

Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

**Projet de stage étudiant financé en partie par
l'Institut canadien pour la sécurité des patients**

2009-2010
Le 20 septembre 2010

Présenté par :
Jordanne Dagleish, Beatrice Mpamugo
et Colleen Kearney

Soins à domicile VHA

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dagleish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Table des matières

Remerciements	3
Résumé du projet	4
But et objectifs.....	6
Méthodologie	6
Résultats.....	8
Limites.....	9
Recommandations (limites de la recherche, prochaines étapes)	10
Apprentissage des stagiaires	11
Références.....	12
Appendices.....	12

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dagleish
Beatrice Mпамugo
Colleen Kearney

Remerciements

Ce projet de stage a été réalisé grâce à l'appui financier de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Nous lui sommes extrêmement reconnaissantes de nous avoir fourni cette formidable occasion de faire connaître la technique SAER au personnel de terrain des Soins à domicile VHA.

Nous aimerions également remercier Gloria Kay, Associée, Amélioration de la qualité de VHA, dont l'infatigable dévouement nous a grandement facilité l'élaboration de la méthodologie mise en oeuvre.

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dagleish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Résumé du projet

La culture organisationnelle axée sur la sécurité des patients et la prestation de soins de santé sécuritaires reposent d'abord sur le travail d'équipe et une communication efficace. La technique SAER (situation-antécédents-évaluation-recommandation) est un outil qui joue un rôle sur ces deux plans. À l'origine mise au point par l'industrie américaine des sous-marins nucléaires, la technique fut ensuite développée par l'anesthésiste américain Michael Leonard et ses collègues (Leonard, et coll., 2006) pour le système de santé, souhaitant ainsi combler les lacunes de la communication, dont les conséquences peuvent se traduire par :

- une baisse du rendement du personnel;
- des rapports changeants interpersonnels;
- une entrave au bon fonctionnement de l'équipe et du milieu clinique.

La technique SAER procure à l'équipe soignante un cadre de communication interne à la fois simple et efficace. Elle lui fournit une approche pour établir un cadre commun de discussion, peu importe l'enjeu, mais d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de réagir avec célérité dans les cas requérant une attention immédiate. La technique SAER est utile pour toute demande auprès d'un collègue, d'un médecin ou d'une personne responsable. « C'est un moyen facile et ciblé de fixer les attentes concernant ce qui sera communiqué et comment ce sera communiqué entre les membres d'une même équipe », ce qui est indispensable pour promouvoir une culture axée sur la sécurité et favoriser le travail d'équipe. (IHI, 2008)

La technique a été adaptée aux fins d'une utilisation en soins de réadaptation par l'Institut de réadaptation de Toronto (Velji, Baker, Fancott, et coll., 2008) et fut fortement présentée comme une approche appropriée et bénéfique en soins à domicile, tels que les Soins à domicile VHA. Les concepts théoriques et les principes sous-jacents à cette technique visant à améliorer la communication sont plausiblement pertinents pour répondre aux enjeux de la sécurité en contextes de soins à domicile et de soins communautaires. Citons notamment l'étude de Nancy Sears de 2008 qui établit à au-delà de 13,2 % le taux d'événements indésirables en soins à domicile, accusant un écart sensible par rapport au taux de 7,5 % observé dans les hôpitaux canadiens par Baker, Norton et coll. en 2004.

Le travail d'adaptation et d'expérimentation de l'outil SAER par l'Institut de réadaptation de Toronto (IRT) a servi de base à ce projet de stage étudiant sur la sécurité des patients. Deux étudiants(es) faisant partie du projet ont adapté la trousse d'implantation du SAER de l'IRT au contexte des soins à domicile communautaires et ont donné une formation à une équipe de préposés aux services de soutien au patient et au personnel de bureau appelé à travailler auprès l'équipe. Au terme du projet, le SAER a été présenté à d'autres équipes, incluant l'équipe de gestion. Les étudiantes continuent de travailler sur une base ponctuelle pour offrir des sessions de formation et de suivi.

But et objectifs

Le projet visait globalement à accroître la sécurité des soins offerts à notre clientèle et à prévenir les événements indésirables. Les principaux objectifs étaient :

- 1) *Améliorer la communication* entre les membres de l'équipe de VHA ainsi qu'avec les intervenants externes du « cercle de soins »;
- 2) Créer un climat où les intervenants de VHA se sentent à l'aise de discuter ouvertement des questions de sécurité, et ce, par une approche normalisée de communication claire et efficace.

Historiquement, les établissements de santé tendent plutôt vers une culture de blâme et de sanction visant les personnes défailtantes plutôt que de mettre en question les circonstances systémiques entourant l'événement ou l'erreur. Au VHA, nous nous efforçons depuis toujours à modifier cette culture fondée sur la « blâme et la honte » et de se diriger vers une culture « juste », où les systèmes sont revus et les processus sont améliorés.

Méthodologie

Beatrice Mpamugo (étudiante en soins infirmiers) a été embauchée le 21 avril 2009 ; le 19 mai 2009, une deuxième étudiante, Jordanne Dalglish (étudiante en travail social), se joignait à elle. Elles se sont d'abord familiarisées avec les concepts de sécurité des patients et les initiatives d'amélioration de la sécurité de VHA, tout particulièrement la méthode SAER pour améliorer la communication entre les membres d'une même équipe. Le programme de formation de l'IRT a été remanié pour qu'il se prête davantage aux soins à domicile et à la prestation des préposés aux services de soutien au patient (SP). Les stagiaires ont rencontré le personnel de bureau et des SP afin de se saisir les problématiques liées à la communication et d'élaborer un scénario de formation approprié. Durant les premiers mois, Colleen Kearney a orienté le travail

des étudiantes et leur a prodigué moult conseils lors de réunions tenues sur une base régulière. Au début d'août 2009, lors de la clôture du programme, trois séances d'essai distinctes ont été entamé avec des membres du comité de la sécurité des patients et quelques membres choisis du personnel de terrain qui ont donné leurs impressions et suggestions sur le contenu de la formation sur le SAER.

Le projet SAER englobait un projet pilote mené avec l'une des équipes du service de soutien au patient (SP) de VHA. L'équipe était constituée d'une cinquantaine de préposés SP, d'un superviseur du service, d'un coordonnateur de la planification du service, d'une personne adjointe de l'équipe et d'un éducateur sur le terrain. Les outils et processus d'implantation du SAER adaptés ont été utilisés, y compris les outils d'évaluation. Cela a permis d'évaluer les différentes composantes du programme et de rectifier le tout avant la mise en œuvre auprès des autres équipes de VHA. Parallèlement aux séances de formation et de suivi sur le SAER, les étudiantes ont rédigé une première version d'un manuel de formation sur la technique SAER. Le programme de formation a également fait l'objet d'une version modifiée pour les équipes de soins infirmiers, intégrant des exemples liés spécifiquement à leur domaine d'intervention.

