kort
rapport av aktuella problem
och behandlingar tills nu.
Eventuell smittorisk.
Eventuell allergi.

A Aktuellt tillstånd

Status

Rapportera om:

Vitala funktioner.
Aktuell status kopplat till
situationen.

Bedömning

Jag bedömer att ...

R Rekommendation

Åtgärd

Därför föreslår jag:

övervakning
utredning/behandling
vårdplanering/hjälbehov
överflyttning
uppföljning

Tidsram

Hur ofta ska jag...?

Hur länge...?

När ska jag ta kontakt igen?

Bekräftelse på
Kommunikationen

Finns fler frågor?/

Är vi överens?