Le programme de formation du SAER en soins à domicile consistait de séances de formation obligatoires de deux heures intégrées cédulée à différents temps afin d'accommoder les membres du personnel de l'équipe du service SP. La formation pilote a pris fin à l'automne 2009. De quatre à six semaines après la première séance de formation, une séance de suivi a eu lieu pour revoir la méthodologie SAER et favoriser une utilisation soutenue.

Les étudiantes engagées dans le projet ont continué de travailler sur la formation SAER au VHA sur une base ponctuelle (c.-à-d. 4-5 heures par mois). En mars 2010, un exposé de deux

heures sur le SAER a été présenté aux cadres supérieurs et intermédiaires du VHA afin qu'ils aient l'occasion de se familiariser avec la base conceptuelle du SAER et de constater la logique derrière cette technique de communication. La formation des cadres représentait une étape importante afin de consolider l'engagement envers l'instauration du SAER et son utilisation à long terme.

Depuis la fin du projet pilote, la mise en œuvre de la formation SAER en 2010 s'est poursuivie, ciblant cette fois les équipes de soins infirmiers comme suit :

- une équipe de soins infirmiers de la région de Durham en avril et mai 2010;
- des équipes de soins infirmiers à Chatham et à Sarnia en juin 2010;
- le personnel d'un Centre de service à la clientèle, axé sur le personnel travaillant de près avec ces équipes d'infirmiers ou infirmières, en juillet 2010. Ceci pour s'assurer d'une approche homogène de communication entre le personnel de bureau et de terrain, et pour consolider l'utilisation du SAER;
- une formation sur le SAER auprès des équipes centrales touchant tant les services aux adultes que les services famille-enfants, aura lieu en octobre 2010.

La mise en œuvre du programme en 2011 ciblera le personnel de bureau et les équipes SP restantes.

Résultats

Le programme de formation élaboré par les stagiaires apparaît dans sa version intégrale du manuel du programme (voir l'annexe A). Les séances de formation SAER ont été très favorables en termes de résultats d'appréciation (consulter les outils de sondage lors de la rétroaction des participants utilisés lors des séances de formation préliminaires et de suivi,

incorporés au manuel en tant qu'annexes). Pour la séance de formation préliminaire de deux heures, la totalité des participants a donné une appréciation positive de la séance sous tous les aspects évalués, de même que dans son ensemble. Les scores moyens oscillaient entre 3.56 et 3,79 sur une échelle dont le score plafond est de 4.0.

Les évaluations des participants avant et après la séance ont démontré des gains de connaissances sur la communication efficace. Enfin, la cote moyenne des participants sur leur niveau de confiance en ce trait à l'utilisation du SAER se situait à 8.48 sur une échelle de 0 à 10 points. Soixante pour cent d'entre eux ont estimé leur niveau de confiance à 9 ou 10, 27,5 % à 7 ou 8 et seulement 12,5 % à 5 ou 6, démontrant un niveau de confiance mitigé. Aucun d'entre eux n'a considéré que son niveau de confiance en l'utilisation du SAER se situait en deçà de 5 sur l'échelle graduée de 0 à 10.

Les résultats furent tout aussi positifs en ce qui a trait aux séances de suivi faisant partie du projet pilote. Ces résultats sur la rétroaction apparaissent à l'annexe B.

Près d'un an après la formation, le personnel qui a participé au projet pilote utilise toujours la technique SAER lorsqu'il appelle le bureau. Les appels sont plus concis et vont droit au but, selon le personnel du Centre de services à la clientèle qui a aussi suivi la formation sur le SAER. De l'avis du personnel du bureau, le SAER devrait faire partie intégrante des séances d'orientation de toutes les nouvelles recrues appelées à travailler sur le terrain, ce qui, d'ailleurs, a déjà été mis en branle aux bureaux de Chatham et de Sarnia.

Limites

Les limites découlent principalement du coût de la mise en œuvre du programme auprès du personnel de terrain oeuvrant dans la communauté. Puisque nos infirmiers(ères) et préposés

(es) SP ne travaillent pas sur un même site, cela est très coûteux de les rassembler en un lieu pour leur faire suivre des séances de formation intensive telles que les séances sur le SAER. Un autre défi a freiné notre projet pilote : l'organisation a subi une restructuration qui a donné lieu à des changements au sein des effectifs de bureau affiliés à l'équipe SP engagée dans le projet.

La disponibilité des étudiantes s'est trouvée grandement réduite lorsque l'année scolaire a recommencé. La mise en œuvre auprès des équipes de soins infirmiers a subi un ralentissement. Il est crucial que les équipes intègrent de façon ininterrompue l'utilisation de la technique SAER dans leur pratique et, tant que tout le personnel n'a pas reçu la formation et que l'intégration est inachevée, c'est tout un défi d'assurer le maintien de son utilisation et sa durabilité.

Recommandations (limites de la recherche, prochaines étapes)

Ce projet pilote se veut une évaluation sommaire de l'efficacité de la formation SAER adaptée au contexte des soins à domicile. Les assertions sur l'utilisation du SAER par le personnel après la formation sont purement anecdotiques et une investigation plus approfondie serait tout indiquée pour mieux saisir l'influence du programme. Selon les ressources disponibles, les Soins à domicile VHA souhaitent examiner plus à fond l'incidence du programme pour maximiser les effets de la technique SAER sur la communication, le travail d'équipe et la sécurité des patients.

VHA a déjà un certain nombre d'initiatives d'amélioration de la sécurité du patient en cours, qui incluent l'évaluation. Des indicateurs tels que les rendez-vous manqués et les incidents de sécurité reliés au client ou au personnel sont régulièrement surveillés. Le fait que nous ayons de plus en plus recours à l'examen et à l'analyse des causes profondes des incidents nous fournit

l'occasion d'exercer une surveillance des questions de sécurité liées à la communication et, idéalement, de voir dans quelle mesure le SAER a influencé notre organisation.

Les prochaines étapes incluent la formation de toute nouvelle recrue comme partie intégrante des séances d'orientation des Soins à domicile VHA ainsi que la formation du personnel en place qui ne l'a pas encore reçue. Il est également important que les superviseurs comprennent le rôle important qu'ils jouent dans l'instauration durable de la technique SAER. Ils peuvent soutenir les équipes par le renforcement des stratégies d'éducation et pratique qu'ils ont acquis.

Apprentissage des stagiaires

Cette bourse de stage nous a permis de saisir toute l'importance de la sécurité des patients autant dans le contexte général que dans un contexte de soins à domicile en particulier. Le projet nous a permis de développer des compétences en gestion de projet, puisque nous étions responsables d'élaborer les outils et le programme de formation sur la technique SAER, ainsi que d'en assurer la facilitation. De plus, nous avons perfectionné nos compétences en tant que chercheuses en dirigeant des groupes de discussion, élaborant des sondages et analysant les résultats. Enfin, ce projet nous a également permis de parler en public avec plus d'assurance, puisque nous devons présenter le programme de formation devant différents auditeurs.

Références

Baker, G.R., Norton, P., Flintoft, V., Blais, R., et al. (2004) The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (11).

CPSI Strategic Plan 2008-2013, p.2, on CPSI website (Dec. 7, 2008):
http://www.patientsafetyinstitute.ca/uploadedFiles/About_CPSI/strategicPlan_2008-2013.pdf

Institute for Healthcare Improvement Website (Dec. 2008)
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.htm>

JCAHO (2004) Root causes of sentinel events, 1995-2004. Retrieved July 2005.
<http://www.jcaho.org/>

Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004) The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 85-90.

Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2006) Webinar on SBAR sponsored by IHI, June.

Sears, N. (2008) Harm from Home Care: A patient safety study examining adverse events in home care. Paper presented at the Ontario Association of Community Care Access Centres (OACCAC) Conference, June, Toronto, Ontario.

Velji, K., Baker, R., Fancott, C. et al. (2008) Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quarterly*, 11, 72-78.

Appendices

Appendix A- SBAR Training Manual for Home Care Setting (PSW version)

Appendix B--Evaluation results

Appendix C— List of Presentations related to SBAR Studentship project



SBAR Implementation Manual Adapted for Personal Support Workers

Prepared by VHA Home Healthcare
as a part of a funded CPSI research study

Beatrice Mpamugo, BScN
Jordanne Dalglish, BAH
Colleen Kearney, RN, M.Ed

July 2009

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Acknowledgements

We gratefully recognize The Canadian Patient Safety Institute for funding the project “**Raising the Bar on Safety**” from which this toolkit was developed.

We would also like to acknowledge the work of Dr. Michael Leonard and his colleagues at Kaiser Permanente, and Toronto Rehabilitation Institute. These resources have provided the basis upon which our adapted SBAR tool and training manual toolkit have been built.

Lastly, we would like to thank the members of VHA Home Healthcare and the study participants for their contribution during all phases of this project.

More Information

If you require more information on this toolkit or have questions about the adapted SBAR tool or training process, please contact Colleen Kearney at: ckearney@vha.ca.

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Contents

Preface	4
SBAR Implementation Overview	5
Educational Sessions	
Session 1: Communication in Health Care:	5
Session 2: SBAR Follow-Up	11
Evaluation of training session 1 & 2	12
References	14

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalgleish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Preface

Communication failures have been cited as the leading cause of inadvertent patient harm (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 2005). For this reason, VHA Home Health Care is undergoing a pilot project through funding from The Canadian Patient Safety Institute. Referred to as **‘Raising the Bar’ on Safety**, this program is aimed at the improvement of effective communication for Personal Support Workers, utilizing the SBAR communication tool.

Adaptation of the SBAR tool:

Training Session 1: Communication in health care- the SBAR tool

- Patient Safety and Communication
- SBAR Application

Training Session 2: SBAR Follow up

“SBAR” refers to a structured communication process:

- **S**ituation
- **B**ackground
- **A**ssessment
- **R**ecommendation

The Personal Support adaptation of SBAR was created from the original designed by Dr. Michael Leonard and colleagues, as well as the manual created by Toronto Rehabilitation Institute entitled: “SBAR: A Shared Structure for Team Communication”. Additional information was also obtained through discussion with Personal Support staff, Service Planners, Service Supervisors and Administration, in an effort to ensure SBAR’s appropriate implementation.

It is our hope that this adaptation of the SBAR communication tool will prove useful in future training, application and evaluation for other home care organizations.

This manual is intended for facilitator use only. Presentation materials for Personal Support Workers are included on the attached CD.

SBAR Implementation Overview

Session One: Communication in Health Care and the SBAR Tool

Objectives

- Understand the connection between communication and patient safety
- Identify barriers to effective communication.

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

- To be familiar with the SBAR tool and its effectiveness
- Develop skills on how to use SBAR effectively and with confidence

Patient Safety and Communication

Patient Safety

Introduction:

The preservation of patient safety is one of the core values associated with the delivery of healthcare. As active providers of quality care within the community, VHA recognizes the significance of effective communication for patient safety.

Purpose:

This information will enable individuals to identify elements of effective communication as well as associated barriers. Individuals will be able to recognize the importance of standardized communication, as it relates to the improvement of patient safety.

- “Adverse medical events are frequently the result of ineffective team communication” (Joint Commission, 2008, p. 3).
 - *Adverse Event*: an unintended injury or complication that results in disability, death or prolonged treatment and is caused by health care management rather than the patient’s underlying condition (Ross Baker et al., 2004, p.1678).
- Standardized approaches and tools provide solutions to improve the quality of communication and prevent subsequent patient harm (Markley & Winbery, 2008, pg.161).
- The Joint Commission’s home care national patient safety goals include:
 - Improving the effectiveness of communication amongst caregivers
 - Recommends that home health agencies “implement a standardized approach to handoff communications” including an opportunity to ask questions (Joint Commission, 2007).

Why so much emphasis on Patient Safety?

- Errors occur at all levels of health care
- Even the most experienced and dedicated staff can be involved in preventable adverse events

Communication

- There are three categories of communication failures:
 - **Systems failures**: Necessary channels of communication do not exist and/or are not functioning (*example- illegible written notes*).
 - **Message failure**: Necessary information is not transmitted.
 - **Reception failures**: Correct message is sent, but misinterpreted by the recipient, or arrives too late (Manning, 2006, p.268).

Standards of effective communication (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004)

- **Complete**- communicate all relevant information

- **Clear**-convey information that is plainly understood
- **Brief**- communicate information in a concise manner
- **Timely**- offer information in an appropriate timeframe

SBAR Application

Introduction

Errors related to communication typically arise from excessive or inadequate information. The application of the SBAR communication tool, serves to reduce these inefficiencies, by enabling information to be presented in a relevant, clear and concise manner.

Purpose:

This segment is designed to promote an understanding of the SBAR framework as it relates to effective communication. Through this information one will be able to recognize the significance, which standardized communication tools can have on VHA community practice. Individuals will also get an opportunity to engage in interactive activities to become more familiar with the components of SBAR.

What can we do to increase effective communication and patient safety?

The use of SBAR provides an easy to use tool which can be used at anytime and offers a structured approach to delivering relevant information, especially in emergency situations.

S	Situation: <i>Describe the problem or concern</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identify self, VM number, client’s name, time of service, client’s address (if needed) ○ Provide a brief statement of the problem
B	Background: <i>What is the background information that is relevant to the situation?</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Events leading up to the situation if important ○ Client history
A	Assessment <ul style="list-style-type: none"> ○ What do you think the problem is? ○ What have you found?
R	Recommendation/Response: <ul style="list-style-type: none"> ○ What would you suggest? ○ What actions were taken?

Example: Not Seen Not Found Visit (NSNFV)

S: Hello my name is Ann Smith VM#1234; I’m calling regarding a NSNFV for my 0900 client Catherine Hall.

B: I arrived at the client’s home fifteen minutes ago and there is not answer at her house. Ms. Hall never misses a visit and usually notifies me or the office if she isn’t going to be home.

A: A safety check was done and there doesn’t seem to be anyone in the household.

R: I'm not quite sure where that client could be but, she did mention that she has a daughter in Markham, she may know the location of her mother.

- SBAR facilitates effective communication in two ways:
 - (1) Allows information to be organized in a clear, concise, and direct manner
 - (2) Increases the confidence of people delivering the message, and empowers them to state their needs and opinions respectfully and reach a decision collaboratively (Markley & Winbery, 2008, pg 163).

When to use SBAR

- SBAR can be used anytime a situational briefing is required
Including time:
 - Sensitive/critical situations
 - Clarification of needs
 - Safety issues for Personal Support Worker or the client
 - Transfer of client information
 - Unexpected change in the care process(Markley & Winbery, 2008, pg 164).

Why does SBAR work?

- Saves time by providing quick updates, assessing and recommending options.
- Everyone is on the same page when thinking through a problem

How can SBAR help VHA?

- SBAR offers a format to use when calling VHA to provide the relevant information
- Communication is accomplished in a timely fashion, which decreases stress and frustration to those involved
- Prevents adverse events by improving communication between members of client service teams
- Creates effective teamwork by:
 - Creating a unified vision
 - Practice coaching and feedback
 - Demonstrating trust and respect
 - Investing in personal and team accountability(Haig, Sutton, & Whittington, 2006).

Communicating using SBAR

Assertive Response

- Expressing appropriate assertion:
 - State the problem politely and persistently until a consensus is reached between the two parties
 - Focus on the problem and avoid the question of who is right or wrong
 - Avoid providing solutions in the form of an order or in an authoritative manner. These actions may stir up feelings of anxiety or anger in others
 - Contain "I" statements that take responsibility

(Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

- Assertive communication is crucial to patient safety, however many people are stuck in the hint and hope model
 - Example:** Hint to possible course of action- *Are you sure this would be the right course of action?*
 - Hope *others will pick up on your uncertainty and change their action.*
- Characteristics of assertion include:
 - Being organized in thought
 - Seeking a common understanding
 - Valuing all members of the team (Beyea, 2004).

The two goals of assertiveness are:

1. Standing up for personal rights without infringing on the rights of others
2. To reduce anxiety, that often prevents us from behaving assertively

Example

- **Assertive responses** contain “I” statements that take responsibility
 - Example:** *I feel that that my client Mrs. Rosen is in need of additional services due to her worsening physical condition.*

Versus

- **Aggressive response** often contain “you” statements that fix blame and undue responsibility on the other person.
 - Example:** *You need to get my client Mrs. Rosen additional services because her physical condition is worsening.*
- **Passive behavior** is defined as response that denies our own rights to avoid conflict (Arnold & Boggs, 2003, p 370).
 - Example:** *My client Mrs. Rosen is experiencing difficulty due to her worsening physical condition, what do you suggest we do?*

- Assertive communication contributes to *situational awareness* and the creation of a *safe environment* by ensuring people feel comfortable addressing each other and using an agreed upon framework. By doing so, individuals have a shared understanding of what is happening
 - For example: ‘Can I make sure I understand you, what is your recommendation here?’*

Using Critical Language

- Enables people to stop and take notice of concerning situations. It creates a clearly agreed communication model that helps avoid the natural tendency to speak indirectly (Leonard, Graham & Bonacum, 2004).
- Suggest the use of critical language in the first 10 seconds
- Do not be afraid to C.U.S.: (Trentham, Andreoli, Boaro, Velji & Fancott, 2007)
 - C = I am Concerned (with my patient’s condition)
 - U = I am Uncomfortable (with my patient’s condition)
 - S = The Safety (of the patient) is at risk.

Situational awareness (Trentham, Andreoli, Boaro, Velji, & Fancott, 2007)

- Refers to the health care team maintaining the big picture

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

- Quality of care
 - Safety
 - Think ahead and plan
 - Discuss contingencies
- Keeping everyone on the same page and recognizing red flags which signal that you're getting off track.

Red Flags (Trentham, Andreoli, Boaro, Velji, & Fancott, 2007)

- Confusion
- Poor communication
- Trying something new under pressure
- Verbal violence
- An uneasy feeling
- Being overworked
- Being rushed

Creating a Safe environment

- People need to feel safe to voice their opinions on various issues
- All team members need to feel they are on the same playing field
- This principle acknowledges that everyone makes mistakes, BUT we do generally have control of our behavioral choices
- Non-punitive design and good behavioral choices, together produce good results

Adapted SBAR Tool–FRAME WORK FOR EFFECTIVE COMMUNICATION

S	<p>Situation: <i>Describe the problem or concern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identify self, VM number, client's name, time of service, client's address (if needed) ○ Provide a brief statement of the problem
B	<p>Background: <i>What is the background information that is relevant to the situation?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Events leading up to the situation if important ○ Client history
A	<p>Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ What do you think the problem is? ○ What have you found?
R	<p>Recommendation/Response:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ What would you suggest? ○ What actions were taken? ○ What supports do you need?

Facilitation Notes

- Communication is not complete until everyone understands the plan

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

- Be prepared with the needed information before making a phone call, use critical language
- Sometimes part B (Background) or A (Assessment) may not be applicable

Message before SBAR adaptation

- Hello it's Ann. I am concerned about my client because he only gets service once a week, even though I work really hard during our visits together at 12 o'clock.
- Mr. Brown hasn't been feeling well for a few days.
- I think that Mr. Brown needs more services and I think you should really do something about it.
- It seems that Mr. Brown has been getting worse over the past couple of visits, because before he was doing fine.
- In addition the client does not have a lot of family support; they live far away and can't come very often.
- He is now complaining of weakness, and I don't know what to do about it.

SBAR adaptation

- S: Hello my name is Ann Smith VM#1234; I'm calling regarding my 12 o'clock client Maurice Brown. I'm concerned about this client's safety.
- B: The client hasn't been feeling well for a few days and is now complaining of weakness. In addition, the client does not have a lot of family support
- A: It seems that Mr. Brown has been getting worse over the past couple of visits.
- R: I think Mr. Brown may need more services.

Scenario 1

- Yesterday you felt sick all day, but still worked.
 - At 6 am, you woke up and threw up.
 - You now feel too weak to work.
 - Today you have three clients.
 - The first two must be seen on time (8am and 930am)
 - The last one is a child and family case for which the client's mother doesn't like new workers.
- *Speak with live person

SBAR adaptation

- S: Hello this is Ann Smith, VM#1234. I'm calling because I am unable to work today.
- B: I was feeling sick all of yesterday, but managed to service all you clients. At 6am this morning I awoke and began to throw up.
- A: I am not feeling well enough to service my clients.
- R: I have three clients today the first two are time specific at 8am and 930am. My last client is a child and family case, the mother may or may not want to cancel service, just call her to double check.

Scenario 2

- You arrive at Mrs. W's home and she is not answering the door.
- This has happened twice before, because the client did not hear the door bell.

- But, on this visit you have been waiting outside for 5 minutes, and are beginning to get worried.
 - You do a safety check.
 - When looking through the client's living room window you see a body lying on the floor and immediately call 911.
- *Speak with live person

SBAR adaptation

- S: Hello my name is Anne Smith VM #1234. I'm calling because I found my client Mrs. W lying on the floor during a safety check, I have called 911.
 - B: When I arrived at the client's home there was no answer. After waiting 5 minutes I did a safety check and when I looked through a window I saw a body lying on the living room floor.
 - A: none
 - R: I have called 911, could you please call the client's relatives to let them know what has happened
- *Speak with live person

Summary

- SBAR makes communication clear, complete, brief and timely
- Increases patient safety
- Boosts confidence
- Creates better teams
- Creates a safe environment

Session 2: SBAR Follow-Up

Agenda:

- Review and use SBAR
- Discussion
- Evaluation

Facilitator Notes:

- This session should be done approximately three weeks following the training session. The premise of this session is to provide a platform to discuss the participants' experience in the implementation of SBAR as well as address any questions and/or concerns about its application.

Lesson Plan

1. Welcome participants
2. Review SBAR material
3. Practice Scenarios
4. Discussion
5. Evaluation

*Content of presentation on CD

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

<u>Discussion Guide for Facilitators</u>	
1	In what situations have you used the SBAR tool? (list on board/flip chart) i. Who was involved (VHA staff /other)? ii. What was your reasoning for using SBAR in those particular instances?
2	In what situations did you choose not to use SBAR and why not?
3	What has been your experience in using SBAR? i. Positive/Negative ii. Effect on communication iii. Impact on practice/quality of care/patient safety iv. The most useful way SBAR was promoted and encouraged
4	What would you suggest be used to increase the use of SBAR within VHA?
5	What are the enablers and barriers to using SBAR?
6	What changes if any would you make to SBAR content or reinforcements?

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Références:

- Arnold, E., & Boggs, K.U. (2003). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. St. Louis, Missouri: Saunders
- Beyea, S.C. (2004). Patient Safety First: Improving verbal communication in clinical care. *Aorn Journal*, 79(5), 1053-1057.
- Gruff, H. (2003). From Theory to Practice: An Interview with Dr. Michael Leonard. *Risk Management Foundation Forum*, 10-13.
- Haig, K.M., Sutton, S. & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between team members. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3):167-75.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The Human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Supplement 1):i85-i90.
- Manning, M.L. (2006). Improving Clinical Communication through Structured Conversation. *Nursing Economics*, 24(5), 268-271.
- Markley, J. & Winbery, S. (2008). Communicating with physicians: How agencies can be heard. *Home Health Care Management & Practice*, 20(2), 161-164.
- Ross Baker, G., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hebert, P., Majumdar, S.R., O'Beirne, M, Palacacios-Derflingher, L., Reid, R., Sheps, S., Tamblyn, R.(2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. (170)11, 1678-1686.

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

The Joint Commission. (2007). “2007 National Patient Safety Goals.” *National Patient Safety Goals*.
<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/07_ome_npsgs.htm>. (23, June, 2009).

The Joint Commission. (2008). *Medical Team Training: Strategies for improving Patient Care and Communication*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources.

Trentham, B., Andreoli, A., Boaro, N., Velji, K. & Fancott, C. (2007). *SBAR: A Shared Structure for Team Communication*. Toronto Rehabilitation Institute: Toronto.

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

APPENDIX B

Pilot project results of the participant feedback survey: Part 1 SBAR training session

Frequency distribution results for the 4 SBAR training sessions are presented in the tables below. Graphical presentations are also provided in pie charts for training areas assessed by the participant feedback questionnaire. Summary of the comments provided to open-ended questions is provided. Finally, average (mean) scores are provided for the items rated on either a 4-point scale or 11-point scale.

The results from the 4 SBAR training sessions are highly positive. Of 40 completed feedback questionnaires, 100% of participants rated the session positively (either good or excellent on a four point scale ranging from poor to excellent) on all areas (organization & content, clarity of information, large group discussion, small group practice and presenters' knowledge of the subject) as well as on the overall rating of the session. Average scores ranged from 3.56 to 3.79 on these items, where 4.0 would be the highest possible score. The highest average score was found for 'presenter's knowledge of the subject' which speaks highly of the two students who took the lead on this SBAR pilot project.

Majority of participants felt the two-hour session was 'just right'—8% reported they felt the session was 'too short'. The items assessing knowledge of effective communication before and after the session showed positive results; frequency distribution findings as well as the average knowledge score on the 0-10 rating scale indicates self-reported knowledge gain. Finally, the average confidence rating by participants in their use of SBAR was quite high at 8.48 on the 0-10 point scale. Frequency distribution results indicated that 38% of respondents reported they were extremely confident (rated confidence at 10, the highest rating). 60% rated their confidence as 9 or 10, 27.5% as 7 or 8, and only 12.5% of participants were moderately confident (rating of 5 or 6). No participants rated their confidence in using SBAR below a 5 on the 0-10 point scale.

Frequency Tables and Pie Charts

Session #

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Part 1 Session #1	12	30.0	30.0	30.0
	Part 1 Session #2	6	15.0	15.0	45.0
	Part 1 Session #3	9	22.5	22.5	67.5
	Part 1 Session #4	13	32.5	32.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Session org'n and content

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Good	13	32.5	32.5	32.5
	Excellent	27	67.5	67.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

Clarity of information

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Good	16	40.0	41.0	41.0
	Excellent	23	57.5	59.0	100.0
	Total	39	97.5	100.0	
Missing	-1	1	2.5		
Total		40	100.0		

Large grp discussion/interaction

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Good	17	42.5	43.6	43.6
	Excellent	22	55.0	56.4	100.0
	Total	39	97.5	100.0	
Missing	-1	1	2.5		
Total		40	100.0		

Small grp practice exercises

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Good	14	35.0	37.8	37.8
	Excellent	23	57.5	62.2	100.0
	Total	37	92.5	100.0	
Missing	-1	3	7.5		
Total		40	100.0		

Presenters' knowledge of subject

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Good	8	20.0	21.1	21.1
	Excellent	30	75.0	78.9	100.0
	Total	38	95.0	100.0	
Missing	-1	2	5.0		
Total		40	100.0		

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

Session overall rating:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Good	12	30.0	30.8	30.8
	Excellent	27	67.5	69.2	100.0
	Total	39	97.5	100.0	
Missing	-1	1	2.5		
Total		40	100.0		

Length of session was

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	too short	3	7.5	7.7	7.7
	just right	36	90.0	92.3	100.0
	Total	39	97.5	100.0	
Missing	-1	1	2.5		
Total		40	100.0		

Using SBAR-Confidence rating

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5 Somewhat Confident	4	10.0	10.0	10.0
	6	1	2.5	2.5	12.5
	7	6	15.0	15.0	27.5
	8	5	12.5	12.5	40.0
	9	9	22.5	22.5	62.5
	10 Extremely Confident	15	37.5	37.5	100.0
Total		40	100.0	100.0	

Knowledge abt effective comm before training

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	2.5	2.5	2.5
	4	1	2.5	2.5	5.0
	5 Moderate	8	20.0	20.0	25.0
	6	3	7.5	7.5	32.5
	7	4	10.0	10.0	42.5
	8	7	17.5	17.5	60.0
	9	10	25.0	25.0	85.0
	10 Extremely High	6	15.0	15.0	100.0
Total		40	100.0	100.0	

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

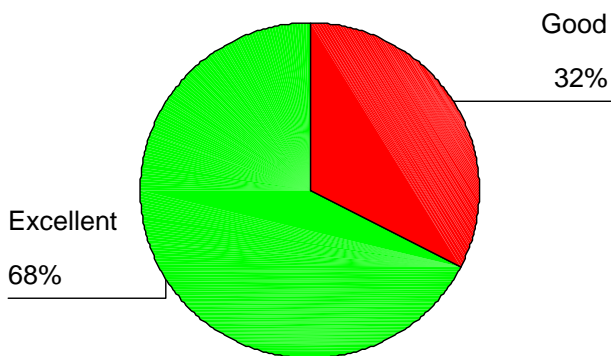
Knowledge abt effective comm after training

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	2	5.0	5.1	5.1
	8	8	20.0	20.5	25.6
	9	12	30.0	30.8	56.4
	10 Extremely High	17	42.5	43.6	100.0
	Total	39	97.5	100.0	
Missing	-1	1	2.5		
Total		40	100.0		

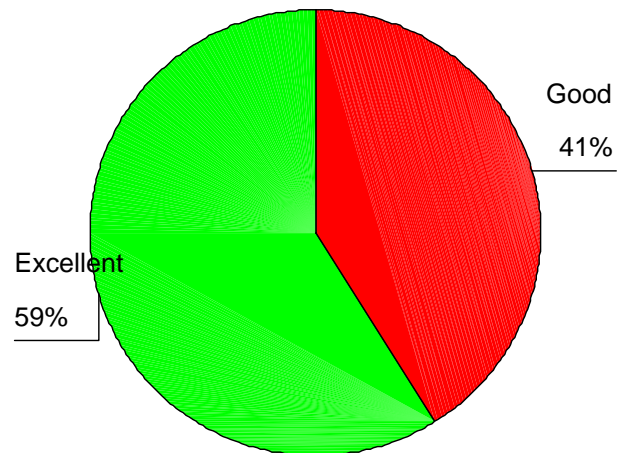
Change in knowledge rating

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	22.5	23.1	23.1
	1	11	27.5	28.2	51.3
	2	10	25.0	25.6	76.9
	3	2	5.0	5.1	82.1
	4	5	12.5	12.8	94.9
	5	2	5.0	5.1	100.0
	Total	39	97.5	100.0	
Missing	-1	1	2.5		
Total		40	100.0		

Session org'n and content



Clarity of information



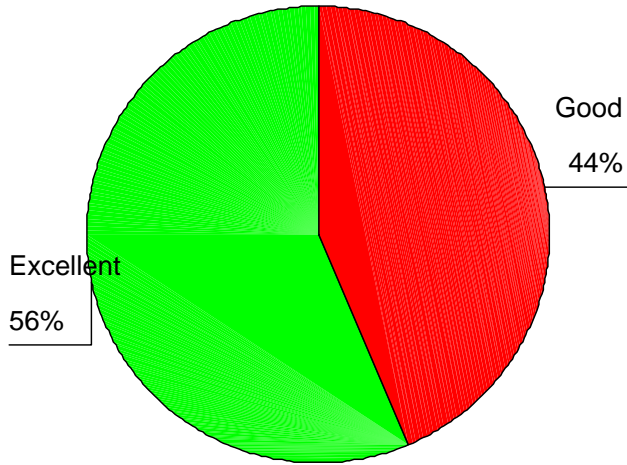
Ce projet est financé en partie par :



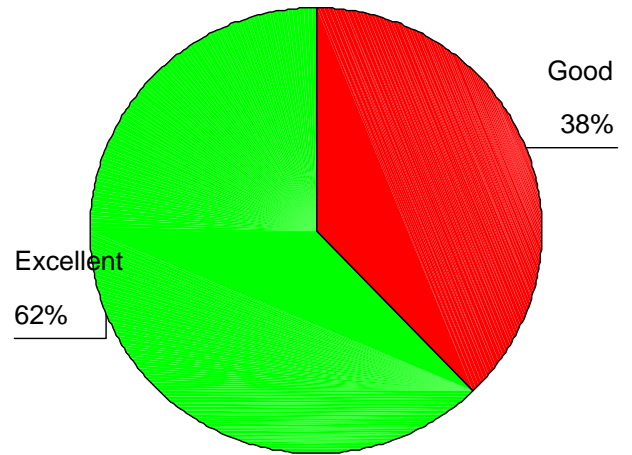
Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

Large grp discussion/interaction



Small grp practice exercises



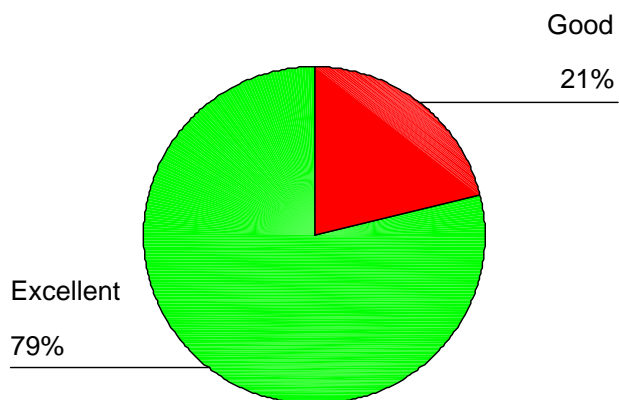
Ce projet est financé en partie par :



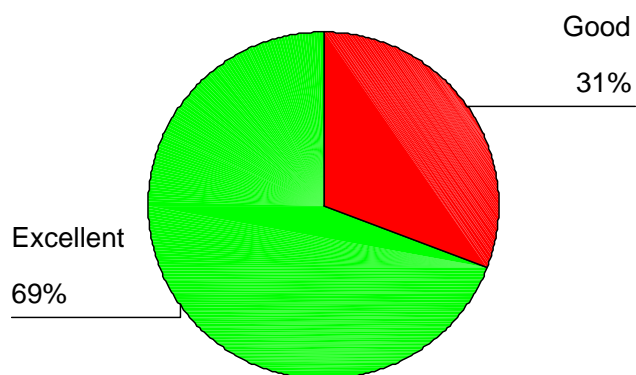
Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Presenters' knowledge of subject



Session overall rating:



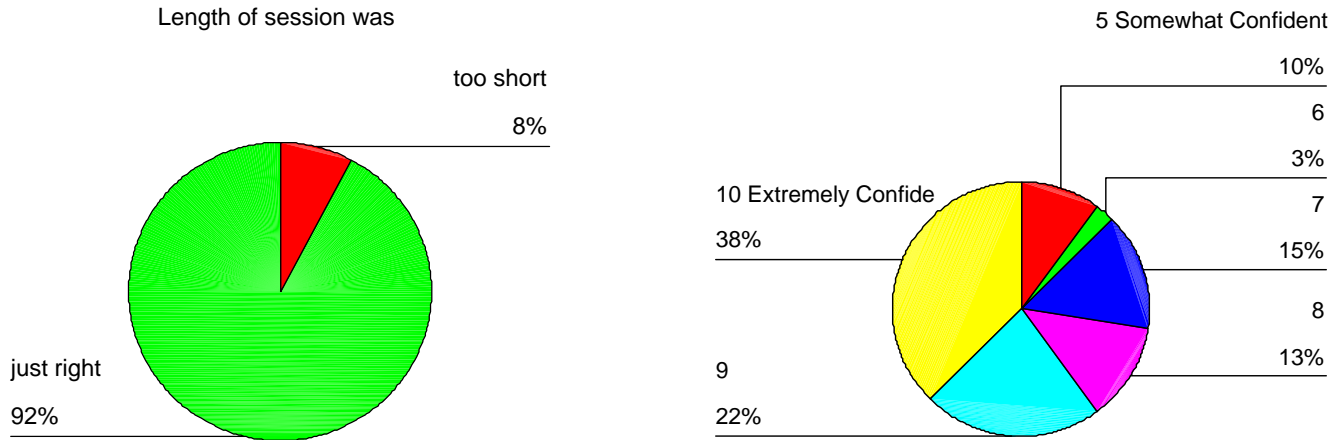
Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

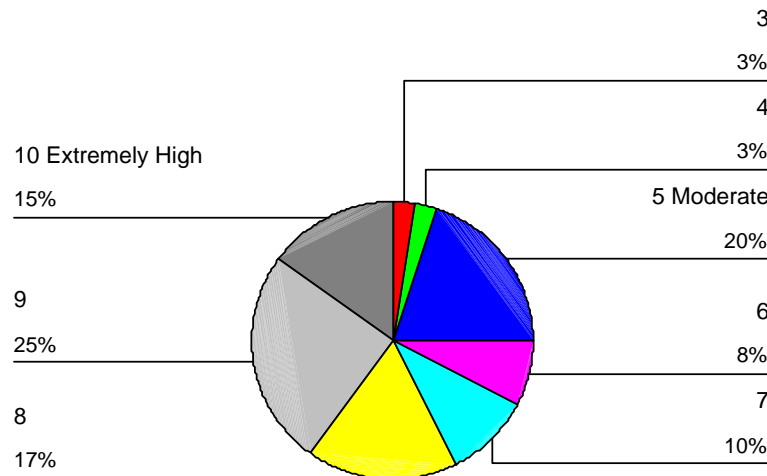
Chercheuses :
Jordanne Dalgleish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Using SBAR-Confidence rating 0 - 10



Knowledge abt effective comm before training

0-10 rating scale



Ce projet est financé en partie par :

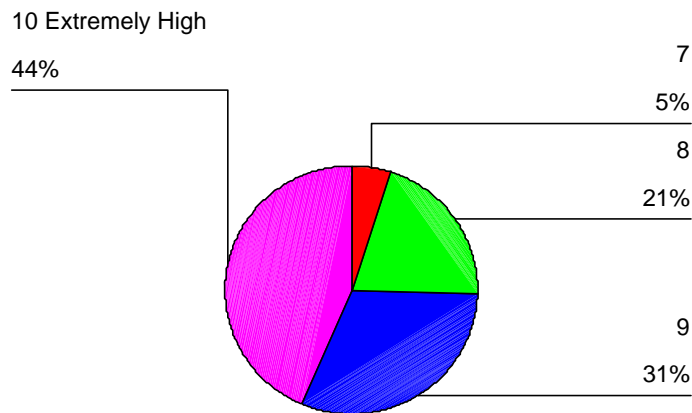


Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

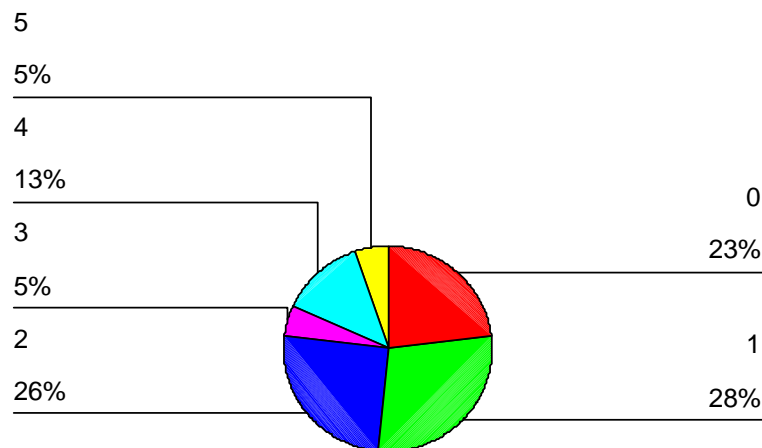
Chercheuses :
 Jordanne Dalglish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

Knowledge abt effective comm after training

0-10 rating scale



Change in knowledge rating after training compared with before



Open-Ended Responses

In addition to the quantitative items, there were open-ended items on the participant feedback questionnaire. Comments on what was liked most and least about the session were not often completed but some participants noted they liked:

- scenarios used
- practice exercises
- explanations
- presenters' kept interest/ presenters' excitement

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Improvement suggestions included:

- longer session/more time for discussion
- provide drinks
- handout of slides

Ce projet est
financé en
partie par :

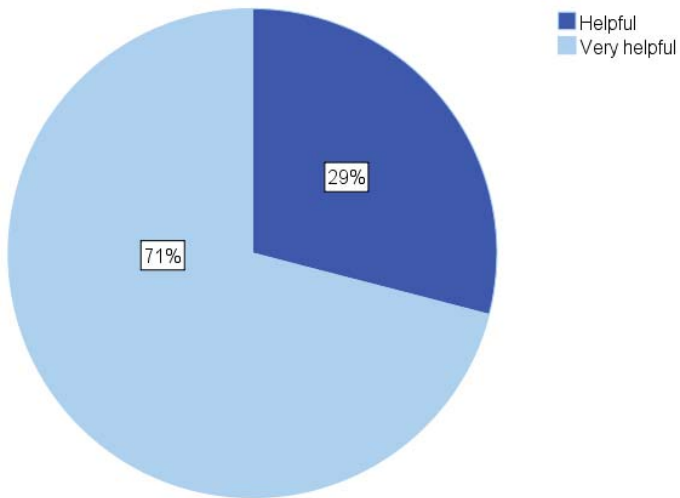


Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

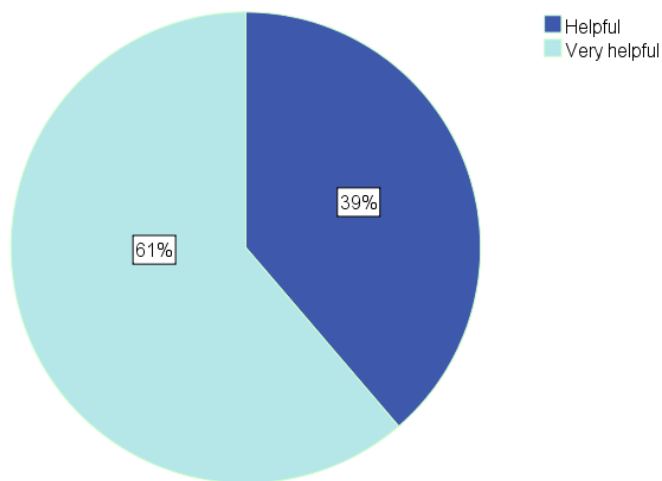
Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney

Pilot project results of the participant feedback survey after the Follow-up SBAR training session.

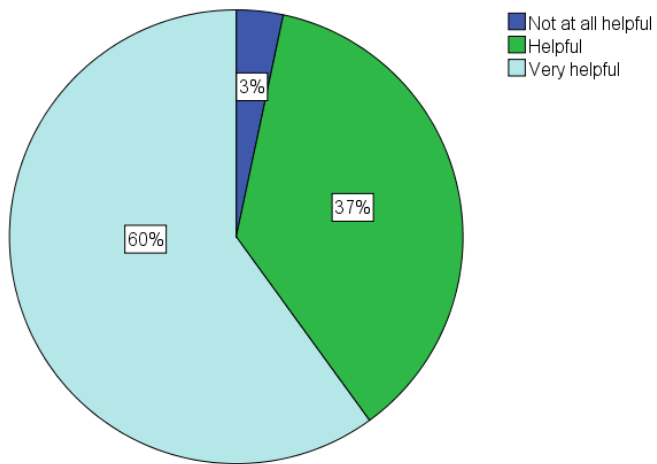
Review of SBAR



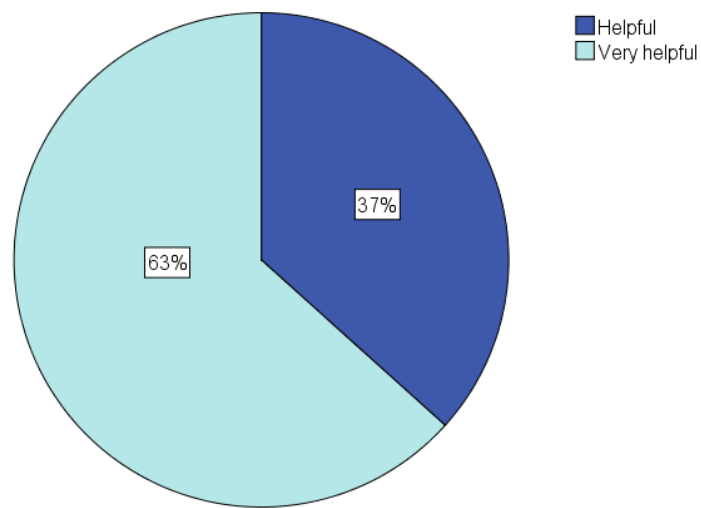
Small group practice



Hearing about SBAR experience of others



Discussion of how to support SBAR use

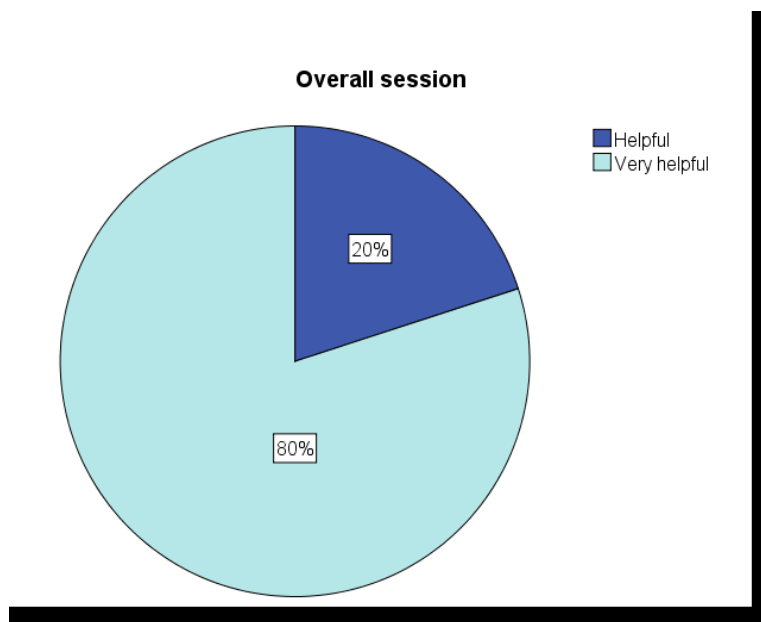


Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dagleish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney



In past 2 weeks, how often did you use SBAR?

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-1 time	3	10.0	10.0
	2-5 times	15	50.0	60.0
	6-9 times	6	20.0	80.0
	10 or more times	6	20.0	100.0
	Total	30	100.0	
Missing	-1	1		
Total		31		

How useful was SBAR (on 0-10 point rating scale with 0 being not at all useful, 5 moderately useful and 10 extremely useful)

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	2	6.7	6.7
	7	4	13.3	20.0
	8	8	26.7	46.7
	9 very useful	7	23.3	70.0
	10 Extremely useful	9	30.0	100.0

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dagleish
 Beatrice Mpmugo
 Colleen Kearney

Total		30	100.0
Missing	-1	1	
Total		31	

How confident in use of SBAR (on 0-10 point rating scale)

		Frequency	Valid Percent
Valid	6	1	3.2
	7	7	22.6
	8	6	19.4
	very confident	6	19.4
	Extremely confident	11	35.5
	Total	31	100.0

Ce projet est financé en partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER en soins à domicile

Chercheuses :
 Jordanne Dagleish
 Beatrice Mpamugo
 Colleen Kearney

APPENDIX C

List of Presentations related to SBAR Studentship project

(Presentations available upon request)

Simon, D., Kearney, C. & Kay, G. Raising the Bar on Client Safety in Home Care. Poster at the Ministry of Health Innovation Fair, Toronto, Ont., November, 2009.

Kearney, C. & Kay, G. Raising the BAR on Team Communication and Client Safety. Paper presentation at the Canadian Home Care Association Annual Conference, Banff Alberta, Oct. 2009.

Kearney, C. & Kay, G. Raising the (S) BAR on Client Safety. Poster presentation at the Canadian Patient Safety Institute Conference, Toronto, Ont., April, 2010.

Ce projet est
financé en
partie par :



Adapter et instaurer la technique SAER
en soins à domicile

Chercheuses :
Jordanne Dalglish
Beatrice Mpamugo
Colleen Kearney